Gemeinsamer Bundesausschuss

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

(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 20. November 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 22.12.2020 B5)
in Kraft getreten am 23. Dezember 2020

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 Prüfung der Qualitätsberichte und ordnungsgemäße Lieferung ... 6
§ 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung ... 7
§ 9 Veröffentlichung ... 7
§ 10 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses ... 7

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziele des Qualitätsberichts

Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen:

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

§ 2 Gegenstand der Regelungen

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

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

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

§ 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

§ 4 Datenformat des Qualitätsberichts

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

§ 5 Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts

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

(2) [1]Eine Berichterstellung über die Leistungsberechtigung gemäß den Mindestmengenregelungen hat jährlich für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) zu erfolgen. [2]Das Krankenhaus erstellt und übermittelt standortbezogen die Angaben nach Maßgabe der Anlage 1 beginnend mit den Prognoseergebnissen für das Jahr 2020 im Rahmen der Qualitätsberichterstattung für das Berichtsjahr 2018.

§ 6 Verfahren und Fristen der Übermittlung des Qualitätsberichts

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

(2) [1]Abweichend von Abs. 1 Sätze 1 und 4 werden die krankenhausbezogenen Angaben der 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

übermittelt. [2]Die Übermittlung hat in der Zeit vom 15. November bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres zu erfolgen.

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

a) [2]Nach Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 besteht die Möglichkeit zur Nachlieferung oder Ersatz der betroffenen Berichtsteile, wenn aus Gründen, die dem Krankenhaus nicht zurechenbar sind, ein Qualitätsbericht nicht angenommen oder nicht vollständig veröffentlicht werden kann, oder technisch begründete systematische Fehler enthält. [3]Nach- oder Ersatzlieferung werden auch gewährt, wenn in Folge der Covid-19-Pandemie die Erstellung oder Übermittlung des Qualitätsberichts oder eine Anmeldung bzw. Registrierung gemäß Anlage 2 nicht möglich war oder der Qualitätsbericht Fehler aufweist. [4]Für 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. [5]Bei 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. [6]Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet bis spätestens sechs Wochen nach Ende der Antragsfrist über das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 und 2. [7]Die Übermittlung der nachzuliefernden Berichtsteile an die gemeinsame Annahmestelle gemäß § 6 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 hat möglichst innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Unterausschusses zu erfolgen. [8]Möglichst bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf der Frist aus Satz 5 sind die korrigierten Daten gemäß § 9 zu veröffentlichen.

b) [9]Vor Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 ermöglicht die Annahmestelle gemäß § 6 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 eine Annahme von Nachlieferungen oder Ersatz von C-1 Berichtsteilen, wenn eine mit der Durchführung der 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. [10]Die 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. [11]Die G-BA-Geschäftsstelle gewährt nach folgender formaler Prüfung eine Nachlieferung oder den Ersatz der gelieferten Berichtsteile zu C-1:

- fristgerechtes Vorliegen einer Meldung einer mit der Durchführung der 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.

[12]Bei 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. [13]Die Annahmestelle wird ebenfalls bis zum 20. Januar über alle nachlieferberechtigten mit der Durchführung der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informiert. [14]Die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser. [15]Bei 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. [16]Die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser.

c) [17]Ab dem Berichtsjahr 2014 können Nachlieferungen oder Ersatz der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteile (A, B und C-2ff.) ohne Angabe von Gründen vor Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 zwischen dem 23. November und 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.

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

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

§ 7 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) [1]Die 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. [2]Sofern 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. [3]Entspricht 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.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

§ 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung

(1) [1]Der G-BA veröffentlicht ab dem Berichtsjahr 2015 jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 geliefert haben. [2]Das Verfahren zur Erstellung der Liste ist in Anlage 3 bestimmt. [3]Sofern ein Krankenhaus zweimal in Folge nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 liefert, ist vom Krankenhaus ein Qualitätssicherungsabschlag von 1 Euro und im wiederholten Fall der Nichtlieferung im darauffolgenden Jahr ein Qualitätssicherungsabschlag von 2 Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres gemäß § 8 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorzunehmen. [4]Der nach Absatz 1 ermittelte Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.

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

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

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

c) eine nicht vollständig oder nicht fristgerechte Lieferung aufgrund der Covid-19-Pandemie erfolgte.

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

§ 9 Veröffentlichung

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

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

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

(4) Die veröffentlichenden Stellen nach Absätzen 1 und 3 haben in ihren Veröffentlichungen darauf hinzuweisen, dass die Qualitätsberichtsdaten für das Berichtsjahr 2019 in Folge der Covid-19-Pandemie nicht vollständig und damit nur eingeschränkt nutzbar sind. Gleichen Hinweis nimmt der G-BA in der Referenzdatenbank auf.

§ 10 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses

Der zuständige Unterausschuss ist berechtigt, fehlerhafte Vorgaben in Anlage 1 und ihren Anhängen 1 bis 4 zu korrigieren, die nach der jährlichen Beschlussfassung des Plenums

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlagenübersicht

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten

Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren 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 Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015

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 2018

Inhalt

Allgemeine Hinweise 5

1. Erläuterungen zur Berichterstellung 5

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts 6

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts 7

Einleitung des Qualitätsberichts 9

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 10

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 10

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 11

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 11

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 11

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 12

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 14

A-10 Gesamtfallzahlen 14

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-11 Personal des Krankenhauses 15
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte 16
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 19
A-12.1 Qualitätsmanagement 19
A-12.1.1 Verantwortliche Person 19
A-12.1.2 Lenkungsgremium 19
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 19
A-12.2.1 Verantwortliche Person 19
A-12.2.2 Lenkungsgremium 20
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 20
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 20
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 21
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 22
A-12.3.1 Hygienepersonal 22
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene 23
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen 23
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 24
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden 25
A-12.3.2.4 Händedesinfektion 26

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) ... 26
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement ... 27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement ... 27
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ... 28
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium ... 29
A-12.5.2 Verantwortliche Person ... 29
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal ... 29
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen ... 30
A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ... 33
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 33
B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten ... 34
B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 34
B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 34
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 35
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 36
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 36
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 36
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 39
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 39
B-[X].11 Personelle Ausstattung ... 39

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte 40
B-[X].11.2 Pflegepersonal 41
B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 43
C Qualitätssicherung 45
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 45
C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 46
C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten 46
C-1.1.2 Übermittlung der Daten 47
C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL 47
C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung 48
C-1.2.1 Übermittlungswege 48
C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 49
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 54
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 55
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 55
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 56
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 56
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr 57

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung 57
C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden 58
C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen 58
C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) 58
C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden 58
C-5.2.6 Übergangsregelung 58
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 58
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 60

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 (BPflV) oder dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht beispielsweise von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

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

Anforderungen zum Datenschutz

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

Zu einigen Kapiteln (z. B. 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, Internetseite, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

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

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 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 verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

- 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“

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)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

„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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 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 BPflV, die nicht das PEPP-System nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zählung der ambulanten Fälle:

Es sind alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – anzugeben.

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 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 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Ärztinnen und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften
- Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger von der Summe der Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind nur einmal entsprechend der jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)
- Ergotherapeuten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

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

Unter „Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe“ sind nur Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

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

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [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,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 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.“

- Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte (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. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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.

Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor 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 „kein Einsatz ZVK“ anzugeben.

   Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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; kein Einsatz ZVK

   Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

   Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

1. Der Standard thematisiert insbesondere:
   a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe
   b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

   Auswahloptionen: ja; nein

3. Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten 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 „keine Durchführung Wundversorgung“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

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 die Ärztin oder den Arzt 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

  Auswahloptionen: Einheit: ml/Patiententag; keine Intensivstation vorhanden
- 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 Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten 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).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahloptionen: ja; nein

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Umgang mit von MRSA/MRE/Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer 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)

Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher 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-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

Hinweis: Obenstehende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Es ist anzugeben, ob es ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe gibt, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.
Auswahloptionen: ja – Arzneimittelkommission; ja – Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – andere; nein

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

Wird „ja – andere“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]
- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen?

Auswahloptionen: Ja/Nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:
- entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; oder
- eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das Gremium bzw. die Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit 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-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

- der Apothekerinnen und Apotheker (Anzahl Personen)
- des weiteren pharmazeutischen Personals (Anzahl Personen)

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der Auswahlliste [Kapitel A-12.5.4] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.

Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und mit den ausgewählten Instrumenten und Maßnahmen darzustellen.

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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**	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

AA26	Positronenemis-sionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedi-zin		in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung abzubilden, um den Nutzerinnen und Nutzern 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)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

- Chefärztin oder Chefarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]
- Belegärztin oder Belegarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 die Patientin oder der Patient 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Hier sind alle Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit 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 endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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) in absteigender Häufigkeit 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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Patientinnen und Patienten 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 Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			…	…	
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (alte Fassung) bzw. § 31a Ab-	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	satz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		…	…	
…	…	…	…	…	

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 (alt)	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 eine Ärztin oder einen Arzt 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 Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärztinnen und Ärzte (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 Ärztinnen und Ärzte

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 Ärztinnen und Ärzte 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:

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Belegärztinnen und Belegärzte 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:

- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde ist Fachärztin oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51
- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Fachärztin oder Facharzt 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 „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und -entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (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 Patientinnen oder Patienten mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilsmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in Kapitel A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an 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 und Kennzahlen 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 Stellungsnahmeverfahrens (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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Registrierungsdatum

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

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

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

- Die 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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 Nummer 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-Nieren-Transplantation (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-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Qualitätssicherung (Teil C-1.2) können der Tabelle D in Anhang 3 entnommen werden.

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsverfahren können in Form von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen vorliegen.

- Qualitätsindikatoren sind QS-Ergebnisse mit Referenzbereich und Bewertung.
- Kennzahlen sind als QS-Ergebnisse ohne Referenzbereich definiert. Bei diesen Ergebnissen ist keine qualitative Bewertung vorgesehen. Es wird zwischen Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen, ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen unterschieden.

C-1.2.1 Übermittlungswege

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 von 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 Kennzeichung, 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen 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 bzw. zu einer bestimmten Kennzahl, erfolgt für diesen Qualitätsindikator bzw. Kennzahl 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 bzw. Kennzahl übermittelt, das anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator bzw. je Kennzahl 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. Es werden folgende Parameter dargestellt:

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

„QS-Ergebnis“: Hier ist die Ergebnis-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

„Art des Werts“: Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Bezug zum Verfahren“: Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Ergebnis 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 „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ 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 bzw. der Kennzahl anzugeben. Bei Veröffentlichung soll sie den Werten aus „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Bundesergebnis“, „Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“, „Referenzbereich“ zugeordnet werden.

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

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

„Rechnerisches Ergebnis“: Hier ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl 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 den §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator bzw. für diese Kennzahl 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.

„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 Patientinnen und Patienten, für die der Qualitätsindikator bzw. die Kennzahl untersucht wurde) einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Nur für Qualitätsindikatoren:

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

„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 und Kennzahlen“ (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 Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/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

Dokument nicht mehr in Kraft.

		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	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs/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**
Bewertung Vor-	**N**	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	R	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Diese Richtlinien-Version

	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	einge-schränkt/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	einge-schränkt/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“.								

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Ergebnis-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl,
- Art des Wertes,
- Bezug zum Verfahren,
- Ergebnis mit Bezug zu Infektionen,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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

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

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach den §§ 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Internetseite 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen (Mm-R) 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Ausnahme aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (C-5) auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zusätzlich ist dazu anzugeben, seit wann diese Ausnahmetatbestände bestehen. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für alle Leistungsbereiche gemäß Mm-R nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind ab dem Berichtsjahr 2018 Angaben zur Leistungsberechtigung für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) zu veröffentlichen. Ziel ist, prospektiv darüber zu informieren, ob ein Krankenhaus an seinem Standort/an seinen Standorten zur Erbringung von mindestmengenpflichtigen Leistungen berechtigt ist. Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbringen wollen, geben für die maßgeblichen Leistungsbereiche die Angaben unter C-5.2 an.

Abweichend von den anderen Kapiteln des Qualitätsberichts werden hierzu Daten erfasst, die sich nicht auf das Berichtsjahr beschränken, sondern sich zusätzlich auf die ersten zwei Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erstrecken. Darüber hinaus werden Informationen für das Prognosejahr erfasst.

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

- Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge
  (Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus C-5.1 durch die Erfassungssoftware)
- die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).

Auswahloptionen: ja; nein, Rechtstreit anhängig

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.
Auswahloptionen: ja; nein

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 zu 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 1. Januar 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018

Anhang 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Inhalt

Allgemeine Hinweise 5

1. Erläuterungen zur Berichterstellung 5

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts 6

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts 7

Einleitung des Qualitätsberichts 9

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 10

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 10

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 11

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 11

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 11

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 12

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 14

A-9 Anzahl der Betten 14

A-10 Gesamtfallzahlen 14

A-11 Personal des Krankenhauses 15

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte 16
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 Lenkungsgremium 19
A-12.2 Klinisches Risikomanagement 19
A-12.2.1 Verantwortliche Person 19
A-12.2.2 Lenkungsgremium 19
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 20
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 20
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 21
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 23
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 24
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden 25
A-12.3.2.4 Händedesinfektion 25
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) 26
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement 27

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 27
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 28
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium 28
A-12.5.2 Verantwortliche Person 29
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal 29
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen 29
A-13 Besondere apparative Ausstattung 30
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 31
A – 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe 32
A- 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 32
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 32
A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 33
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 34
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung 34
B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 35
B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 35
B-[X].4 *[unbesetzt]* 35
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 35
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD 36
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 36
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 37
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 39
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 39

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].11 Personelle Ausstattung 40
B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte 41
B-[X].11.2 Pflegepersonal 42
B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 43
C Qualitätssicherung 45
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 45
C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 46
C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten 46
C-1.1.2 Übermittlung der Daten 47
C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL 47
C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung 48
C-1.2.1 Übermittlungswege 48
C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 49
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 54
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 55
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 55
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V56
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 56
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr 57
C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung 57
C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden 57
C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen58

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) 58
C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden 58
C-5.2.6 Übergangsregelung 58
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 58
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 59
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 60
C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 61
C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 64

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 (BPflV) oder dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht beispielsweise von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V 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 krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anforderungen zum Datenschutz

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

Zu einigen Kapiteln (z. B. 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, Internetseite, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

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

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 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 verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

„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“

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)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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: Zentrale Telefonnummer; 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen. Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	*z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.

Behinderungen entstehen aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren und hindern diese an der vollen, wirksamen und gleich berechtigten Teilhabe an der Gesellschaft.

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind für den Krankenhausstandort anzugeben.

Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind (z. B. auf spezielle Organisationseinheiten bezogen), ist dies verpflichtend zu kommentieren.

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Hier sind die Kontaktdaten der Person oder Einrichtung anzugeben, die Menschen mit Beeinträchtigung oder ihre Angehörigen im Hinblick auf die Krankenhausbehandlung berät und unterstützt.

[„Kontakt/Person lang“]

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7.2) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

„Besondere personelle Unterstützung“ ist dann anzugeben, wenn das Pflegepersonal besondere Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen, Sinnesbeeinträchtigungen oder Mobilitätseinschränkungen hat oder besonders geschult ist. 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. Dies umfasst auch Gebärdensprach- und Schriftdolmetscherdienste.

Es 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/Erläuterung**
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	*z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen*

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.

Diese Richtlinie/Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Hier wird die Anzahl der Akut-Betten nach den §§ 108, 109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres angegeben.

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 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.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPflV richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Zählung der ambulanten Fälle:

Es sind alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 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 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Ärztinnen und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften
- Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger von der Summe der Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind nur einmal entsprechend der jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Unter „Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe“ sind nur Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, 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“].

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

  Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)
- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) haben die Landesregierungen durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser insbesondere Regelungen zu treffen über die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals."

- Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte (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. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach verfügbar und ganzjährig in Kraft

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr 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.

Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor 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 „kein Einsatz ZVK“ anzugeben.

   Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

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; kein Einsatz ZVK

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

1. Der Standard thematisiert insbesondere:
   a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe
   b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)
   c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe

   Auswahloptionen: ja; nein; teilweise
2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 „keine Durchführung Wundversorgung“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

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 die Ärztin oder den Arzt 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

  Auswahloptionen: Einheit: ml/Patiententag; keine Intensivstation vorhanden
- 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 Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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 Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer 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)

Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt/Person lang]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

Hinweis: Obenstehende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Es ist anzugeben, ob es ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe gibt, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

Auswahloptionen: ja – Arzneimittelkommission; ja – Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – andere; nein

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

Wird „ja – andere“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen?

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:

- entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; oder
- eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das Gremium bzw. die Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit 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-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

- der Apothekerinnen und Apotheker (Anzahl Personen)
- des weiteren pharmazeutischen Personals (Anzahl Personen)

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

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der Auswahlliste [Kapitel A-12.5.4] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.

Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und mit den ausgewählten Instrumenten und Maßnahmen darzustellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Der G-BA hat in seinen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Regelungen zu den Notfallstrukturen) die Voraussetzungen für die Teilnahme und Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der strukturierten Notfallversorgung festgelegt.

Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen:

„Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.“

In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die an dem gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen teilnehmen an, in welcher Form und in welchem Umfang sie daran teilnehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
An dieser Stelle ist anzugeben, welcher Stufe der Notfallversorgung das Krankenhaus zugeordnet ist.

Auswahloptionen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2), Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3); Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3); Notfallstufe noch nicht vereinbart

Wenn Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 ausgewählt wurde, ist der Umstand anzugeben, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt:

1. Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe
2. Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der Speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)
3. Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 S. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen

[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
Wenn das Krankenhaus an mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen teilnimmt, sind Angaben zu dem oder den vorhandenen Modulen der Speziellen Notfallversorgung zu machen. Das oder die vorhandenen Module sind aus der Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ gemäß Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
Wenn das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelungen zu den Notfallstrukturen an der strukturierten Notfallversorgung teilnimmt, ist der Tatbestand anzugeben, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt.

Auswahloptionen:

- Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind
  oder

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen
  oder
- Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Auswahloptionen: ja; nein

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung abzubilden, um den Nutzerinnen und Nutzern 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)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

- Chefärztin oder Chefarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]
- Belegärztin oder Belegarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]

Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 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 *[unbesetzt]*

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

Angegeben werden müssen:

a) Vollstationäre Fallzahl

b) Teilstationäre Fallzahl

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

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 die Patientin oder der Patient nach extern entlassen/verlegt wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPflV richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die PEPPV des jeweiligen Berichtsjahres.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Hier sind alle Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit 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 Falls 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 endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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) in absteigender Häufigkeit 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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Patientinnen und Patienten 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Stoffwechselkrankheiten	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 (alt)	LK01	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
			…	…	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

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

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

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

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzte in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärztinnen und Ärzte (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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte

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 Ärztinnen und Ärzte 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:

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

Belegärztinnen und Belegärzte 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:

- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde ist Fachärztin oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Fachärztin oder Facharzt 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 „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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und -entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Patientinnen oder Patienten mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilsmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind nur einmal entsprechend ihrer jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-1.1[Y] und zu Kapitel C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Stellungsnahmeverfahrens (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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

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

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

- Die 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 Kapitel 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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 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 Nummer 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-Nieren-Transplantation (PNTX) stellen die angegebenen Dokumentationsraten aggregierte Soll- und Ist-Zahlen für mehrere in den Auswertungen weiter differenzierte Leistungsbereiche dar.

   Die Ergebnisse in Kapitel 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-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.
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“).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.
4. Für den Leistungsbereich der Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (HTXM) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Herztransplantationen („HTXM_TX“) und Herzunterstützungssysteme („HTXM_MKU“).

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

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsverfahren können in Form von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen vorliegen.

- Qualitätsindikatoren sind QS-Ergebnisse mit Referenzbereich und Bewertung.
- Kennzahlen sind als QS-Ergebnisse ohne Referenzbereich definiert. Bei diesen Ergebnissen ist keine qualitative Bewertung vorgesehen. Es wird zwischen Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen, ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen unterschieden.

C-1.2.1 Übermittlungswege

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 von 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 Kennzeichung, 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen 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 bzw. zu einer bestimmten Kennzahl, erfolgt für diesen Qualitätsindikator bzw. Kennzahl 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 bzw. Kennzahl übermittelt, das anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator bzw. je Kennzahl 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. Es werden folgende Parameter dargestellt:

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

„QS-Ergebnis“: Hier ist die Ergebnis-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

„Art des Werts“: Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Bezug zum Verfahren“: Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des G-BA und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Ergebnis 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 „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ 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 bzw. der Kennzahl anzugeben. Bei Veröffentlichung soll sie den Werten aus „rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Bundesergebnis“, „Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“, „Referenzbereich“ zugeordnet werden.

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

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

„rechnerisches Ergebnis“: Hier ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl 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 den §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator bzw. für diese Kennzahl 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.

„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 Patientinnen und Patienten, für die der Qualitätsindikator bzw. die Kennzahl untersucht wurde) einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

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

Nur für Qualitätsindikatoren:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

„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 und Kennzahlen“ (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 Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/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)

nicht mehr in Kraft

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	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs/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**
Bewertung Vorjahr	**N**	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	R	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	H	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Diese Richtlinien-Version ist

	U	eingeschränkt/ nicht vergleich-bar	unverändert	einge-schränkt/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	einge-schränkt/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“.								

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Ergebnis-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl,
- Art des Wertes,
- Bezug zum Verfahren,
- Ergebnis mit Bezug zu Infektionen,
- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- Einheit,
- Bundesergebnis,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

finden sich auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V unter https://iqtig.org/qs-berichte/strukturierterqualitaetsbericht/.

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 in Kapitel C-1.1 darzustellenden Leistungsbereichen sind der Tabelle D in Anhang 3 zu entnehmen.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach den §§ 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“ (Kapitel 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 in Kapitel C-4 angegeben werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Chronischer Rückenschmerz

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 Internetseite 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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 2000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen (Mm-R) 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Begründung aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1) gemäß Anhang 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für alle Leistungsbereiche gemäß Mm-R nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind ab dem Berichtsjahr 2018 Angaben zur Leistungsberechtigung für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) zu veröffentlichen. Ziel ist, prospektiv darüber zu informieren, ob ein Krankenhaus an seinem Standort oder an seinen Standorten zur Erbringung von mindestmengenpflichtigen Leistungen berechtigt ist. Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbringen wollen, geben für die maßgeblichen Leistungsbereiche die Angaben unter C-5.2 an.

Abweichend von den anderen Kapiteln des Qualitätsberichts werden hierzu Daten erfasst, die sich nicht auf das Berichtsjahr beschränken, sondern sich zusätzlich auf die ersten zwei Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erstrecken. Darüber hinaus werden Informationen für das Prognosejahr erfasst.

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

- Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge
  (Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus Kapitel C-5.1 durch die Erfassungssoftware)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.
Auswahloptionen: ja; nein

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 G-BA 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“ (Kapitel C-6) die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zu Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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. Nummer 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 Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt.

  Antwortoptionen: ja, nein
  Wenn ja,

- Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.

  Antwortoptionen: ja, nein
  Wenn ja,

- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:

  Antwortoptionen: ja, nein

Wenn das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer 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 1. Januar 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, 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 im Berichtsjahr 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 bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben.

Beispiel:

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Krankenhäuser machen die unten genannten Angaben für jeden Bereich, für den die Ermittlung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen pflegesensitiven Bereich im Berichtsjahr 2019 ergeben hat. Alle Angaben zu den jährlichen Erfüllungsgraden erfolgen auf

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ebene des einzelnen pflegesensitiven Bereichs, getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt für Tag- und Nachtschichten.

Für folgende pflegesensitive Bereiche gelten schichtbezogen seit dem 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV).

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)		Höchstanteile an Pflegehilfskräften	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	2,5	3,5	8 %	8 %
Geriatrie	10	20	20 %	40 %
Kardiologie	12	24	10 %	15 %
Unfallchirurgie	10	20	10 %	15 %

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr

Für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie wurden keine Pflegepersonaluntergrenzen definiert, die für das Berichtsjahr gelten, deshalb ist hier keine Angabe vorzunehmen.

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Monatsdurchschnitte an allen Monatsdurchschnitten pro Jahr, differenziert nach pflegesensitiven Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Der monatsbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Tagschicht	[Zahlenwert] berechnet als Verhältniszahl, dargestellt als Prozentzahl: (1 - **(Zähler**: Summe der Monate, in denen der Wert in der Spalte „rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft“ auf der ausgewählten Station in der Tagschicht größer als die jeweilige Pflegepersonaluntergrenze laut PpUGV [Referenz-Wert] ist; **Nenner**: Summe der Monate, in denen für die Station für die Tagschichten ein Wert in der Spalte „rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft“ vorliegt (in der Regel = 12 Monate).)	Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs. 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-	Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

			x 100	Nachweisvereinbarung	
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Nachtschicht	[Zahlenwert] berechnet als Verhältniszahl, dargestellt als Prozentzahl: (1 - **(Zähler**: Summe der Monate, in denen der Wert in der Spalte „rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft“ auf der ausgewählten Station in der Nachtschicht größer als die jeweilige Pflegepersonaluntergrenze [Referenz-Wert] ist; **Nenner**: Summe der Monate, in denen für die Station für die Nachtschichten ein Wert in der Spalte „rechnerische Anzahl Patienten je Pflegekraft“ vorliegt (in der Regel = 12 Monate).) x 100	Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Nachtschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Absatz 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.
Beispiel:					
Geriatrie	*Station 1A*	Tagschicht	*(1-(6/12))*100 = 50%* *Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Tagschicht in 50% der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)*		
Geriatrie	*Station 1A*	Nachtschicht	*(1-(5/12))*100 = 58,33%* *Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Nachtschicht in 58,33% der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)*	*3* *Lesehilfe: Für diese Station wurden 3 Ausnahmetatbestände angegeben, aufgrund derer die PpUG im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten wurden. Ausnahmetatbestände können vom Krankenhaus bei Vorliegen der folgenden Umstände geltend gemacht werden:* *- Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß*	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

				über das übliche Maß hinausging. *- Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.* *- Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern.*	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Schichten pro Jahr an allen Schichten pro Jahr, differenziert nach pflegesensitiven Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Grundlage für diese Berechnung sind die Quartalsmeldungen der Krankenhäuser an das InEK in Form der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung. Zur Berechnung der aufgeführten Werte müssen die vier Quartalsmeldungen der Krankenhäuser (Anlagen 2 und 3 laut PpUG-Nachweisvereinbarung) zusammengeführt werden, damit die Werte für das Berichtsjahr ermittelt werden können.

Der schichtbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentare
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Tagschicht	[Zahlenwert] berechnet als Verhältniszahl, dargestellt als Prozentzahl: (1- **(Zähler**: Summe der Angaben in der Spalte „Anzahl Schichten, in denen die PpUG im Monat nicht eingehalten wurde“ aus den vier Quartalsmeldungen (Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung) für die Tagschichten auf der Station X des pflegesensitiven Bereiches **Nenner**: Summe der Angaben in der Spalte „Anzahl Schichten (Summe)“ aus den vier Quartalsmeldungen (Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung) für die Tagschichten auf der Station X des pflegesensitiven Bereiches)) x 100	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung	Nachtschicht	[Zahlenwert] berechnet als Verhältniszahl, dargestellt als Prozentzahl: (1- **(Zähler**: Summe der Angaben in der Spalte „Anzahl Schichten, in denen die PpUG im Monat nicht eingehalten wurde“ aus den vier Quartalsmeldungen (Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung) für die Nachtschichten auf der Station 1 des pflegesensitiven Bereiches **Nenner**: Summe der Angaben in der Spalte „Anzahl Schichten (Summe)“ aus den vier Quartalsmeldungen (Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung) für die Nachtschichten auf der Station X des pflegesensitiven Bereiches)) x 100	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
Beispiel:				
Geriatrie	*Station 1A*	Tagschicht	*(1-(20/365))*100 = 94,52 %* *Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 94,52% aller geleisteten Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten.(Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)*	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Geriatrie	*Station 1A*	Nachtschicht	*(1-(102/365))*100 = 72,05 %* *Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 72,05% aller geleisteten Nachtschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten.(Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)*	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2019

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

Anhang 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2019

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2019

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1:

Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

- Teil A (XML-Daten der Krankenhäuser)

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterung zur Datensatzbeschreibung 5
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente 5
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen 5
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen 6
2 Hinweise zur XML-Erzeugung 9
2.1 Kodierung in UTF-8 (*UTF-8 Encoding*) 9
2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*) 9
2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*) 9
3 Element <Qualitaetsbericht> 10
3.1 Element <Einleitung> 11
3.1.1 Element <Datensatz> 12
3.1.2 Element <Software> 13
3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung> 13
3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung> 16
3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links> 16

3.2 Element <Krankenhaus> ... 17
3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten> ... 18
3.2.2 Element <Standortkontaktdaten> ... 21
3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht> ... 22
3.3 Element <Krankenhaustraeger> ... 23
3.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art> ... 24
3.4 Element <Krankenhaus_Art> ... 25
3.4.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus> ... 25
3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus> ... 26
3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> ... 26
3.6.1 Element <MP_Leistungsangebot> ... 26
3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote> ... 30
3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot> ... 30
3.8 Element <Barrierefreiheit> ... 33
3.8.1 Element <Barrierefreiheit_Aspekt> ... 34
3.9 Element <Akademische_Lehre> ... 35
3.9.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> ... 36
3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe> ... 37
3.10.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> ... 37
3.11 Element <Fallzahlen> ... 38
3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses> ... 38
3.12.1 Element <Aerzte> ... 39
3.12.2 Element <Pflegekraefte> ... 44
3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho> ... 51
3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal> ... 55

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung> ... 58
3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement> ... 59
3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement> ... 60
3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement> ... 61
3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement> ... 61
3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement> ... 61
3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem> ... 65
3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem> ... 67
3.13.8 Element <Hygienepersonal> ... 70
3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene> ... 74
3.13.10 Element <Beschwerdemanagement> ... 93
3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit> ... 99
3.14 Element <Apparative_Ausstattung> ... 115
3.14.1 Element <Geraet> ... 116
3.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen> ... 117
3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung> ... 117
3.16 Element <Qualitaetssicherung> ... 187
3.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht> ... 187
3.16.2 Element <DMP> ... 190
3.16.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS> ... 191
3.16.4 Element <Mindestmengen> ... 193
3.16.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung> ... 199
3.16.6 Element <Fortbildung> ... 203
4 Datengestützte Qualitätssicherung ... 205

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien 205
4.1.1 Nameskonvention der XML-Dateien 205
4.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] - Dokumentationsrate 206
4.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 206
5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung> 208
5.1 Element <Dokumentationsraten> 209
5.1.1 Element <Leistungsbereich> 210
5.2 Element <Ergebnis> 215
5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> 216
5.2.2 Element <Auswertungseinheit> 226
6 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen 227
6.1 Zusätzliche Prüfungen 227
7 Anhang 228
7.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten 228
7.2 Liste der Qualitätsindikatoren 230

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1 Erläuterung 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 den Teil der Datensatzbeschreibung (für XML-Daten), deren Adressat die Krankenhäuser sind, als auch um den Teil (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 in Nummer "2. Hinweise zur XML-Erzeugung" erläutert.

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 Nummer 3, 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 den Zusatz "Beginn Auswahlelement" und "Ende Auswahlelement" dargestellt.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Begin Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Auswahl 1					
Auswahl 2					
Ende Auswahlelement					

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
- **Spalte - Inhalt/Format**: Welcher Inhalt in dem XML-Element zulässig ist, wird in dieser Spalte beschrieben. Handelt es sich bei dem beschriebenen XML-Element um ein Containerelement, so befindet sich in der Inhaltszelle zu diesem Element ein Verweis auf den Abschnitt in der Datensatzbeschreibung, in dem der Inhalt dieses Containerelements beschrieben wird (z. B. siehe 2.1). In der folgenden Tabelle werden die Schlüsselworte erläutert, durch die der zulässige Inhalt eines XML-Elements beschrieben wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

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.
Format	Der Inhalt des XML-Elements muss dem angegebenen Format entsprechen. In den Formatangaben werden die folgenden Platzhalter genutzt. **9** beliebige Ziffer [0-9] **X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional. **Bsp.:** Format: X99[.9] - Dieses bedeutet, dass das erste Zeichen ein beliebiger Buchstabe oder eine beliebige Ziffer sein muss. Das zweite und dritte Zeichen muss jeweils eine beliebige Ziffer sein. Die folgenden Zeichen sind jeweils optional. Als viertes Zeichen darf ein Punkt und als fünftes Zeichen darf eine beliebige Ziffer angegeben werden. Es gibt aber auch andere Formatangaben z. B. zum Datum oder der Uhrzeit. Diese sind selbsterklärend.
Wertebereich	In dem XML-Element ist der angegebene Wertebereich zulässig. Dieser kann nur aus ganzen Zahlen oder auch aus Zahlen mit einer bestimmten Anzahl von Nachkommastellen bestehen. Die Nachkommastellen sind optional, falls sie im Einzelfall nicht konkret verlangt werden. **Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig. **Bsp.:** 0..20000 - In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Schlüsselwort	Beschreibung
	Bsp.: 0,0..500,0 - In dem XML-Element sind die ganzen Zahlen zwischen 0 und 500 zulässig und die Zahlen mit einer Nachkommastelle zwischen 0,0 und 500,0.
Auswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert. **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird eine Auswahlliste referenziert.
Schlüsselauswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Zusätzlich darf jeder Schlüssel in den Kindelementen eines Elternelements nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird ein Verweis auf die Auswahlliste angegeben.
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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Xerces. [2]

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

3 Element <Qualitaetsbericht>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einleitung	Informationen über den Datensatz, die verwendete Software sowie verantwortliche Personen für den Qualitätsbericht.	1	siehe 3.1	Einleitung	
Krankenhaus	Die Kontaktdaten des Krankenhauses und der Standorte, wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt.	1	siehe 3.2	A-1	
Krankenhaustraeger		1	siehe 3.3	A-2	
Krankenhaus_Art	Art des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.4	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 3.5	A-4	
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.6	A-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Nicht_Medizinische_Leistungsangebote	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.7	A-6	
Barrierefreiheit	Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.8	A-7, B-X.4	
Akademische_Lehre	Akademische Lehre.	0 .. 1	siehe 3.9	A-8.1	
Ausbildung_andere_Heilberufe	Ausbildung in anderen Heilberufen.	0 .. 1	siehe 3.10	A-8.2	
Anzahl_Betten	Anzahl der Betten des Krankenhauses.	1	Wertebereich: 0..20000	A-9	
Fallzahlen	Fallzahlen des Krankenhauses.	1	siehe 3.11	A-10	
Personal_des_Krankenhauses	Ärzte und Pflegepersonal.	1	siehe 3.12	A-11	
Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung		1	siehe 3.13	A-12	
Apparative_Ausstattung		0 .. 1	siehe 3.14	A-13	
Organisationseinheiten_Fachabteilungen		1	siehe 3.15	B	
Qualitaetssicherung		1	siehe 3.16	C	

3.1 Element <Einleitung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Datensatz	Informationen zum Datensatz.	1	siehe 3.1.1	Einleitung	
Software	Informationen zur verwendeten Software.	1	siehe 3.1.2	Einleitung	
Verantwortlicher_Erstellung	Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person.	1	siehe 3.1.3	Einleitung	
Verantwortlicher_Krankenhausleitung	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person der Krankenhausleitung.	1	siehe 3.1.4	Einleitung	
URL_Homepage_Krankenhaus	Link zur Homepage des Krankenhauses.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
URL_Weitere_Informationen	Link zur weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht.(Imagebroschüren, PDF-Version dieses Berichts etc.).	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Weiterfuehrende_Links		0 .. 1	siehe 3.1.5	Einleitung	

3.1.1 Element <Datensatz>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Datum	Erstellungsdatum des Datensatzes.	1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	Einleitung	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Uhrzeit	Erstellungsuhrzeit des Datensatzes.	1	Format zur Uhrzeitangabe: HH:MM:SS	Einleitung	
Sprache	Im Datensatz verwendete Sprache.	1	Schlüsselauswahlliste: "Sprachen" Auswahlliste: "deutsch"	Einleitung	

3.1.2 Element <Software>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hersteller	Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	
Produktname	Verwendete Software.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	
Version	Versionsangabe zur verwendeten Software.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	

3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>

Elternelemente: 3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>, 3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>, 3.2.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>, 3.2.1.4 Element <Pflegedienstleitung>, 3.2.1.5 Element <Verwaltungsleitung>, 3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>, 3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>, 3.13.10.6.1 Element <Ansprechpersonen>, 3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen>, 3.13.11.2.1.2 Element <Eigenstaendige_Position_AMTS>, 3.15.1.1.1 Element <Chefarzt>, 3.15.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Person		1	siehe 3.1.3.1.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Telefon		1	siehe 3.1.3.1.2	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Fax		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.3	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Email		1	Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft.	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.1.3.1.1 Element <Person>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Titel		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vorname		1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Nachname		1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Funktion_Arbeitsschwerpunkt		1	max. Zeichenanzahl: 500	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.3.1.2 Element <Telefon>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Rufnummer		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Durchwahl		0 .. 1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.3.1.3 Element <Fax>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Rufnummer		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Durchwahl		0 .. 1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Link		1 .. n	siehe 3.1.5.1	Einleitung	

3.1.5.1 Element <Link>

Elternelemente: 3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
URL		1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Beschreibung		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	Einleitung	

3.2 Element <Krankenhaus>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Krankenhauskontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Krankenhauses.	1	siehe 3.2.1	A-1	
Beginn Auswahlelement					
Standortkontaktdaten	Hier sind die Kontaktdaten des Standortes anzugeben, für welchen dieser Qualitaetsbericht erstellt wird, wenn es um ein Krankenhaus mit mehreren Standorten handelt.	0 .. 1	siehe 3.2.2	A-1	
Standortkontaktdaten_Gesamtbericht	Dieses Element ist im Gesamtbericht immer anzugeben und listet alle Standorte auf.	0 .. 1	siehe 3.2.3	A-1	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhauses	1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1	
IK	Institutionskennzeichen des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.	1	Format: 999999999	A-1	
IK_Weitere	Weitere relevante Institutionskennzeichen.	0 .. n	Format: 999999999	A-1	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt, steht hier die Standortnummer 99, ansonsten 00.
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.2.1.1 Element <Kontakt_Zugang>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>, 3.15.1.1.1 Element <Chefarzt>, 3.15.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strasse		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Hausnummer		1	max. Zeichenzahl: 4000	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 zur Angabe einer Postleitzahl: 99999 Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.	A-1, B-X.1	
Ort		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
URL_Zugang		0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-1, B-X.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.2.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Adresse		1	siehe 3.2.1.2.1	A-1, B-X.1	
Postfach		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Ende Auswahlelement					
Postleitzahl	Gemeint ist die Zustell-Postleitzahl.	1	Format zur Angabe einer Postleitzahl: 99999 Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.	A-1, B-X.1	
Ort		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	

3.2.1.2.1 Element <Adresse>
Elternelemente: 3.2.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strasse		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Hausnummer		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Adresszusatz		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	

3.2.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>
Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.1.4 Element <Pflegedienstleitung>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.1.5 Element <Verwaltungsleitung>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Standorts.	1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Die interne laufende Nummer des Standorts.
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontaktdaten		1 .. n	siehe 3.2.3.1	-	

3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elternelemente: 3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhauses oder des Standorts.	1	max. Zeichenzahl: 4000	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	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt, steht hier die Standortnummer 99, ansonsten 00.
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.3 Element <Krankenhaustraeger>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhausträgers.	1	max. Zeichenzahl: 4000	A-2	
Krankenhaustraeger_Art	Art des Krankenhausträgers.	1	siehe 3.3.1	A-2	

3.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art>

Elternelemente: 3.3 Element <Krankenhaustraeger>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art	Art des Krankenhausträgers.	1	Schlüsselauswahlliste: "Art des Krankenhaustraegers" (Anlage 1 A-2) Auswahlliste: "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	max. Zeichenzahl: 4000	A-2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.4 Element <Krankenhaus_Art>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Universitaetsklinikum	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 3.4.1	A-3	
Ende Auswahlelement					

3.4.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: 3.4 Element <Krankenhaus_Art>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name_Universitaet	Name und Ort der Universität	1 .. n	max. Zeichenzahl: 4000	A-3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MP_Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1 .. n	siehe 3.6.1	A-5	

3.6.1 Element <MP_Leistungsangebot>

Elternelemente: 3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: "Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote" (A-5) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "MP01", "MP02", "MP03", "MP04", "MP05", "MP06", "MP08", "MP09", "MP10", "MP11", "MP12", "MP13", "MP14", "MP15", "MP16", "MP17", "MP18", "MP19", "MP20", "MP21",	A-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "MP_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"MP22", "MP23", "MP24", "MP25", "MP26", "MP27", "MP28", "MP29", "MP30", "MP31", "MP32", "MP33", "MP34", "MP35", "MP36", "MP37", "MP38", "MP39", "MP40", "MP41", "MP42", "MP43", "MP44", "MP45",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"MP46", "MP47", "MP48", "MP50", "MP51", "MP52", "MP53", "MP54", "MP55", "MP56", "MP57", "MP59", "MP60", "MP61", "MP62", "MP63", "MP64", "MP65", "MP66", "MP67", "MP68", "MP69"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
NM_Leistungsangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Leistungsangebot.	1 .. n	siehe 3.7.1	A-6	

3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot>

Elternelemente: 3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
NM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des nicht-medizinischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: "Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote" (A-6) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "NM01", "NM02", "NM03", "NM05", "NM07", "NM09", "NM10", "NM11", "NM14", "NM15",	A-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "NM_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"NM17", "NM18", "NM19", "NM30", "NM36", "NM40", "NM42", "NM48", "NM49", "NM50", "NM60", "NM62", "NM63", "NM64", "NM65", "NM66", "NM67", "NM68"		
Zusatzangaben	Zusatzangaben zu ausgewählten Leistungsangeboten.	0 .. 1	siehe 3.7.1.1	A-6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		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 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-6	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.7.1.1 Element <Zusatzangaben>

Elternelemente: 3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Mediennutzung	Kosten für Fernseher oder sonstige Mediennutzung.	1	siehe 3.7.1.1.1	A-6	
Telefonnutzung	Kosten für Telefonnutzung.	1	siehe 3.7.1.1.2	A-6	
Parkplatznutzung	Parkgebühren.	1	siehe 3.7.1.1.3	A-6	
Besondere_Ernaehrungsgewohnheiten	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-6	
Ende Auswahlelement					

3.7.1.1.1 Element <Mediennutzung>

Elternelemente: 3.7.1.1 Element <Zusatzangaben>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kosten_pro_Tag	Kosten pro Tag, in Euro.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.7.1.1.2 Element <Telefonnutzung>

Elternelemente: 3.7.1.1 Element <Zusatzangaben>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kosten_pro_Tag	Kosten pro Tag, in Euro.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Minute_ins_deutsche_Festnetz	Kosten eines Telefonats pro Minute ins deutsche Festnetz, in Euro.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Minute_bei_eintreffenden_Anrufen	Kosten eines Telefonats bei eintreffenden Anrufen, in Euro.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

3.7.1.1.3 Element <Parkplatznutzung>

Elternelemente: 3.7.1.1 Element <Zusatzangaben>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kosten_pro_Stunde_Max	Kosten pro Stunde, in Euro. Hier ist der Maximalbetrag einzutragen.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Tag_Max	Kosten pro Tag, in Euro. Hier ist der Maximalbetrag einzutragen.	1	Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

3.8 Element <Barrierefreiheit>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>, 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Barrierefreiheit_Aspekt	Aspekt der Barrierefreiheit.	1 .. n	siehe 3.8.1	A-7, B-X.4	

3.8.1 Element <Barrierefreiheit_Aspekt>

Elternelemente: 3.8 Element <Barrierefreiheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
BF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Aspekts der Barrierefreiheit.	1	Schlüsselauswahlliste: "Aspekte der Barrierefreiheit" (A-7 und B-X.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "BF01", "BF02", "BF03", "BF04", "BF05", "BF06", "BF07", "BF08", "BF09", "BF10", "BF11", "BF12", "BF13",	A-7, B-X.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Barrierefreiheit_Aspekt" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Für das Krankenhaus (unter A-7) angegebene Aspekte, dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.4) nicht wiederholt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"BF14", "BF15", "BF16", "BF17", "BF18", "BF19", "BF20", "BF21", "BF22", "BF23", "BF24", "BF25", "BF26", "BF27", "BF28", "BF29", "BF30", "BF31", "BF32"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-7, B-X.4	

3.9 Element <Akademische_Lehre>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten.	1 .. n	siehe 3.9.1	A-8.1	

3.9.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>

Elternelemente: 3.9 Element <Akademische_Lehre>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
FL_Schluessel	Schlüssel-Nr. der akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	Schlüsselauswahlliste: "Forschung und akademische Lehre" (A-8.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "FL01", "FL02", "FL03", "FL04", "FL05", "FL06", "FL07", "FL08", "FL09"	A-8.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Akademische_Lehre_Wissenschaft-liche_Taetigkeit" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausbildung_in_anderen_Heilberufen	Ausbildung in anderen Heilberufen.	1 .. n	siehe 3.10.1	A-8.2	

3.10.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>

Elternelemente: 3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
HB_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	Schlüsselauswahlliste: "Ausbildung in anderen Heilberufen" (A-8.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "HB01", "HB02", "HB03", "HB05", "HB06", "HB07", "HB09", "HB10", "HB11", "HB12", "HB13", "HB14",	A-8.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Ausbildung_in_anderen_Heilberufen" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"HB15", "HB16", "HB17", "HB18"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.2	

3.11 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..1000000	A-10	
Teilstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..1000000	A-10	
Ambulante_Fallzahl	Ambulante Fallzahl	1	Wertebereich 0..20000000	A-10	

3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerzte		1	siehe 3.12.1	A-11.1	
Pflegekraefte		1	siehe 3.12.2	B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.	0 .. 1	siehe 3.12.3	A-11.3	
Spezielles_Therapeutisches_Personal	Personalqualifikationen aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2.	0 .. 1	siehe 3.12.4	A-11.4	

3.12.1 Element <Aerzte>

Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung	Anzahl Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	0 .. 1	siehe 3.12.1.3	A-11.1	

3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>
Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>, 3.15.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung>, 3.15.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 3.15.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Fachaerzte	Davon Fachärzte.	1	siehe 3.12.1.1.2	A-11, B-X.11	
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal.	1	Wertebereich: 0,00..99,99	A-11.1, B-X.11.1	

3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>
Elternelemente: 3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>, 3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte>, 3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>, 3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>, 3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>, 3.12.2.3 Element <Altenpfleger>, 3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>, 3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen>, 3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>, 3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>, 3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>, 3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>, 3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten>, 3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten>, 3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Anzahl insgesamt in Vollkräften.	1	Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	
Beschaeftigungsverhaeltnis	Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Versorgungsform	Personal in der ambulanten und stationaeren Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elternelemente: 3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>, 3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personal_mit_direktem_BV	Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personal_ohne_direktem_BV	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1.1 Element <Personal_mit_direktem_BV>

Elternelemente: 3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1.2 Element <Personal_ohne_direktem_BV>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktes Beschäftigungsverhältnis.	1	Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>
Elternelemente: 3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>, 3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Versorgung	Personal in der ambulanten Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2.1	A-11, B-X.11	
Stationaere_Versorgung	Personal in der stationären Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2.1 Element <Ambulante_Versorgung>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der ambulanten Versorgung.	1	Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2.2 Element <Stationaere_Versorgung>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der stationären Versorgung.	1	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	Wertebereich: 0,00000..1000000,00000	B-X.11	(!) Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte>
Elternelemente: 3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>, 3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.1.2 Element <Belegaerzte>
Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>, 3.15.1.10.1.2 Element <Belegabteilung>, 3.15.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 3.15.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	Wertebereich: 0,00000..1000000,00000	B-X.11.1	(!) Darf bei A-11.1 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.1 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1, B-X.11.1	

3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>
Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Fachaerzte	Davon Fachärzte.	1	siehe 3.12.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Gesundheits_Krankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	siehe 3.12.2.1	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Gesundheits_Kinderkrankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.2	A-11.2, B-X.11.2	
Altenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.3	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegeassistenten	2 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.4	A-11.2, B-X.11.2	
Krankenpflegehelfer	1 Jahr Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.5	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegehelfer	ab 200 Std. Basiskurs	0 .. 1	siehe 3.12.2.6	A-11.2, B-X.11.2	
Hebammen_Entbindungspfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.7	A-11.2, B-X.11.2	
Beleghebammen_Belegentbindungspfleger	Anzahl in Personen zum Stichtag 31.12.	0 .. 1	siehe 3.12.2.8	A-11.2, B-X.11.2	
Operationstechnische_Assistenz	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.9	A-11.2, B-X.11.2	
Medizinische_Fachangestellte	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.10	A-11.2, B-X.11.2	
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	Wertebereich: 0,00..99,99	A-11.2, B-X.11.2	

3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>
Elternelemente: 3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>, 3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>, 3.12.2.3 Element <Altenpfleger>, 3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Anzahl insgesamt in Vollkräften.	1	Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2	
Beschaeftigungsverhaeltnis	Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Versorgungsform	Personal in der ambulanten und stationaeren Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.3 Element <Altenpfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.8 Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	Wertebereich: 0,00000..1000000,00000	A-11.2, B-X.11.2	(!) Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei BX.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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 3.12.3.1	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 3.12.3.2	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Psychologische_Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen. 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 3.12.3.3	A-11.3, B-X.11.3	
Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen. 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 3.12.3.4	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG). 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 3.12.3.5	A-11.3, B-X.11.3	
Ergotherapeuten	Ergotherapeuten. 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 3.12.3.6	A-11.3, B-X.11.3	
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 3.12.3.7	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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 3.12.3.8	A-11.3, B-X.11.3	

3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.12.4 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal. Das unter A-11.3 erfasste Personal ist hier ebenfalls zu zählen.	1 .. n	siehe 3.12.4.1	A-11.4	

3.12.4.1 Element <Therapeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
SP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des speziellen therapeutischen Personals.	1	Schlüsselauswahlliste: "Spezielles therapeutisches Personal (A-11.4)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "SP04", "SP05", "SP06", "SP08", "SP09", "SP13", "SP14", "SP15", "SP16", "SP17", "SP18",	A-11.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Therapeutisches_Personal" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"SP19", "SP20", "SP21", "SP22", "SP23", "SP24", "SP25", "SP26", "SP27", "SP28", "SP30", "SP31", "SP32", "SP35", "SP36", "SP39", "SP40", "SP42", "SP43", "SP54", "SP55", "SP56", "SP57", "SP58",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"SP59", "SP60", "SP61"		

3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.1	A-12.1.1	
Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement		0 .. 1	siehe 3.13.2	A-12.1.2	
Verantwortliche_Person_Risikomanagement		0 .. 1	siehe 3.13.3	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 3.13.4	A-12.2.2	Bei Auswahl „entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement“ in der Software muss die Software die Daten aus A-12.1.2 übernehmen!
Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement		0 .. 1	siehe 3.13.5	A-12.2.3	
Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem		0 .. 1	siehe 3.13.6	A-12.2.3.1	
Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem		0 .. 1	siehe 3.13.7	A-12.2.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonal		1	siehe 3.13.8	A-12.3.1	
Weitere_Informationen_Hygiene		0 .. 1	siehe 3.13.9	A-12.3.2	
Beschwerdemanagement		0 .. 1	siehe 3.13.10	A-12.4	
Arzneimitteltherapiesicherheit	AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.	1	siehe 3.13.11	A-12.5	(!) Die Textpassage in der Spalte "Beschreibung" ist im Rahmen der Veröffentlichung mit darzustellen.

3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>, 3.13.11.2.1.1 Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>, 3.13.11.1.1 Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium		1	siehe 3.13.2.1	A-12.1.2, A-12.5.2	

3.13.2.1 Element <Lenkungsgremium>

Elternelemente: 3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>, 3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.1.2, A-12.2.2	
Tagungsfrequenz		1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "wöchentlich", "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf",	A-12.1.2, A-12.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"andere Frequenz"		

3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium		1	siehe 3.13.2.1	A-12.1.2, A-12.5.2	

3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Instrument_Massnahme_Risikomanagement		1 .. n	siehe 3.13.5.1	A-12.2.3	

3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
RM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme	1	Schlüsselauswahlliste: "Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen" (A-12.2.3) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "RM01", "RM02", "RM03", "RM04", "RM05", "RM06", "RM07", "RM08", "RM09", "RM10", "RM12", "RM13", "RM14", "RM15", "RM16", "RM17", "RM18"	A-12.2.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Instrument_Massnahme" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zusatzangaben_RM	Zusatzangaben zu ausgewählten Instrumenten bzw. Maßnahmen	0 .. 1	siehe 3.13.5.1.1	A-12.2.3	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>
Elternelemente: 3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
SOP	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures.	1	siehe 3.13.5.1.1.1	A-12.2.3, A-12.5.4	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ ist durch die Erfassungssoftware Name und Datum aus der Angabe zu RM01 (A-12.2.3) hier einzusetzen!
Fallbesprechungen_Konferenzen		1	siehe 3.13.5.1.1.2	A-12.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.5.1.1.1 Element <SOP>
Elternelemente: 3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>, 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3, A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Datum	Datum der letzten Aktualisierung.	1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	A-12.2.3, A-12.5.4	

3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>
Elternelemente: 3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallbesprechung_Konferenz		1 .. n	siehe 3.13.5.1.1.2.1	A-12.2.3	

3.13.5.1.1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz>
Elternelemente: 3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art		1	Schlüsselauswahlliste: "Art der Fallbesprechung_Konferenz" (A-12.2.3) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Tumorkonferenzen", "Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen", "Pathologiebesprechungen", "Palliativbesprechungen", "Qualitätszirkel"	A-12.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Andere		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tagungsgremium		0 .. 1	siehe 3.13.6.1	A-12.2.3.1	
Massnahmen		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.2.3.1	
Fehlermeldesystem_intern		1	siehe 3.13.6.2	A-12.2.3.1	

3.13.6.1 Element <Tagungsgremium>

Elternelemente: 3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>, 3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tagungsfrequenz		1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "wöchentlich", "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich",	A-12.2.3.1, A-12.2.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"jährlich", "bei Bedarf", "andere Frequenz"		

3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern>
Elternelemente: 3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
System_intern		1 .. n	siehe 3.13.6.2.1	A-12.2.3.1	

3.13.6.2.1 Element <System_intern>
Elternelemente: 3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
IF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme.	1	Schlüsselauswahlliste: "Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "IF01", "IF02", "IF03"	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 3.13.6.2.1.1	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.6.2.1.1 Element <Zusatzangaben_IF>

Elternelemente: 3.13.6.2.1 Element <System_intern>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Datum		1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	A-12.2.3.1	
Frequenz		1	Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf"	A-12.2.3.1	
Ende Auswahlelement					

3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fehlermeldesystem_uebergreifend		1	siehe 3.13.7.1	A-12.2.3.2	
Tagungsgremium		0 .. 1	siehe 3.13.6.1	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>
Elternelemente: 3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
System_uebergreifend		1 .. n	siehe 3.13.7.1.1	A-12.2.3.2	

3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend>
Elternelemente: 3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
EF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems.	1	Schlüsselauswahlliste: "Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A 12.2.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "EF01", "EF02", "EF03", "EF04", "EF05", "EF06", "EF07", "EF08", "EF09", "EF10",	A-12.2.3.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "System_uebergreifend" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"EF11", "EF12", "EF13", "EF14", "EF15", "EF16", "EF17"		
EF_Sonstiges	Sonstiges einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem.	1	siehe 3.13.7.1.1.1	A-12.2.3.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.7.1.1.1 Element <EF_Sonstiges>

Elternelemente: 3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
EF_Sonstiges_Schluessel	Sonstige 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 nur die sonstigen Schlüssel-Nrn. zulässig. Auswahlliste: "EF00"	A-12.2.3.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "System_uebergreifend" mehrfach aufgeführt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3.2	

3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Krankenhaushygieniker		1	siehe 3.13.8.1	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Aerzte		1	siehe 3.13.8.2	A-12.3.1	
Hygienefachkraefte		1	siehe 3.13.8.3	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Pflege		1	siehe 3.13.8.4	A-12.3.1	
Beginn Auswahlelement					
Hygienekommission_nicht_eingerichtet	Eine Hygienekommission wurde noch nicht eingerichtet.	1	Kein Inhalt	A-12.3.1	
Hygienekommission_eingerichtet	Eine Hygienekommission wurde eingerichtet.	1	siehe 3.13.8.5	A-12.3.1	
Ende Auswahlelement					

3.13.8.1 Element <Krankenhaushygieniker>

Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung>
Elternelemente: 3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>, 3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte>, 3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Keine_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	
Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Keine_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben" angeben wurde.	1	siehe 3.13.8.2.1.1	A-12.3.1	(!) Nur im Gesamtberic zulässig. Die kann vom XML-Schem nicht geprüft werden

Diese Richtlinien-Versio ist nicht me in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.13.8.2.1.1 Element <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht>
Elternelemente: 3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl		0 .. 1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Anzahl_Keine_Abgabe_Landesrecht	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element "Keine_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben" angeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	A-12.3.1	

3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_kurz		1	siehe 3.13.8.5.1	A-12.3.1	
Tagungsfrequenz	Tagungsfrequenz des Gremiums	1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1; alternative Auswahl zu *enum_Tagungsfrequenz*. Auswahlliste: "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf", "andere Frequenz"	A-12.3.1	

3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>
Elternelemente: 3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Person		1	siehe 3.1.3.1.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Telefon		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.2	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fax		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.3	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Email		0 .. 1	Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft.	A-12.3.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Hygienestandard_ZVK	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	1	siehe 3.13.9.1	A-12.3.2.1	
Kein_Einsatz_ZVK	Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.1	
Ende Auswahlelement					
Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	1	siehe 3.13.9.2	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umgang_Wunden	Umgang mit Wunden	1	siehe 3.13.9.3	A-12.3.2.3	
Haendedesinfektion	Händedesinfektion	1	siehe 3.13.9.4	A-12.3.2.4	
Umgang_Patienten_MRE	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	1	siehe 3.13.9.5	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 3.13.9.6	A-12.3.2.6	

3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlagen liegt vor.	1	siehe 3.13.9.1.1	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	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					
Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.	1	siehe 3.13.9.1.2	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	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 3.13.9.1.1.1	A-12.3.2.1	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Hautdesinfektion	Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Beachtung_Einwirkzeit	Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen	Standard thematisiert die Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen	1	siehe 3.13.9.1.1.1.1	A-12.3.2.1	

3.13.9.1.1.1.1 Element <Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen>
Elternelemente: 3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sterile_Handschuhe	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: sterile Handschuhe	1	Auswahlliste: "ja",	A-12.3.2.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"nein", "teilweise"		
Steriler_Kittel	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriler Kittel	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Kopfhaube	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Mund_Nasen_Schutz	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund Nasen Schutz	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Steriles_Abdecktuch	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	

3.13.9.1.2 Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.1	

3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	1	siehe 3.13.9.2.1	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	
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					
Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.	1	siehe 3.13.9.2.2	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Keine_Durchfuehrung_Operationen	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.2.1 Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leitlinie_Resistenzlage_angepasst	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	
Leitlinie_autorisiert	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere:	1	siehe 3.13.9.2.2.1	A-12.3.2.2	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	
Ueberpruefung_durch_Checkliste	Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	

3.13.9.2.2.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Indikationsstellung_Antibiotikaprophylaxe	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste: "ja", "nein",	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"teilweise"		
Zu_Verwendende_Antibiotika	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.2	
Dauer_Antibiotikaprophylaxe	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.2	

3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor		1	siehe 3.13.9.3.1	A-12.3.2.3	
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Durchfuehrung_Wundversorgung	Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.3.1 Element <Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 3.13.9.3.1.1	A-12.3.2.3	
Standard_autorisiert	Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.3	

3.13.9.3.1.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.3.1 Element <Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	1	Auswahlliste: "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: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Pruefung_Notwendigkeit_Wundauflage	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Meldung_Wundinfektion	Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben	Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Allgemeinstationen.	1	siehe 3.13.9.4.1	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_nicht_erhoben	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben	Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen.	1	siehe 3.13.9.4.2	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_nicht_erhoben	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Keine_Intensivstation_vorhanden	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erfassung_Haendedesinfektionsmittelverbrauch_stationsbezogen	Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.4	

3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben>
Elternelemente: 3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	siehe 3.13.9.4.1.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig wenn auf mindestens einer Allgemeinstation der Händedesinfektionsmittelverbrauch erhoben wurde. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.13.9.4.1.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht>
Elternelemente: 3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze	Der niedrigste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze	Der höchste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	

3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>
Elternelemente: 3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	siehe 3.13.9.4.2.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig, wenn auf mindestens einer Intensivstation der Händedesinfektionsmittelverbrauch erhoben wurde. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.13.9.4.2.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht>
Elternelemente: 3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze	Der niedrigste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze	Der höchste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00..1000,00	A-12.3.2.4	

3.13.9.5 Element <Umgang_Patienten_MRE>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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: "ja", "nein"	A-12.3.2.5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Informationsmanagement_MRSA	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.5	
Risikoadaptives_Aufnahmescreening	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.5	
Regelmaessige_Schulungen	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygiene_Instrument_Massnahme		1 .. 6	siehe 3.13.9.6.1	A-12.3.2.6	

3.13.9.6.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>
Elternelemente: 3.13.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
HM_Schluessel	A-12.3.2.6	1	Schlüsselauswahlliste: "Weitere Informationen zur Hygiene" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "HM01", "HM02", "HM03", "HM04", "HM05", "HM09"	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	siehe 3.13.9.6.1.1	A-12.3.2.6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.2.6	

3.13.9.6.1.1 Element <Zusatzangaben_HM>
Elternelemente: 3.13.9.6.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
URL_Bericht_zu_Infektionsraten	Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten. Nur für Element HM01.	1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	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 3.13.9.6.1.1.1	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	Schlüsselauswahlliste: "Teilnahme_ASH" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Teilnahme (ohne Zertifikat)", "Zertifikat Bronze", "Zertifikat Silber",	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Zertifikat Gold"		
Frequenz	Tagungsfrequenz. Nur für Elemente HM05 und HM09.	1	Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf"	A-12.3.2.6	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>
Elternelemente: 3.13.9.6.1.1 Element <Zusatzangaben_HM>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
KISS_Modul		1 .. n	siehe 3.13.9.6.1.1.1.1	A-12.3.2.6	

3.13.9.6.1.1.1.1 Element <KISS_Modul>
Elternelemente: 3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name		1	Schlüsselauswahlliste: "KISS_Modul_Name" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Auswahlliste: "AMBU-KISS", "CDAD-KISS", "HAND-KISS", "ITS-KISS", "MRSA-KISS", "NEO-KISS", "ONKO-KISS", "OP-KISS", "STATIONS-KISS", "SARI"		

3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturiertes_Beschwerdemanagement		1	siehe 3.13.10.1	A-12.4	
Schriftliches_Konzept		1	siehe 3.13.10.2	A-12.4	
Umgang_muendliche_Beschwerden		1	siehe 3.13.10.3	A-12.4	
Umgang_schriftliche_Beschwerden		1	siehe 3.13.10.4	A-12.4	
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung		1	siehe 3.13.10.5	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ansprechpartner	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	0 .. 1	siehe 3.13.10.6	A-12.4	
Patientenfuersprecher	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	0 .. 1	siehe 3.13.10.7	A-12.4	
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden.	1	siehe 3.13.10.8	A-12.4	
Patientenbefragungen		1	siehe 3.13.10.9	A-12.4	
Einweiserbefragungen		1	siehe 3.13.10.10	A-12.4	

3.13.10.1 Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>

Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturiertes_Beschwerdemanagement_Eingefuehrt	Angabe, ob ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt ist.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.2 Element <Schriftliches_Konzept>

Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Schriftliches_Konzept_Existiert	Ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement existiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.3 Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umgang_muendliche_Beschwerden_Geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.4 Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umgang_schriftliche_Beschwerden_Geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.5 Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung_Definiert	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer sind schriftlich definiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.6 Element <Ansprechpartner>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ansprechpersonen	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	1	siehe 3.13.10.6.1	A-12.4	
URL	Link zum Bericht.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.6.1 Element <Ansprechpersonen>
Elternelemente: 3.13.10.6 Element <Ansprechpartner>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fuersprechpersonen	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	1	siehe 3.13.10.7.1	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen>
Elternelemente: 3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten_Existieren	Es existieren anonyme Eingabemöglichkeiten.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.13.10.9 Element <Patientenbefragungen>

Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Patientenbefragungen_Durchgefuehrt		1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
URL	Link zur Website.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.10 Element <Einweiserbefragungen>

Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einweiserbefragungen_Durchgefuehrt	Einweiserbefragungen wurden durchgeführt.	1	Auswahlliste: "ja",	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"nein"		
URL	Link zur Website.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliches_Gremium_AMTS	Es ist anzugeben, ob es ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe gibt, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.	1	siehe 3.13.11.1	A-12.5.1	
Verantwortliche_Person_AMTS		1	siehe 3.13.11.2	A-12.5.2	
Pharmazeutisches_Personal		1	siehe 3.13.11.3	A-12.5.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Instrumente_Massnahmen_AMTS	Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der entsprechenden Auswahlliste des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.	0 .. 1	siehe 3.13.11.4	A-12.5.4	(!) Bei Veröffentlichung ist folgender Text darzustellen: "Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

					konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ur-sprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

					Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive po-tentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverläs-sigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. –verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Pati-enten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt."

3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>

Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Arzneimittelkommission	Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.	1	Kein Inhalt	A-12.5.1	
Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement	Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist das Gremium bzw. die Arbeitsgruppe des Qualitätsmanagements.	1	siehe 3.13.11.1.1	A-12.5.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die entsprechenden Daten durch die Software aus Kapitel A-12.1.2 zu übernehmen. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe		1	siehe 3.13.11.1.2	A-12.5.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kein_Gremium_Arbeitsgruppe	Es gibt kein zentrales Gremium oder keine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.	1	Kein Inhalt	A-12.5.1	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.1.1 Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement>
Elternelemente: 3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.2	A-12.1.2	

3.13.11.1.2 Element <Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe>
Elternelemente: 3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name_verantwortliches_Gremium_Arbeitsgruppe	Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.1	
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche	Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.1	

3.13.11.2 Element <Verantwortliche_Person_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Verantwortliche_Person_festgelegt	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde einer konkreten Person übertragen.	1	siehe 3.13.11.2.1	A-12.5.2	
Verantwortliche_Person_nicht_festgelegt	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde keiner konkreten Person übertragen.	1	Kein Inhalt	A-12.5.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>

Elternelemente: 3.13.11.2 Element <Verantwortliche_Person_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit entspricht der verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements.	1	siehe 3.13.11.2.1.1	A-12.5.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die entsprechenden Daten durch die Software aus Kapitel A-12.1.1 zu übernehmen. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Eigenstaendige_Position_AMTS	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.	1	siehe 3.13.11.2.1.2	A-12.5.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.2.1.1 Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement>
Elternelemente: 3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.1	A-12.1.1	

3.13.11.2.1.2 Element <Eigenstaendige_Position_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.11.3 Element <Pharmazeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Apotheker	Es ist die Gesamtzahl der Apothekerinnen und Apotheker anzugeben (Anzahl Personen).	1	Wertebereich: 0..10000	A-12.5.3	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.
Anzahl_weiteres_pharmazeutisches_Personal	Es ist die Gesamtzahl des weiteren pharmazeutischen Personals anzugeben (Anzahl Personen).	1	Wertebereich: 0..10000	A-12.5.3	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.
Erlaeuterungen	Es können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.11.4 Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Instrument_Massnahme_AMTS	Es können Aspekte, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, zu Aufnahme ins Krankenhaus (inkl. Anamnese), Medikationsprozess im Krankenhaus und Entlassung dargestellt werden.	1 .. n	siehe 3.13.11.4.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1 Element <Instrument_Massnahme_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11.4 Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AMTS_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme zur Arzneimitteltherapiesicherheit	1	Schlüsselauswahlliste: "Arzneimitteltherapiesicherheit" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AS01", "AS02", "AS03", "AS04", "AS05", "AS06", "AS07",	A-12.5.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Instrument_Massnahme_AMTS" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AS08", "AS09", "AS10", "AS11", "AS12", "AS13"		
Zusatzangaben_AMTS	Zusatzangaben zu ausgewählten Instrumenten bzw. Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit	0 .. 1	siehe 3.13.11.4.1.1	A-12.5.4	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend.(!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elternelemente: 3.13.11.4.1 Element <Instrument_Massnahme_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
SOP	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures.	1	siehe 3.13.5.1.1.1	A-12.2.3, A-12.5.4	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ ist durch die Erfassungssoftware Name und Datum aus der Angabe zu RM01 (A-12.2.3) hier einzusetzen!

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
SOP_ohne_Datum	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures ohne Angabe zur letzten Aktualisierung.	1	siehe 3.13.11.4.1.1.1	A-12.5.4	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ ist durch die Erfassungssoftware Name und Datum aus der Angabe zu RM01 (A-12.2.3) hier einzusetzen!
Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel		1	siehe 3.13.11.4.1.1.2	A-12.5.4	
Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel		1	siehe 3.13.11.4.1.1.3	A-12.5.4	
Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler		1	siehe 3.13.11.4.1.1.4	A-12.5.4	
Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung		1	siehe 3.13.11.4.1.1.5	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.1 Element <SOP_ohne_Datum>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

3.13.11.4.1.1.2 Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Konzept_Zubereitung_Arzneimittel		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.2.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.2.1 Element <Konzept_Zubereitung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.2 Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Konzept		1	Schlüsselauswahlliste: "Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung", "Zubereitung durch pharmazeutisches Personal", "Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen"	A-12.5.4	
Sonstiges		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.3 Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.3.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.3.1 Element <Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.3 Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art		1	Schlüsselauswahlliste: "Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)",	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)"		
Sonstige_elektronische_Unterstuetzung		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.4.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.4.1 Element <Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Massnahme		1	Schlüsselauswahlliste: "Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste:	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Fallbesprechungen", "Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung", "Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)", "Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)"		
Andere_Massnahme		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.5 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.5.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.5.1 Element <Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.5 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massnahme		1	Schlüsselauswahlliste: "Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs", "Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen", "Aushändigung des Medikationsplans", "bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten"	A-12.5.4	
Sonstiges		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.14 Element <Apparative_Ausstattung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Geraet		1 .. n	siehe 3.14.1	A-13	

3.14.1 Element <Geraet>

Elternelemente: 3.14 Element <Apparative_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AA_Schluessel	Geräte-Schlüssel-Nr.	1	Schlüsselauswahlliste: "Besondere apparative Ausstattung (A-13)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AA01", "AA08", "AA09", "AA10", "AA14", "AA15", "AA18", "AA21", "AA22", "AA23", "AA26", "AA30", "AA32", "AA33",	A-13	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Geraet" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AA38", "AA43", "AA47", "AA50", "AA56", "AA57", "AA68", "AA69", "AA70"		
Notfallverfuegbarkeit_24h	A-13	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "keine_Angabe_erforderlich"	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	

3.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Organisationseinheit_Fachabteilung		1 .. n	siehe 3.15.1	B.X	

3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elternelemente: 3.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Gliederungsnummer	In diesem Element wird die dem X (in B-X) entsprechende fortlaufende Nummerierung der Organisationseinheit / Fachabteilung angegeben.	1	Datentyp zum Wertebereich "1 .. 999" für den nur Ziffern zugelassen sind.	B-X.1	
Name	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	max. Zeichenzahl: 4000	B-X.1	
Aerztliche_Leitung_OE		1	siehe 3.15.1.1	B-X.1	
Zielvereinbarungen		1	siehe 3.15.1.2	B-X.2	
Ambulante_D_Arzt_Zulassung	Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden.	0 .. 1	Kein Inhalt	B-X.10	
Stationaere_BG_Zulassung	Stationäre BG-Zulassung vorhanden.	0 .. 1	Kein Inhalt	B-X.10	
Fachabteilungsschluessel		1 .. n	siehe 3.15.1.3	B-X.1	
Medizinische_Leistungsangebote	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0 .. 1	siehe 3.15.1.4	B-X.3	
Barrierefreiheit	Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.8	A-7, B-X.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallzahlen_OE	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.15.1.5	B-X.5	
Hauptdiagnosen	Hauptdiagnosen nach ICD.	1	siehe 3.15.1.6	B-X.6	
Prozeduren	Prozeduren nach OPS.	1	siehe 3.15.1.7	B-X.7	
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten		0 .. 1	siehe 3.15.1.8	B-X.8	
Ambulante_Operationen	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.	1	siehe 3.15.1.9	B-X.9	
Personelle_Ausstattung		1	siehe 3.15.1.10	B-X.11	

3.15.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Chefarzt	Namen und Kontaktdaten des Chefarztes/der Chefärztin.	1 .. 2*	siehe 3.15.1.1.1	B-X.1	Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leitender_Belegarzt	Namen und Kontaktdaten des leitenden Belegarztes/der leitenden Belegärztin.	1 .. 2	siehe 3.15.1.1.2	B-X.1	Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.
Ende Auswahlelement					

3.15.1.1.1 Element <Chefarzt>
Elternelemente: 3.15.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	

3.15.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>
Elternelemente: 3.15.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.15.1.2 Element <Zielvereinbarungen>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten	Dieses Element wird eingefügt, wenn leistungsbezogene Zielvereinbarungen geschlossen und sich nicht an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V gehalten wurden.	1 .. n	siehe 3.15.1.2.1	B-X.2	
Zielvereinbarungen_geschlossen_an_Empfehlung_DKG_gehalten	Dieses Element wird eingefügt, wenn Zielvereinbarungen mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Keine_Zielvereinbarungen_geschlossen	Dieses Element wird eingefügt, wenn keine Zielvereinbarungen geschlossen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.2	

3.15.1.2.1 Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten>
Elternelemente: 3.15.1.2 Element <Zielvereinbarungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.2	

3.15.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
FA_Schluessel	Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Schlüssel, Format: 9999 - Die Schlüssel für sonstige Fachabteilungen ("3700", "3790", "3791", "3792") sind hier nicht zulässig.	B-X.1	
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.15.1.3.1	B-X.1	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.3.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.15.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
FA_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Es sind nur Schlüssel für sonstige Fachabteilungen ("3700", "3790", "3791", "3792") zulässig. Auswahlliste: "3700", "3790", "3791", "3792"	B-X.1	
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachabteilung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.1	

3.15.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Medizinisches_Leistungsangebot	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1 .. n	siehe 3.15.1.4.1	B-X.3	

3.15.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>
Elternelemente: 3.15.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisches Leistungsangebots der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Medizinische Leistungsangebote (B-X.3 und B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig. Auswahlliste: "VA01", "VA02", "VA03", "VA04", "VA05", "VA06", "VA07", "VA08", "VA09", "VA10", "VA11", "VA12", "VA13",	B-X.3, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VA14", "VA15", "VA16", "VA17", "VA18", "VC01", "VC02", "VC03", "VC04", "VC05", "VC06", "VC07", "VC08", "VC09", "VC10", "VC11", "VC12", "VC13", "VC14", "VC15", "VC16", "VC17", "VC18", "VC19",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC20", "VC21", "VC22", "VC23", "VC24", "VC25", "VC26", "VC27", "VC28", "VC29", "VC30", "VC31", "VC32", "VC33", "VC34", "VC35", "VC36", "VC37", "VC38", "VC39", "VC40", "VC41", "VC42", "VC43",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC44", "VC45", "VC46", "VC47", "VC48", "VC49", "VC50", "VC51", "VC52", "VC53", "VC54", "VC55", "VC56", "VC57", "VC58", "VC59", "VC60", "VC61", "VC62", "VC63", "VC64", "VC65", "VC66", "VC67",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC68", "VC69", "VC70", "VC71", "VD01", "VD02", "VD03", "VD04", "VD05", "VD06", "VD07", "VD08", "VD09", "VD10", "VD11", "VD12", "VD13", "VD14", "VD15", "VD16", "VD17", "VD18", "VD19", "VD20",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VG01", "VG02", "VG03", "VG04", "VG05", "VG06", "VG07", "VG08", "VG09", "VG10", "VG11", "VG12", "VG13", "VG14", "VG15", "VG16", "VG17", "VG18", "VG19", "VH01", "VH02", "VH03", "VH04", "VH05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VH06", "VH07", "VH08", "VH09", "VH10", "VH11", "VH12", "VH13", "VH14", "VH15", "VH16", "VH17", "VH18", "VH19", "VH20", "VH21", "VH22", "VH23", "VH24", "VH25", "VH26", "VH27", "VI01", "VI02",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI03", "VI04", "VI05", "VI06", "VI07", "VI08", "VI09", "VI10", "VI11", "VI12", "VI13", "VI14", "VI15", "VI16", "VI17", "VI18", "VI19", "VI20", "VI21", "VI22", "VI23", "VI24", "VI25", "VI26",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI27", "VI28", "VI29", "VI30", "VI31", "VI32", "VI33", "VI34", "VI35", "VI36", "VI37", "VI38", "VI39", "VI40", "VI41", "VI42", "VI43", "VI44", "VI45", "VN01", "VN02", "VN03", "VN04", "VN05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VN06", "VN07", "VN08", "VN09", "VN10", "VN11", "VN12", "VN13", "VN14", "VN15", "VN16", "VN17", "VN18", "VN19", "VN20", "VN21", "VN22", "VN23", "VN24", "VO01", "VO02", "VO03", "VO04", "VO05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VO06", "VO07", "VO08", "VO09", "VO10", "VO11", "VO12", "VO13", "VO14", "VO15", "VO16", "VO17", "VO18", "VO19", "VO20", "VO21", "VK01", "VK02", "VK03", "VK04", "VK05", "VK06", "VK07", "VK08",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK09", "VK10", "VK11", "VK12", "VK13", "VK14", "VK15", "VK16", "VK17", "VK18", "VK20", "VK21", "VK22", "VK23", "VK24", "VK25", "VK26", "VK27", "VK28", "VK29", "VK30", "VK31", "VK32", "VK33",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK34", "VK35", "VK36", "VK37", "VP01", "VP02", "VP03", "VP04", "VP05", "VP06", "VP07", "VP08", "VP09", "VP10", "VP11", "VP12", "VP13", "VP14", "VP15", "VP16", "VR01", "VR02", "VR03", "VR04",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR05", "VR06", "VR07", "VR08", "VR09", "VR10", "VR11", "VR12", "VR13", "VR14", "VR15", "VR16", "VR17", "VR18", "VR19", "VR20", "VR21", "VR22", "VR23", "VR24", "VR25", "VR26", "VR27", "VR28",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR29", "VR30", "VR31", "VR32", "VR33", "VR34", "VR35", "VR36", "VR37", "VR38", "VR39", "VR40", "VR41", "VR42", "VR43", "VR44", "VR45", "VR46", "VR47", "VU01", "VU02", "VU03", "VU04", "VU05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VU06", "VU07", "VU08", "VU09", "VU10", "VU11", "VU12", "VU13", "VU14", "VU15", "VU16", "VU17", "VU18", "VU19", "VZ01", "VZ02", "VZ03", "VZ04", "VZ05", "VZ06", "VZ07", "VZ08", "VZ09", "VZ10",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VZ11", "VZ12", "VZ13", "VZ14", "VZ15", "VZ16", "VZ17", "VZ18", "VZ19", "VZ20"		
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.15.1.4.1.1	B-X.3, B-X.8	
Ende Auswahlelement					
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.3	

3.15.1.4.1.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.15.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebotes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: 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. zulässig. Auswahlliste: "VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VK00", "VN00", "VO00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00"	B-X.3, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" mehrfach aufgeführt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinischen Leistungsangebotes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.3, B-X.8	

3.15.1.5 Element <Fallzahlen_OE>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.15.1.6 Element <Hauptdiagnosen>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hauptdiagnose	Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM.	1 .. n	siehe 3.15.1.6.1	B-X.6	Die Hauptdiagnosen sind mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falles ist von der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen unter B-[X].5 zählt.
Keine_Erbracht	Dieses Element ist anzugeben, falls der Organisationseinheit/Fachabteilung keine Hauptdiagnosen nach ICD-10 zuzuordnen sind.	1	Kein Inhalt	B-X.6	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.6.1 Element <Hauptdiagnose>
Elternelemente: 3.15.1.6 Element <Hauptdiagnosen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	ICD 3 bis 5 stellig / Format: X99[.99]	B-X.6	Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.6	
Fallzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Fallzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.15.1.6.1.1	B-X.6	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.15.1.6.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 3.15.1.6.1 Element <Hauptdiagnose>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.15.1.7 Element <Prozeduren>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Keine_Erbracht	Keine Prozeduren nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillige_Angabe	Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung freiwillig und können in diesem Element angegeben werden.	1	siehe 3.15.1.7.1	B-X.7	
Verpflichtende_Angabe	OPS-Prozeduren wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 3.15.1.7.2	B-X.7	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.15.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>
Elternelemente: 3.15.1.7 Element <Prozeduren>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1 .. n	siehe 3.15.1.7.1.1	B-X.7	

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

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	OPS 4 bis 6 stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig und in absteigender Häufigkeit anzugeben. (!) Die Sortierung kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.7	Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat.
Anzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Anzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.15.1.7.1.1.1	B-X.7	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.15.1.7.1.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 3.15.1.7.1.1 Element <Prozedur>, 3.15.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	
Anzahl_FA_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element "Anzahl_Datenschutz" angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	B-X.7, B-X.9	

3.15.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>
Elternelemente: 3.15.1.7 Element <Prozeduren>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1 .. n	siehe 3.15.1.7.1.1	B-X.7	

3.15.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.	1 .. n	siehe 3.15.1.8.1	B-X.8	

3.15.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>
Elternelemente: 3.15.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulanz	Ambulante Behandlungsmöglichkeit.	1	siehe 3.15.1.8.1.1	B-X.8	
Ambulanz_116b	Ambulante Behandlungsmöglichkeit nach § 116b SGB V.	1	siehe 3.15.1.8.1.2	B-X.8	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.8.1.1 Element <Ambulanz>

Elternelemente: 3.15.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme des Schlüssels 116b ("AM06 und "AM17") zulässig. Auswahlliste: "AM01", "AM02", "AM03", "AM04", "AM05", "AM07",	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz" mehrfach vorkommen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AM08", "AM09", "AM10", "AM11", "AM12", "AM13", "AM14", "AM15", "AM16", "AM18"		
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0 .. 1	siehe 3.15.1.8.1.1.1	B-X.8	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

3.15.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>
Elternelemente: 3.15.1.8.1.1 Element <Ambulanz>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Medizinisches_Leistungsangebot	Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebots.	1 .. n	siehe 3.15.1.8.1.1.1.1	B-X.8	Die Angabe der angebotenen Leistungen erfolgt anhand der Auswahlliste für die fachabteilungs-bezogenen medizinischen Leistungsangebote zu B-X.3 in Anhang 2. Die Ausfüllhinweise zu B-X.3 gelten entsprechend.

3.15.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>
Elternelemente: 3.15.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
VA_VU_Schluessel_Ambulanz	Schlüssel-Nr. des medizinisches Leistungsangebots der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Medizinische Leistungsangebote (B-X.3 und B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig. Auswahlliste:	B-X.3, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VA01", "VA02", "VA03", "VA04", "VA05", "VA06", "VA07", "VA08", "VA09", "VA10", "VA11", "VA12", "VA13", "VA14", "VA15", "VA16", "VA17", "VA18", "VC01", "VC02", "VC03", "VC04", "VC05", "VC06",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC07", "VC08", "VC09", "VC10", "VC11", "VC12", "VC13", "VC14", "VC15", "VC16", "VC17", "VC18", "VC19", "VC20", "VC21", "VC22", "VC23", "VC24", "VC25", "VC26", "VC27", "VC28", "VC29", "VC30",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC31", "VC32", "VC33", "VC34", "VC35", "VC36", "VC37", "VC38", "VC39", "VC40", "VC41", "VC42", "VC43", "VC44", "VC45", "VC46", "VC47", "VC48", "VC49", "VC50", "VC51", "VC52", "VC53", "VC54",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC55", "VC56", "VC57", "VC58", "VC59", "VC60", "VC61", "VC62", "VC63", "VC64", "VC65", "VC66", "VC67", "VC68", "VC69", "VC70", "VC71", "VD01", "VD02", "VD03", "VD04", "VD05", "VD06", "VD07",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VD08", "VD09", "VD10", "VD11", "VD12", "VD13", "VD14", "VD15", "VD16", "VD17", "VD18", "VD19", "VD20", "VG01", "VG02", "VG03", "VG04", "VG05", "VG06", "VG07", "VG08", "VG09", "VG10", "VG11",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VG12", "VG13", "VG14", "VG15", "VG16", "VG17", "VG18", "VG19", "VH01", "VH02", "VH03", "VH04", "VH05", "VH06", "VH07", "VH08", "VH09", "VH10", "VH11", "VH12", "VH13", "VH14", "VH15", "VH16",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VH17", "VH18", "VH19", "VH20", "VH21", "VH22", "VH23", "VH24", "VH25", "VH26", "VH27", "VI01", "VI02", "VI03", "VI04", "VI05", "VI06", "VI07", "VI08", "VI09", "VI10", "VI11", "VI12", "VI13",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI14", "VI15", "VI16", "VI17", "VI18", "VI19", "VI20", "VI21", "VI22", "VI23", "VI24", "VI25", "VI26", "VI27", "VI28", "VI29", "VI30", "VI31", "VI32", "VI33", "VI34", "VI35", "VI36", "VI37",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI38", "VI39", "VI40", "VI41", "VI42", "VI43", "VI44", "VI45", "VN01", "VN02", "VN03", "VN04", "VN05", "VN06", "VN07", "VN08", "VN09", "VN10", "VN11", "VN12", "VN13", "VN14", "VN15", "VN16",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VN17", "VN18", "VN19", "VN20", "VN21", "VN22", "VN23", "VN24", "VO01", "VO02", "VO03", "VO04", "VO05", "VO06", "VO07", "VO08", "VO09", "VO10", "VO11", "VO12", "VO13", "VO14", "VO15", "VO16",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VO17", "VO18", "VO19", "VO20", "VO21", "VK01", "VK02", "VK03", "VK04", "VK05", "VK06", "VK07", "VK08", "VK09", "VK10", "VK11", "VK12", "VK13", "VK14", "VK15", "VK16", "VK17", "VK18", "VK20",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK21", "VK22", "VK23", "VK24", "VK25", "VK26", "VK27", "VK28", "VK29", "VK30", "VK31", "VK32", "VK33", "VK34", "VK35", "VK36", "VK37", "VP01", "VP02", "VP03", "VP04", "VP05", "VP06", "VP07",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VP08", "VP09", "VP10", "VP11", "VP12", "VP13", "VP14", "VP15", "VP16", "VR01", "VR02", "VR03", "VR04", "VR05", "VR06", "VR07", "VR08", "VR09", "VR10", "VR11", "VR12", "VR13", "VR14", "VR15",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR16", "VR17", "VR18", "VR19", "VR20", "VR21", "VR22", "VR23", "VR24", "VR25", "VR26", "VR27", "VR28", "VR29", "VR30", "VR31", "VR32", "VR33", "VR34", "VR35", "VR36", "VR37", "VR38", "VR39",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR40", "VR41", "VR42", "VR43", "VR44", "VR45", "VR46", "VR47", "VU01", "VU02", "VU03", "VU04", "VU05", "VU06", "VU07", "VU08", "VU09", "VU10", "VU11", "VU12", "VU13", "VU14", "VU15", "VU16",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VU17", "VU18", "VU19", "VZ01", "VZ02", "VZ03", "VZ04", "VZ05", "VZ06", "VZ07", "VZ08", "VZ09", "VZ10", "VZ11", "VZ12", "VZ13", "VZ14", "VZ15", "VZ16", "VZ17", "VZ18", "VZ19", "VZ20"		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.15.1.8.1.1.1.1.1	B-X.3, B-X.8	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.8.1.1.1.1.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.15.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Sonstiger_Schluessel_Ambulanz	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebotes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: 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. zulässig. Auswahlliste: "VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00",	B-X.3, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" mehrfach aufgeführt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI00", "VK00", "VN00", "VO00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00"		
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinischen Leistungsangebotes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.3, B-X.8	

3.15.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elternelemente: 3.15.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AM_116b_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind nur die Schlüssel 116b ("AM06" und "AM17") zulässig. Auswahlliste: "AM06",	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz_116b" mehrfach vorkommen.

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AM17"		
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz_116b	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0 .. 1	siehe 3.15.1.8.1.2.1	B-X.8	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

3.15.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>
Elternelemente: 3.15.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistung	Angebotene Leistung.	1 .. n	siehe 3.15.1.8.1.2.1.1	B-X.8	

3.15.1.8.1.2.1.1 Element <Leistung>
Elternelemente: 3.15.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
LK_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Leistung.	1	Schlüsselauswahlliste: "Leistungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "LK01", "LK02", "LK03",	B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Leistung" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"LK04", "LK05", "LK06", "LK07", "LK08", "LK09", "LK10", "LK11", "LK12", "LK13", "LK14", "LK15_2", "LK15_3", "LK15_4", "LK15_5", "LK15_6", "LK15_7", "LK15_8", "LK15_9", "LK15_10", "LK15_11", "LK16", "LK17", "LK18",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"LK20", "LK21", "LK22", "LK23", "LK24", "LK26", "LK27", "LK28", "LK29", "LK30", "LK31", "LK32", "LK33", "LK34", "LK35", "LK36", "LK37", "LK38"		

3.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Erbracht	Keine ambulante Operation nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillige_Angabe	Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung der ambulanten Operationen freiwillig und können in diesem Element angegeben werden.	1	siehe 3.15.1.9.1	B-X.7	
Verpflichtende_Angabe	Ambulante Operationen nach OPS wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 3.15.1.9.2	B-X.7	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe>
Elternelemente: 3.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1 .. n	siehe 3.15.1.9.1.1	B-X.9	

3.15.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation>
Elternelemente: 3.15.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.15.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	OPS 4 bis 6 stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.9	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.9	
Anzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Anzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.15.1.7.1.1.1	B-X.7	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.15.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe>
Elternelemente: 3.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1 .. n	siehe 3.15.1.9.1.1	B-X.9	

3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerztliches_Personal		1	siehe 3.15.1.10.1	B-X.11.1	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerztliche_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0 .. 1	siehe 3.15.1.10.2	B-X.11.1	
Beginn Auswahlelement					
Pflegekraefte		1	siehe 3.12.2	B-X.11.1	
Keine_Pflegekraefte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Pflegekräfte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.2	
Ende Auswahlelement					
Pflegerische_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0 .. 1	siehe 3.15.1.10.3	B-X.11.2	
Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.	0 .. 1	siehe 3.12.3	A-11.3	

3.15.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>
Elternelemente: 3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hauptabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.15.1.10.1.1	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 3.15.1.10.1.2	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 3.15.1.10.1.3	B-X.1, B-X.11.1	
Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.15.1.10.1.4	B-X.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.15.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung>
Elternelemente: 3.15.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.10.1.2 Element <Belegabteilung>
Elternelemente: 3.15.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

3.15.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>
Elternelemente: 3.15.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

3.15.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>
Elternelemente: 3.15.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

3.15.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>
Elternelemente: 3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachexpertise	Ärztliche Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Facharztbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen (fakultativ)).	1 .. n	siehe 3.15.1.10.2.1	B-X.11.1	

3.15.1.10.2.1 Element <Fachexpertise>
Elternelemente: 3.15.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AQ_ZF_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	Schlüsselauswahlliste: "Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.1)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AQ01", "AQ02", "AQ03", "AQ04", "AQ05", "AQ06", "AQ07", "AQ08", "AQ09", "AQ10", "AQ11",	B-X.11.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Fachexpertise" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ12", "AQ13", "AQ14", "AQ15", "AQ16", "AQ17", "AQ18", "AQ19", "AQ20", "AQ21", "AQ22", "AQ23", "AQ24", "AQ25", "AQ26", "AQ27", "AQ28", "AQ29", "AQ30", "AQ31", "AQ32", "AQ33", "AQ34", "AQ35",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ36", "AQ37", "AQ38", "AQ39", "AQ40", "AQ41", "AQ42", "AQ43", "AQ44", "AQ45", "AQ46", "AQ47", "AQ48", "AQ49", "AQ50", "AQ51", "AQ52", "AQ53", "AQ54", "AQ55", "AQ56", "AQ57", "AQ58", "AQ59",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ60", "AQ63", "AQ64", "AQ65", "AQ66", "ZF01", "ZF02", "ZF03", "ZF04", "ZF05", "ZF06", "ZF07", "ZF08", "ZF09", "ZF10", "ZF11", "ZF12", "ZF13", "ZF14", "ZF15", "ZF16", "ZF17", "ZF18", "ZF19",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZF20", "ZF21", "ZF22", "ZF23", "ZF24", "ZF25", "ZF26", "ZF27", "ZF28", "ZF29", "ZF30", "ZF31", "ZF32", "ZF33", "ZF34", "ZF35", "ZF36", "ZF37", "ZF38", "ZF39", "ZF40", "ZF41", "ZF42", "ZF43",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZF44", "ZF45", "ZF46", "ZF49"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.1	

3.15.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>
Elternelemente: 3.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachexpertise_Pflege	Pflegerische Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Fachweiterbildungen, akademische Abschlüsse, Zusatzqualifikationen).	1 .. n	siehe 3.15.1.10.3.1	B-X.11.2	

3.15.1.10.3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>
Elternelemente: 3.15.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
PQ_ZP_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	Schlüsselauswahlliste: "Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.2)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "PQ01", "PQ02",	B-X.11.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Fachexpertise_Pflege" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"PQ04", "PQ05", "PQ06", "PQ07", "PQ08", "PQ09", "PQ10", "PQ11", "PQ12", "PQ13", "PQ14", "PQ15", "PQ16", "PQ17", "PQ18", "PQ19", "PQ20", "PQ21", "PQ22", "ZP01", "ZP02", "ZP03", "ZP04", "ZP05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZP06", "ZP07", "ZP08", "ZP09", "ZP13", "ZP14", "ZP15", "ZP16", "ZP18", "ZP19", "ZP20", "ZP22", "ZP23", "ZP24", "ZP25", "ZP26", "ZP27", "ZP28", "ZP29", "ZP30", "ZP31", "ZP32"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
QS_nach_Landesrecht		1	siehe 3.16.1	C-2	
DMP		0 .. 1	siehe 3.16.2	C-3	
Sonstige_Verfahren_Externe_QS		0 .. 1	siehe 3.16.3	C-4	
Mindestmengen		0 .. 1	siehe 3.16.4	C-5.1	
Strukturqualitaetsvereinbarung		0 .. 1	siehe 3.16.5	C-6	
Fortbildung		1	siehe 3.16.6	C-7	

3.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme	Angabe, ob auf Landesebene über die nach § 136a SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden.	1	siehe 3.16.1.1	C-2	
Keine_Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme		1	Kein Inhalt	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.16.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>
Elternelemente: 3.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe des Leistungsbereiches, in dem an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilgenommen wird.	1 .. 4	siehe 3.16.1.1.1	C-2	

3.16.1.1.1 Element <Leistungsbereich>
Elternelemente: 3.16.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, der an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilnimmt.	1	Schlüsselauswahlliste: "Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Anästhesiologie",	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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind", "MRE", "Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)", "Schlaganfall", "Schlaganfall: Akutbehandlung", "Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation", "Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation", "Cholezystektomie"		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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: "ja", "nein", "trifft_nicht_zu"	C-2	

3.16.2 Element <DMP>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Teilnahme_DMP	Disease-Management-Programm (DMP), an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1 .. 7	siehe 3.16.2.1	C-3	

3.16.2.1 Element <Teilnahme_DMP>

Elternelemente: 3.16.2 Element <DMP>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Disease-Management-Programm (DMP), an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte DMP der Tabelle "Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den folgenden DMP teil:" (C-3) Anlage 1 Auswahlliste: "Diabetes mellitus Typ 1", "Diabetes mellitus Typ 2", "Brustkrebs", "Koronare Herzkrankheit (KHK)", "Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)", "Asthma bronchiale", "Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)"	C-3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Teilnahme_DMP" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	C-3	

3.16.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sonstiges_Verfahren_Externe_QS	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.	1 .. n	siehe 3.16.3.1	C-4	

3.16.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>
Elternelemente: 3.16.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.4 Element <Mindestmengen>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind.	0 .. 7	siehe 3.16.4.1	C-5.1	
Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose		0 .. 1	siehe 3.16.4.2	C-5.2	

3.16.4.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 3.16.4 Element <Mindestmengen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den Mindestmengen festgelegt sind.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle "Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V" (C-5) in Anlage 1 Auswahlliste: "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus",	C-5.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Leistungsbereich" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas", "Stammzelltransplantation", "Kniegelenk-Totalendoprothesen", "Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1"		
Erbrachte_Menge	Im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge.	1	Wertebereich: 1..100000	C-5.1	Bei Verbringungsleistungen ist eine Angabe der Mindestmenge nicht notwendig.
Beginn Auswahlelement					
Ausnahme	Begründung zur Unterschreitung der Mindestmenge.	1	siehe 3.16.4.1.1	C-5.1	Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Ausnahme aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (C-5) auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Ausnahme	Dieses Element ist einzufügen, falls keine Begründung zur Unterschreitung der Mindestmenge angegeben wurde.	1	Kein Inhalt	C-5.1	
Ende Auswahlelement					

3.16.4.1.1 Element <Ausnahme>
Elternelemente: 3.16.4.1 Element <Leistungsbereich>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ausnahme.	1	Schlüsselauswahlliste: "Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V - Ausnahmen" (C-5) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "MM01", "MM02", "MM03", "MM04", "MM06", "MM07"	C-5.1	Hier darf nicht der Wert MM05 vorkommen. Anstelle dessen muss "Keine Ausnahme" gewählt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MM_Ausnahme_Datum	Es ist anzugeben, seit wann diese Ausnahme besteht.	1	max. Zeichenanzahl: 500	C-5.1	

3.16.4.2 Element <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose>
Elternelemente: 3.16.4 Element <Mindestmengen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen mindestmengenrelevante Leistungen erbracht werden sollen.	1 .. 7	siehe 3.16.4.2.1	C-5.2	

3.16.4.2.1 Element <Leistungsbereich>
Elternelemente: 3.16.4.2 Element <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den gemäß Mindestmengenregelung mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbracht werden sollen.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle "Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V" (C-5) in Anlage 1 Auswahlliste: "Lebertransplantation", "Nierentransplantation",	C-5.2	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Leistungsbereich" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas", "Stammzelltransplantation", "Kniegelenk-Totalendoprothesen", "Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1"		
Gesamtergebnis_Prognosedarlegung	Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "rechtsstreit_anhaengig"	C-5.2.1	
Leistungsmengen_Prognoseermittlung	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden.	1	siehe 3.16.4.2.1.1	C-5.2.2	
Pruefung_Landesverbaende	Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "rechtsstreit_anhaengig"	C-5.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausnahmetatbestand	Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.4	
Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden	Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.5	
Uebergangsregelung	Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.6	

3.16.4.2.1.1 Element <Leistungsmengen_Prognoseermittlung>

Elternelemente: 3.16.4.2.1 Element <Leistungsbereich>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsmenge_Berichtsjahr	Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge.	1	Wertebereich: 0..100000	C-5.2.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die Leistungsmengen durch die Software aus Kapitel C-5.1 zum jeweiligen Leistungsbereich zu übernehmen. Wenn der Leistungsbereich in C-5.1 nicht angegeben ist, muss hier die Leistungsmenge "0" eingetragen werden. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge	Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.	1	Wertebereich: 0..100000	C-5.2.2	

3.16.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vereinbarung		1 .. n	siehe 3.16.5.1	C-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben	Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben 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.	0 .. 1	siehe 3.16.5.2	C-6	Dies ist nur von Perinatalzentren Level 1 und Level 2 anzugeben. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.16.5.1 Element <Vereinbarung>
Elternelemente: 3.16.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
CQ_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Vereinbarung.	1	Schlüsselauswahlliste: "Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")" (C-6) im Anhang 2 zu Anlage 1. Auswahlliste: "CQ01", "CQ02", "CQ03",	C-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Vereinbarung" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Wird die Auswahl CQ05 oder CQ06 getroffen, ist im Rahmen der Veröffentlichung automatisch jeweils zusätzlich der Hinweis: „Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org“ darzustellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"CQ04", "CQ05", "CQ06", "CQ07", "CQ08", "CQ09", "CQ10", "CQ11", "CQ12", "CQ18", "CQ19", "CQ21", "CQ22", "CQ23", "CQ24", "CQ25"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	C-6	

3.16.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben>
Elternelemente: 3.16.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt	Angabe, dass 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.	1	siehe 3.16.5.2.1	C-6	
Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_nicht_erfolgt	Angabe, dass 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 nicht mitgeteilt hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.16.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt>
Elternelemente: 3.16.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Teilnahme_klaerender_Dialog	Angabe, dass das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teilnimmt.	1	siehe 3.16.5.2.1.1	C-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Teilnahme_klaerender_Dialog	Angabe, dass das Zentrum nicht am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teilnimmt.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.16.5.2.1.1 Element <Teilnahme_klaerender_Dialog>

Elternelemente: 3.16.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Klaerender_Dialog_abgeschlossen	Angabe, dass das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Klaerender_Dialog_nicht_abgeschlossen	Angabe, dass das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie nicht abgeschlossen hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.16.6 Element <Fortbildung>

Elternelemente: 3.16 Element <Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4 Datengestützte Qualitätssicherung

In den folgenden Abschnitten wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Berichtsteils C-1 (*Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V*) des Qualitätsberichtes zu erstellen ist.

Erläuterungen zur Beschreibung der XML-Struktur finden sich in Nummer "1. Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung".

Was grundsätzlich bei der Erzeugung einer XML-Datei zu beachten ist, wird kurz in Nummer "2. Hinweise zur XML-Erzeugung" erläutert.

In dem folgenden Abschnitt "Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>" werden, beginnend mit dem Rootelement, die einzelnen XML-Elemente im Detail beschrieben.

Schließlich folgen in Nummer "6. Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen" noch einige Prüfungen und in Nummer "7. Anhang" die Liste der Leistungsbereiche für die Dokumentationsraten und die QI-Ergebnisse.

4.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien

Die Angaben zu C-1.1.[Y] und C-1.2.[Z] werden separat übermittelt. 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 Stellenübermittelt. Die Datenübermittlung richtet sich danach, ob die Indikatorergebnisse statistische Auffälligkeiten aufweisen oder nicht. 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*) 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 Element <Dokumentationsrate> und Element <Ergebnis> an die ITSG geliefert.

4.1.1 Nameskonvention der XML-Dateien

Die XML-Dateien sind nach folgendem Schema zu benennen:

```
<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml
```

und

```
<IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml.
```

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Variable	Bedeutung	Bemerkung
`IK`	Institutionskennzeichen, unter dem der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	9-stellige Nummer
`SO`	Standortnummer, unter der der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	2-stellige Nummer: 00 falls nur ein Standort, 99 beim Gesamtbericht, ansonsten durchnummeriert
`JAHR`	Berichtsjahr	4-stellige Zahl, 2018

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 Element <Dokumentationsrate> und Element <Ergebnis> stehen, während in `<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml` nur Element <Ergebnis> stehen kann. In den Dateien ist es möglich, dass das Element <Qualitaetssicherung> weder Element <Dokumentationsrate> noch Element <Ergebnis> enthält, für den Fall, dass keine entsprechenden Leistungen erbracht wurden.

4.1.2 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 Element <Leistungsbereich> angegeben.

Alle für C-1.1.[Y] benötigten Informationen stehen auf Landesebene zur Verfügung. Somit wird Element <Dokumentationsrate> von der auf Landesebene beauftragten Stelle erstellt und ist nur in der Datei <IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml vorhanden.

4.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL aufgeführt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

In der Regel liegt zu jedem Standort und jedem Qualitätsindikator bzw. Kennzahl 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 Element <Auswertungseinheit>. Wurden Ergebnisse standortübergreifend bestimmt und sollen diese Ergebnisse in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Ergebnis_Mehrfach** in Element <QS_Ergbenis> angegeben.

Für den Fall, dass in einem Krankenhaus beispielsweise für den einen Qualitätsindikator bzw. für die eine Kennzahl nur ein Ergebnis und für einen zweiten Qualitätsindikator bzw. eine zweite Kennzahl zwei Ergebnisse vorliegen, enthält der Abschnitt C-1.2.1 (also Element <Auswertungseinheit> mit Nummer 1) den ersten Qualitätsindikator bzw. die erste Kennzahl mit nur einem Ergebnis, und die Abschnitte C-1.2.2 und C-1.2.3 (also Element <Auswertungseinheit> mit Nummern 2 und 3) enthalten den zweiten Qualitätsindikator bzw. die zweite Kennzahl mit jeweils einem Ergebnis zu dem zweiten Qualitätsindikator bzw. der zweiten Kennzahl. In diesem Fall gibt es also drei Auswertungseinheiten: Für den ersten Qualitätsindikator bzw. die erste Kennzahl ist dies das gesamte Krankenhaus und für den zweiten Qualitätsindikator bzw. die zweite Kennzahl gibt es zwei Auswertungseinheiten.

Für die indirekten Leistungsbereiche wird Element <Ergebnis> von der auf Landesebene beauftragten Stelle und für die direkten Leistungsbereiche von der auf Bundesebene beauftragten Stelle erstellt, so dass das Element in beiden Dateien vorhanden sein kann.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Berichtsjahr	Das aktuelle Berichtsjahr	1	Der Datentyp lässt nur das aktuelle Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "2018"	-	
IK_Krankenhaus	Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qulitätsberichts.	1	999999999	-	
Standort	Standortnummer des Qualitätsberichts.	1	99	-	
Land	Kürzel der Geschäftsstelle.	1	Der Datentyp lässt nur die Kürzel der Bundesländer der Geschäftsstellen zu. Auswahlliste: "BW", "BY", "BE", "BB", "HB", "HH", "HE", "MV",	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"NI", "NW", "RP", "SL", "SN", "ST", "SH", "TH", "DV"		
Dokumentationsraten	Hier sind die Fallzahlen und Dokumentationsraten für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche anzugeben. Dies umfasst auch die Meldung von Fallzahlen = 0.	0 .. 1	siehe 5.1	C-1.1	(!) Das Element darf nur vorhanden sein, falls Dokumentationsraten vorhanden sind.
Ergebnis		0 .. 1	siehe 5.2	C-1.2	(!) Das Element darf nur vorhanden sein, falls Ergebnisse vorhanden sind.

5.1 Element <Dokumentationsraten>

Elternelemente: 5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Eine Übersicht über alle Bereiche befindet sich in Tabelle "Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten".	31	siehe 5.1.1	C-1.1	Es müssen alle bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche sowie die Zählleistungsbereiche angegeben werden, auch wenn keine Leistungen in diesem Bereich erbracht wurden.

5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 5.1 Element <Dokumentationsraten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Leistungsbereiche zu. Auswahlliste: "09/1", "09/2", "09/3", "09/4", "09/5", "09/6", "10/2", "15/1", "16/1", "17/1",	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Leistungsbereich nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"18/1", "HCH_AORT_KATH_ENDO", "HCH_AORT_KATH_TRAPI", "HCH", "HEP", "HEP_IMP", "HEP_WE", "HTXM", "HTXM_TX", "HTXM_MKU", "KEP", "KEP_IMP", "KEP_WE", "LLS", "LTX", "LUTX", "NEO", "NLS", "DEK", "PNTX", "PNEU"		
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereichs.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zaehlbereich_Von	Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Zählbereiche zu. Auswahlliste: "HCH", "HTXM", "HEP", "KEP"	C-1.1	
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich 0 und 4..100000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl 1 bis einschließlich 3 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Dokumentationsrate_Datenschutz auszuwählen.
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element Fallzahl_Datenschutz angeben wurde.	1	siehe 5.1.1.1	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden). Das Element ist leer anzugeben, wenn die Fallzahl = 0 ist	1	Wertebereich *kein Inhalt* und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-1.1	Wenn Fallzahl (Soll) = 0 ist das Feld Dokumentationsrate leer zu lassen und im Kommentarfeld zu erläutern. Wurde keine Leistung im Leistungsbereich erbracht (Soll=0 und Ist=0), ist der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ einzufügen. Kann die Dokumentationsrate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ einzufügen. (!) Dies kann vom XML-Schemanicht geprüft werden.
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallschutz_Datenschutz auszuwählen.
Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element Dokumentationsrate_Datenschutz angeben wurde.	1	siehe 5.1.1.2	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses	0 .. 1	Datentyp zum Element *Kommentar_Krankenhaus* welches vom Wert "max. Zeichenanzahl 500" ist und zwei Vorgabewerte definiert.	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.
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.

5.1.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallzahl	Summe der Fallzahl, mit Ausnahme der Fallzahlen, die durch das Element Fallzahl_Datenschutz geschützt sind.	0 .. 1	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	

5.1.1.2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate_Untere_Grenze	Untere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0 .. 1	Wertebereich 0,0 .. 999,9	C-1.1	
Dokumentationsrate_Obere_Grenze	Obere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0 .. 1	Wertebereich 0,0 .. 999,9	C-1.1	

5.2 Element <Ergebnis>

Elternelemente: 5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Einzige_Auswertungseinheit	Falls nur eine Auswertungseinheit vorhanden ist, ist dieses Element anzugeben.	1	siehe 5.2.1	C-1.2	Ausführliche Hinweise siehe 5.1.3.
Auswertungseinheit	Auswertungseinheit Falls mehrere Auswertungseinheiten vorhanden sind, ist dieses Element für jede Auswertungseinheit genau einmal anzugeben.	2 .. n	siehe 5.2.2	C-1.2	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>

Elternelemente: 5.2 Element <Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
QS-Ergebnis		1 .. n	siehe 5.2.1.1	-	

5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elternelemente: 5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 5.2.2 Element <Auswertungseinheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel_Leistungsbereich	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Zeichenkette	C-1.2	
Bezeichnung_Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus Tabelle A aus Anhang 3 zu Anlange 1	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_ID	Kürzel des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Der Datentyp lässt nur Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen aus der Anhang 3 zu Anlage 1 "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschraenkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren" zu.	C-1.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Qualitätsindikator bzw. Kennzahl nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung_Ergebnis	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus der Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Art_des_Wertes	Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu Anlage 1 zu übernehmen.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Bezug_zum_Verfahren	Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu Anlage 1 zu übernehmen.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_Bezug_Infektion	Dieses Element ist einzufügen, um den Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus als solchen zu kennzeichnen.	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachlicher_Hinweis_IQTIG	Hier ist die Angabe "Fachlicher Hinweis des IQTIG" aus dem Bericht "Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherungin den Qualitätsberichten der Krankenhäuser" 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	Zeichenkette	C-1.2	
Einheit	Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl anzugeben.	1	max. Zeichenanzahl 100 oder leer	C-1.2	
Bundesergebnis	Ergebnis auf Bundesebene dieses Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	
Vertrauensbereich_Bundesweit	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	1	siehe 5.2.1.1.1	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Rechnerisches_Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator bzw. Kennzahl. 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.	0 .. 1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_ Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_ Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Krankenhaus	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs, gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln § 8 QSKH-RL. 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.	0 .. 1	siehe 5.2.1.1.2	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_ Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_ Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl		0 .. 1	siehe 5.2.1.1.3	C-1.2	Wenn in den Feldern <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> aus Datenschutzgründen keine Angabe erfolgen kann, werden die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis> und <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht angegeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_ Ereignisse> 1 bis einschließlich 3 ist.	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	Wenn dieses Element aus Datenschutzgründen ausgewählt wird, werden die Elemente <Rechnerisches_Ergebnis> und <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht angegeben. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis angegeben.
Ende Auswahlelement					
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Ergebnissen (falls Ergebnisse zu dieser Auswertungseinheit auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Ergebnisse).	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter <Kommentar_Krankenhaus>.
Ergebnis_Bewertung	Angaben, welche nur für Qualitätsindikatoren relevant sind.	0 .. 1	siehe 5.2.1.1.4	C-1.2	Dieser Abschnitt ist nur für Qualitätsindikatoren anzugeben! (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

5.2.1.1.1 Element <Vertrauensbereich_Bundesweit>

Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Untere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	

5.2.1.1.2 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Untere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	

5.2.1.1.3 Element <Fallzahl>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Grundgesamtheit	Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator bzw. die Kennzahl untersucht wurde.	1	Wertebereich 0 und 4..1000000	C-1.2	
Beobachtete_Ereignisse	Anzahl der beobachteten Ereignisse.	1	Wertebereich 0 und 4..100000	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erwartete_Ereignisse	Anzahl der rechnerisch erwarteten Ereignisse für risikoadjustierte O/E-Indikatoren.	1	Wertebereich *kein Inhalt* und 0,00 .. 100000,00	C-1.2	

5.2.1.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Qualitative_Bewertung_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.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Bewertung des Strukturierten Dialogs zu. Auswahlliste: "N01", "N02", "N99", "R10", "H20", "H99", "U31", "U32", "U33", "U34", "U99", "A41", "A42", "A43", "A99", "D50", "D51", "D99",	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"S90", "S91", "S99"		
Qualitative_Bewertung_Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr	Qualitative Bewertung des Qualitätsindikators im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zum Vergleich zu dem vorherigen Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "verschlechtert", "unverändert", "verbessert", "eingeschränkt/nicht vergleichbar"	C-1.2	
Kommentar_Beauftragte_Stelle	Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	Es ist nur der Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5.2.2 Element <Auswertungseinheit>

Elternelemente: 5.2 Element <Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Nummer	Auswertungseinheitsnummer des Qualitätsberichts C-1.2.[Z].	1	Wertebereich 1 .. 99	C-1.2	
Bezeichnung	Bezeichnung der Auswertungseinheit im Qualitätsbericht (für Überschrift C-1.2.[Z]).	1	max. Zeichenanzahl 100	C-1.2	
QS-Ergebnis		1 .. n	siehe 5.2.1.1	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6 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. Zusätzlich gibt es Plausibilitätsprüfungen, welche in Anhang 4 zu Anlage 1 dargestellt sind. Element <Qualitaetssicherung> kann Element <Dokumentationsrate> und/oder Element <Ergebnis> oder keines der beiden Elemente enthalten.

6.1 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 Element <Auswertungseinheit> das Element Element <Einzige_Auswertungseinheit> verwendet.
3. Sollen die Dokumentationsraten zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in Element <Leistungsbereich> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK). Hierauf ist im Element **Kommentar_Krankenhaus** hinzuweisen.
4. Sollen die Ergebnisse zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Ergebnis_Mehrfach** in Element <Qualitaetsindikator> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK). Hierauf ist im Element **Kommentar_Krankenhaus** hinzuweisen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7 Anhang

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf die Anlage 1 der Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

7.1 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 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
1	PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	LB		X
2	16/1	Geburtshilfe	LB		X
3	15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	LB		X
4	09/1	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	LB		X
5	09/2	Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	LB		X
6	09/3	Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	LB		X
7	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	LB		X
8	HEP_IMP	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	ZB von LB HEP		X

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

	Kürzel	Bezeichnung	LB/ZB	direkt	indirekt
9	HEP_WE	Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	ZB von LB HEP		X
10	17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	LB		X
11	09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	LB		X
12	09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	LB		X
13	09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	LB		X
14	10/2	Karotis-Revaskularisation	LB		X
15	KEP	Knieendoprothesenversorgung	LB		X
16	KEP_IMP	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	ZB von LB KEP		X
17	KEP_WE	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	ZB von LB KEP		X
18	18/1	Mammachirurgie	LB		X
19	NEO	Neonatologie	LB		X
20	DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	LB		X

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Kürzel	Bezeichnung	LB/ZB	direkt	indirekt
21	HCH	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirugie)	LB [3]	X	
22	HCH_AORT_KATH_ENDO	Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	X	
23	HCH_AORT_KATH_TRAPI	Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	X	
24	HTXM	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	LB	X	
25	HTXM_TX	Herztransplantation	ZB von LB HTXM	X	
26	HTXM_MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	ZB von LB HTXM	X	
27	LLS	Leberlebendspende	LB	X	
28	LTX	Lebertransplantation	LB	X	
29	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	LB	X	
30	NLS	Nierenlebendspende	LB	X	
31	PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	LB [4]	X	

7.2 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3Gemeinsamer LB für Aortenklappenchirurgie isoliert, Koronarchirurgie isoliert und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.

4Gemeinsamer LB Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

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.

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.

- Bei statistisch unauffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß QSKH-RL beauftragten Stellen.
- 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1:

Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2019

- Teil 3 (XML-Daten der Krankenhäuser)

- Teil 4 und 5 (XML-Daten der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterung zur Datensatzbeschreibung 12
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente 12
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen 12
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen 13
2 Hinweise zur XML-Erzeugung 16
2.1 Kodierung in UTF-8 (*UTF-8 Encoding*) 16
2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*) 16
2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*) 16
3 Element <Qualitaetsbericht> 17
3.1 Element <Einleitung> 20
3.1.1 Element <Datensatz> 21
3.1.2 Element <Software> 21
3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung> 22
3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang> 22
3.1.3.1.1 Element <Person> 23
3.1.3.1.2 Element <Telefon> 23
3.1.3.1.3 Element <Fax> 24
3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung> 24

3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links> 25
3.1.5.1 Element <Link> 25
3.2 Element <Krankenhaus> 25
3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten> 26
3.2.1.1 Element <Kontakt_Zugang> 27
3.2.1.2 Element <Kontakt_Adresse> 28
3.2.1.2.1 Element <Adresse> 29
3.2.1.3 Element <Aerztliche_Leitung> 29
3.2.1.4 Element <Pflegedienstleitung> 29
3.2.1.5 Element <Verwaltungsleitung> 30
3.2.2 Element <Standortkontaktdaten> 30
3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht> 31
3.2.3.1 Element <Kontaktdaten> 31
3.3 Element <Krankenhaustraeger> 32
3.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art> 33
3.4 Element <Krankenhaus_Art> 34
3.4.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus> 34
3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus> 35
3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> 35
3.6.1 Element <MP_Leistungsangebot> 35
3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote> 39
3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot> 39
3.8 Element <Barrierefreiheit> 40
3.8.1 Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung> 41
3.8.2 Element <Barrierefreiheit_Aspekt> 41
3.9 Element <Akademische_Lehre> 43

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.9.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> 43
3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe> 44
3.10.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> 44
3.11 Element <Fallzahlen> 45
3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses> 46
3.12.1 Element <Aerzte> 46
3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte> 47
3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung> 48
3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis> 48
3.12.1.1.1.1.1 Element <Personal_mit_direktem_BV> 49
3.12.1.1.1.1.2 Element <Personal_ohne_direktem_BV> 49
3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform> 49
3.12.1.1.1.2.1 Element <Ambulante_Versorgung> 50
3.12.1.1.1.2.2 Element <Stationaere_Versorgung> 50
3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte> 51
3.12.1.2 Element <Belegaerzte> 51
3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung> 52
3.12.2 Element <Pflegekraefte> 52
3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger> 53
3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung> 54
3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger> 54
3.12.2.3 Element <Altenpfleger> 55
3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten> 55
3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer> 56
3.12.2.6 Element <Pflegehelfer> 56
3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger> 57

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.2.8 Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger> 57
3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz> 58
3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte> 58
3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho> 59
3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen> 62
3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen> 62
3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten> 62
3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten> 62
3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit> 62
3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten> 63
3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten> 63
3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen> 63
3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal> 63
3.12.4.1 Element <Therapeutisches_Personal> 63
3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung> 65
3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement> 67
3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement> 68
3.13.2.1 Element <Lenkungsgremium> 68
3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement> 68
3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement> 69
3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement> 69
3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement> 69
3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM> 70
3.13.5.1.1.1 Element <SOP> 71
3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen> 71
3.13.5.1.1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz> 72

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem> 72
3.13.6.1 Element <Tagungsgremium> 73
3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern> 73
3.13.6.2.1 Element <System_intern> 73
3.13.6.2.1.1 Element <Zusatzangaben_IF> 74
3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem> 75
3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend> 75
3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend> 75
3.13.7.1.1.1 Element <EF_Sonstiges> 77
3.13.8 Element <Hygienepersonal> 77
3.13.8.1 Element <Krankenhaushygieniker> 78
3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte> 78
3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung> 79
3.13.8.2.1.1 Element <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht> 79
3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte> 80
3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege> 80
3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet> 80
3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz> 81
3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene> 81
3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK> 83
3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor> 84
3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert> 84
3.13.9.1.1.1.1 Element <Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen> 85
3.13.9.1.2 Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor> 86
3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie> 87
3.13.9.2.1 Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor> 88

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor> ... 89
3.13.9.2.2.1 Element <Standard_thematisiert> ... 89
3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden> ... 90
3.13.9.3.1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor> ... 91
3.13.9.3.1.1 Element <Standard_thematisiert> ... 91
3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion> ... 93
3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben> ... 94
3.13.9.4.1.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht> ... 94
3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben> ... 95
3.13.9.4.2.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht> ... 95
3.13.9.5 Element <Umgang_Patienten_MRE> ... 96
3.13.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement> ... 98
3.13.9.6.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme> ... 98
3.13.9.6.1.1 Element <Zusatzangaben_HM> ... 99
3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme_KISS> ... 100
3.13.9.6.1.1.1.1 Element <KISS_Modul> ... 100
3.13.10 Element <Beschwerdemanagement> ... 101
3.13.10.1 Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement> ... 102
3.13.10.2 Element <Schriftliches_Konzept> ... 102
3.13.10.3 Element <Umgang_muendliche_Beschwerden> ... 103
3.13.10.4 Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden> ... 103
3.13.10.5 Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung> ... 104
3.13.10.6 Element <Ansprechpartner> ... 104
3.13.10.6.1 Element <Ansprechpersonen> ... 105
3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher> ... 105
3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen> ... 105

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten> 105
3.13.10.9 Element <Patientenbefragungen> 106
3.13.10.10 Element <Einweiserbefragungen> 106
3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit> 107
3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS> 111
3.13.11.1.1 Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement> 112
3.13.11.1.2 Element <Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe> 112
3.13.11.2 Element <Verantwortliche_Person_AMTS> 112
3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt> 113
3.13.11.2.1.1 Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement> 114
3.13.11.2.1.2 Element <Eigenstaendige_Position_AMTS> 114
3.13.11.3 Element <Pharmazeutisches_Personal> 114
3.13.11.4 Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS> 115
3.13.11.4.1 Element <Instrument_Massnahme_AMTS> 116
3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS> 117
3.13.11.4.1.1.1 Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel> 118
3.13.11.4.1.1.1.1 Element <Konzept_Zubereitung_Arzneimittel> 118
3.13.11.4.1.1.2 Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel> 119
3.13.11.4.1.1.2.1 Element <Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel> 119
3.13.11.4.1.1.3 Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler> 120
3.13.11.4.1.1.3.1 Element <Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler> 121
3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung> 122
3.13.11.4.1.1.4.1 Element <Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung> 122
3.14 Element <Apparative_Ausstattung> 123
3.14.1 Element <Geraet> 123
3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung> 125

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.15.1 Element <Teilnahme_Notfallstufe> 125
3.15.1.1 Element <Notfallstufe_zugeordnet> 126
3.15.1.1.1 Element <Basisnotfallversorgung_Stufe_1> 126
3.15.1.1.1.1 Element <Umstand_Zuordnung_Notfallstufe> 127
3.15.1.1.1.1.1 Element <Erfuellung_Voraussetzung_Modul_Spezielle_Notfallversorgung> 128
3.15.1.1.1.1.1.1 Element <Teilnahme_Spezielle_Notfallversorgung> 128
3.15.1.1.1.2 Element <Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2> 129
3.15.1.1.3 Element <Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3> 129
3.15.2 Element <Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt> 130
3.15.3 Element <Kooperation_mit_Kassenaerztlicher_Vereinigung> 131
3.16 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen> 132
3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung> 132
3.16.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE> 134
3.16.1.1.1 Element <Chefarzt> 134
3.16.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt> 135
3.16.1.2 Element <Zielvereinbarungen> 135
3.16.1.2.1 Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten> 137
3.16.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel> 137
3.16.1.3.1 Element <Sonstiger> 137
3.16.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote> 138
3.16.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot> 138
3.16.1.4.1.1 Element <Sonstiger> 155
3.16.1.5 Element <Fallzahlen_OE> 157
3.16.1.6 Element <Hauptdiagnosen> 157
3.16.1.6.1 Element <Hauptdiagnose> 158
3.16.1.6.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 159

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.7 Element <Prozeduren> ... 160
3.16.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe> ... 161
3.16.1.7.1.1 Element <Prozedur> ... 161
3.16.1.7.1.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> ... 162
3.16.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe> ... 163
3.16.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten> ... 163
3.16.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit> ... 163
3.16.1.8.1.1 Element <Ambulanz> ... 164
3.16.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz> ... 165
3.16.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot> ... 166
3.16.1.8.1.1.1.1.1 Element <Sonstiger> ... 183
3.16.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b> ... 184
3.16.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b> ... 185
3.16.1.8.1.2.1.1 Element <Leistung> ... 185
3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen> ... 187
3.16.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe> ... 188
3.16.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation> ... 188
3.16.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe> ... 189
3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung> ... 189
3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal> ... 190
3.16.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung> ... 192
3.16.1.10.1.2 Element <Belegabteilung> ... 192
3.16.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung> ... 192
3.16.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung> ... 193
3.16.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen> ... 194
3.16.1.10.2.1 Element <Fachexpertise> ... 194

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen> ... 199
3.16.1.10.3.1 Element <Fachexpertise_Pflege> ... 199
3.17 Element <Qualitaetssicherung> ... 202
3.17.1 Element <QS_nach_Landesrecht> ... 204
3.17.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme> ... 204
3.17.1.1.1 Element <Leistungsbereich> ... 204
3.17.2 Element <DMP> ... 206
3.17.2.1 Element <Teilnahme_DMP> ... 206
3.17.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS> ... 207
3.17.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS> ... 208
3.17.4 Element <Mindestmengen> ... 209
3.17.4.1 Element <Leistungsbereich> ... 209
3.17.4.1.1 Element <Begruendung> ... 210
3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose> ... 211
3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich> ... 212
3.17.4.2.1.1 Element <Leistungsmengen_Prognoseermittlung> ... 214
3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung> ... 215
3.17.5.1 Element <Vereinbarung> ... 216
3.17.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben> ... 217
3.17.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt> ... 218
3.17.5.2.1.1 Element <Teilnahme_klaerender_Dialog> ... 219
3.17.6 Element <Fortbildung> ... 219
3.17.7 Element <Pflegepersonalregelung> ... 220
3.17.7.1 Element <Monatsbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG> ... 222
3.17.7.2 Element <Schichtbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG> ... 224
4 Datengestützte Qualitätssicherung ... 227

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien 227
4.1.1 Nameskonvention der XML-Dateien 227
4.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] - Dokumentationsrate 228
4.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 228
5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung> 230
5.1 Element <Dokumentationsraten> 231
5.1.1 Element <Leistungsbereich> 232
5.1.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 236
5.1.1.2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 236
5.2 Element <Ergebnis> 237
5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> 237
5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis> 238
5.2.1.1.1 Element <Vertrauensbereich_Bundesweit> 254
5.2.1.1.2 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus> 254
5.2.1.1.3 Element <Fallzahl> 255
5.2.1.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung> 255
5.2.2 Element <Auswertungseinheit> 258
6 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen 259
6.1 Zusätzliche Prüfungen 259
7 Anhang 260
7.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten 260
7.2 Liste der Qualitätsindikatoren 262

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1 Erläuterung 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 den Teil der Datensatzbeschreibung (für XML-Daten), deren Adressat die Krankenhäuser sind, als auch um den Teil (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 in Nummer "2. Hinweise zur XML-Erzeugung" erläutert.

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 Nummer 3, 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 den Zusatz "Beginn Auswahlelement" und "Ende Auswahlelement" dargestellt.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Begin Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Auswahl 1					
Auswahl 2					
Ende Auswahlelement					

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
- **Spalte - Inhalt/Format**: Welcher Inhalt in dem XML-Element zulässig ist, wird in dieser Spalte beschrieben. Handelt es sich bei dem beschriebenen XML-Element um ein Containerelement, so befindet sich in der Inhaltszelle zu diesem Element ein Verweis auf den Abschnitt in der Datensatzbeschreibung, in dem der Inhalt dieses Containerelements beschrieben wird (z. B. siehe 2.1). In der folgenden Tabelle werden die Schlüsselworte erläutert, durch die der zulässige Inhalt eines XML-Elements beschrieben wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.
Format	Der Inhalt des XML-Elements muss dem angegebenen Format entsprechen. In den Formatangaben werden die folgenden Platzhalter genutzt. **9** beliebige Ziffer [0-9] **X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional. **Bsp.:** Format: X99[.9] - Dieses bedeutet, dass das erste Zeichen ein beliebiger Buchstabe oder eine beliebige Ziffer sein muss. Das zweite und dritte Zeichen muss jeweils eine beliebige Ziffer sein. Die folgenden Zeichen sind jeweils optional. Als viertes Zeichen darf ein Punkt und als fünftes Zeichen darf eine beliebige Ziffer angegeben werden. Es gibt aber auch andere Formatangaben z. B. zum Datum oder der Uhrzeit. Diese sind selbsterklärend.
Wertebereich	In dem XML-Element ist der angegebene Wertebereich zulässig. Dieser kann nur aus ganzen Zahlen oder auch aus Zahlen mit einer bestimmten Anzahl von Nachkommastellen bestehen. Die Nachkommastellen sind optional, falls sie im Einzelfall nicht konkret verlangt werden. **Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig. **Bsp.:** 0..20000 - In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Schlüsselwort	Beschreibung
	Bsp.: 0,0..500,0 - In dem XML-Element sind die ganzen Zahlen zwischen 0 und 500 zulässig und die Zahlen mit einer Nachkommastelle zwischen 0,0 und 500,0.
Auswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert. **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird eine Auswahlliste referenziert.
Schlüsselauswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Zusätzlich darf jeder Schlüssel in den Kindelementen eines Elternelements nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird ein Verweis auf die Auswahlliste angegeben.
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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Xerces. [2]

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

3 Element <Qualitaetsbericht>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einleitung	Informationen über den Datensatz, die verwendete Software sowie verantwortliche Personen für den Qualitätsbericht.	1	siehe 3.1	Einleitung	
Krankenhaus	Die Kontaktdaten des Krankenhauses und der Standorte, wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt.	1	siehe 3.2	A-1	
Krankenhaustraeger		1	siehe 3.3	A-2	
Krankenhaus_Art	Art des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.4	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 3.5	A-4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.6	A-5	
Nicht_Medizinische_Leistungsangebote	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.7	A-6	
Barrierefreiheit	Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses.	0 .. 1	siehe 3.8	A-7	
Akademische_Lehre	Akademische Lehre.	0 .. 1	siehe 3.9	A-8.1	
Ausbildung_andere_Heilberufe	Ausbildung in anderen Heilberufen.	0 .. 1	siehe 3.10	A-8.2	
Anzahl_Betten	Anzahl der Betten.	1	Wertebereich: 0 .. 20000	A-9	
Fallzahlen	Fallzahlen des Krankenhauses.	1	siehe 3.11	A-10	
Personal_des_Krankenhauses	Ärzte und Pflegepersonal.	1	siehe 3.12	A-11	
Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung		1	siehe 3.13	A-12	
Apparative_Ausstattung		0 .. 1	siehe 3.14	A-13	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teilnahme_Notfallversorgung		0 .. 1	siehe 3.15	A-14	(!) Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen: "Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor."
Organisationseinheiten_Fachabteilungen		1	siehe 3.16	B	
Qualitaetssicherung		1	siehe 3.17	C	

3.1 Element <Einleitung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Datensatz	Informationen zum Datensatz.	1	siehe 3.1.1	Einleitung	
Software	Informationen zur verwendeten Software.	1	siehe 3.1.2	Einleitung	
Verantwortlicher_Erstellung	Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person.	1	siehe 3.1.3	Einleitung	
Verantwortlicher_Krankenhausleitung	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person der Krankenhausleitung.	1	siehe 3.1.4	Einleitung	
URL_Internetseite_Krankenhaus	Link zur Internetseite des Krankenhauses.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
URL_Weitere_Informationen	Link zur weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht.(Imagebroschüren, PDF-Version dieses Berichts etc.).	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Weiterfuehrende_Links		0 .. 1	siehe 3.1.5	Einleitung	

3.1.1 Element <Datensatz>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Datum	Erstellungsdatum des Datensatzes.	1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	Einleitung	
Uhrzeit	Erstellungsuhrzeit des Datensatzes.	1	Format zur Uhrzeitangabe: HH:MM:SS	Einleitung	
Sprache	Im Datensatz verwendete Sprache.	1	Schlüsselauswahlliste: "Sprachen" Auswahlliste: "deutsch"	Einleitung	

3.1.2 Element <Software>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hersteller	Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Produktname	Verwendete Software.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	
Version	Versionsangabe zur verwendeten Software.	1	max. Zeichenzahl: 4000	Einleitung	

3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>

Elternelemente: 3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>, 3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>, 3.2.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>, 3.2.1.4 Element <Pflegedienstleitung>, 3.2.1.5 Element <Verwaltungsleitung>, 3.8.1 Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung>, 3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>, 3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>, 3.13.10.6.1 Element <Ansprechpersonen>, 3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen>, 3.13.11.2.1.2 Element <Eigenstaendige_Position_AMTS>, 3.16.1.1.1 Element <Chefarzt>, 3.16.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Person		1	siehe 3.1.3.1.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Telefon		1	siehe 3.1.3.1.2	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Fax		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.3	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Email		1	Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft.	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.1.3.1.1 Element <Person>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Titel		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Vorname		1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Nachname		1	max. Zeichenanzahl: 150	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Funktion_Arbeitsschwerpunkt		1	max. Zeichenanzahl: 500	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.3.1.2 Element <Telefon>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Rufnummer		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Durchwahl		0 .. 1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.3.1.3 Element <Fax>

Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Rufnummer		1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Durchwahl		0 .. 1	Ziffern	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links>

Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Link		1 .. n	siehe 3.1.5.1	Einleitung	

3.1.5.1 Element <Link>

Elternelemente: 3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
URL		1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	Einleitung	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Beschreibung		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	Einleitung	

3.2 Element <Krankenhaus>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Krankenhauskontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Krankenhauses.	1	siehe 3.2.1	A-1	
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standortkontaktdaten	Hier sind die Kontaktdaten des Standortes anzugeben, für welchen dieser Qualitaetsbericht erstellt wird, wenn es um ein Krankenhaus mit mehreren Standorten handelt.	0 .. 1	siehe 3.2.2	A-1	
Standortkontaktdaten_Gesamtbericht	Dieses Element ist im Gesamtbericht immer anzugeben und listet alle Standorte auf.	0 .. 1	siehe 3.2.3	A-1	
Ende Auswahlelement					

3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhauses	1	max. Zeichenzahl: 4000	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
IK_Weitere	Weitere relevante Institutionskennzeichen.	0 .. n	Format: 999999999	A-1	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt, steht hier die Standortnummer 99, ansonsten 00.
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Telefon		1	siehe 3.1.3.1.2	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.2.1.1 Element <Kontakt_Zugang>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>, 3.16.1.1.1 Element <Chefarzt>, 3.16.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strasse		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hausnummer		1	max. Zeichenzahl: 4000	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 zur Angabe einer Postleitzahl: 99999 Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.	A-1, B-X.1	
Ort		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
URL_Zugang		0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-1, B-X.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.2.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Adresse		1	siehe 3.2.1.2.1	A-1, B-X.1	
Postfach		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Postleitzahl	Gemeint ist die Zustell-Postleitzahl.	1	Format zur Angabe einer Postleitzahl: 99999 Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.	A-1, B-X.1	
Ort		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	

3.2.1.2.1 Element <Adresse>

Elternelemente: 3.2.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strasse		1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Hausnummer		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	
Adresszusatz		0 .. 1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1, B-X.1	

3.2.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.1.4 Element <Pflegedienstleitung>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.1.5 Element <Verwaltungsleitung>

Elternelemente: 3.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.2.2 Element <Standortkontaktdaten>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Standorts.	1	max. Zeichenzahl: 4000	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	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Die interne laufende Nummer des Standorts.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht>

Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontaktdaten		1 .. n	siehe 3.2.3.1	-	

3.2.3.1 Element <Kontaktdaten>

Elternelemente: 3.2.3 Element <Standortkontaktdaten_Gesamtbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhauses oder des Standorts.	1	max. Zeichenzahl: 4000	A-1	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	Wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort besitzt, steht hier die Standortnummer 99, ansonsten 00.
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	
Kontakt_Adresse		0 .. 1	siehe 3.2.1.2	-	
Aerztliche_Leitung		1	siehe 3.2.1.3	A-1	
Pflegedienstleitung		1	siehe 3.2.1.4	A-1	
Verwaltungsleitung		1	siehe 3.2.1.5	A-1	

3.3 Element <Krankenhaustraeger>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhausträgers.	1	max. Zeichenzahl: 4000	A-2	
Krankenhaustraeger_Art	Art des Krankenhausträgers.	1	siehe 3.3.1	A-2	

3.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art>

Elternelemente: 3.3 Element <Krankenhaustraeger>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art	Art des Krankenhausträgers.	1	Schlüsselauswahlliste: "Art des Krankenhaustraegers" (Anlage 1 A-2) Auswahlliste: "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	max. Zeichenzahl: 4000	A-2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.4 Element <Krankenhaus_Art>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Universitaetsklinikum	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 3.4.1	A-3	
Ende Auswahlelement					

3.4.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: 3.4 Element <Krankenhaus_Art>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name_Universitaet	Name und Ort der Universität	1 .. n	max. Zeichenzahl: 4000	A-3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MP_Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1 .. n	siehe 3.6.1	A-5	

3.6.1 Element <MP_Leistungsangebot>

Elternelemente: 3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: "Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote" (A-5) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "MP01", "MP02", "MP03", "MP04", "MP05", "MP06", "MP08", "MP09", "MP10", "MP11", "MP12", "MP13", "MP14", "MP15", "MP16", "MP17", "MP18", "MP19", "MP20", "MP21",	A-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "MP_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"MP22", "MP23", "MP24", "MP25", "MP26", "MP27", "MP28", "MP29", "MP30", "MP31", "MP32", "MP33", "MP34", "MP35", "MP36", "MP37", "MP38", "MP39", "MP40", "MP41", "MP42", "MP43", "MP44", "MP45",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"MP46", "MP47", "MP48", "MP50", "MP51", "MP52", "MP53", "MP54", "MP55", "MP56", "MP57", "MP59", "MP60", "MP61", "MP62", "MP63", "MP64", "MP65", "MP66", "MP67", "MP68", "MP69"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
NM_Leistungsangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Leistungsangebot.	1 .. n	siehe 3.7.1	A-6	

3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot>

Elternelemente: 3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
NM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des nicht-medizinischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: "Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote" (A-6) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "NM02", "NM03", "NM05", "NM07", "NM09", "NM10", "NM11", "NM40", "NM42", "NM49",	A-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "NM_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"NM50", "NM60", "NM62", "NM63", "NM64", "NM66", "NM68", "NM69"		
Erlaeuterungen		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 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-6	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.8 Element <Barrierefreiheit>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung	Kontaktdaten der Person oder Einrichtung zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigung oder ihren Angehörigen.	1	siehe 3.8.1	A-7.1	
Barrierefreiheit_Aspekt	Aspekt der Barrierefreiheit.	1 .. n	siehe 3.8.2	A-7.2	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

3.8.1 Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung>

Elternelemente: 3.8 Element <Barrierefreiheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.8.2 Element <Barrierefreiheit_Aspekt>

Elternelemente: 3.8 Element <Barrierefreiheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
BF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Aspekts der Barrierefreiheit.	1	Schlüsselauswahlliste: "Aspekte der Barrierefreiheit" (A-7.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "BF01", "BF02", "BF03", "BF04", "BF05", "BF06", "BF08", "BF09", "BF10", "BF11", "BF13",	A-7.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Barrierefreiheit_Aspekt" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"BF14", "BF15", "BF16", "BF17", "BF18", "BF19", "BF20", "BF21", "BF22", "BF23", "BF24", "BF25", "BF26", "BF29", "BF30", "BF31", "BF32", "BF33", "BF34", "BF35", "BF36", "BF37", "BF38", "BF39",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"BF40", "BF41"		
Erlaeuterungen	Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind (z.B. auf spezielle Organisationsein-heiten bezogen), ist dies verpflichtend zu kommentieren.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-7.2	

3.9 Element <Akademische_Lehre>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten.	1 .. n	siehe 3.9.1	A-8.1	

3.9.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>

Elternelemente: 3.9 Element <Akademische_Lehre>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
FL_Schluessel	Schlüssel-Nr. der akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	Schlüsselauswahlliste: "Forschung und akademische Lehre" (A-8.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "FL01", "FL02", "FL03", "FL04", "FL05", "FL06", "FL07", "FL08", "FL09"	A-8.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Akademische_Lehre_Wissenschaft-liche_Taetigkeit" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.1	

3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausbildung_in_anderen_Heilberufen	Ausbildung in anderen Heilberufen.	1 .. n	siehe 3.10.1	A-8.2	

3.10.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>

Elternelemente: 3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
HB_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	Schlüsselauswahlliste: "Ausbildung in anderen Heilberufen" (A-8.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "HB01", "HB02", "HB03", "HB05", "HB06", "HB07", "HB09", "HB10", "HB11", "HB12", "HB13", "HB14", "HB15", "HB16", "HB17", "HB18"	A-8.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Ausbildung_in_anderen_Heilberufen" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.11 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0 .. 1000000	A-10	
Teilstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0 .. 1000000	A-10	
Ambulante_Fallzahl	Ambulante Fallzahl	1	Wertebereich 0 .. 20000000	A-10	

3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerzte		1	siehe 3.12.1	A-11.1	
Pflegekraefte		1	siehe 3.12.2	A-11.2, B-X.11.2	
Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.	0 .. 1	siehe 3.12.3	A-11.3, B-X.11.3	
Spezielles_Therapeutisches_Personal	Personalqualifikationen aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2.	0 .. 1	siehe 3.12.4	A-11.4	

3.12.1 Element <Aerzte>

Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	A-11.1, B-X.11.1	
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärztinnen und Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	
Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung	Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	0 .. 1	siehe 3.12.1.3	A-11.1	

3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>

Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>, 3.16.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung>, 3.16.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 3.16.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Fachaerzte	Davon Fachärztinnen und Fachärzte.	1	siehe 3.12.1.1.2	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal.	1	Wertebereich: 0,00 .. 99,99	A-11.1, B-X.11.1	

3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>

Elternelemente: 3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>, 3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte>, 3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>, 3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>, 3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>, 3.12.2.3 Element <Altenpfleger>, 3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>, 3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen>, 3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>, 3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>, 3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>, 3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>, 3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten>, 3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten>, 3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Anzahl insgesamt in Vollkräften.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	
Beschaeftigungsverhaeltnis	Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Versorgungsform	Personal in der ambulanten und stationaeren Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elternelemente: 3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>, 3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personal_mit_direktem_BV	Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personal_ohne_direktem_BV	Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1.1 Element <Personal_mit_direktem_BV>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.1.2 Element <Personal_ohne_direktem_BV>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktes Beschäftigungsverhältnis.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>
Elternelemente: 3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung>, 3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Versorgung	Personal in der ambulanten Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2.1	A-11, B-X.11	
Stationaere_Versorgung	Personal in der stationären Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2.2	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2.1 Element <Ambulante_Versorgung>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der ambulanten Versorgung.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11, B-X.11	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.1.2.2 Element <Stationaere_Versorgung>
Elternelemente: 3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der stationären Versorgung.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	Wertebereich: 0,00000 .. 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.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B-X.11	

3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte>
Elternelemente: 3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>, 3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.1.2 Element <Belegaerzte>
Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>, 3.16.1.10.1.2 Element <Belegabteilung>, 3.16.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 3.16.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl Belegärztinnen und Belegärzte.	1	Wertebereich: 0 .. 5000	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	Wertebereich: 0,00000 .. 1000000,00000	B-X.11.1	(!) Darf bei A-11.1 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.1 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1, B-X.11.1	

3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>
Elternelemente: 3.12.1 Element <Aerzte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Fachaerzte	Davon Fachärztinnen und Fachärzte.	1	siehe 3.12.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.2 Element <Pflegekraefte>
Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Gesundheits_Krankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	siehe 3.12.2.1	A-11.2, B-X.11.2	
Gesundheits_Kinderkrankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.2	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Altenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.3	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegeassistenten	2 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.4	A-11.2, B-X.11.2	
Krankenpflegehelfer	1 Jahr Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.5	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegehelfer	ab 200 Std. Basiskurs	0 .. 1	siehe 3.12.2.6	A-11.2, B-X.11.2	
Hebammen_Entbindungspfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.7	A-11.2, B-X.11.2	
Beleghebammen_Belegentbindungspfleger	Anzahl in Personen zum Stichtag 31.12.	0 .. 1	siehe 3.12.2.8	A-11.2, B-X.11.2	
Operationstechnische_Assistenz	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.9	A-11.2, B-X.11.2	
Medizinische_Fachangestellte	3 Jahre Ausbildungsdauer	0 .. 1	siehe 3.12.2.10	A-11.2, B-X.11.2	
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	Wertebereich: 0,00 .. 99,99	A-11.2, B-X.11.2	

3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elternelemente: 3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>, 3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>, 3.12.2.3 Element <Altenpfleger>, 3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Anzahl insgesamt in Vollkräften.	1	Wertebereich: 0,00 .. 10000,00	A-11.2	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2	
Beschaeftigungsverhaeltnis	Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 3.12.1.1.1.1	A-11, B-X.11	
Versorgungsform	Personal in der ambulanten und stationaeren Versorgung.	1	siehe 3.12.1.1.1.2	A-11, B-X.11	

3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>

Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.3 Element <Altenpfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.4 Element <Pflegeassistenten>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.6 Element <Pflegehelfer>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.8 Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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	Wertebereich: 0,00000 .. 1000000,00000	B-X.11.2	(!) Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei BX.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

3.12.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>
Elternelemente: 3.12.2 Element <Pflegekraefte>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung		0 .. 1	siehe 3.12.2.1.1	A-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.

3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Diplom_Psychologen	Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen. 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 3.12.3.1	A-11.3, B-X.11.3	
Klinische_Neuropsychologen	Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen. 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 3.12.3.2	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Psychologische_Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten. 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 3.12.3.3	A-11.3, B-X.11.3	
Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 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 3.12.3.4	A-11.3, B-X.11.3	
Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG). 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 3.12.3.5	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ergotherapeuten	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. 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 3.12.3.6	A-11.3, B-X.11.3	
Physiotherapeuten	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und 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 3.12.3.7	A-11.3, B-X.11.3	
Sozialpaedagogen	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und 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 3.12.3.8	A-11.3, B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen>
Elternelemente: 3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 3.12.1.1.1	A-11, B-X.11	

3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal. Das unter A-11.3 erfasste Personal ist hier ebenfalls zu zählen.	1 .. n	siehe 3.12.4.1	A-11.4	

3.12.4.1 Element <Therapeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
SP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des speziellen therapeutischen Personals.	1	Schlüsselauswahlliste: "Spezielles therapeutisches Personal (A-11.4)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "SP04", "SP05", "SP06", "SP08", "SP09", "SP13", "SP14", "SP15", "SP16", "SP17", "SP18", "SP19", "SP20", "SP21", "SP22", "SP23", "SP24", "SP25", "SP26",	A-11.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Therapeutisches_Personal" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"SP27", "SP28", "SP30", "SP31", "SP32", "SP35", "SP36", "SP39", "SP40", "SP42", "SP43", "SP54", "SP55", "SP56", "SP57", "SP58", "SP59", "SP60", "SP61", "SP62"		

3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.1	A-12.1.1	
Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement		0 .. 1	siehe 3.13.2	A-12.1.2	
Verantwortliche_Person_Risikomanagement		0 .. 1	siehe 3.13.3	A-12.2.1	Bei Auswahl „entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement“ in der Software muss die Software die Daten aus A-12.1.1 übernehmen!
Lenkungsgremium_Risikomanagement		0 .. 1	siehe 3.13.4	A-12.2.2	Bei Auswahl „entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement“ in der Software muss die Software die Daten aus A-12.1.2 übernehmen!
Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement		0 .. 1	siehe 3.13.5	A-12.2.3	
Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem		0 .. 1	siehe 3.13.6	A-12.2.3.1	
Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem		0 .. 1	siehe 3.13.7	A-12.2.3.2	
Hygienepersonal		1	siehe 3.13.8	A-12.3.1	
Weitere_Informationen_Hygiene		0 .. 1	siehe 3.13.9	A-12.3.2	
Beschwerdemanagement		0 .. 1	siehe 3.13.10	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Arzneimitteltherapiesicherheit	AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.	1	siehe 3.13.11	A-12.5	(!) Die Textpassage in der Spalte "Beschreibung" ist im Rahmen der Veröffentlichung mit darzustellen.

3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>, 3.13.11.2.1.1 Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>, 3.13.11.1.1 Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium		1	siehe 3.13.2.1	A-12.1.2, A-12.5.2	

3.13.2.1 Element <Lenkungsgremium>

Elternelemente: 3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>, 3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.1.2, A-12.2.2	
Tagungsfrequenz		1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "wöchentlich", "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf", "andere Frequenz"	A-12.1.2, A-12.2.2	

3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium		1	siehe 3.13.2.1	A-12.1.2, A-12.5.2	

3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Instrument_Massnahme_Risikomanagement		1 .. n	siehe 3.13.5.1	A-12.2.3	

3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement>

Elternelemente: 3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
RM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme	1	Schlüsselauswahlliste: "Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen" (A-12.2.3) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "RM01", "RM02",	A-12.2.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Instrument_Massnahme" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"RM03", "RM04", "RM05", "RM06", "RM07", "RM08", "RM09", "RM10", "RM12", "RM13", "RM14", "RM15", "RM16", "RM17", "RM18"		
Zusatzangaben_RM	Zusatzangaben zu ausgewählten Instrumenten bzw. Maßnahmen	0 .. 1	siehe 3.13.5.1.1	A-12.2.3	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>

Elternelemente: 3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
SOP	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures.	1	siehe 3.13.5.1.1.1	A-12.2.3, A-12.5.4	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ ist durch die Erfassungssoftware Name und Datum aus der Angabe zu RM01 (A-12.2.3) hier einzusetzen!
Fallbesprechungen_Konferenzen		1	siehe 3.13.5.1.1.2	A-12.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.5.1.1.1 Element <SOP>

Elternelemente: 3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>, 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3, A-12.5.4	
Datum	Datum der letzten Aktualisierung.	1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	A-12.2.3, A-12.5.4	

3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>

Elternelemente: 3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallbesprechung_Konferenz		1 .. n	siehe 3.13.5.1.1.2.1	A-12.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.5.1.1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz>
Elternelemente: 3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art		1	Schlüsselauswahlliste: "Art der Fallbesprechung_Konferenz" (A-12.2.3) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Tumorkonferenzen", "Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen", "Pathologiebesprechungen", "Palliativbesprechungen", "Qualitätszirkel"	A-12.2.3	
Andere		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>
Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tagungsgremium		0 .. 1	siehe 3.13.6.1	A-12.2.3.1	
Massnahmen		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fehlermeldesystem_intern		1	siehe 3.13.6.2	A-12.2.3.1	

3.13.6.1 Element <Tagungsgremium>
Elternelemente: 3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>, 3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tagungsfrequenz		1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "wöchentlich", "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf", "andere Frequenz"	A-12.2.3.1, A-12.2.3.2	

3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern>
Elternelemente: 3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
System_intern		1 .. n	siehe 3.13.6.2.1	A-12.2.3.1	

3.13.6.2.1 Element <System_intern>
Elternelemente: 3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
IF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme.	1	Schlüsselauswahlliste: "Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "IF01", "IF02", "IF03"	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 3.13.6.2.1.1	A-12.2.3.1	

3.13.6.2.1.1 Element <Zusatzangaben_IF>
Elternelemente: 3.13.6.2.1 Element <System_intern>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Datum		1	Format zur Datumsangabe: YYYY-MM-DD	A-12.2.3.1	
Frequenz		1	Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "monatlich",	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf"		
Ende Auswahlelement					

3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fehlermeldesystem_uebergreifend		1	siehe 3.13.7.1	A-12.2.3.2	
Tagungsgremium		0 .. 1	siehe 3.13.6.1	A-12.2.3.1	

3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>

Elternelemente: 3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
System_uebergreifend		1 .. n	siehe 3.13.7.1.1	A-12.2.3.2	

3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend>

Elternelemente: 3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
EF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems.	1	Schlüsselauswahlliste: "Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A 12.2.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "EF01", "EF02", "EF03", "EF04", "EF05", "EF06", "EF07", "EF08", "EF09", "EF10", "EF11", "EF12", "EF13", "EF14", "EF15", "EF16", "EF17"	A-12.2.3.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "System_uebergreifend" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
EF_Sonstiges	Sonstiges einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem.	1	siehe 3.13.7.1.1.1	A-12.2.3.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.7.1.1.1 Element <EF_Sonstiges>

Elternelemente: 3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
EF_Sonstiges_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des einrichtungsübergrei-fenden Fehlermeldesystems	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A 12.2.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind nur die sonstigen Schlüssel-Nrn. zulässig. Auswahlliste: "EF00"	A-12.2.3.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "System_uebergreifend" mehrfach aufgeführt werden.
Erlaeuterungen		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3.2	

3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Krankenhaushygieniker		1	siehe 3.13.8.1	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Aerzte		1	siehe 3.13.8.2	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienefachkraefte		1	siehe 3.13.8.3	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Pflege		1	siehe 3.13.8.4	A-12.3.1	
Beginn Auswahlelement					
Hygienekommission_nicht_eingerichtet	Eine Hygienekommission wurde noch nicht eingerichtet.	1	Kein Inhalt	A-12.3.1	
Hygienekommission_eingerichtet	Eine Hygienekommission wurde eingerichtet.	1	siehe 3.13.8.5	A-12.3.1	
Ende Auswahlelement					

3.13.8.1 Element <Krankenhaushygieniker>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl		1	Wertebereich: 0 .. 5000	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung>

Elternelemente: 3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>, 3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte>, 3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Anzahl		1	Wertebereich: 0 .. 5000	A-12.3.1	
Keine_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	
Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Keine_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben" angeben wurde.	1	siehe 3.13.8.2.1.1	A-12.3.1	(!) Nur im Gesamtberic zulässig. Die kann vom XML-Schem nicht geprüft werden
Ende Auswahlelement					

3.13.8.2.1.1 Element <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht>

Elternelemente: 3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl		0 .. 1	Wertebereich: 0 .. 5000	A-12.3.1	
Anzahl_Keine_Abgabe_Landesrecht	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element "Keine_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben" angeben wurde.	1	Wertebereich: 1 .. 100	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 3.13.8.2.1	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet>
Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_kurz		1	siehe 3.13.8.5.1	A-12.3.1	
Tagungsfrequenz	Tagungsfrequenz des Gremiums	1	Schlüsselauswahlliste: "Tagungsfrequenz" (A-12.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1; alternative Auswahl zu *enum_Tagungsfrequenz*. Auswahlliste: "monatlich", "quartalsweise",	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf", "andere Frequenz"		

3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>
Elternelemente: 3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Person		1	siehe 3.1.3.1.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Telefon		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.2	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Fax		0 .. 1	siehe 3.1.3.1.3	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Email		0 .. 1	Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft.	A-12.3.1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>
Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienestandard_ZVK	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	1	siehe 3.13.9.1	A-12.3.2.1	
Kein_Einsatz_ZVK	Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.1	
Ende Auswahlelement					
Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	1	siehe 3.13.9.2	A-12.3.2.2	
Umgang_Wunden	Umgang mit Wunden	1	siehe 3.13.9.3	A-12.3.2.3	
Haendedesinfektion	Händedesinfektion	1	siehe 3.13.9.4	A-12.3.2.4	
Umgang_Patienten_MRE	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	1	siehe 3.13.9.5	A-12.3.2.5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienebezogenes_Risikomanagement	Angabe der hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion/zur Verbesserung der Patientensicherheit/zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus.	0 .. 1	siehe 3.13.9.6	A-12.3.2.6	

3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlagen liegt vor.	1	siehe 3.13.9.1.1	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	
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.	1	siehe 3.13.9.1.2	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	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 3.13.9.1.1.1	A-12.3.2.1	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.1	

3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Hautdesinfektion	Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Beachtung_Einwirkzeit	Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen	Standard thematisiert die Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen	1	siehe 3.13.9.1.1.1.1	A-12.3.2.1	

3.13.9.1.1.1.1 Element <Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen>
Elternelemente: 3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sterile_Handschuhe	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: sterile Handschuhe	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Steriler_Kittel	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriler Kittel	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Kopfhaube	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Mund_Nasen_Schutz	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund Nasen Schutz	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	
Steriles_Abdecktuch	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.1	

3.13.9.1.2 Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.1	

3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	1	siehe 3.13.9.2.1	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	
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					
Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.	1	siehe 3.13.9.2.2	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Keine_Durchfuehrung_Operationen	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.2.1 Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leitlinie_Resistenzlage_angepasst	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	
Leitlinie_autorisiert	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere:	1	siehe 3.13.9.2.2.1	A-12.3.2.2	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	
Ueberpruefung_durch_Checkliste	Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.2	

3.13.9.2.2.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Indikationsstellung_Antibiotikaprophylaxe	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste: "ja",	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"nein", "teilweise"		
Zu_Verwendende_Antibiotika	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.2	
Dauer_Antibiotikaprophylaxe	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.2	

3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor		1	siehe 3.13.9.3.1	A-12.3.2.3	
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Durchfuehrung_Wundversorgung	Am Standort wird keine Wundversorgung durchgeführt, wodurch ein standortspezifischer Standard zur Wundversorgung nicht nötig ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.3	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.3.1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>
Elternelemente: 3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 3.13.9.3.1.1	A-12.3.2.3	
Standard_autorisiert	Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.3	

3.13.9.3.1.1 Element <Standard_thematisiert>
Elternelemente: 3.13.9.3.1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	1	Auswahlliste: "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: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Pruefung_Notwendigkeit_Wundauflage	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	
Meldung_Wundinfektion	Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben	Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Allgemeinstationen.	1	siehe 3.13.9.4.1	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_nicht_erhoben	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben	Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen.	1	siehe 3.13.9.4.2	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_nicht_erhoben	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Keine_Intensivstation_vorhanden	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erfassung_Haendedesinfektionsmittelverbrauch_stationsbezogen	Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.4	

3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben>
Elternelemente: 3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	siehe 3.13.9.4.1.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig wenn auf mindestens einer Allgemeinstation der Händedesinfektionsmittelverbrauch erhoben wurde. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.13.9.4.1.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht>
Elternelemente: 3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze	Der niedrigste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze	Der höchste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	

3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>
Elternelemente: 3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	siehe 3.13.9.4.2.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig, wenn auf mindestens einer Intensivstation der Händedesinfektionsmittelverbrauch erhoben wurde. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.13.9.4.2.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht>
Elternelemente: 3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze	Der niedrigste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze	Der höchste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Wertebereich: 0,00 .. 1000,00	A-12.3.2.4	

3.13.9.5 Element <Umgang_Patienten_MRE>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Standardisierte_Information_MRSA	Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Informationsmanagement_MRSA	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.3.2.5	
Risikoadaptives_Aufnahmescreening	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.5	
Regelmaessige_Schulungen	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "teilweise"	A-12.3.2.5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>
Elternelemente: 3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hygiene_Instrument_Massnahme		1 .. 6	siehe 3.13.9.6.1	A-12.3.2.6	

3.13.9.6.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>
Elternelemente: 3.13.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
HM_Schluessel	A-12.3.2.6	1	Schlüsselauswahlliste: "Weitere Informationen zur Hygiene" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "HM01", "HM02", "HM03", "HM04", "HM05", "HM09"	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	siehe 3.13.9.6.1.1	A-12.3.2.6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.6.1.1 Element <Zusatzangaben_HM>
Elternelemente: 3.13.9.6.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
URL_Bericht_zu_Infektionsraten	Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten. Nur für Element HM01.	1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	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 3.13.9.6.1.1.1	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	Schlüsselauswahlliste: "Teilnahme_ASH" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Teilnahme (ohne Zertifikat)", "Zertifikat Bronze",	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Zertifikat Silber", "Zertifikat Gold"		
Frequenz	Tagungsfrequenz. Nur für Elemente HM05 und HM09.	1	Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "monatlich", "quartalsweise", "halbjährlich", "jährlich", "bei Bedarf"	A-12.3.2.6	
Ende Auswahlelement					

3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>
Elternelemente: 3.13.9.6.1.1 Element <Zusatzangaben_HM>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
KISS_Modul		1 .. n	siehe 3.13.9.6.1.1.1.1	A-12.3.2.6	

3.13.9.6.1.1.1.1 Element <KISS_Modul>
Elternelemente: 3.13.9.6.1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name		1	Schlüsselauswahlliste: "KISS_Modul_Name" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Auswahlliste: "AMBU-KISS", "CDAD-KISS", "HAND-KISS", "ITS-KISS", "MRSA-KISS", "NEO-KISS", "ONKO-KISS", "OP-KISS", "STATIONS-KISS", "SARI"		

3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturiertes_Beschwerdemanagement		1	siehe 3.13.10.1	A-12.4	
Schriftliches_Konzept		1	siehe 3.13.10.2	A-12.4	
Umgang_muendliche_Beschwerden		1	siehe 3.13.10.3	A-12.4	
Umgang_schriftliche_Beschwerden		1	siehe 3.13.10.4	A-12.4	
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung		1	siehe 3.13.10.5	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ansprechpartner	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	0 .. 1	siehe 3.13.10.6	A-12.4	
Patientenfuersprecher	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	0 .. 1	siehe 3.13.10.7	A-12.4	
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden.	1	siehe 3.13.10.8	A-12.4	
Patientenbefragungen		1	siehe 3.13.10.9	A-12.4	
Einweiserbefragungen		1	siehe 3.13.10.10	A-12.4	

3.13.10.1 Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturiertes_Beschwerdemanagement_Eingefuehrt	Angabe, ob ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt ist.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.2 Element <Schriftliches_Konzept>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Schriftliches_Konzept_Existiert	Ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement existiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.3 Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umgang_muendliche_Beschwerden_Geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.4 Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umgang_schriftliche_Beschwerden_Geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.5 Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung_Definiert	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.6 Element <Ansprechpartner>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ansprechpersonen	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	1	siehe 3.13.10.6.1	A-12.4	
URL	Link zum Bericht.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.10.6.1 Element <Ansprechpersonen>
Elternelemente: 3.13.10.6 Element <Ansprechpartner>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fuersprechpersonen	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	1	siehe 3.13.10.7.1	A-12.4	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen>
Elternelemente: 3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1 .. n	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten_Existieren	Es existieren anonyme Eingabemöglichkeiten.	1	Auswahlliste:	A-12.4	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ja", "nein"		
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 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

3.13.10.9 Element <Patientenbefragungen>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Patientenbefragungen_Durchgefuehrt		1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
URL	Link zur Website.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.10.10 Element <Einweiserbefragungen>
Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einweiserbefragungen_Durchgefuehrt	Einweiserbefragungen wurden durchgeführt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-12.4	
URL	Link zur Website.	0 .. 1	Format: http/https URL nach RFC 3305 (von XSD nur rudimentär überprüft)	A-12.4	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elternelemente: 3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliches_Gremium_AMTS	Es ist anzugeben, ob es ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe gibt, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.	1	siehe 3.13.11.1	A-12.5.1	
Verantwortliche_Person_AMTS		1	siehe 3.13.11.2	A-12.5.2	
Pharmazeutisches_Personal		1	siehe 3.13.11.3	A-12.5.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Instrumente_Massnahmen_AMTS	Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der entsprechenden Auswahlliste des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.	0 .. 1	siehe 3.13.11.4	A-12.5.4	(!) Bei Veröffentlichung ist folgender Text darzustellen: "Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

					folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden: Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ur-sprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation. Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

					bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverläs-sigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. –verabreichung gemacht werden. Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					erfolgt."

3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Arzneimittelkommission	Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.	1	Kein Inhalt	A-12.5.1	
Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement	Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist das Gremium bzw. die Arbeitsgruppe des Qualitätsmanagements.	1	siehe 3.13.11.1.1	A-12.5.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die entsprechenden Daten durch die Software aus Kapitel A-12.1.2 zu übernehmen. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe		1	siehe 3.13.11.1.2	A-12.5.1	
Kein_Gremium_Arbeitsgruppe	Es gibt kein zentrales Gremium oder keine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.	1	Kein Inhalt	A-12.5.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.13.11.1.1 Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement>
Elternelemente: 3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.2	A-12.1.2	

3.13.11.1.2 Element <Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe>
Elternelemente: 3.13.11.1 Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name_verantwortliches_Gremium_Arbeitsgruppe	Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.1	
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche	Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.1	

3.13.11.2 Element <Verantwortliche_Person_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_festgelegt	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde einer konkreten Person übertragen.	1	siehe 3.13.11.2.1	A-12.5.2	
Verantwortliche_Person_nicht_festgelegt	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit wurde keiner konkreten Person übertragen.	1	Kein Inhalt	A-12.5.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>
Elternelemente: 3.13.11.2 Element <Verantwortliche_Person_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit entspricht der verantwortlichen Person des Qualitätsmanagements.	1	siehe 3.13.11.2.1.1	A-12.5.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die entsprechenden Daten durch die Software aus Kapitel A-12.1.1 zu übernehmen. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Eigenstaendige_Position_AMTS	Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.	1	siehe 3.13.11.2.1.2	A-12.5.2	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.2.1.1 Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement>
Elternelemente: 3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement		1	siehe 3.13.1	A-12.1.1	

3.13.11.2.1.2 Element <Eigenstaendige_Position_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11.2.1 Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	

3.13.11.3 Element <Pharmazeutisches_Personal>
Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Apotheker	Es ist die Gesamtzahl der Apothekerinnen und Apotheker anzugeben (Anzahl Personen).	1	Wertebereich: 0 .. 10000	A-12.5.3	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.
Anzahl_weiteres_pharmazeutisches_Personal	Es ist die Gesamtzahl des weiteren pharmazeutischen Personals anzugeben (Anzahl Personen).	1	Wertebereich: 0 .. 10000	A-12.5.3	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.
Erlaeuterungen	Es können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.3	

3.13.11.4 Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS>

Elternelemente: 3.13.11 Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Instrument_Massnahme_AMTS	Es können Aspekte, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, zu Aufnahme ins Krankenhaus (inkl. Anamnese), Medikationsprozess im Krankenhaus und Entlassung dargestellt werden.	1 .. n	siehe 3.13.11.4.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1 Element <Instrument_Massnahme_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11.4 Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AMTS_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme zur Arzneimitteltherapiesicherheit	1	Schlüsselauswahlliste: "Arzneimitteltherapiesicherheit" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AS01", "AS02", "AS03", "AS04", "AS05", "AS06", "AS07", "AS08", "AS09",	A-12.5.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Instrument_Massnahme_AMTS" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AS10", "AS11", "AS12", "AS13"		
Zusatzangaben_AMTS	Zusatzangaben zu ausgewählten Instrumenten bzw. Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit	0 .. 1	siehe 3.13.11.4.1.1	A-12.5.4	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend.(!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>
Elternelemente: 3.13.11.4.1 Element <Instrument_Massnahme_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
SOP	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures.	1	siehe 3.13.5.1.1.1	A-12.2.3, A-12.5.4	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ ist durch die Erfassungssoftware Name und Datum aus der Angabe zu RM01 (A-12.2.3) hier einzusetzen!
Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel		1	siehe 3.13.11.4.1.1.1	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel		1	siehe 3.13.11.4.1.1.2	A-12.5.4	
Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler		1	siehe 3.13.11.4.1.1.3	A-12.5.4	
Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung		1	siehe 3.13.11.4.1.1.4	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					
Erlaeuterungen	Es können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.1 Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Konzept_Zubereitung_Arzneimittel		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.1.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.1.1 Element <Konzept_Zubereitung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.1 Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Konzept		1	Schlüsselauswahlliste: "Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung", "Zubereitung durch pharmazeutisches Personal", "Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen"	A-12.5.4	
Sonstiges		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.2 Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.2.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.2.1 Element <Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.2 Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Art		1	Schlüsselauswahlliste: "Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)", "Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)"	A-12.5.4	
Sonstige_elektronische_Unterstuetzung		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.13.11.4.1.1.3 Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler>

Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.3.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.3.1 Element <Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.3 Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Massnahme		1	Schlüsselauswahlliste: "Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Fallbesprechungen", "Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung", "Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)", "Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)"	A-12.5.4	
Andere_Massnahme		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1 Element <Zusatzangaben_AMTS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung		1 .. n	siehe 3.13.11.4.1.1.4.1	A-12.5.4	

3.13.11.4.1.1.4.1 Element <Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung>
Elternelemente: 3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Massnahme		1	Schlüsselauswahlliste: "Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung" (A-12.5.4) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs", "Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen",	A-12.5.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Aushändigung des Medikationsplans", "bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten"		
Sonstiges		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.5.4	
Ende Auswahlelement					

3.14 Element <Apparative_Ausstattung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Geraet		1 .. n	siehe 3.14.1	A-13	

3.14.1 Element <Geraet>

Elternelemente: 3.14 Element <Apparative_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AA_Schluessel	Geräte-Schlüssel-Nr.	1	Schlüsselauswahlliste: "Besondere apparative Ausstattung (A-13)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AA01", "AA08", "AA09",	A-13	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Geraet" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinie Version 2 ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AA10", "AA14", "AA15", "AA18", "AA21", "AA22", "AA23", "AA26", "AA30", "AA32", "AA33", "AA38", "AA43", "AA47", "AA50", "AA56", "AA57", "AA68", "AA69", "AA70", "AA71", "AA72"		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Notfallverfuegbarkeit_24h	A-13	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "keine_Angabe_erforderlich"	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	

3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Teilnahme_Notfallstufe		0 .. 1	siehe 3.15.1	A-14.1	
Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt	Das Krankenhaus erfüllt die Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung.	0 .. 1	siehe 3.15.2	A-14.1	
Kooperation_mit_Kassenaerztlicher_Vereinigung		1	siehe 3.15.3	A-14.4	

3.15.1 Element <Teilnahme_Notfallstufe>

Elternelemente: 3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Notfallstufe_zugeordnet	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet.	1	siehe 3.15.1.1	A-14.1	
Notfallstufe_nicht_vereinbart	Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.	1	Kein Inhalt	A-14.1	
Ende Auswahlelement					

3.15.1.1 Element <Notfallstufe_zugeordnet>
Elternelemente: 3.15.1 Element <Teilnahme_Notfallstufe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Basisnotfallversorgung_Stufe_1	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	0 .. 1	siehe 3.15.1.1.1	A-14.1	
Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	0 .. 1	siehe 3.15.1.1.2	A-14.1	
Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)	0 .. 1	siehe 3.15.1.1.3	A-14.1	

3.15.1.1.1 Element <Basisnotfallversorgung_Stufe_1>
Elternelemente: 3.15.1.1 Element <Notfallstufe_zugeordnet>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umstand_Zuordnung_Notfallstufe	Wenn Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 ausgewählt wurde, ist der Umstand anzugeben, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt.	1	siehe 3.15.1.1.1.1	A-14.1	

3.15.1.1.1.1 Element <Umstand_Zuordnung_Notfallstufe>

Elternelemente: 3.15.1.1.1 Element <Basisnotfallversorgung_Stufe_1>, 3.15.1.1.2 Element <Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2>, 3.15.1.1.3 Element <Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Erfuellung_Voraussetzung	Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.	1	Kein Inhalt	A-14.1	
Erfuellung_Voraussetzung_Modul_Spezielle_Notfallversorgung	Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2).	1	siehe 3.15.1.1.1.1.1	A-14.1	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erfuellung_Voraussetzung_Sicherstellung	Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 S. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen.	1	Kein Inhalt	A-14.1	
Ende Auswahlelement					
Erlaeuterungen	Ergänzende Angaben zu den Umständen, die zu der Zuordnung des Krankenhauses zur angegebenen Notfallstufe führen.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	A-14.1	

3.15.1.1.1.1.1 Element <Erfuellung_Voraussetzung_Modul_Spezielle_Notfallversorgung>
Elternelemente: 3.15.1.1.1.1 Element <Umstand_Zuordnung_Notfallstufe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Teilnahme_Spezielle_Notfallversorgung		1	siehe 3.15.1.1.1.1.1.1	A-14.2	

3.15.1.1.1.1.1.1 Element <Teilnahme_Spezielle_Notfallversorgung>
Elternelemente: 3.15.1.1.1.1.1 Element <Erfuellung_Voraussetzung_Modul_Spezielle_Notfallversorgung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Module_Spezielle_Notfallversorgung	Schlüssel-Nr. des Moduls bzw. der Module der Speziellen Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen, an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1 .. n	Schlüsselauswahlliste: "Module der Speziellen Notfallversorgung" (A-14.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "SN01", "SN02", "SN03", "SN04", "SN05", "SN06"	A-14.2	

3.15.1.1.2 Element <Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2>
Elternelemente: 3.15.1.1 Element <Notfallstufe_zugeordnet>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umstand_Zuordnung_Notfallstufe	Wenn Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 ausgewählt wurde, ist der Umstand anzugeben, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt.	1	siehe 3.15.1.1.1.1	A-14.1	

3.15.1.1.3 Element <Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3>
Elternelemente: 3.15.1.1 Element <Notfallstufe_zugeordnet>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Umstand_Zuordnung_Notfallstufe	Wenn Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 ausgewählt wurde, ist der Umstand anzugeben, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt.	1	siehe 3.15.1.1.1.1	A-14.1	

3.15.2 Element <Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt>

Elternelemente: 3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tatbestand_Spezialversorgung	Wenn das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelungen zu den Notfallstrukturen an der strukturierten Notfallversorgung teilnimmt, ist der Tatbestand anzugeben, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt.	1	Schlüsselauswahlliste: "Voraussetzung zur Erfuellung des Moduls Spezialversorgung" (A-14.3) Auswahlliste: "Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind",	A-14.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen" "Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen"		

3.15.3 Element <Kooperation_mit_Kassenaerztlicher_Vereinigung>

Elternelemente: 3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Notdienstpraxis_Existiert	Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-14.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertragsaerztlicher_Notdienst_Existiert	Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	A-14.4	

3.16 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Organisationseinheit_Fachabteilung		1 .. n	siehe 3.16.1	B.X	

3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elternelemente: 3.16 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Gliederungsnummer	In diesem Element wird die dem X (in B-X) entsprechende fortlaufende Nummerierung der Organisationseinheit / Fachabteilung angegeben.	1	Datentyp zum Wertebereich "1 .. 999" für den nur Ziffern zugelassen sind.	B-X.1	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Name	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	max. Zeichenzahl: 4000	B-X.1	
Aerztliche_Leitung_OE		1	siehe 3.16.1.1	B-X.1	
Zielvereinbarungen		1	siehe 3.16.1.2	B-X.2	
Ambulante_D_Arzt_Zulassung	Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden.	0 .. 1	Kein Inhalt	B-X.10	
Stationaere_BG_Zulassung	Stationäre BG-Zulassung vorhanden.	0 .. 1	Kein Inhalt	B-X.10	
Fachabteilungsschluessel		1 .. n	siehe 3.16.1.3	B-X.1	
Medizinische_Leistungsangebote	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0 .. 1	siehe 3.16.1.4	B-X.3	
Fallzahlen_OE	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.16.1.5	B-X.5	
Hauptdiagnosen	Hauptdiagnosen nach ICD.	1	siehe 3.16.1.6	B-X.6	
Prozeduren	Prozeduren nach OPS.	1	siehe 3.16.1.7	B-X.7	
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten		0 .. 1	siehe 3.16.1.8	B-X.8	
Ambulante_Operationen	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.	1	siehe 3.16.1.9	B-X.9	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Personelle_Ausstattung		1	siehe 3.16.1.10	B-X.11	

3.16.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Chefarzt	Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes.	1 .. n	siehe 3.16.1.1.1	B-X.1	Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person, können mehrere Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.
Leitender_Belegarzt	Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes.	1 .. n	siehe 3.16.1.1.2	B-X.1	Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person, können mehrere Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.
Ende Auswahlelement					

3.16.1.1.1 Element <Chefarzt>
Elternelemente: 3.16.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	

3.16.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt>
Elternelemente: 3.16.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_lang		1	siehe 3.1.3.1	Einleitung, A-1, A-7.1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, A-12.5.2, B-X.1	
Kontakt_Zugang		1	siehe 3.2.1.1	-	

3.16.1.2 Element <Zielvereinbarungen>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten	Dieses Element wird eingefügt, wenn leistungsbezogene Zielvereinbarungen geschlossen und sich nicht an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V gehalten wurden.	1 .. n	siehe 3.16.1.2.1	B-X.2	
Zielvereinbarungen_geschlossen_an_Empfehlung_DKG_gehalten	Dieses Element wird eingefügt, wenn Zielvereinbarungen mit den leitenden Ärztinnen und Ärzte entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Keine_Zielvereinbarungen_geschlossen	Dieses Element wird eingefügt, wenn keine Zielvereinbarungen geschlossen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Ende Auswahlelement					
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.2.1 Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten>
Elternelemente: 3.16.1.2 Element <Zielvereinbarungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erlaeuterungen		1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.2	

3.16.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
FA_Schluessel	Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Schlüssel, Format: 9999 - Die Schlüssel für sonstige Fachabteilungen ("3700", "3790", "3791", "3792") sind hier nicht zulässig.	B-X.1	
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.16.1.3.1	B-X.1	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.3.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.16.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
FA_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Es sind nur Schlüssel für sonstige Fachabteilungen ("3700", "3790", "3791", "3792") zulässig.	B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Auswahlliste: "3700", "3790", "3791", "3792"		
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachabteilung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.1	

3.16.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Medizinisches_Leistungsangebot	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1 .. n	siehe 3.16.1.4.1	B-X.3	

3.16.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>
Elternelemente: 3.16.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisches Leistungsangebots der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Medizinische Leistungsangebote (B-X.3 und B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig. Auswahlliste: "VA01", "VA02", "VA03", "VA04", "VA05", "VA06", "VA07", "VA08", "VA09", "VA10", "VA11", "VA12", "VA13",	B-X.3, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VA14", "VA15", "VA16", "VA17", "VA18", "VC01", "VC02", "VC03", "VC04", "VC05", "VC06", "VC07", "VC08", "VC09", "VC10", "VC11", "VC12", "VC13", "VC14", "VC15", "VC16", "VC17", "VC18", "VC19",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC20", "VC21", "VC22", "VC23", "VC24", "VC25", "VC26", "VC27", "VC28", "VC29", "VC30", "VC31", "VC32", "VC33", "VC34", "VC35", "VC36", "VC37", "VC38", "VC39", "VC40", "VC41", "VC42", "VC43",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC44", "VC45", "VC46", "VC47", "VC48", "VC49", "VC50", "VC51", "VC52", "VC53", "VC54", "VC55", "VC56", "VC57", "VC58", "VC59", "VC60", "VC61", "VC62", "VC63", "VC64", "VC65", "VC66", "VC67",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC68", "VC69", "VC70", "VC71", "VD01", "VD02", "VD03", "VD04", "VD05", "VD06", "VD07", "VD08", "VD09", "VD10", "VD11", "VD12", "VD13", "VD14", "VD15", "VD16", "VD17", "VD18", "VD19", "VD20",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VG01", "VG02", "VG03", "VG04", "VG05", "VG06", "VG07", "VG08", "VG09", "VG10", "VG11", "VG12", "VG13", "VG14", "VG15", "VG16", "VG17", "VG18", "VG19", "VH01", "VH02", "VH03", "VH04", "VH05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VH06", "VH07", "VH08", "VH09", "VH10", "VH11", "VH12", "VH13", "VH14", "VH15", "VH16", "VH17", "VH18", "VH19", "VH20", "VH21", "VH22", "VH23", "VH24", "VH25", "VH26", "VH27", "VI01", "VI02",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI03", "VI04", "VI05", "VI06", "VI07", "VI08", "VI09", "VI10", "VI11", "VI12", "VI13", "VI14", "VI15", "VI16", "VI17", "VI18", "VI19", "VI20", "VI21", "VI22", "VI23", "VI24", "VI25", "VI26",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI27", "VI28", "VI29", "VI30", "VI31", "VI32", "VI33", "VI34", "VI35", "VI36", "VI37", "VI38", "VI39", "VI40", "VI41", "VI42", "VI43", "VI44", "VI45", "VN01", "VN02", "VN03", "VN04", "VN05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VN06", "VN07", "VN08", "VN09", "VN10", "VN11", "VN12", "VN13", "VN14", "VN15", "VN16", "VN17", "VN18", "VN19", "VN20", "VN21", "VN22", "VN23", "VN24", "VO01", "VO02", "VO03", "VO04", "VO05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VO06", "VO07", "VO08", "VO09", "VO10", "VO11", "VO12", "VO13", "VO14", "VO15", "VO16", "VO17", "VO18", "VO19", "VO20", "VO21", "VK01", "VK02", "VK03", "VK04", "VK05", "VK06", "VK07", "VK08",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK09", "VK10", "VK11", "VK12", "VK13", "VK14", "VK15", "VK16", "VK17", "VK18", "VK20", "VK21", "VK22", "VK23", "VK24", "VK25", "VK26", "VK27", "VK28", "VK29", "VK30", "VK31", "VK32", "VK33",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK34", "VK35", "VK36", "VK37", "VP01", "VP02", "VP03", "VP04", "VP05", "VP06", "VP07", "VP08", "VP09", "VP10", "VP11", "VP12", "VP13", "VP14", "VP15", "VP16", "VR01", "VR02", "VR03", "VR04",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR05", "VR06", "VR07", "VR08", "VR09", "VR10", "VR11", "VR12", "VR13", "VR14", "VR15", "VR16", "VR17", "VR18", "VR19", "VR20", "VR21", "VR22", "VR23", "VR24", "VR25", "VR26", "VR27", "VR28",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR29", "VR30", "VR31", "VR32", "VR33", "VR34", "VR35", "VR36", "VR37", "VR38", "VR39", "VR40", "VR41", "VR42", "VR43", "VR44", "VR45", "VR46", "VR47", "VU01", "VU02", "VU03", "VU04", "VU05",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VU06", "VU07", "VU08", "VU09", "VU10", "VU11", "VU12", "VU13", "VU14", "VU15", "VU16", "VU17", "VU18", "VU19", "VZ01", "VZ02", "VZ03", "VZ04", "VZ05", "VZ06", "VZ07", "VZ08", "VZ09", "VZ10",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VZ11", "VZ12", "VZ13", "VZ14", "VZ15", "VZ16", "VZ17", "VZ18", "VZ19", "VZ20"		
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.16.1.4.1.1	B-X.3, B-X.8	
Ende Auswahlelement					
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.3	

3.16.1.4.1.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.16.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebotes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: 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. zulässig. Auswahlliste: "VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VK00", "VN00", "VO00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00"	B-X.3, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" mehrfach aufgeführt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinischen Leistungsangebotes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.3, B-X.8	

3.16.1.5 Element <Fallzahlen_OE>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.16.1.6 Element <Hauptdiagnosen>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hauptdiagnose	Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM.	1 .. n	siehe 3.16.1.6.1	B-X.6	Die Hauptdiagnosen sind mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falles ist von der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen unter B-[X].5 zählt.
Keine_Erbracht	Dieses Element ist anzugeben, falls der Organisationseinheit/Fachabteilung keine Hauptdiagnosen nach ICD-10 zuzuordnen sind.	1	Kein Inhalt	B-X.6	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.6.1 Element <Hauptdiagnose>
Elternelemente: 3.16.1.6 Element <Hauptdiagnosen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	ICD 3 bis 5 stellig / Format: X99[.99]	B-X.6	Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 4 .. 100000	B-X.6	
Fallzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Fallzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.16.1.6.1.1	B-X.6	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.16.1.6.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: 3.16.1.6.1 Element <Hauptdiagnose>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

3.16.1.7 Element <Prozeduren>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Keine_Erbracht	Keine Prozeduren nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillige_Angabe	Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung freiwillig und können in diesem Element angegeben werden.	1	siehe 3.16.1.7.1	B-X.7	
Verpflichtende_Angabe	OPS-Prozeduren wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 3.16.1.7.2	B-X.7	
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>
Elternelemente: 3.16.1.7 Element <Prozeduren>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1 .. n	siehe 3.16.1.7.1.1	B-X.7	

3.16.1.7.1.1 Element <Prozedur>
Elternelemente: 3.16.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.16.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	OPS 4 bis 6 stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig und in absteigender Häufigkeit anzugeben. (!) Die Sortierung kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4 .. 100000	B-X.7	Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat.
Anzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Anzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.16.1.7.1.1.1	B-X.7	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.16.1.7.1.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 3.16.1.7.1.1 Element <Prozedur>, 3.16.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	
Anzahl_FA_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element "Anzahl_Datenschutz" angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1 .. 100	B-X.7, B-X.9	

3.16.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>
Elternelemente: 3.16.1.7 Element <Prozeduren>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1 .. n	siehe 3.16.1.7.1.1	B-X.7	

3.16.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.	1 .. n	siehe 3.16.1.8.1	B-X.8	

3.16.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>
Elternelemente: 3.16.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulanz	Ambulante Behandlungsmöglichkeit.	1	siehe 3.16.1.8.1.1	B-X.8	
Ambulanz_116b	Ambulante Behandlungsmöglichkeit nach § 116b SGB V.	1	siehe 3.16.1.8.1.2	B-X.8	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.8.1.1 Element <Ambulanz>

Elternelemente: 3.16.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme des Schlüssels 116b ("AM06 und "AM17") zulässig. Auswahlliste: "AM01", "AM02", "AM03", "AM04", "AM05", "AM07",	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz" mehrfach vorkommen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AM08", "AM09", "AM10", "AM11", "AM12", "AM13", "AM14", "AM15", "AM16", "AM18"		
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0 .. 1	siehe 3.16.1.8.1.1.1	B-X.8	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

3.16.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>
Elternelemente: 3.16.1.8.1.1 Element <Ambulanz>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Medizinisches_Leistungsangebot	Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebots.	1 .. n	siehe 3.16.1.8.1.1.1.1	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.

3.16.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>
Elternelemente: 3.16.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
VA_VU_Schluessel_Ambulanz	Schlüssel-Nr. des medizinisches Leistungsangebots der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Medizinische Leistungsangebote (B-X.3 und B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig. Auswahlliste: "VA01",	B-X.3, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VA02", "VA03", "VA04", "VA05", "VA06", "VA07", "VA08", "VA09", "VA10", "VA11", "VA12", "VA13", "VA14", "VA15", "VA16", "VA17", "VA18", "VC01", "VC02", "VC03", "VC04", "VC05", "VC06", "VC07",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC08", "VC09", "VC10", "VC11", "VC12", "VC13", "VC14", "VC15", "VC16", "VC17", "VC18", "VC19", "VC20", "VC21", "VC22", "VC23", "VC24", "VC25", "VC26", "VC27", "VC28", "VC29", "VC30", "VC31",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC32", "VC33", "VC34", "VC35", "VC36", "VC37", "VC38", "VC39", "VC40", "VC41", "VC42", "VC43", "VC44", "VC45", "VC46", "VC47", "VC48", "VC49", "VC50", "VC51", "VC52", "VC53", "VC54", "VC55",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VC56", "VC57", "VC58", "VC59", "VC60", "VC61", "VC62", "VC63", "VC64", "VC65", "VC66", "VC67", "VC68", "VC69", "VC70", "VC71", "VD01", "VD02", "VD03", "VD04", "VD05", "VD06", "VD07", "VD08",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VD09", "VD10", "VD11", "VD12", "VD13", "VD14", "VD15", "VD16", "VD17", "VD18", "VD19", "VD20", "VG01", "VG02", "VG03", "VG04", "VG05", "VG06", "VG07", "VG08", "VG09", "VG10", "VG11", "VG12",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VG13", "VG14", "VG15", "VG16", "VG17", "VG18", "VG19", "VH01", "VH02", "VH03", "VH04", "VH05", "VH06", "VH07", "VH08", "VH09", "VH10", "VH11", "VH12", "VH13", "VH14", "VH15", "VH16", "VH17",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VH18", "VH19", "VH20", "VH21", "VH22", "VH23", "VH24", "VH25", "VH26", "VH27", "VI01", "VI02", "VI03", "VI04", "VI05", "VI06", "VI07", "VI08", "VI09", "VI10", "VI11", "VI12", "VI13", "VI14",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI15", "VI16", "VI17", "VI18", "VI19", "VI20", "VI21", "VI22", "VI23", "VI24", "VI25", "VI26", "VI27", "VI28", "VI29", "VI30", "VI31", "VI32", "VI33", "VI34", "VI35", "VI36", "VI37", "VI38",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI39", "VI40", "VI41", "VI42", "VI43", "VI44", "VI45", "VN01", "VN02", "VN03", "VN04", "VN05", "VN06", "VN07", "VN08", "VN09", "VN10", "VN11", "VN12", "VN13", "VN14", "VN15", "VN16", "VN17",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VN18", "VN19", "VN20", "VN21", "VN22", "VN23", "VN24", "VO01", "VO02", "VO03", "VO04", "VO05", "VO06", "VO07", "VO08", "VO09", "VO10", "VO11", "VO12", "VO13", "VO14", "VO15", "VO16", "VO17",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VO18", "VO19", "VO20", "VO21", "VK01", "VK02", "VK03", "VK04", "VK05", "VK06", "VK07", "VK08", "VK09", "VK10", "VK11", "VK12", "VK13", "VK14", "VK15", "VK16", "VK17", "VK18", "VK20", "VK21",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VK22", "VK23", "VK24", "VK25", "VK26", "VK27", "VK28", "VK29", "VK30", "VK31", "VK32", "VK33", "VK34", "VK35", "VK36", "VK37", "VP01", "VP02", "VP03", "VP04", "VP05", "VP06", "VP07", "VP08",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VP09", "VP10", "VP11", "VP12", "VP13", "VP14", "VP15", "VP16", "VR01", "VR02", "VR03", "VR04", "VR05", "VR06", "VR07", "VR08", "VR09", "VR10", "VR11", "VR12", "VR13", "VR14", "VR15", "VR16",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR17", "VR18", "VR19", "VR20", "VR21", "VR22", "VR23", "VR24", "VR25", "VR26", "VR27", "VR28", "VR29", "VR30", "VR31", "VR32", "VR33", "VR34", "VR35", "VR36", "VR37", "VR38", "VR39", "VR40",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VR41", "VR42", "VR43", "VR44", "VR45", "VR46", "VR47", "VU01", "VU02", "VU03", "VU04", "VU05", "VU06", "VU07", "VU08", "VU09", "VU10", "VU11", "VU12", "VU13", "VU14", "VU15", "VU16", "VU17",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VU18", "VU19", "VZ01", "VZ02", "VZ03", "VZ04", "VZ05", "VZ06", "VZ07", "VZ08", "VZ09", "VZ10", "VZ11", "VZ12", "VZ13", "VZ14", "VZ15", "VZ16", "VZ17", "VZ18", "VZ19", "VZ20"		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 3.16.1.8.1.1.1.1.1	B-X.3, B-X.8	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.8.1.1.1.1.1 Element <Sonstiger>
Elternelemente: 3.16.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
VA_VU_Sonstiger_Schluessel_Ambulanz	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebotes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: 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. zulässig. Auswahlliste: "VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00",	B-X.3, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements "Medizinisches_Leistungsangebot" mehrfach aufgeführt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"VI00", "VK00", "VN00", "VO00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00"		
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinischen Leistungsangebotes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.3, B-X.8	

3.16.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elternelemente: 3.16.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AM_116b_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 sind nur die Schlüssel 116b ("AM06" und "AM17") zulässig. Auswahlliste: "AM06",	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz_116b" mehrfach vorkommen.

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AM17"		
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz_116b	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0 .. 1	siehe 3.16.1.8.1.2.1	B-X.8	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

3.16.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>
Elternelemente: 3.16.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistung	Angebotene Leistung.	1 .. n	siehe 3.16.1.8.1.2.1.1	B-X.8	

3.16.1.8.1.2.1.1 Element <Leistung>
Elternelemente: 3.16.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
LK_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Leistung.	1	Schlüsselauswahlliste: "Leistungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "LK01", "LK02", "LK03", "LK04",	B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Leistung" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"LK05", "LK06", "LK07", "LK08", "LK09", "LK10", "LK11", "LK12", "LK14", "LK15_2", "LK15_3", "LK15_4", "LK15_5", "LK15_6", "LK15_7", "LK15_8", "LK15_9", "LK15_10", "LK15_11", "LK16", "LK17", "LK18", "LK20", "LK21",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"LK22", "LK23", "LK24", "LK26", "LK27", "LK28", "LK29", "LK30", "LK31", "LK32", "LK33", "LK34", "LK35", "LK36", "LK37", "LK38", "LK39", "LK40"		

3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Erbracht	Keine ambulante Operation nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillige_Angabe	Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung der ambulanten Operationen freiwillig und können in diesem Element angegeben werden.	1	siehe 3.16.1.9.1	B-X.7	
Verpflichtende_Angabe	Ambulante Operationen nach OPS wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 3.16.1.9.2	B-X.7	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe>
Elternelemente: 3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1 .. n	siehe 3.16.1.9.1.1	B-X.9	

3.16.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation>
Elternelemente: 3.16.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.16.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	OPS 4 bis 6 stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.9	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4 .. 100000	B-X.9	
Anzahl_Datenschutz		1	Kein Inhalt	-	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element "Anzahl_Datenschutz" angeben wurde.	1	siehe 3.16.1.7.1.1.1	B-X.7	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

3.16.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe>
Elternelemente: 3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1 .. n	siehe 3.16.1.9.1.1	B-X.9	

3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>
Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerztliches_Personal		1	siehe 3.16.1.10.1	B-X.11.1	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Aerztliche_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0 .. 1	siehe 3.16.1.10.2	B-X.11.1	
Beginn Auswahlelement					
Pflegekraefte		1	siehe 3.12.2	A-11.2, 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	
Ende Auswahlelement					
Pflegerische_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0 .. 1	siehe 3.16.1.10.3	B-X.11.2	
Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.	0 .. 1	siehe 3.12.3	A-11.3, B-X.11.3	

3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>
Elternelemente: 3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hauptabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.16.1.10.1.1	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 3.16.1.10.1.2	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 3.16.1.10.1.3	B-X.1, B-X.11.1	
Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 3.16.1.10.1.4	B-X.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					

3.16.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung>
Elternelemente: 3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	A-11.1, B-X.11.1	
Ende Auswahlelement					

3.16.1.10.1.2 Element <Belegabteilung>
Elternelemente: 3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Belegaerzte	Anzahl Belegärztinnen und Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

3.16.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>
Elternelemente: 3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	A-11.1, B-X.11.1	
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärztinnen und Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

3.16.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>
Elternelemente: 3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.1	A-11.1, 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	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ende Auswahlelement					
Belegaerzte	Anzahl Belegärztinnen und Belegärzte.	1	siehe 3.12.1.2	A-11.1, B-X.11.1	

3.16.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>
Elternelemente: 3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachexpertise	Ärztliche Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Facharztbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen (fakultativ)).	1 .. n	siehe 3.16.1.10.2.1	B-X.11.1	

3.16.1.10.2.1 Element <Fachexpertise>
Elternelemente: 3.16.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
AQ_ZF_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	Schlüsselauswahlliste: "Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.1)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "AQ01", "AQ02", "AQ03", "AQ04", "AQ05", "AQ06",	B-X.11.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Fachexpertise" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ07", "AQ08", "AQ09", "AQ10", "AQ11", "AQ12", "AQ13", "AQ14", "AQ15", "AQ16", "AQ17", "AQ18", "AQ19", "AQ20", "AQ21", "AQ22", "AQ23", "AQ24", "AQ25", "AQ26", "AQ27", "AQ28", "AQ29", "AQ30",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ31", "AQ32", "AQ33", "AQ34", "AQ35", "AQ36", "AQ37", "AQ38", "AQ39", "AQ40", "AQ41", "AQ42", "AQ43", "AQ44", "AQ45", "AQ46", "AQ47", "AQ48", "AQ49", "AQ50", "AQ51", "AQ52", "AQ53", "AQ54",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"AQ55", "AQ56", "AQ57", "AQ58", "AQ59", "AQ60", "AQ63", "AQ64", "AQ65", "AQ66", "ZF01", "ZF02", "ZF03", "ZF04", "ZF05", "ZF06", "ZF07", "ZF08", "ZF09", "ZF10", "ZF11", "ZF12", "ZF13", "ZF14",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZF15", "ZF16", "ZF17", "ZF18", "ZF19", "ZF20", "ZF21", "ZF22", "ZF23", "ZF24", "ZF25", "ZF26", "ZF27", "ZF28", "ZF29", "ZF30", "ZF31", "ZF32", "ZF33", "ZF34", "ZF35", "ZF36", "ZF37", "ZF38",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZF39", "ZF40", "ZF41", "ZF42", "ZF43", "ZF44", "ZF45", "ZF46", "ZF49"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.1	

3.16.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>
Elternelemente: 3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachexpertise_Pflege	Pflegerische Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Fachweiterbildungen, akademische Abschlüsse, Zusatzqualifikationen).	1 .. n	siehe 3.16.1.10.3.1	B-X.11.2	

3.16.1.10.3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>
Elternelemente: 3.16.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
PQ_ZP_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	Schlüsselauswahlliste: "Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.2)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "PQ01", "PQ02", "PQ04", "PQ05", "PQ06", "PQ07", "PQ08", "PQ09", "PQ10", "PQ11", "PQ12", "PQ13", "PQ14", "PQ15", "PQ16", "PQ17", "PQ18", "PQ19", "PQ20",	B-X.11.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Fachexpertise_Pflege" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"PQ21", "PQ22", "ZP01", "ZP02", "ZP03", "ZP04", "ZP05", "ZP06", "ZP07", "ZP08", "ZP09", "ZP13", "ZP14", "ZP15", "ZP16", "ZP18", "ZP19", "ZP20", "ZP22", "ZP23", "ZP24", "ZP25", "ZP26", "ZP27",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"ZP28", "ZP29", "ZP30", "ZP31", "ZP32"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.2	

3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
QS_nach_Landesrecht		1	siehe 3.17.1	C-2	
DMP		0 .. 1	siehe 3.17.2	C-3	
Sonstige_Verfahren_Externe_QS		0 .. 1	siehe 3.17.3	C-4	
Mindestmengen		0 .. 1	siehe 3.17.4	C-5	
Strukturqualitaetsvereinbarung		0 .. 1	siehe 3.17.5	C-6	
Fortbildung		1	siehe 3.17.6	C-7	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Pflegepersonalregelung	Angaben zur Umsetzung der PpUGV für jeden Bereich, der gemäß Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen pflegesensitiven Bereich darstellt.	0 .. 1	siehe 3.17.7	C-8	Die Berechnung der Angaben in den Tabellen, die in den Abschnitten C-8.1 und C-8.2 dargestellt werden, soll für das Berichtsjahr 2019 automatisiert auf Basis der Nachweise der Krankenhäuser erfolgen, welche gemäß der §§ 3 bis 5 der PpUG-Nachweisvereinbarung vom 28.11.2018 zu erbringen sind. Um eine händische Eingabe der Nachweise durch das Krankenhaus und damit auch Übertragungsfehler zu vermeiden, soll zur Berechnung der aggregierten Werte auf die gesamten Anlagen 2 und 3 sowie die Anlage 4 dieser PpUG-Nachweisvereinbarung zurückgegriffen werden. Die Dokumente liegen jedem Krankenhaus in einem einheitlichen Format und zu definierten Zeitpunkten vor (Vgl. PpUG-Nachweisvereinbarung vom 28.11.2018).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.17.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme	Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden.	1	siehe 3.17.1.1	C-2	
Keine_Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme		1	Kein Inhalt	-	
Ende Auswahlelement					

3.17.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>

Elternelemente: 3.17.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe des Leistungsbereiches, in dem an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilgenommen wird.	1 .. 5	siehe 3.17.1.1.1	C-2	

3.17.1.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 3.17.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, der an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilnimmt.	1	Schlüsselauswahlliste: "Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)" im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "Anästhesiologie", "Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind", "MRE", "Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)", "Schlaganfall", "Schlaganfall: Akutbehandlung", "Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation", "Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation", "Universelles Neugeborenen-Hörscreening"	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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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: "ja", "nein", "trifft_nicht_zu"	C-2	

3.17.2 Element <DMP>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Teilnahme_DMP	Disease-Management-Programm (DMP), an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1 .. 8	siehe 3.17.2.1	C-3	

3.17.2.1 Element <Teilnahme_DMP>

Elternelemente: 3.17.2 Element <DMP>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Disease-Management-Programm (DMP), an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte DMP der Tabelle "Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den folgenden DMP teil:" (C-3) Anlage 1 Auswahlliste: "Diabetes mellitus Typ 1", "Diabetes mellitus Typ 2", "Brustkrebs", "Koronare Herzkrankheit (KHK)", "Chronische Herzinsuffizienz", "Asthma bronchiale", "Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)", "Chronischer Rückenschmerz"	C-3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Teilnahme_DMP" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	C-3	

3.17.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Sonstiges_Verfahren_Externe_QS	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.	1 .. n	siehe 3.17.3.1	C-4	

3.17.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>
Elternelemente: 3.17.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.17.4 Element <Mindestmengen>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind.	0 .. 7	siehe 3.17.4.1	C-5.1	
Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose		0 .. 1	siehe 3.17.4.2	C-5.2	

3.17.4.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 3.17.4 Element <Mindestmengen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den Mindestmengen festgelegt sind.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle "Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V" (C-5) in Anlage 1 Auswahlliste: "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus",	C-5.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Leistungsbereich" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas", "Stammzelltransplantation", "Kniegelenk-Totalendoprothesen", "Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1"		
Erbrachte_Menge	Im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge.	1	Wertebereich: 1 .. 100000	C-5.1	Bei Verbringungsleistungen ist eine Angabe der Mindestmenge nicht notwendig.
Begruendung	Begründung zur Unterschreitung der Mindestmenge.	0 .. 1	siehe 3.17.4.1.1	C-5.1	Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Begründung aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (C-5.1) gemäß Anhang 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.17.4.1.1 Element <Begruendung>
Elternelemente: 3.17.4.1 Element <Leistungsbereich>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
MM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Begründung.	1	Schlüsselauswahlliste: "Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" (C-5.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahlliste: "MM01", "MM02", "MM03", "MM04", "MM06", "MM07", "MM08", "MM05"	C-5.1	
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	C-5.1	

3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose>
Elternelemente: 3.17.4 Element <Mindestmengen>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen mindestmengenrelevante Leistungen erbracht werden sollen.	1 .. 7	siehe 3.17.4.2.1	C-5.2	

3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich>
Elternelemente: 3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den gemäß Mindestmengenregelung mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbracht werden sollen.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle "Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V" (C-5) in Anlage 1 Auswahlliste: "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas", "Stammzelltransplantation", "Kniegelenk-Totalendoprothesen",	C-5.2	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Leistungsbereich" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1"		
Gesamtergebnis_Prognosedarlegung	Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "rechtsstreit_anhaengig"	C-5.2.1	
Leistungsmengen_Prognoseermittlung	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden.	1	siehe 3.17.4.2.1.1	C-5.2.2	
Pruefung_Landesverbaende	Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).	1	Auswahlliste: "ja", "nein", "rechtsstreit_anhaengig"	C-5.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausnahmetatbestand	Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.4	
Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden	Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.5	
Uebergangsregelung	Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-5.2.6	

3.17.4.2.1.1 Element <Leistungsmengen_Prognoseermittlung>

Elternelemente: 3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsmenge_Berichtsjahr	Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge.	1	Wertebereich: 0 .. 100000	C-5.2.2	Bei Auswahl dieses Elements, sind die Leistungsmengen durch die Software aus Kapitel C-5.1 zum jeweiligen Leistungsbereich zu übernehmen. Wenn der Leistungsbereich in C-5.1 nicht angegeben ist, muss hier die Leistungsmenge "0" eingetragen werden. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge	Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.	1	Wertebereich: 0 .. 100000	C-5.2.2	

3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vereinbarung		1 .. n	siehe 3.17.5.1	C-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben	Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben 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.	0 .. 1	siehe 3.17.5.2	C-6	Dies ist nur von Perinatalzentren Level 1 und Level 2 anzugeben. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

3.17.5.1 Element <Vereinbarung>
Elternelemente: 3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
CQ_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Vereinbarung.	1	Schlüsselauswahlliste: "Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")" (C-6) im Anhang 2 zu Anlage 1. Auswahlliste: "CQ01", "CQ02", "CQ03",	C-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Vereinbarung" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Wird die Auswahl CQ05 oder CQ06 getroffen, ist im Rahmen der Veröffentlichung automatisch jeweils zusätzlich der Hinweis: „Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org“ darzustellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"CQ04", "CQ05", "CQ06", "CQ07", "CQ08", "CQ09", "CQ10", "CQ11", "CQ12", "CQ18", "CQ19", "CQ21", "CQ22", "CQ23", "CQ24", "CQ25"		
Erlaeuterungen		0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 500	C-6	

3.17.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben>
Elternelemente: 3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt	Angabe, dass 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.	1	siehe 3.17.5.2.1	C-6	
Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_nicht_erfolgt	Angabe, dass 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 nicht mitgeteilt hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.17.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt>
Elternelemente: 3.17.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Teilnahme_klaerender_Dialog	Angabe, dass das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL teilnimmt.	1	siehe 3.17.5.2.1.1	C-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Keine_Teilnahme_klaerender_Dialog	Angabe, dass das Zentrum nicht am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL teilnimmt.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.17.5.2.1.1 Element <Teilnahme_klaerender_Dialog>

Elternelemente: 3.17.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorung_erfolgt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Klaerender_Dialog_abgeschlossen	Angabe, dass das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL abgeschlossen hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Klaerender_Dialog_nicht_abgeschlossen	Angabe, dass das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL nicht abgeschlossen hat.	1	Kein Inhalt	C-6	
Ende Auswahlelement					

3.17.6 Element <Fortbildung>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fortbildungspflichtige	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, 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 Fachärztinnen und Fachärzte unter den Fortbildungspflichtigen, die im Berichtsjahr 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 bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben.	1	Wertebereich: 0 .. 10000	C-7	Teilmenge von Nachweispflichtige

3.17.7 Element <Pflegepersonalregelung>

Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Monatsbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG	Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Monatsdurchschnitte an allen Monatsdurchschnitten pro Jahr, differenziert nach Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Grundlage für diese Berechnung ist die Jahresmeldung der Krankenhäuser an das InEK in Form der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung (Stand: 28.11.2018).	1 .. n	siehe 3.17.7.1	C-8.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Schichtbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG	Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Schichten pro Jahr an allen Schichten pro Jahr, differenziert nach Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Grundlage für diese Berechnung sind die Quartalsmeldungen der Krankenhäuser an das InEK in Form der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweisvereinbarung (Stand: 28.11.2018). Zur Berechnung der aufgeführten Werte müssen die vier Quartalsmeldungen der Krankenhäuser (Anlagen 2 und 3 laut PpUG-Nachweisvereinbarung) zusammengeführt werden, damit die Werte für das Berichtsjahr ermittelt werden können.	1 .. n	siehe 3.17.7.2	C-8.2	

3.17.7.1 Element <Monatsbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG>
Elternelemente: 3.17.7 Element <Pflegepersonalregelung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Pflegesensitiver_Bereich	Der pflegesensitive Bereich.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Pflegesensitiver Bereich der Tabellen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage 1 Auswahlliste: "Intensivmedizin", "Geriatrie", "Kardiologie", "Unfallchirurgie"	C-8.1	
Station	Die Station.	1	max. Zeichenanzahl: 200	C-8.1	
Schicht	Angaben zur Schicht.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Schicht der Tabellen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage 1 Auswahlliste: "Tagschicht", "Nachtschicht"	C-8.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Monatsbezogener_Erfuellungsgrad	Der Erfüllungsgrad ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Monatsdurchschnitte an allen Monatsdurchschnitten pro Jahr, differenziert nach Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht.	1	Wertebereich: 0,00 .. 100,00	C-8.1	Die automatische Berechnung erfolgt gemäß Kapitel C-8.1 der Qb-R Anlage 1.
Ausnahmetatbestaende	Summe der angegebenen Ausnahmetatbeständen für diese Station in der jeweiligen Schicht gemäß der Spalte "Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung" der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung.	1	Wertebereich: 0 .. 1000	C-8.1	
Erlaeuterungen	Ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	C-8.1	

3.17.7.2 Element <Schichtbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG>
Elternelemente: 3.17.7 Element <Pflegepersonalregelung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Pflegesensitiver_Bereich	Der pflegesensitive Bereich.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Pflegesensitiver Bereich der Tabellen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage 1 Auswahlliste: "Intensivmedizin", "Geriatrie", "Kardiologie", "Unfallchirurgie"	C-8.2	
Station	Die Station.	1	max. Zeichenanzahl: 200	C-8.2	
Schicht	Angaben zur Schicht.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Schicht der Tabellen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage 1 Auswahlliste: "Tagschicht", "Nachtschicht"	C-8.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Schichtbezogener_Erfuellungsgrad	Der Erfüllungsgrad ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Schichten pro Jahr an allen Schichten pro Jahr, differenziert nach Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht.	1	Wertebereich: 0,00 .. 100,00	C-8.2	Die automatische Berechnung erfolgt gemäß Kapitel C-8.2 der Qb-R Anlage 1.
Erlaeuterungen	Ergänzende Angaben.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl: 300	C-8.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4 Datengestützte Qualitätssicherung

In den folgenden Abschnitten wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Berichtsteils C-1 (*Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V*) des Qualitätsberichtes zu erstellen ist.

Erläuterungen zur Beschreibung der XML-Struktur finden sich in Nummer "1. Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung".

Was grundsätzlich bei der Erzeugung einer XML-Datei zu beachten ist, wird kurz in Nummer "2. Hinweise zur XML-Erzeugung" erläutert.

In dem folgenden Abschnitt "Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>" werden, beginnend mit dem Rootelement, die einzelnen XML-Elemente im Detail beschrieben.

Schließlich folgen in Nummer "6. Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen" noch einige Prüfungen und in Nummer "7. Anhang" die Liste der Leistungsbereiche für die Dokumentationsraten und die QI-Ergebnisse.

4.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien

Die Angaben zu C-1.1.[Y] und C-1.2.[Z] werden separat übermittelt. 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 Stellenübermittelt. Die Datenübermittlung richtet sich danach, ob die Indikatorergebnisse statistische Auffälligkeiten aufweisen oder nicht. 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*) 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 Element <Dokumentationsrate> und Element <Ergebnis> an die ITSG geliefert.

4.1.1 Nameskonvention der XML-Dateien

Die XML-Dateien sind nach folgendem Schema zu benennen:

```
<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml
```

und

```
<IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml.
```

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Variable	Bedeutung	Bemerkung
`IK`	Institutionskennzeichen, unter dem der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	9-stellige Nummer
`SO`	Standortnummer, unter der der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	2-stellige Nummer: 00 falls nur ein Standort, 99 beim Gesamtbericht, ansonsten durchnummeriert
`JAHR`	Berichtsjahr	4-stellige Zahl, 2018

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 Element <Dokumentationsrate> und Element <Ergebnis> stehen, während in `<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml` nur Element <Ergebnis> stehen kann. In den Dateien ist es möglich, dass das Element <Qualitaetssicherung> weder Element <Dokumentationsrate> noch Element <Ergebnis> enthält, für den Fall, dass keine entsprechenden Leistungen erbracht wurden.

4.1.2 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 Element <Leistungsbereich> angegeben.

Alle für C-1.1.[Y] benötigten Informationen stehen auf Landesebene zur Verfügung. Somit wird Element <Dokumentationsrate> von der auf Landesebene beauftragten Stelle erstellt und ist nur in der Datei <IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml vorhanden.

4.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL aufgeführt.

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

In der Regel liegt zu jedem Standort und jedem Qualitätsindikator bzw. Kennzahl 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 Element <Auswertungseinheit>. Wurden Ergebnisse standortübergreifend bestimmt und sollen diese Ergebnisse in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Ergebnis_Mehrfach** in Element <QS_Ergbenis> angegeben.

Für den Fall, dass in einem Krankenhaus beispielsweise für den einen Qualitätsindikator bzw. für die eine Kennzahl nur ein Ergebnis und für einen zweiten Qualitätsindikator bzw. eine zweite Kennzahl zwei Ergebnisse vorliegen, enthält der Abschnitt C-1.2.1 (also Element <Auswertungseinheit> mit Nummer 1) den ersten Qualitätsindikator bzw. die erste Kennzahl mit nur einem Ergebnis, und die Abschnitte C-1.2.2 und C-1.2.3 (also Element <Auswertungseinheit> mit Nummern 2 und 3) enthalten den zweiten Qualitätsindikator bzw. die zweite Kennzahl mit jeweils einem Ergebnis zu dem zweiten Qualitätsindikator bzw. der zweiten Kennzahl. In diesem Fall gibt es also drei Auswertungseinheiten: Für den ersten Qualitätsindikator bzw. die erste Kennzahl ist dies das gesamte Krankenhaus und für den zweiten Qualitätsindikator bzw. die zweite Kennzahl gibt es zwei Auswertungseinheiten.

Für die indirekten Leistungsbereiche wird Element <Ergebnis> von der auf Landesebene beauftragten Stelle und für die direkten Leistungsbereiche von der auf Bundesebene beauftragten Stelle erstellt, so dass das Element in beiden Dateien vorhanden sein kann.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Berichtsjahr	Das aktuelle Berichtsjahr	1	Der Datentyp lässt nur das aktuelle Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "2019"	-	
IK_Krankenhaus	Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qulitätsberichts.	1	999999999	-	
Standort	Standortnummer des Qualitätsberichts.	1	99	-	
Land	Kürzel der Geschäftsstelle.	1	Der Datentyp lässt nur die Kürzel der Bundesländer der Geschäftsstellen zu. Auswahlliste: "BW", "BY", "BE", "BB", "HB", "HH", "HE", "MV",	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"NI", "NW", "RP", "SL", "SN", "ST", "SH", "TH", "DV"		
Dokumentationsraten	Hier sind die Fallzahlen und Dokumentationsraten für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche anzugeben. Dies umfasst auch die Meldung von Fallzahlen = 0.	0 .. 1	siehe 5.1	C-1.1	(!) Das Element darf nur vorhanden sein, falls Dokumentationsraten vorhanden sind.
Ergebnis		0 .. 1	siehe 5.2	C-1.2	(!) Das Element darf nur vorhanden sein, falls Ergebnisse vorhanden sind.

5.1 Element <Dokumentationsraten>

Elternelemente: 5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Eine Übersicht über alle Bereiche befindet sich in Tabelle "Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten".	31	siehe 5.1.1	C-1.1	Es müssen alle bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche sowie die Zählleistungsbereiche angegeben werden, auch wenn keine Leistungen in diesem Bereich erbracht wurden.

5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 5.1 Element <Dokumentationsraten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Leistungsbereiche zu. Auswahlliste: "09/1", "09/2", "09/3", "09/4", "09/5", "09/6", "10/2", "15/1", "16/1", "17/1",	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Leistungsbereich nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"18/1", "HCH_AORT_KATH_ENDO", "HCH_AORT_KATH_TRAPI", "HCH", "HEP", "HEP_IMP", "HEP_WE", "HTXM", "HTXM_TX", "HTXM_MKU", "KEP", "KEP_IMP", "KEP_WE", "LLS", "LTX", "LUTX", "NEO", "NLS", "DEK", "PNTX", "PNEU"		
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereichs.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zaehlbereich_Von	Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Zählbereiche zu. Auswahlliste: "HCH", "HTXM", "HEP", "KEP"	C-1.1	
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl 1 bis einschließlich 3 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Dokumentationsrate_Datenschutz auszuwählen.
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element Fallzahl_Datenschutz angeben wurde.	1	siehe 5.1.1.1	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					
Beginn Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden). Das Element ist leer anzugeben, wenn die Fallzahl = 0 ist	1	Wertebereich *kein Inhalt* und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-1.1	Wenn Fallzahl (Soll) = 0 ist das Feld Dokumentationsrate leer zu lassen und im Kommentarfeld zu erläutern. Wurde keine Leistung im Leistungsbereich erbracht (Soll=0 und Ist=0), ist der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ einzufügen. Kann die Dokumentationsrate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ einzufügen. (!) Dies kann vom XML-Schemanicht geprüft werden.
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallschutz_Datenschutz auszuwählen.
Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element Dokumentationsrate_Datenschutz angeben wurde.	1	siehe 5.1.1.2	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses	0 .. 1	Datentyp zum Element *Kommentar_Krankenhaus* welches vom Wert "max. Zeichenanzahl 500" ist und zwei Vorgabewerte definiert.	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.
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.

5.1.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fallzahl	Summe der Fallzahl, mit Ausnahme der Fallzahlen, die durch das Element Fallzahl_Datenschutz geschützt sind.	0 .. 1	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	

5.1.1.2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
Elternelemente: 5.1.1 Element <Leistungsbereich>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate_Untere_Grenze	Untere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0 .. 1	Wertebereich 0,0 .. 999,9	C-1.1	
Dokumentationsrate_Obere_Grenze	Obere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0 .. 1	Wertebereich 0,0 .. 999,9	C-1.1	

5.2 Element <Ergebnis>

Elternelemente: 5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beginn Auswahlelement					
Einzige_Auswertungseinheit	Falls nur eine Auswertungseinheit vorhanden ist, ist dieses Element anzugeben.	1	siehe 5.2.1	C-1.2	Ausführliche Hinweise siehe 5.1.3.
Auswertungseinheit	Auswertungseinheit Falls mehrere Auswertungseinheiten vorhanden sind, ist dieses Element für jede Auswertungseinheit genau einmal anzugeben.	2 .. n	siehe 5.2.2	C-1.2	
Ende Auswahlelement					

5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>

Elternelemente: 5.2 Element <Ergebnis>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
QS-Ergebnis		1 .. n	siehe 5.2.1.1	-	

5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elternelemente: 5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 5.2.2 Element <Auswertungseinheit>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel_Leistungsbereich	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Zeichenkette	C-1.2	
Bezeichnung_Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus Tabelle A aus Anhang 3 zu Anlange 1	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_ID	Kürzel des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Der Datentyp lässt nur Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen aus der Anhang 3 zu Anlage 1 "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschraenkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen" zu. Auswahlliste: "318", "321", "330",	C-1.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Qualitätsindikator bzw. Kennzahl nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"332", "341", "343", "345", "349", "351", "353", "360", "362", "603", "604", "605", "606", "612", "1058", "2005", "2006", "2007", "2009", "2013", "2028", "2036", "2096", "2097",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"2125", "2127", "2128", "2133", "2137", "2138", "2143", "2144", "2145", "2146", "2155", "2157", "2163", "2171", "2188", "2189", "2194", "2195", "2257", "2259", "2280", "2282", "2284", "2286",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"10211", "10271", "11391", "11617", "11704", "11724", "11995", "11996", "11997", "12001", "12193", "12199", "12237", "12253", "12269", "12289", "12296", "12308", "12324", "12349", "12365", "12385", "12397", "12413",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"12433", "12440", "12452", "12468", "12493", "12509", "12529", "12549", "12561", "12577", "12609", "12613", "12617", "12636", "12640", "12644", "12729", "12735", "12741", "12874", "50005", "50045", "50050", "50052",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"50053", "50055", "50060", "50062", "50063", "50069", "50074", "50481", "50719", "50722", "50778", "51070", "51076", "51078", "51079", "51186", "51191", "51196", "51370", "51397", "51404", "51437", "51443", "51445",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51448", "51524", "51544", "51545", "51557", "51560", "51561", "51562", "51567", "51568", "51569", "51570", "51596", "51599", "51602", "51603", "51604", "51605", "51629", "51631", "51633", "51636", "51639", "51641",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"51803", "51831", "51832", "51837", "51838", "51843", "51846", "51847", "51859", "51860", "51865", "51873", "51901", "51906", "51916", "51997", "51998", "51999", "52006", "52007", "52009", "52010", "52131", "52139",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"52240", "52249", "52262", "52268", "52279", "52283", "52305", "52307", "52311", "52315", "52316", "52321", "52324", "52325", "52326", "52330", "52385", "52386", "52387", "52388", "52389", "52390", "52391", "52392",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"52393", "54001", "54002", "54003", "54004", "54012", "54013", "54015", "54016", "54017", "54018", "54019", "54020", "54021", "54022", "54028", "54030", "54033", "54042", "54046", "54050", "54120", "54123", "54124",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"54125", "54127", "54128", "54140", "54141", "54142", "54143", "60683", "60684", "60685", "60686", "101800", "101801", "101802", "101803", "111801", "121800", "131801", "131803", "141800", "151800", "161800", "181800", "191914",		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"211800", "231900", "241800", "241801", "241802", "251800", "251801", "521801"		
Bezeichnung_Ergebnis	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus der Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Art_des_Werts	Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu Anlage 1 zu übernehmen.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Bezug_zum_Verfahren	Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu Anlage 1 zu übernehmen.	1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_Bezug_Infektion	Dieses Element ist einzufügen, um den Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus als solchen zu kennzeichnen.	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachlicher_Hinweis_IQTIG	Hier ist die Angabe "Fachlicher Hinweis des IQTIG" aus dem Bericht "Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherungin den Qualitätsberichten der Krankenhäuser" 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	Zeichenkette	C-1.2	
Einheit	Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl anzugeben.	1	max. Zeichenanzahl 100 oder leer	C-1.2	
Bundesergebnis	Ergebnis auf Bundesebene dieses Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl.	1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	
Vertrauensbereich_Bundesweit	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	1	siehe 5.2.1.1.1	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
rechnerisches_Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator bzw. Kennzahl. 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 den §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.	0 .. 1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Krankenhaus	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs, gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln § 8 QSKH-RL. 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.	0 .. 1	siehe 5.2.1.1.2	C-1.2	Wenn das Element <Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr> gleich S91 ist, dann sind die Elemente <rechnerisches_Ergebnis>, <Fallzahl>, <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht anzugeben. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
Beginn Auswahlelement					
Fallzahl		0 .. 1	siehe 5.2.1.1.3	C-1.2	Wenn in den Feldern <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> aus Datenschutzgründen keine Angabe erfolgen kann, werden die Elemente <rechnerisches_Ergebnis> 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	Wenn dieses Element aus Datenschutzgründen ausgewählt wird, werden die Elemente <rechnerisches_Ergebnis> und <Vertrauensbereich_Krankenhaus> nicht angegeben. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis angegeben.
Ende Auswahlelement					

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	
Ergebnis_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Ergebnissen (falls Ergebnisse zu dieser Auswertungseinheit auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Ergebnisse).	0 .. 1	Kein Inhalt	C-1.2	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter <Kommentar_Krankenhaus>.
Ergebnis_Bewertung	Angaben, welche nur für Qualitätsindikatoren relevant sind.	0 .. 1	siehe 5.2.1.1.4	C-1.2	Dieser Abschnitt ist nur für Qualitätsindikatoren anzugeben! (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

5.2.1.1.1 Element <Vertrauensbereich_Bundesweit>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Untere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	

5.2.1.1.2 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Untere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze		1	Wertebereich 0,00 .. 999999999,00	-	

5.2.1.1.3 Element <Fallzahl>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die der Qualitätsindikator bzw. die Kennzahl untersucht wurde.	1	Wertebereich 0 und 4 .. 1000000	C-1.2	
Beobachtete_Ereignisse	Anzahl der beobachteten Ereignisse.	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.2	
Erwartete_Ereignisse	Anzahl der rechnerisch erwarteten Ereignisse für risikoadjustierte O/E-Indikatoren.	1	Wertebereich *kein Inhalt* und 0,00 .. 100000,00	C-1.2	

5.2.1.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung>
Elternelemente: 5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Referenzbereich	Bundesweiter Referenzbereich dieses Qualitätsindikators.	1	Zeichenkette	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr	Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Entwicklung zu. Auswahlliste: "verschlechtert", "unverändert", "verbessert", "eingeschränkt/nicht vergleichbar"	C-1.2	Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
Qualitative_Bewertung_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.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Bewertung des Strukturierten Dialogs zu. Auswahlliste: "N01", "N02", "N99", "R10", "H20", "H99", "U31", "U32", "U33",	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"U34", "U99", "A41", "A42", "A43", "A99", "D50", "D51", "D99", "S90", "S91", "S99"		
Qualitative_Bewertung_Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr	Qualitative Bewertung des Qualitätsindikators im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zum Vergleich zu dem vorherigen Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "verschlechtert", "unverändert", "verbessert", "eingeschränkt/nicht vergleichbar"	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kommentar_Beauftragte_Stelle	Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.	0 .. 1	max. Zeichenanzahl 500	C-1.2	Es ist nur der Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zulässig.

5.2.2 Element <Auswertungseinheit>

Elternelemente: 5.2 Element <Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Nummer	Auswertungseinheitsnummer des Qualitätsberichts C-1.2.[Z].	1	Wertebereich 1 .. 99	C-1.2	
Bezeichnung	Bezeichnung der Auswertungseinheit im Qualitätsbericht (für Überschrift C-1.2.[Z]).	1	max. Zeichenanzahl 100	C-1.2	
QS-Ergebnis		1 .. n	siehe 5.2.1.1	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6 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. Zusätzlich gibt es Plausibilitätsprüfungen, welche in Anhang 4 zu Anlage 1 dargestellt sind. Element <Qualitaetssicherung> kann Element <Dokumentationsrate> und/oder Element <Ergebnis> oder keines der beiden Elemente enthalten.

6.1 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 Element <Auswertungseinheit> das Element Element <Einzige_Auswertungseinheit> verwendet.
3. Sollen die Dokumentationsraten zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in Element <Leistungsbereich> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK). Hierauf ist im Element **Kommentar_Krankenhaus** hinzuweisen.
4. Sollen die Ergebnisse zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Ergebnis_Mehrfach** in Element <Qualitaetsindikator> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK). Hierauf ist im Element **Kommentar_Krankenhaus** hinzuweisen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7 Anhang

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf die Anlage 1 der Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

7.1 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 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
1	PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	LB		X
2	16/1	Geburtshilfe	LB		X
3	15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	LB		X
4	09/1	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	LB		X
5	09/2	Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	LB		X
6	09/3	Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	LB		X
7	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	LB		X
8	HEP_IMP	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	ZB von LB HEP		X

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Kürzel	Bezeichnung	LB/ZB	direkt	indirekt
9	HEP_WE	Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	ZB von LB HEP		X
10	17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	LB		X
11	09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	LB		X
12	09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	LB		X
13	09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	LB		X
14	10/2	Karotis-Revaskularisation	LB		X
15	KEP	Knieendoprothesenversorgung	LB		X
16	KEP_IMP	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	ZB von LB KEP		X
17	KEP_WE	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	ZB von LB KEP		X
18	18/1	Mammachirurgie	LB		X
19	NEO	Neonatologie	LB		X
20	DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	LB		X

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Kürzel	Bezeichnung	LB/ZB	direkt	indirekt
21	HCH	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirugie)	LB [3]	X	
22	HCH_AORT_KATH_ENDO	Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	X	
23	HCH_AORT_KATH_TRAPI	Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	X	
24	HTXM	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	LB	X	
25	HTXM_TX	Herztransplantation	ZB von LB HTXM	X	
26	HTXM_MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	ZB von LB HTXM	X	
27	LLS	Leberlebendspende	LB	X	
28	LTX	Lebertransplantation	LB	X	
29	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	LB	X	
30	NLS	Nierenlebendspende	LB	X	
31	PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	LB [4]	X	

7.2 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3Gemeinsamer LB für Aortenklappenchirurgie isoliert, Koronarchirurgie isoliert und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.

4Gemeinsamer LB Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.

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.

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.

- Bei statistisch unauffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß QSKH-RL beauftragten Stellen.
- 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018

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

Num-mer	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	*z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen*
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	*z. B. Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung*
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	*z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie*
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	*z. B. bei Diabetes mellitus*
MP69	Eigenblutspende	
MP15	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	*z. B. Akupunktmassage, Binde-gewebsmassage, Shiatsu*
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	*z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder*
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	*z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie*
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	*z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	*z. B. Nichtraucher-Kurse, Koronarsportgruppe*
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	*z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie*
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	*z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen*
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe*
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	*z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP*
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	*z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais*
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	*z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung*
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	*z. B. Forced-Use-Therapie, Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie*
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	*z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote*
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	*z. B. Pflegevisiten, Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten, Beratung durch Brustschwester*
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	*z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Num-mer	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer		*z. B. Anzahl*
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z. B. Anzahl*
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		*z. B. Anzahl*
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		*z. B. Anzahl*
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z. B. Anzahl*
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben*
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben*
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	*z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben*
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag/pro Minute ins deutsche Festnetz/bei eintreffenden Anrufen	*z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben*
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucherinnen und Besucher sowie Patientinnen und Patienten	Kosten pro Stunde/Tag	*z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben*
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
Angebote für schulpflichtige Patientinnen, Patienten und deren Kinder			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet		
NM50	Kinderbetreuung		*z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben*
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM65	Hotelleistungen		*z. B. Link zur Internetseite*
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z. B. vegane Küche)	*z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche*
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		
NM68	Abschiedsraum		

n ist nicht mehr in Kraft.

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	*z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift*
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF12	Gebärdendolmetscherin oder Gebärdendolmetscher	
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 Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien		
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
BF25	Dolmetscherdienst	*z. B. Türkisch*
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	*z. B. Russisch, Englisch*
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	*z. B. Niederländisch, Polnisch*
BF30	Mehrsprachige Internetseite	*z. B. Französisch, Dänisch*
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	*z. B. Raum der Stille*

Diese Bildschirmversion ist nicht mehr in Kraft.

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF27	Beauftragte und Beauftragter für Patientinnen und Patienten 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)

Nummer	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (Kapitel A-8.2)

Nummer	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB09	Logopädin und Logopäde	
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistenti für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB14	Orthoptistin und Orthoptist	
HB11	Podologin und Podologe	
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel A-11.4)

Num-mer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge	
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP39	Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	*z. B. für Babymassage*
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologin und Oecothrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
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	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A-12.2.3)

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Auswahloptionen *(Mehrfachangaben möglich)*: -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen 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	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	
(Mehrfachauswahl möglich)		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker [ADKA])	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	*(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	Auswahloptionen/Module: -AMBU-KISS -CDAD-KISS -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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

Num-mer	**Instrument bzw. Maßnahme**	**Zusatzangaben**
Allgemeines		
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS *z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder*	
Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses *(z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)*	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess *(z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)*	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP]

AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz *(z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)*	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme *(z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)*	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) – Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System) – Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Auswahloptionen: – Fallbesprechungen – Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung – Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

		– Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) – andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*
Entlassung		
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Auswahloptionen: – Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs – Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen – Aushändigung des Medikationsplans – bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten – Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

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

Num-mer	**Vorhandene Geräte** (X = Zusatzangabe verpflichtend)	**Umgangssprachliche Bezeichnung**	**Zusatzan-gabe: 24 Stunden-Not-fallverfüg-barkeit**	**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 Quer-schnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	

AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermo-therapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomo-graph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomo-graph (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	Positronenemissionsto-mograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfah-ren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomo-graph (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/Blasendruck-messung/Urodynami-scher 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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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	*z. B. auch refraktive Chirurgie*
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	*z. B. Sehschule*
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	*z. B. Bypasschirurgie*
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	*z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz*
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	*z. B. bei Panzerherz*
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	*z. B. Carotischirurgie*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	*z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)*
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	*z. B. Schilddrüsenchirurgie*
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	*z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	*z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome*
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	*z. B. Vertebroplastie*
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	*z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen*
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	*z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)*
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	*z. B. Photodynamische Tumortherapie*
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	*z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen*
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	*z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen*
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	*z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie*
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	*z. B. auch Extrakorporale Photopherese*
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**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	*z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie*
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	*z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	*z. B. Endometriose*
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**	**Kommentar/Erläuterung**
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	*z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte*
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	*z. B. auch Stimmstörungen*
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	*z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*z. B. Diabetes, Schilddrüse*
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	*z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs*
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	*z. B. auch Kapselendoskopie*
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	*z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	*z. B. Multiple Sklerose*
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	*z. B. von Hirnnerven*
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie**	**Kommentar/Erläuterung**
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Patientinnen und Patienten 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	*z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)*
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	
VK25	Neugeborenenscreening	*z. B. Hypothyreose, Adreno-genitales Syndrom (AGS)*
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik**	**Kommentar/Erläuterung**
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	*z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**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 selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	*z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie*
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	*z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)*
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	*z. B. Wurzelkanalbehandlungen*
VZ12	Epithetik	*z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen*
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**	**Kommentar/Erläuterung**
VX00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ 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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)
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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom (mit Ablauf 29. Juni 2018 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht rechtsverbindlich.

LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_2	Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	
LK15_7	Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_8	Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren	
LK15_9	Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Nummer	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Mai 2018	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	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatologische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.1)

Num-mer	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, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
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	Geriatrie	
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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.2)

Nummer	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	*z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik*
PQ02	Diplom	*z. B. Pflegewissenschaften*
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ06	Master	*z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik*
PQ11	Pflege in der Nephrologie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Pflege im 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 und Familienentbindungspfleger	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
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	Geriatrie	*z. B. Zercur*
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	*z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexpertin und Pflegeexperte Schmerzmanagement; Pain Nurse*
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Psychiatrie
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	z. B Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC)
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	z. B. Parkinson Nurse
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Bundesland	**Leistungsbereich**	**Zusatzangaben**
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

	MRE	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Cholezystektomie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (Kapitel C-5)

Nummer	Ausnahmen	Kommentar/Erläuterung
MM01	Notfälle, keine planbaren Leistungen	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereichs	
MM03	Personelle Neuausrichtung	
MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	Keine Ausnahme	
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung	

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 § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten 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	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom	
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

Num-mer	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	*z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen*
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	*z. B. Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung*
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	*z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie*
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	*z. B. bei Diabetes mellitus*
MP69	Eigenblutspende	
MP15	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	*z. B. Akupunktmassage, Binde-gewebsmassage, Shiatsu*
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	*z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder*
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	*z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie*
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	*z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie*
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	*z. B. Nichtraucher-Kurse, Koronarsportgruppe*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	*z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie*
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	*z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen*
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe*
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	*z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP*
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	*z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais*
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	*z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung*
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	*z. B. Forced-Use-Therapie, Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schluckttherapie*
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	*z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote*
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	*z. B. Pflegevisiten, Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten, Beratung durch Brustschwester*
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	*z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

Num-mer	**Leistungsangebot**	**Kommentar/Erläuterung**
Patientenzimmer		
NM02	Ein-Bett-Zimmer	*z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur*

		Ausstattung der Patientenzimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	*z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer*
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	*z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer*
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	*z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer*
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	*z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer*
Besondere Ausstattung des Krankenhauses		
NM 69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	*z. B. Link zur Internetseite des Krankenhauses*
Angebote für schulpflichtige Patientinnen, Patienten und deren Kinder		
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung	*z. B. Kooperationspartner, Link zu Details*
NM63	Schule im Krankenhaus	
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet	
NM50	Kinderbetreuung	*z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben*
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote		
NM07	Rooming-in	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	*z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung*
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	
NM68	Abschiedsraum	

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7.2)

Num-mer	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit		
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	*z. B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen*
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	*z. B. Konkretisierung, ob Ausstattung der Aufzüge mit Sprachansage, mit kontrastreicher erhabener Profilschrift, mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung*
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	*z. B. Angabe, wo sich der tastbare Gebäudeplan befindet*

BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	*z. B. Angabe, wo im Haus die Beschriftung vorhanden ist und Konkretisierung zur Beschriftung, ob Piktogramme verwendet werden, ob die Vorgaben der DIN 18040 i.V.m DIN 32975 berücksichtigt werden*
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	*z. B. Angaben, wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, wann und wo eine personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob die Vorgaben der DIN 18040 i.V.m. DIN 32984 berücksichtigt werden*
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	*z. B. Angabe, ob und wieviele Behindertenparkplätze vorhanden sind, ob barrierefreie Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	*z. B. Angabe, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht, ob eine Induktionsschleife am Service-/Anmeldeschalter installiert ist, ob Treppen im Eingangsbereich mit einem beidseitigen Handlauf versehen sind oder ob der Zugang ebenerdig oder über eine Rampe möglich ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	*z. B. Konkretisierung, ob Toiletten von unterschiedlichen Seiten anfahrbar sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	*z. B. Angabe, welche Serviceeinrichtungen einen rollstuhlgerechten Zugang haben*
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	*z. B. Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern*
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	*z. B. Angabe, ob Toilette beidseitig anfahrbar ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF11	Besondere personelle Unterstützung	*z. B. Angabe, in welchen Situationen es besondere personelle Unterstützung (bspw. Begleitung/Führen eines Rollstuhls) gibt, wo besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob bzw. in welchen Situationen die Begleitung individueller Bezugspersonen möglich ist*
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	*z. B. Angabe, welche visuellen Anzeigen (z. B. Blitzanlage, Anzeige „Hilfe kommt“) vorhanden sind und welche Räume damit ausgestattet sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	*z. B. Angabe, welche Behandlungsräume im Haus mit dieser Anzeige ausgestattet sind.*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	*z. B. Konkretisierung, welche visuelle Anzeigen vorhanden sind (z. B. Stockwerksanzeige, visuelle Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“), Angabe, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden*
BF38	Kommunikationshilfen	*z. B. Angabe, ob Gebärdensprachdolmetscher/-in, Schriftdolmetscher/-in vorhanden, technische Kommunikationshilfe vorhanden*
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	*z. B. Angabe, wie eine Übertragung von Informationen in leicht verständliche Sprache abläuft und wo diese angefordert werden können*
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	*z. B. Angabe, auf welchen Stationen mit Piktogrammen gearbeitet wird*
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	*z. B. Angabe, welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung es gibt und wo diese vorhanden sind*
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	*z. B. Angabe, welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss*
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung		
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht, ob elektrisch verstellbar*
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Angabe, welche OP-Einrichtungen entsprechend ausgestattet sind (z. B. Schleusen, OP-Tische), Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht*
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht*
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten*
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Patientenlifter*
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	*z. B. Anti-Thrombosestrümpfe*
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien		
BF23	Allergenarme Zimmer	*z. B. Angabe, auf welchen Stationen es allergenarme Zimmer gibt und ob eine Bekanntgabe von Allergien vor der Aufnahme erforderlich ist*
BF24	Diätische Angebote	*z. B. Angabe, welche Diäten berücksichtigt werden können*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
BF25	Dolmetscherdienste	*z. B. Konkretisierung, für welche Sprachen Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen*
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	*z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal möglich sind*
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	*z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Informationsmaterial vorliegt*
BF30	Mehrsprachige Internetseite	*z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Internetseite gestaltet ist*
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung)	*z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Ausschilderung vorliegt*
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	*z. B. Raum der Stille*
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	*Link zur Internetseite*
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	*z. B. Angabe, welche Einschränkungen der Nutzer (Sehen, Hören, Bewegen, Verarbeiten von Informationen) bei der Informationsdarbietung berücksichtigt werden*
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	z. B. Konkretisierung, wo barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme vorhanden sind (z. B. Patientenzimmer, Behandlungsräume, Sanitäranlagen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Num-mer	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (Kapitel A-8.2)

Nummer	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB09	Logopädin und Logopäde	
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB14	Orthoptistin und Orthoptist	
HB11	Podologin und Podologe	
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel A-11.4)

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP39	Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	*z. B. für Babymassage*
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologin und Oecothrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
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	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
SP 62	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A-12.2.3)

Num-mer	**Instrument bzw. Maßnahme**	**Zusatzangaben**
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Auswahloptionen *(Mehrfachangaben möglich)*: -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ (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	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

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

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
(Mehrfachauswahl möglich)		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker [ADKA])	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	*(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	Auswahloptionen/Module: -AMBU-KISS -CDAD-KISS -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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/Erläuterung
Allgemeines			
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS *z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder*		
Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese			
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP [letzte Aktualisierung (Datum)]	

Diese Pilotierungs-Version ist nicht mehr in Kraft.

AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses *(z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)*		
Medikationsprozess im Krankenhaus			
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess *(z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)*	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)]	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [letzte Aktualisierung (Datum)]	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz *(z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)*		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme *(z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)*		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) *(Mehrfachauswahl möglich*	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) – Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

		abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System) – Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) – *(Mehrfachauswahl möglich)*	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Auswahloptionen: – Fallbesprechungen – Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung – Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) – Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) – andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*	
Entlassung			
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Auswahloptionen: – Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs – Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen – Aushändigung des Medikationsplans – bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten – Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) *(Mehrfachauswahl möglich)*	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Num-mer	**Vorhandene Geräte** (X = Zusatzangabe verpflichtend)	**Umgangssprachliche Bezeichnung**	**Zusatz angabe: 24 Stunden-**	**Kommentar/Erläuterung**

			Notfall-verfüg-barkeit	
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 Quer-schnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermo-therapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	*z. B. ECMO/ECLA*
AA22	Magnetresonanztomo-graph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomo-graph (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	Positronenemissionsto-mograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfah-ren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomo-graph (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*

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

AA33	Uroflow/Blasendruck-messung/Urodynami-scher 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	
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter		
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation		

Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ (Kapitel A-14.2)

Num-mer	Module der Speziellen Notfallversorgung	Kommentar/Erläuterung
(Mehrfachauswahl möglich)		
SN01	Modul Notfallversorgung Kinder (Basis)	
SN02	Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert)	
SN03	Modul Notfallversorgung Kinder (umfassend)	
SN04	Modul Schwerverletztenversorgung	
SN05	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel B-[X].3 und B-[X].8)

Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	*z. B. auch Hornhauttransplantation*
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	*z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie*
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	*z. B. intravitreale Injektionen*
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	*z. B. auch refraktive Chirurgie*
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	*z. B. Sehschule*
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	

Diese Richtlinie - Version ist nicht mehr in Kraft.

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“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	*z. B. Bypasschirurgie*
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	*z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz*
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	*z. B. bei Panzerherz*
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	*z. B. Carotischirurgie*
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	*z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)*
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	*z. B. Schilddrüsenchirurgie*
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	*z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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	*z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome*
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	*z. B. Vertebroplastie*
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	*z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen*
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	*z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)*
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	*z. B. Photodynamische Tumortherapie*
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	*z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen*
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	*z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen*
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	*z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie*
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	*z. B. auch Extrakorporale Photopherese*
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**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	*z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie*
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	*z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	*z. B. Endometriose*
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**	**Kommentar/Erläuterung**
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VH04	Mittelohrchirurgie	*z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte*
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	*z. B. auch Stimmstörungen*
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	

Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin**	**Kommentar/Erläuterung**
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	*z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*z. B. Diabetes, Schilddrüse*
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kraft.

VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	*z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs*
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	*z. B. auch Kapselendoskopie*
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	*z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
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 Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	*z. B. Multiple Sklerose*
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	*z. B. von Hirnnerven*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Patientinnen und Patienten 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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	*z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)*
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	
VK25	Neugeborenenscreening	*z. B. Hypothyreose, Adreno-genitales Syndrom (AGS)*
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik**	**Kommentar/Erläuterung**
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	*z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	

Alte Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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“)	
Num-mer	**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 selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	*z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie*
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	*z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)*
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**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“)	
Num-mer	**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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	*z. B. Wurzelkanalbehandlungen*
VZ12	Epithetik	*z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen*
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	**Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**	**Kommentar/Erläuterung**
VX00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Num-mer	**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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)
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)

Num-mer	**Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante**	**Angebotene Leistungen**	**Kommentar/ Erläuterung**

	Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V		
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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_2	Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	
LK15_7	Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_8	Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren (mit Ablauf 9. August 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

LK15_9	Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
LK29	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK31	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	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatologische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	
LK39	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren	
LK40	Anlage 2 c	Hämophilie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.1)

Num-mer	**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, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
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	
Num-mer	**Zusatz-Weiterbildung**	**Kommentar/Erläuterung**
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatrie	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.2)

Nummer	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	*z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik*
PQ02	Diplom	*z. B. Pflegewissenschaften*
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	

PQ06	Master	*z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik*
PQ11	Pflege in der Nephrologie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Pflege im 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 und Familienentbindungspfleger	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	*z. B. Weiterbildung nach DGCC*
PQ22	Intermediate Care Pflege	
Num-mer	**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	Geriatrie	*z. B. Zercur*
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	*z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexpertin und Pflegeexperte Schmerzmanagement; Pain Nurse*
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Psychiatrie
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	z. B Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC)
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	z. B. Parkinson Nurse
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben

Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Universelles Neugeborenen-Hörscreening	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1)

Num-mer	Begründungen	Kommentar/Erläuterung
MM01	Behandlung von Notfällen oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereichs	
MM03	Personelle Neuausrichtung	
MM04	Entscheidung der Landesbehörde gemäß § 136b Absatz 5 SGB V wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM08	Bestätigte Prognose. Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht	z. B. auf Grund von personellen oder strukturellen Veränderungen
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung	
MM05	kein einschlägiger Ausnahmegrund	

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 § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulären Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht-kleinzelligen 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	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom	
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 3 zu Anlage 1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle A:
Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle B:
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen /Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle D:
Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

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

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54141	Systeme 1. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54142	Systeme 2. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Systeme 3. Wahl	QI	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Diese Richtlinien-Version ist in Kraft.

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-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	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n2-HSM-AGGW	Herzschritt-macher-Aggregat-wechsel	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)	52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n3-HSM-REV	Herzschritt-macher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
09n3-HSM-REV	Herzschritt-macher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Die Richtlinien-Version ist

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregat-wechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Infektion, die zu einer erneuten Operation führte
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11704	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11724	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51873	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Kathethers) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	QSKH, QS-Planung	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	QI	QSKH, QS-Planung	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	QSKH, QS-Planung	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60683	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60684	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	QSKH	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QI	QSKH, QS-Planung	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	QSKH, QS-Planung	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	QSKH, QS-Planung	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	QSKH, QS-Planung	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	QSKH, QS-Planung	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54050	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54040	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	QSKH	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothe senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	QSKH	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	KeZ	QSKH	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhaus-aufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	QSKH	Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52268	HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	QI	QSKH, QS-Planung	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	QSKH	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	QSKH	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	QSKH	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52010	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	QSKH	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	QSKH	Wachstum des Kopfes
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	QSKH	Ein Hörtest wurde durchgeführt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	QI	QSKH	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	QI	QSKH	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	QSKH	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	QSKH	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	241800	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	52006	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	341	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	345	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	343	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind

Diese K

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	51916	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	52007	Gefäßkomplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11995	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11997	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11996	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	241801	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	349	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	353	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	351	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	24180 2	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Entzündung im Brustkorb nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	360	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	11391	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	362	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Transplantation
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die ein Jahr nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die zwei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die drei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	QSKH	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von einem Jahr nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von zwei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von drei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	QI	QSKH	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Diesc

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	QSKH	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51557	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2171	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2144	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51560	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12199	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51561	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12237	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51562	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	QSKH	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2185	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	QSKH	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	QI	QSKH	Die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2189	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	QI	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12809	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	QI	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12810	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12811	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, bei denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12729	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12735	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12741	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2143	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12493	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51524	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12509	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51544	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12529	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51545	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2145	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12824	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12841	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12861	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2146	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden

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

[leer]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	QSKH
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131801	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	QSKH

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	QI	QSKH
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	181800	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	QI	QSKH
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	TKez	QSKH
HEP	Hüftendoprothesen-versorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH
HEP	Hüftendoprothesen-versorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH

Die

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	60659	Nachresektionsrate	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52326	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	TKez	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521801	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3	TKez	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521800	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	QSKH
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	QSKH
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
HTXM-MKU	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	251800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	QSKH
HTXM-MKU	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	QSKH

Diese Richtlinien-Version ist nicht meh

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (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/-System-wechsel/-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/-System-wechsel/ -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	

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (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: Hüftendoprothesen-implantation)	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Die Summe der Zählleistungsbereiche (HEP_IMP, HEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HEP
	Hüft-Endoprothesen-wechsel 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: Knieendoprothesen-implantation)	KEP	Knieendoprothesenversorgung	Die Summe der Zählleistungsbereiche (KEP_IMP, KEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von KEP
	Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			KEP_WE (Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)			
Neonatologie	-	NEO	NEO	-	NEO	Neonatologie	
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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (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 Zählleistungsbereiche (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)	HCH-AORT-CHIR ist eine Teilmenge von HCH
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 Zählleistungsbereiche (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 Zählleistungsbereiche (HTXM_MKU, HTXM_TX) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HTXM
		HTXFU	-	-			
Lebertransplantation	-	LTX	LTX	-	LTX	Lebertransplantation	
		LTXFU	-	-			

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungsmodul (Langform)**	
Leberlebendspende	-	LLS	LLS	-	LLS	Leberlebendspende	
		LLSFU	-	-			

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (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

Anhang 3 zu Anlage 1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2019

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle A:
Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle B:
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen/Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle D:
Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

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

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54141	Systeme 1. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54142	Systeme 2. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Systeme 3. Wahl	QI	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Diese Richtlinien-Version ist in Kraft.

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	Tkez	QSKH	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-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	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
09n1-HSM-IMPL	Herzschritt-macher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Die Richtlinien-Version ist

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n2-HSM-AGGW	Herzschritt-macher-Aggregat-wechsel	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)	52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwel-len und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n2-HSM-AGGW	Herzschritt-macher-Aggregat-wechsel	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfekti-onen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtig
09n3-HSM-REV	Herzschritt-macher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
09n3-HSM-REV	Herzschritt-macher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
09n3-HSM-REV	Herzschritt-macher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Die Richtlinien-Version ist

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen.
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131801	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intra-operativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	QSKH	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregat-wechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwel-len und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregat-wechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11704	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11724	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51873	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	TKez	QSKH	Verhältnis tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskulari-sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs oder nach dem Eingriff an der Halsschlagader ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	QSKH QS-Planung	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	QSKH QS-Planung	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	QSKH QS-Planung	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60683	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60684	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60685	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60686	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	QSKH	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QI	QSKH QS-Planung	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	QSKH QS-Planung	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	QSKH QS-Planung	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	QSKH, QS-Planung	Eine Kinderärztin/ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	QSKH, QS-Planung	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	181800:	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	QI	QSKH	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54030	Präoperative Verweildauer	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54050	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin/des Patienten nach der Operation zu vermeiden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo-synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin/des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191914	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femur-fraktur	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothe senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	QSKH	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehun-fähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothe-senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	QSKH	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt.
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52268	HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	QI	QSKH, QS-Planung	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	QSKH	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, wurden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten und bei denen die Brust nicht entfernt wurde, sondern brusterhaltend operiert wurde)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	QSKH	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen notwendig (in den Wächterlymphknoten können sich Krebszellen ansiedeln; wenn diese nachgewiesen werden, können sie für einen weiteren Befall der Achselhöhle sprechen)
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	QSKH	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	QSKH	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen.
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52326	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521801	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
DEK	Pflege: Dekubitus-prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52010	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Lebendgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Dies

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Diese K

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	QSKH	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	QSKH	Wachstum des Kopfes
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	QSKH	Ein Hörtest wurde durchgeführt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen , bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2009	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme	QI	QSKH	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	QSKH	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	QSKH	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob der Patient ausreichend gesund ist

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Tkez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez	QSKH	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	QSKH	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin/des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	241800	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	52006	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	341	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	345	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	343	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind

Diese K

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	51916	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	52007	Gefäßkomplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11995	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11997	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Katheter-gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11996	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	241801	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	349	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elekti-ver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	353	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-KCH	Koronar-chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	351	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	241802	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Entzündung im Brustkorb

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	360	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	11391	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	362	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	251800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungs-systems/Kunstherzens	QI	QSKH	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
HTXM-MKU	Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Transplantation
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Leberspende verstorben sind
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die ein Jahr nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Leberspende verstorben sind
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die zwei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Die

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Leberspende verstorben sind
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die drei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	QSKH	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin/dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von einem Jahr nach der Spende bei der Spenderin/dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von zwei Jahren nach der Spende bei der Spenderin/dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von drei Jahren nach der Spende bei der Spenderin/dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin/des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin/des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LLS	Leberlebend-spende	Leberlebendspende	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin/des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber-transplantation	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	QI	QSKH	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Diese

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin/der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	QSKH	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin/dem Spender erforderlich
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin/des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin/des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin/des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin/der Organspender Eiweiß im Urin
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin/der Organspender Eiweiß im Urin

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin/der Organspender Eiweiß im Urin
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51557	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2171	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2144	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51560	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12199	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51561	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12237	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	51562	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	QI	QSKH	Die Niere einer verstorbenen Organspenderin/eines verstorbenen Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	2189	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	QI	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin/eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12729	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin/eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12735	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin/eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren-transplantation	Nierentransplantation	12741	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin/eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2143	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12493	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51524	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist

Leistungsbereich					Qualitätsindikator/Kennzahl		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungs-bereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12509	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51544	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12529	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	51545	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2145	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin/dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2146	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin/dem Organempfänger wieder entfernt werden

Diese Richtli

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

[leer]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator/Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	QI	QSKH
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132001	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozeduraassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132002	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	QSKH
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator/Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	60659	Nachresektionsrate	QI	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521800	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	QSKH
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	QSKH
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	QSKH
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	QSKH
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2185	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	QSKH
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12809	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	QI	QSKH
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12810	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12811	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator/Kennzahl			
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Kennzahl**	**Art des Wertes**	**Bezug zum Verfahren**
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12824	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12841	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	12861	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungs-modul (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/-System-wechsel/-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/-System-wechsel/ -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	

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungs-modul (Langform)**	
Pflege: Dekubitusprophylaxe	-	DEK	DEK	-	DEK	Pflege: Dekubitusprophy-laxe	
Hüftendoprothesenversorgung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	HEP	HEP	HEP_IMP (Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesen-implantation)	HEP	Hüftendoprothesen-versorgung	Die Summe der Zählleistungsbereiche (HEP_IMP, HEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HEP
	Hüft-Endoprothesen-wechsel 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: Knieendoprothesen-implantation)	KEP	Knieendoprothesen-versorgung	Die Summe der Zählleistungsbereiche (KEP_IMP, KEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von KEP
	Knieendoprothesen-wechsel und -komponentenwechsel			KEP_WE (Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)			
Neonatologie	-	NEO	NEO	-	NEO	Neonatologie	
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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungs-modul (Langform)**	
Aortenklappenchirurgie, isoliert		HCH	HCH	HCH_AORT_KATH_ENDO (Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation)	HCH-AORT-KATH	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	HCH-AORT-KATH ist eine Teilmenge von HCH. Die Summe der Zählleistungsbereiche (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	Aortenklappen-chirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	HCH-AORT-CHIR ist eine Teilmenge von HCH
Koronarchirurgie, isoliert	-			-	HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	HCH-KCH ist eine Teilmenge von HCH
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	-			-	HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	HCH-KOMB ist eine Teilmenge von HCH
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	-	HTXM	HTXM	HTXM_MKU (Herzunterstützungssysteme /Kunstherzen)	HTXM-MKU	Herzunterstützungs-systeme/Kunst-herzen	HTXM_MKU ist eine Teilmenge von HTXM. Die Summe der Zählleistungsbereiche (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 Zählleistungsbereiche (HTXM_MKU, HTXM_TX) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HTXM
		HTXFU	-	-			
Lebertransplantation	-	LTX	LTX	-	LTX	Lebertransplantation	
		LTXFU	-	-			

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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungs-modul (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 (Spezifika-tionsmodul)**	**Soll-statistik**	**zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)**	**Auswertungs-modul (Kürzel)**	**Auswertungs-modul (Langform)**	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	-	LUTX	LUTX	-	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentrans-plantation	
		LUTXFU	-	-			
Nierenlebendspende	-	NLS	NLS	-	NLS	Nierenlebend-spende	
		NLSFU	-	-			
Nierentransplantation	-	PNTX PNTXFU	PNTX	-	NTX	Nierentrans-plantation	NTX in der Auswertung (C-1.2) ist eine Teilmenge von PNTX in C-1.1
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	-			-	PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentrans-plantation	PNTX in der Auswertung (C-1.2) ist eine Teilmenge von PNTX in C-1.1

Diese Richtlinien-Version

Anhang 4 zu Anlage 1 Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018

Hintergrund

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

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

Hierzu wird vom G-BA eine internetbasierte Plattform mit einem Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst basiert auf den Regeln, die in diesem Dokument definiert sind und ist technisch in den Annahmeprozess der Datenannahmestelle nach Anlage 2 Qb-R integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst auch für die Berichterstellerinnen und Berichtersteller ab dem Beginn des Anmeldeverfahrens nach Anlage 2 bis zum Ablauf der Frist zur Nachlieferung der Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 6 Qb-R des jeweiligen Berichtsjahres direkt zugänglich: https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de.

Grundsätzliche Fehlertypen bzw. Prüfmethoden:

Fehlertypen sind insbesondere:

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

Prüfmethoden sind insbesondere:

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

Grundsätzliches zur Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Form von Regeln. Dabei wird zwischen „harten“ und „weichen“ Prüfklassen und dem „Pilot“ unterschieden. D. h. „harte“ Regeln führen bei Nichtänderung des betroffenen Wertes zur Abweisung der Datei bei der Annahmestelle, während bei „weichen“ und „Pilot-Regeln“ lediglich zur Überprüfung der Eingaben aufgefordert wird. In diesem Fall hätte Nichthandeln keine Konsequenzen im Rahmen der Datenannahme.

Jeder Plausibilisierung ist immer die Schemaprüfung vorangestellt. Erst wenn diese erfolgreich durchlaufen ist und damit eine formale Korrektheit des Datensatzes festgestellt wurde, wird der Plausibilisierungsdienst ausgeführt. Bei Fehlern im Datenschema endet der Prüfprozess mit einer entsprechenden Fehlermeldung aus der Schemaprüfung.

Das Regelwerk zur Plausibilisierung wird, im Sinne eines lernenden Systems, kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei werden Regeln, die erstmalig zum Einsatz kommen oder überarbeitet wurden explizit als „Pilot-Regeln“ gekennzeichnet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Darstellung der Regeln

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

Nummer

Jeder Regel wird chronologisch eine Nummer zugeordnet. Diese dient der schnellen und eineindeutigen Referenzierung einer Regel. Bereits vergebene Nummern werden auch bei Aufhebung einer Regel nicht erneut vergeben.

Titel der Regel

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

Regelkategorie

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

Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

Berichtsteil

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

Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

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

„hart“: Die Berichterstellerin oder der Berichtsersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

„Pilot“: Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die Berichterstellerin oder der Berichtersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig

ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden, sie können aufgehoben oder überarbeitet werden. Sofern eine Überarbeitung erfolgt, können sie im Folgejahr erneut als „Pilot-Regel“ angewendet oder als „harte“ bzw. „weiche“ Regel eingeführt werden.

Fehlermeldung

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

Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die Berichterstellerin oder der Berichtersteller weitergehende Hinweise zu den Handlungsoptionen. Diese werden für jede Regelkategorie formuliert und automatisiert durch den Plausibilisierungsdienst ausgegeben.

Implementierungsvorschrift

Jede Regel wird auch „technisch“, d. h. mit konkretem Bezug zu den jeweils heranzuziehenden XML-Elementen gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die Plausibilisierung direkt in ihren Systemen zur Erfassung der Qualitätsberichtsdaten zu implementieren.

Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition:

>Datenplatzhalter<

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

XML-Element/XML-Pfad:

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
1	Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht	Prüfung gemäß der Qb-R	Diese Regel überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element „Standorte_des_Krankenhauses" angegeben ist.	A-1	Hart	Das XML-Element *>Qualitaetsbericht/Kranken/haus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht<* ist nicht vorhanden, obwohl es sich um einen Gesamtbericht (Standortnummer 99) handelt.	Sollte Ihr Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen und es sich bei diesem Bericht um einen Gesamtbericht handeln, so muss unter A-1 die Standortnummer 99 vergeben werden. In diesem Falle müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Sollte Ihr Krankenhaus über nur einen Standort verfügen, dann muss die Standortnummer 00 verwendet werden.	Es wird der Wert von *>Qualitaetsbericht/Kranken/haus/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer<* ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von *>Qualitaetsbericht/Kranken/haus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht<* gesucht. Wenn dieser Eintrag nicht gefunden wurde, gilt der Test als nicht bestanden. Wenn der Wert ungleich 99 ist, gilt der Test als übersprungen.
2	Zulässige OPS-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.	B-X.7	Weich	• Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter_für_OPS-Code> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überleiger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter_für_OPS-Code> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des OPS-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überlegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den OPS-Code <Datenplatzhalter_für_OPS-Code> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen OPS-Code.	Es wird nach allen Elementen *>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301<* sowie *>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301<* unter *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der OPS-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
3	Zulässige ICD-10-GM-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.	B-X.6	Weich	• Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter_für_ICD-Code> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überleiger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter_für_ICD-Code> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überlegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code <Datenplatzhalter> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.	Es wird nach allen Elementen *>Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10<* unter *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der ICD-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
5	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
6	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
7	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Altenpflegerinnen und Altenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
8	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
9	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegehelferinnen und Pflegehelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
10	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen/- Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.
11	Anzahl der operationstechnischen Assistenz	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Operationstechnischen Assistenz" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<* Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
12	Anzahl der medizinischen Fachangestellten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der medizinischen Fachangestellten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der medizinischen Fachangestellten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Medizinischen Fachangestellten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten. Die Werteangaben in den *>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<* dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
13	Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
14	Anzahl der Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
15	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
16	Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
17	Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung" während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
18	Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
19	Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*
20	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Pilot	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Die Werteangaben in den *>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<* müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* wird überprüft, ob der Wert *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<* angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
21	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
22	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
23	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
24	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
25	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
26	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Entwurf Richtlinien ist nicht in Kraft.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
27	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
28	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
29	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
30	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
31	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
32	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
33	Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
34	Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
35	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
36	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
37	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen-/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
38	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen-/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
39	Anzahl der operationstechnischen Assistenz (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe operationstechnischer Assistenz mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Operationstechnische Assistenz ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
40	Anzahl der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe der perationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und operationstechnischer Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
41	Anzahl der medizinischen Fachangestellten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
42	Anzahl der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
43	Anzahl der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Diplompsychologinnen und Diplompsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Diplompsychologinnen und Diplompsychologen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
44	Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien ist nicht in Kraft.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
45	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
46	Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
47	Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
48	Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
49	Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
50	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien ist nicht in Kraft

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
51	Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe des speziellen therapeutischen Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis und des speziellen therapeutischen Personals ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.4	Hart	Die Felder *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV//Anzahl_VK<* und *>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV//Anzahl_VK<* in *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal<* entsprechen in Summe nicht *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<*	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Der Wert Anzahl Vollkräfte des speziellen therapeutischen Personals für den SP-Schlüssel <Datenplatzhalter> muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV//Anzahl_VK<* wird mit dem Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV//Anzahl_VK<* summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert *>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<* ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
52	Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	Prüfung gemäß der Qb-R	Diese Regel überprüft gemäß Qb-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.	XML-Datei	Weich	In Ihrer geprüften XML-Datei wurde das Zeichen <Datenplatzhalter_Index_Zeichen> in Zeile <Datenplatzhalter> gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entspricht.	In Ihrer geprüften XML-Datei befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Qb-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.	Jedes in der gelieferten XML-Datei befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF-8 Zeichensatzraum überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalitäten des Betriebssystems verwendet werden.
53	Abgleich der Lieferzuständigkeit im Rahmen der Übermittlung der Ergebnisse gemäß plan. QI-RL	Abgleich von Angaben mit externen Listen	Diese Regel überprüft, ob die Lieferung der Indikatorergebnisse aus dem plan. QI Verfahren analog zu den Vorgaben der IQTIG Liste erfolgt ist.	C-1	Hart	• Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan. QI-RL <Datenplatzhalter> wurde ein Eintrag in der geprüften XML-Datei (land) gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt beim IQTIG. • Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan. QI-RL <Datenplatzhalter> wurde ein Eintrag in der geprüften XML-Datei (bund) gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt bei der auf Landesebene beauftragten Stelle. • Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan. QI-RL <Datenplatzhalter> wurde kein Eintrag in der geprüften XML-Datei (bund) gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt beim IQTIG. • Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan. QI-RL <Datenplatzhalter> wurde kein Eintrag in der geprüften XML-Datei (land) gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt bei der auf Landesebene beauftragten Stelle.	Diese Angaben sind entweder vom IQTIG oder der LQS zu übermitteln. Die Prüfung gegen die aktuelle Liste des IQTIG (2018_planQI_Lieferliste.csv) hat eine Abweichung ergeben. Bitte prüfen Sie die Lieferzuständigkeit. Setzen Sie sich hierzu ggf. mit dem IQTIG/der zuständigen LQS in Verbindung. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Stimmt beim Eintrag der Spalte "Uebermittlung" die Ausprägung mit dem Datenlieferanten der Datei überein ("bund" ist gleich XML-Datei-Suffix "_bund" ODER "land" ist gleich XML-Datei-Suffix "_land"), so muss in der zu prüfenden XML-Datei das "Kuerzel_Qualitaetsindikator" unter den Elementen *>Externe_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit]/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator<* zu finden sein. Stimmt beim Eintrag der Spalte "Uebermittlung" die Ausprägung mit dem Datenlieferanten der Datei nicht überein, so darf in der zu prüfenden XML-Datei das "Kuerzel_Qualitaetsindikator" unter den Elementen *>Externe_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit]/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator<* nicht zu finden sein.
55	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (13,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (54 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 13,5 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 54 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Allgemeinstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgelesen: *>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen<.* Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (13,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (54 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
56	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (54,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (218 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 54,5 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 218 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Intensivstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgelesen: *>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen<.* Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (54,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (218 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
57	Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	Wenn-Dann-Regel (Berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass bei Angabe eines OPS-Codes eines mindestmengenrelevanten Leistungsbereichs gemäß der Anlage der Mm-R 2018 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen") entsprechende Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenregelung (C-5.1) erfolgen.	B-X.7, C-5.1	Pilot	In Ihren Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zu den durchgeführten Prozeduren in den Fachabteilungen finden sich mindestmengenrelevante OPS-Kodes gemäß Mm-R für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter>. Jedoch liegen keine Angaben unter C-5.1 Mindestmengen vor.	Bitte prüfen Sie, ob für den mindestmengenrelevanten Leistungsbereich <Datenplatzhalter> entsprechend der dokumentierten mindestmengenrelevanten OPS-Kodes <Datenplatzhalter_für_OPS-Codes> Angaben im Kapitel C-5 des Qualitätsberichts zu erfolgen haben und ergänzen Sie dort ggf. Ihre Angaben. Sollten die mindestmengenrelevanten OPS-Kodes bspw. aufgrund von Verbringungsleistungen dokumentiert sein, sind ggf. keine Anpassungen notwendig.	Es wird nach allen Elementen *>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301<* sowie *>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301<* unter *>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<* gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den OPS-Listen gemäß der Anlage der Mm-R (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1601/Mm-R_2018-05-17_iK-2018-06-08.pdf Version 2018) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen" verglichen. Wenn ein oder mehrere im Qualitätsbericht angegebene OPS-Kodes auf einer OPS-Liste gemäß der Anlage der Mm-R gefunden wurde, wird die Gesamtanzahl des entsprechenden OPS-Kodes aus den Elementen *>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl<* und *>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl<* berechnet. Wenn die Gesamtanzahl 1 übersteigt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*
58	Angabe einer Ausnahme bei Unterschreitung der Mindestmenge	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass eine Ausnahme angegeben ist, wenn die jeweilige Mindestmenge eines Leistungsbereichs unterschritten wird.	C-5.1	Pilot	• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Lebertransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (20) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Nierentransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Stammzelltransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Kniegelenk-Totalendoprothesen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (50) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (14) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben.	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben der Mindestmenge in C-5.1 fehlerfrei in den Bericht übernommen wurde. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, ist eine Ausnahme gemäß Mm-R unter "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" anzugeben.	Es wird geprüft, ob bei Unterschreitung der Mindestmenge zu einem definierten Leistungsbereich gemäß Mm-R, eine jeweilige Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben ist. Es wird geprüft, ob der Wert <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> unter *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<* vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in *>Erbrachte_Menge<* ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (<Datenplatzhalter_Mindestmenge>) wird geprüft, ob ein Wert in *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Ausnahme/MM_Schluessel<* existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> : <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren: "Lebertransplantation" : 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 kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1" : 14

Diese Richtlinie ist nicht in Kraft.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
59	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	Ist-gleich-Regel	Diese Regel überprüft, ob die für das Berichtsjahr angegebenen Leistungsmengen in den mindestmengenrelevanten Leistungsbereichen im Teil C-5.1 mit den jeweiligen Angaben unter C-5.2.2 übereinstimmen.	C-5.1, C-5.2.2	Pilot	Der Wert für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<* stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.2 in *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<* überein.	Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.2 (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt der selbe Wert stehen wie in Abschnitt C-5.1 (Leistungsmenge im Berichtsjahr). Bitte überprüfen Sie die Angaben und übernehmen die korrekte Leistungsmenge an beiden Stellen. Gegebenenfalls ist eine Korrektur nur durch Ihren Softwarehersteller möglich.	Auslesen aller Werte in *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*. Abgleich dieser Liste mit den Werten in *>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<*. Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte *>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<* und *>Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Anhang 4 zu Anlage 1 Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2019

Hintergrund

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

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

Hierzu wird vom G-BA eine internetbasierte Plattform mit einem Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst basiert auf den Regeln, die in diesem Dokument definiert sind und ist technisch in den Annahmeprozess der Datenannahmestelle nach Anlage 2 Qb-R integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst auch für die Berichterstellerinnen und Berichtersteller ab dem Beginn des Anmeldeverfahrens nach Anlage 2 bis zum Ablauf der Frist zur Nachlieferung der Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 6 Qb-R des jeweiligen Berichtsjahres direkt zugänglich: https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Grundsätzliche Fehlertypen bzw. Prüfmethoden:

Fehlertypen sind insbesondere:

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

Prüfmethoden sind insbesondere:

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

Grundsätzliches zur Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in

Form von Regeln. Dabei wird zwischen „harten“ und „weichen“ Prüfklassen und dem „Pilot“ unterschieden. D. h. „harte“ Regeln führen bei Nichtänderung des betroffenen Wertes zur Abweisung der Datei bei der Annahmestelle, während bei „weichen“ und „Pilot-Regeln“ lediglich zur Überprüfung der Eingaben aufgefordert wird. In diesem Fall hätte Nichthandeln keine Konsequenzen im Rahmen der Datenannahme.

Jeder Plausibilisierung ist immer die Schemaprüfung vorangestellt. Erst wenn diese erfolgreich durchlaufen ist und damit eine formale Korrektheit des Datensatzes festgestellt wurde, wird der Plausibilisierungsdienst ausgeführt. Bei Fehlern im Datenschema endet der Prüfprozess mit einer entsprechenden Fehlermeldung aus der Schemaprüfung.

Das Regelwerk zur Plausibilisierung wird, im Sinne eines lernenden Systems, kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei werden Regeln, die erstmalig zum Einsatz kommen oder überarbeitet wurden explizit als „Pilot-Regeln“ gekennzeichnet.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Darstellung der Regeln

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

Nummer

Jeder Regel wird chronologisch eine Nummer zugeordnet. Diese dient der schnellen und eineindeutigen Referenzierung einer Regel. Bereits vergebene Nummern werden auch bei Aufhebung einer Regel nicht erneut vergeben.

Titel der Regel

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

Regelkategorie

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

Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

Berichtsteil

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

Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

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

„hart“: Die Berichterstellerin oder der Berichtsersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

„Pilot“: Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die Berichterstellerin oder der Berichtersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig

ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden, sie können aufgehoben oder überarbeitet werden. Sofern eine Überarbeitung erfolgt, können sie im Folgejahr erneut als „Pilot-Regel“ angewendet oder als „harte“ bzw. „weiche“ Regel eingeführt werden.

Fehlermeldung

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

Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die Berichterstellerin oder der Berichtersteller weitergehende Hinweise zu den Handlungsoptionen. Diese werden für jede Regelkategorie formuliert und automatisiert durch den Plausibilisierungsdienst ausgegeben.

Implementierungsvorschrift

Jede Regel wird auch „technisch“, d. h. mit konkretem Bezug zu den jeweils heranzuziehenden XML-Elementen gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die Plausibilisierung direkt in ihren Systemen zur Erfassung der Qualitätsberichtsdaten zu implementieren.

Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition:

>Datenplatzhalter<

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

XML-Element/XML-Pfad:

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
1	Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht	Prüfung gemäß der Qb-R	Diese Regel überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element „Standorte_des_Krankenhauses“ angegeben ist.	A-1	Hart	Das XML-Element ***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht<*** ist nicht vorhanden, obwohl es sich um einen Gesamtbericht (Standortnummer 99) handelt.	Sollte Ihr Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen und es sich bei diesem Bericht um einen Gesamtbericht handeln, so muss unter A-1 die Standortnummer 99 vergeben werden. In diesem Falle müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Sollte Ihr Krankenhaus über nur einen Standort verfügen, dann muss die Standortnummer 00 verwendet werden.	Es wird der Wert von ***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer<*** ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von ***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortortkontaktdaten_Gesamtbericht<*** gesucht. Wenn dieser Eintrag nicht gefunden wurde, gilt der Test als nicht bestanden. Wenn der Wert ungleich 99 ist, gilt der Test als übersprungen.
2	Zulässige OPS-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.	B-X.7	Weich	• Der angegebene OPS-Code **<Datenplatzhalter_für_OPS-Code>** stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene OPS-Code **<Datenplatzhalter_für_OPS-Code>** ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des OPS-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den OPS-Code **<Datenplatzhalter_für_OPS-Code>** und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen OPS-Code.	Es wird nach allen Elementen ***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301<*** sowie ***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301<*** unter ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der OPS-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
3	Zulässige ICD-10-GM-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.	B-X.6	Weich	• Der angegebene ICD-Code **<Datenplatzhalter_für_ICD-Code>** stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene ICD-Code **<Datenplatzhalter_für_ICD-Code>** ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code **<Datenplatzhalter>** und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.	Es wird nach allen Elementen ***>Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10<*** unter ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der ICD-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
5	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
6	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
7	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Altenpflegerinnen und Altenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
8	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
9	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Pflegehelferinnen und Pflegehelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***

Richtlinien-Entwurf, nicht neu

10	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen-/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
11	Anzahl der operationstechnischen Assistenz	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Operationstechnischen Assistenz" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
12	Anzahl der medizinischen Fachangestellten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der medizinischen Fachangestellten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der medizinischen Fachangestellten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Medizinischen Fachangestellten" des Krankenhauses wird durch die Summe **<Datenplatzhalter>** aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten. Die Werteangaben in den ***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***
13	Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
14	Anzahl der Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
15	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
16	Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.

Diese Richtlinie ist nicht amtlich.

17	Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung" während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
18	Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
19	Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
20	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Weich	Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe **<Datenplatzhalter>** der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Die Werteangaben in den ***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht.
21	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
22	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

23	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
24	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
25	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
26	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien-Version 1.0

27	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
28	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
29	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
30	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien-Version

31	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
32	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
33	Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
34	Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

htlinien-Version ist

35	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
36	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
37	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen-/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
38	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen-/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

htlinien-Version ist

39	Anzahl der operationstechnischen Assistenz (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe operationstechnischer Assistenz mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Operationstechnische Assistenz ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
40	Anzahl der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe der perationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und operationstechnischer Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
41	Anzahl der medizinischen Fachangestellten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
42	Anzahl der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien-Version is

43	Anzahl der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Diplompsychologinnen und Diplompsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Diplompsychologinnen und Diplompsychologen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
44	Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
45	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
46	Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien-Version

47	Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
48	Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
49	Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
50	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Richtlinien-Version

51	Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe des speziellen therapeutischen Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis und des speziellen therapeutischen Personals ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.4	Hart	Die Felder ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und ***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/<*** entsprechen in Summe nicht ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<***	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Der Wert Anzahl Vollkräfte des speziellen therapeutischen Personals für den SP-Schlüssel **<Datenplatzhalter>** muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert ***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
52	Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	Prüfung gemäß der Qb-R	Diese Regel überprüft gemäß Qb-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.	XML-Datei	Weich	In Ihrer geprüften XML-Datei wurde das Zeichen **<Datenplatzhalter_Index_Zeichen>** in Zeile **<Datenplatzhalter>** gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entspricht.	In Ihrer geprüften XML-Datei befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Qb-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.	Jedes in der gelieferten XML-Datei befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF/-8 Zeichensatzraum überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalitäten des Betriebssystems verwendet werden.
55	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (14,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (58 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen **<Datenplatzhalter>** verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 14,5 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen **<Datenplatzhalter>** verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 58 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Allgemeinstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgelesen: ***>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen<.*** Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (13,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (54 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
56	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (79 ml/Patiententag) bzw. doppelten (316 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen **<Datenplatzhalter>** verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 79 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen **<Datenplatzhalter>** verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 316 ml/Patiententag)	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Intensivstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgelesen: ***>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen<.*** Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (54,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (218 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
57	Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	Wenn-Dann-Regel (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass bei Angabe eines OPS-Codes eines mindestmengenrelevanten Leistungsbereichs gemäß der Anlage der Mm-R 2018 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen") entsprechende Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenregelung (C-5.1) erfolgen.	B-X.7, C-5.1	Weich	In Ihren Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zu den durchgeführten Prozeduren in den Fachabteilungen finden sich mindestmengenrelevante OPS-Kodes gemäß Mm-R für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>.** Jedoch liegen keine Angaben unter C-5.1 Mindestmengen vor.	Bitte prüfen Sie, ob für den mindestmengenrelevanten Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** entsprechend der dokumentierten mindestmengenrelevanten OPS-Kodes **<Datenplatzhalter_für_OPS-Codes>** Angaben im Kapitel C-5.1 des Qualitätsberichts zu erfolgen haben und ergänzen Sie dort ggf. Ihre Angaben.	Es wird nach allen Elementen ***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301/<*** sowie ***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301/<*** unter ***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den OPS-Listen gemäß der Anlage der Mm-R (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1601/Mm-R_2018-05-17_iK-2018-06-08.pdf Version 2018) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen" verglichen. Wenn ein oder mehrere im Qualitätsbericht angegebene OPS-Kodes auf einer OPS-Liste gemäß der Anlage der Mm-R gefunden wurde, wird die Gesamtanzahl des entsprechenden OPS-Kodes aus den Elementen ***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl<*** und ***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl<*** berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 1 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlgeschlagen.

Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft.

58	Angabe einer Begründung bei Nichterreichen der Mindestmenge	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass eine Begründung angegeben ist, wenn die jeweilige Mindestmenge eines Leistungsbereichs nicht erreicht wird.	C-5.1	Hart	• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Lebertransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (20) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Nierentransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" gemäß Mm-	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben der Mindestmenge in C-5.1 fehlerfrei in den Bericht übernommen wurde. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, ist eine Begründung gemäß Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" anzugeben.	• Es wird geprüft, ob der Wert **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** unter ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in ***>Erbrachte_Menge<*** ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (Bold <Datenplatzhalter_Mindestmenge> wird geprüft, ob ein Wert in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Begruendung/MM_Schluessel<*** existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. • Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren: • Lebertransplantation : 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 kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1: 14
59	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	Ist-gleich-Regel	Diese Regel überprüft, ob die für das Berichtsjahr angegebenen Leistungsmengen in den mindestmengenrelevanten Leistungsbereichen im Teil C-5.1 mit der jeweiligen Angabe unter C-5.2.2 (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge) übereinstimmen.	C-5.1, C-5.2.2	Hart	Der Wert für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*** stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.2 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** überein.	Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.2 (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt der selbe Wert stehen wie in Abschnitt C-5.1 (Leistungsmenge im Berichtsjahr). Bitte überprüfen Sie die Angaben und übernehmen die korrekte Leistungsmenge an beiden Stellen. Gegebenenfalls ist eine Korrektur nur durch Ihren Softwarehersteller möglich.	Auslesen aller Werte in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<.*** Abgleich dieser Liste mit den Werten in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<.*** Wenn ein Wert (leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte ***>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*** und ***>Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** verglichen. Stimmen diese nicht exakt überein, so gilt der Test als fehlgeschlagen.
60	Berechtigung zur Leistungserbringung	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei einer Angabe von "Ja" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) mindestens eines der Elemente C-5.2.3 - C-5.2.6 mit "Ja" beantwortet wurde.	C-5.2	Pilot	Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<*** ist der Standort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch wurde keines der Elemente C-5.2.3 bis C-5.2.6 mit "Ja" beantwortet.	Bitte prüfen Sie, ob Ihre Angaben für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R unter C-5.2.3 bis C-5.2.6 korrekt sind. Sollte keines dieser Elemente mit "Ja" beantwortet werden, prüfen Sie bitte Ihre Angabe unter C-5.2.1, da der Standort in diesem Fall nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt wäre.	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<*** wird ausgelesen. Ist die Angabe "Ja", werden die Angaben in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<*** geprüft. Entspricht nicht mindestens eine der Eingaben einem "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen.
61	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) (Kapitel C-5.2.5) in Kapitel C-5.2.3 (Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen), Kapitel C-5.2.4 (Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)) sowie C-5.2.6 (Übergangsregelung (§ 8 Mm-R))"Nein" bzw. "Rechtstreit anhängig" angegeben wurde.	C-5.2	Pilot	• Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.5 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<*** haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.5 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefu**	• Wenn die Eingabe in C-5.2.5 "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.3 nur "Nein" oder "Rechtstreit anhängig" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<.*** • Wenn die Eingabe in C-5.2.5 "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.6 nur "Nein" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<.***	Auslesen des Wertes ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<.*** Wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<*** überprüft. Wurde eine dieser Angaben mit "Ja" beantwortet, gilt der Test als fehlgeschlagen.

Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft

62	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass wenn die Werte der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge und der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge jeweils größer oder gleich der Mindestmenge sind, bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.3 "Ja" ausgewählt wurde.	C-5.2	Pilot	Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.2 sind die beiden Werte in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<*** jeweils größer oder gleich der Mindestmenge. Jedoch wurde bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.3 nicht "Ja" angegeben.	Sind sowohl der Wert der erreichten Leistungsmengen des Berichtsjahres als auch der Wert der letzten zwei Quartale des Berichtsjahres und der ersten zwei des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres größer oder gleich den Mindestmengen, ist davon auszugehen, dass bei der bestätigten Prognose "Ja" angegeben werden muss. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe.	• Es wird geprüft, ob die Angaben in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<*** jeweils größer oder gleich der Mindestmenge **<Datenplatzhalter_Mindestmengen>** des jeweiligen Leistungsbereichs **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** unter ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** sind. Trifft dies zu, wird die Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** ausgelesen. Entspricht die Angabe nicht "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen. • Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren: • 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 kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1 : 14
63	Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Auswahl von "Nein" bei der Brrechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) die Angaben in den Kapiteln C-5.2.3 - C-5.2.6 verneint sind.	C-5.2	Pilot	• Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<*** ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<***	• Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.3 "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<.*** • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.4 "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<.*** • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.6 "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<.***	Der Wert ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<*** wird ausgelesen. Ist die Angabe "Nein", werden die Angaben in ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<*** und ***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<*** geprüft. Wird bei mindestens einem dieser Elemente "Ja" angegeben, dann gilt der Test als nicht bestanden.
64	Prüfung der Angabe zur Teilnahme an der Notfallstufe bzw. der Spezialversorgung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, ob bei einer Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen mindestens eine Angabe zur Teilnahme an einer Notfallstufe oder zur Teilnahme an dem Modul der Spezialversorgung vorliegt.	A-14.1, A-14.3	Pilot	Sie haben das Element ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** noch wird unter ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<*** eine Angabe gemacht.	Wenn das Element ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** ausgewählt wurde muss mindestens ein Element unter ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** oder unter ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<*** vorhanden sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen Sie ggf. fehlende Elemente.	Es wird nach dem Element ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** oder ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<*** vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.
65	Prüfung der Angabe von mindestens einer Notfallstufe	Wenn-Dann-Regel	Die Regel überprüft, dass bei der Teilnahme an einer Notfallstufe mindestens eine der Stufen Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) angegeben wird.	A-14.1	Pilot	Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zur Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung unter ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet<*** ist Ihr Krankenhaus einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet. Jedoch liegen keine Angaben zu mindestens einer Stufe der Notfallversorgung vor.	Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in Kapitel A-14.1 und geben Sie mindestens eine der drei Notfallstufen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) an.	Es wird nach dem Element ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet<*** gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1<*** oder ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2<*** oder ***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3<*** vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.

Diese Richtlinie ist nicht mehr in Kraft

Anlage 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2018

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: 0 61 04/94 73 64 00
Telefax: 0 61 04/60 05 03 00
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 Internetformular.
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.	Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Berichtsteil A-1: – Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation: Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 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. – Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben.

Diese Nichtfassung-Version ist nicht mehr in Kraft.

	– 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 Institutionskennzeichen 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 krankenhausbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
8.	Krankenhäuser, die versäumt haben, sich in der in Nummer 2 genannten Frist ordnungsgemäß anzumelden, können sich innerhalb der in § 6 Absatz 3 Buchstabe c Qb-R vorgesehenen Übermittlungsfrist bei der Annahmestelle anmelden. Für diese Anmeldung gelten die Nummern 1, 3, 4 und 7 entsprechend. Dabei haben die Krankenhäuser sicherzustellen, dass die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess (Institutionskennzeichen und Standortnummer) des jeweiligen Standorts, mit denen übereinstimmen, die für das jeweilige Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen vorliegen. Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Darüber hinaus aktualisiert sie die abschließende Liste (gemäß Nummer 5) und übermittelt diese an die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 1 (alle Berichtsteile außer C-1)
9.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

10.	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.
11.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
12.	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)
13.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Nummer 3, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
14.	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.
15.	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.
16.	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 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019

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 G-BA 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: 0 61 04/94 73 64 00
Telefax: 0 61 04/60 05 03 00
E-Mail: Hotline-qb@itsg.de

Aufgaben der Annahmestelle

Die Annahmestelle nimmt die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. Zu den Aufgaben der Datenannahmestelle gehören insbesondere die Umsetzung des Datenlieferverfahrens sowie eines technischen Supports für Anfragen von Krankenhäusern. Sämtliche Prozesse, die das Datenlieferverfahren der Qualitätsberichte betreffen, sowie dessen Änderungen erfolgen in Abstimmung mit dem G-BA. Dem G-BA ist darzulegen, dass die Datenverarbeitung gemäß der aktuellen Datenschutzgesetzgebung erfolgt.

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Internetformular.
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.	Eine Anmeldung während des Anmeldezeitraums ist nur für Krankenhäuser erforderlich, die sich nicht bereits im zurückliegenden Berichtsjahr registriert haben. Alle anderen Krankenhäuser können sich unter Verwendung der vorhandenen Zugangsdaten während des Anmeldezeitraums gemäß Nummer 2 bzw. Nummer 9 direkt einloggen und müssen lediglich die Aktualität der gemachten Angaben prüfen sowie bestätigen, dass für das aktuelle Berichtsjahr ein Qualitätsbericht abgegeben wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.	Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Kapitel A-1: – Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation: Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V teil, werden das im Berichtsjahr gültige IK und die Standortnummer angegeben. Diese Angabe muss der Angabe aus Kapitel A-1, I.2 entsprechen. – Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben. – Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts, Ansprechperson, Telefonnummern, E-Mail-Adressen; sofern ein Gesamtbericht angemeldet wird, sind das IK und die Adress- und Kontaktdaten des Hauptstandorts sowie die IK, die Standortnummern und die Kontaktdaten aller einzelnen Standorte anzugeben). – Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag).
5.	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). Die Zugangsdaten können vom Krankenhaus zu dem im aktuellen Zeitstrahl jeweils vorgesehenen Zeitraum geändert werden. Bei fehlendem Zugriff auf die hinterlegte E-Mail-Adresse wird ein aufwandsarmes Verfahren zur Neuanlegung einer Zugangsberechtigung umgesetzt.
6.	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 Institutionskennzeichen 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.
7.	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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

8.	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
9.	Krankenhäuser, die versäumt haben, sich in der in Nummer 2 genannten Frist ordnungsgemäß anzumelden, können sich innerhalb der in § 6 Absatz 3 Buchstabe c Qb-R vorgesehenen Übermittlungsfrist bei der Annahmestelle anmelden. Für diese Anmeldung gelten die Nummern 1, 3, 4, 5 und 8 entsprechend. Dabei haben die Krankenhäuser sicherzustellen, dass die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess (Institutionskennzeichen und Standortnummer) des jeweiligen Standorts mit denen übereinstimmen, die für das jeweilige Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen vorliegen. Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Darüber hinaus aktualisiert sie die abschließende Liste (gemäß Nummer 5) und übermittelt diese an die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 1 (alle Kapitel außer C-1)
10.	In den Übermittlungszeiträumen gemäß § 6 Qb-R können angemeldete bzw. registrierte Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte in einem geschützten Bereich auf einem Datenannahmeportal hochladen und damit an die Annahmestelle übermitteln. Krankenhäuser können innerhalb der Übermittlungsfristen mehrere Berichte hochladen, z. B. um die Datei zu korrigieren. Der neue Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.
11.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
12.	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.
13.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
14.	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. Die Annahmestelle teilt dem Krankenhaus darin mit, ob bisher keine korrekte Datenlieferung erfolgte, die gelieferte Datei fehlerhaft ist oder die in der Registrierung eines Gesamtberichts genannten Standort(e) ihren standortspezifischen Qualitätsbericht, noch nicht geliefert haben.
15.	Nach Abschluss der Übermittlungszeiträume gemäß § 6 Qb-R erhält das Krankenhaus eine Übersicht über die gelieferten Qualitätsberichte.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 2 (Kapitel C-1)
16.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Nummer 4, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
17.	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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

18.	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.
19.	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 jeden 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) [1]Die Positivliste wird durch ein Antragsverfahren für jedes Berichtsjahr aktualisiert. [2]Beantragt werden kann die Anpassung der Positivliste an die im Berichtsjahr vorliegenden Umstände. [3]Dies umfasst die Aufnahme oder Streichung eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses oder Standortes im Sinne von § 2 Qb-R auf oder von der Positivliste.

(2) Antragsberechtigte Stellen sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und ihre Verbände, Krankenkassen und ihre Verbände, Landesplanungsbehörden, die auf Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-Richtlinie sowie das Institut nach § 137a SGB V (im Folgenden Antragsteller).

(3) Die Antragsfrist beginnt unmittelbar mit der Veröffentlichung der Positiv-Liste für das vorangegangene Berichtsjahr auf den Internetseiten des G-BA und endet am 1. März des folgenden Jahres.

(4) [1]Der Antrag ist nach Maßgabe des Vordrucks [Anhang] zu begründen und mit für den Nachweis geeigneten Belegen an die G-BA-Geschäftsstelle zu übermitteln. [2]Für den Nachweis geeignete Belege, insbesondere bei Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste, sind zum Beispiel der für das Berichtsjahr gültige Krankenhausplan, der Feststellungsbescheid oder andere Nachweise über den Versorgungsauftrag. [3]Werden Anträge von Antragsstellern eingereicht, die nicht von dem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus stammen, welches im Antrag näher bezeichnet ist,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

fordert die G-BA-Geschäftsstelle das betroffene Krankenhaus schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des beantragten Sachverhalts zur Stellungnahme nach Maßgabe des Vordrucks [Anhang] und zur Übermittlung geeigneter Belege nach Satz 1 auf. [4]Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. [5]Nach Abschluss der Antragsfrist und - sofern ein Stellungnahmeverfahren nach Satz 3 durchgeführt wurde – nach Ablauf der Stellungnahmefrist, stellt die G-BA-Geschäftsstelle unverzüglich die eingegangenen Rückmeldungen für die Beratungen im G-BA zusammen. [6]Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet über die Aktualisierung der Positivliste auf Grundlage der vorhandenen Informationen. [7]Liegen zum Zeitpunkt dieser Entscheidung keine Belege des Krankenhauses gemäß Satz 1 vor, für welches ein Antrag auf Aktualisierung durch einen Dritten gestellt wurde und welches gemäß Satz 3 beteiligt wurde, wird davon ausgegangen, dass die beantragte Aktualisierung zutreffend ist.

§ 3 Beschluss über die Aufnahme auf die Liste nach § 8 Absatz 1 Qb-R

(1) Die Annahmestelle übermittelt der G-BA-Geschäftsstelle unmittelbar nach dem Fristablauf gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 3 Qb-R oder, sofern ein Nachlieferverfahren durchgeführt wird, nach Ablauf der Frist zur Nachlieferung der Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 6 Qb-R eines jeden Berichtsjahres, beginnend für das Berichtsjahr 2015, eine elektronische Liste der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und deren Standorte gemäß § 2 Qb-R, für die Qualitätsberichte angenommen wurden (im Folgenden abschließende Lieferliste).

(2) [1]Auf Grundlage des Abgleichs der Positivliste mit der abschließenden Lieferliste gemäß Absatz 1 des jeweiligen Berichtsjahres entscheidet der G-BA über die ordnungsgemäße Lieferung des Qualitätsberichts sowie über die Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste gemäß § 8 Absatz 1 Qb-R. [2]Im 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. [2]Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 8 Absatz 1 Qb-R auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September.

(3) Abweichend von Absatz 2 werden zur Ermittlung fehlender Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2015 zusätzlich die im Rahmen des Antragsverfahrens für das Berichtsjahr 2016 gemäß § 2 getroffenen Feststellungen, sofern sie bereits das Berichtsjahr 2015 betreffen, berücksichtigt.

§ 4 Stellungnahmeverfahren für das Berichtsjahr 2014

Für das Berichtsjahr 2014 wird kein Verfahren zur Erstellung der Liste nach § 8 Absatz 1 Qb-R (a. F.) nach Anlage 3 (a. F.) durchgeführt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang zu Anlage 3 Qb-R

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und elektronisch aus und senden Sie es an gs@g-ba.de.

1. Antragsteller gemäß § 2 Absatz 2 Anlage 3	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	

2. Antrag wird gestellt für folgendes Krankenhaus (Für jedes Krankenhaus ist ein eigener Antrag auszufüllen.)	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen (IK)	

3. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V (Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	☐ Ja ☐ Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	☐ Ja
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	☐ Ja
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	☐ Ja

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4. Antrag auf Änderung der Positivliste (Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.)	
Antrag auf Aufnahme (z. B. Aufnahme eines Krankenhauses, Standortes)	☐ Wenn ja, welche:
Antrag auf Streichung (z. B. Streichung eines Krankenhauses, Standortes)	☐ Wenn ja, welche:
Andere Korrektur (z. B. Änderung von IK, Name, Adresse, Sonstiges)	☐ folgende Namensänderung: ☐ folgende IK-Änderung: ☐ folgende Adressänderung: ☐ folgende sonstige Änderung:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5. Aktuelle Darstellung in der Positivliste (Bitte nur ausfüllen, sofern und soweit das Krankenhaus auf der Positivliste aktuell geführt ist.)						
Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6. Beantragte Darstellung in der Positivliste						
Haupt-IK	SO-Nr.	Krankenhausname	Straße	Nr.	PLZ	Ort

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7. Belege/Nachweise Gemäß § 2 Absatz 4 Anlage 3 Qb-R sind für den Nachweis geeignete Belege zu übermitteln. Beispielsweise sind bei der Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste der für das Berichtsjahr gültige Krankenhausplan, der Feststellungsbescheid oder andere Nachweise über den Versorgungsauftrag geeignete Belege. Folgende **Nachweise** sind beigefügt:

Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise und Beispielformulare, abrufbar unter https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.