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

zuletzt geändert am 6. Oktober 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 01.12.2021 B3)
in Kraft getreten am 2. Dezember 2021

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

**Inhalt**


§ 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand ..... 3
§ 2 Ziele ..... 3
§ 3 Begriffsbestimmungen ..... 3
§ 4 Berichtspflicht ..... 4
§ 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts ..... 4
§ 6 Datenformat des Qualitätsberichts ..... 4
§ 7 Annahmestelle für den Qualitätsbericht ..... 5
§ 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts ..... 6
§ 9 Schemaprüfung und Plausibilisierung ..... 7
§ 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts ..... 7
§ 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte ..... 8
§ 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr ..... 8
§ 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht ..... 9
§ 14 Datenschutz ..... 9
§ 15 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses ..... 10
§ 16 Übergangsregelungen ..... 10
§ 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie ..... 10

**Anlagenübersicht ..... 12**


Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## § 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die nachfolgenden Regelungen auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 sowie Absatz 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Gegenstand dieser Regelungen sind der Inhalt, der Umfang und das Datenformat sowie das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung des jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.

## § 2 Ziele

[1]Zielsetzung des Qualitätsberichts ist eine Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus. [2]Der Qualitätsbericht ist eine Informations- und Entscheidungshilfe sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringer im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung.

## § 3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Regelungen bezeichnet der Ausdruck:

1. „Krankenhaus“ ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einem oder mehreren Standorten;
2. „Standortverzeichnis“ das bundesweite Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V;
3. „Standortnummer“ das jeden Standort eines Krankenhauses gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V eindeutig identifizierende Kennzeichen;
4. „Krankenhausstandort“ den Standort eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, der im Standortverzeichnis mit einer Standortnummer mit dem Vorgabewert 000 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird;
5. „Standortbericht“ die Daten des standortspezifischen Qualitätsberichts eines Krankenhauses;
6. „Gesamtbericht“ die Daten des standortübergreifenden Qualitätsberichts eines Krankenhauses, der unter Einbeziehung aller standortspezifischen Daten eine Zusammenfassung aller Standortberichte enthält;
7. „Qualitätsbericht“ die Daten der Standortberichte sowie des Gesamtberichts;
8. „Annahmestelle Qb“ die vom G-BA gemäß § 7 beauftragte Stelle;
9. „Berichtsjahr“ das Kalenderjahr, über das im Qualitätsbericht zu berichten ist;
10. „Erstellungsjahr“ das dem Berichtsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht erstellt wird;
11. „Veröffentlichungsjahr“ das dem Erstellungsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht veröffentlicht wird;

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

12. „QS-Stellen“ die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach den jeweiligen Richtlinien des G-BA beauftragten Stellen;
13. „DeQS-Datenannahmestellen“ die jeweilige Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL);
14. „Übermittelnde Stellen“ die DeQS-Datenannahmestellen, die QS-Stellen und die Krankenhäuser.

## § 4 Berichtspflicht

(1) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort, der am 30. September des Berichtsjahres und am 1. Oktober des Erstellungsjahres mit einer gültigen Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, einen Standortbericht nach Maßgabe des § 8 zu erstellen und an die Annahmestelle Qb zu übermitteln.

(2) Für den Fall, dass eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des Erstellungsjahres geschlossen wird oder die Versorgung von Patienten einstellt, müssen die Angaben zu den Teilen A und B der betreffenden Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

## § 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts

(1) [1]Der Qualitätsbericht besteht aus den Teilen A, B und C. [2]In Teil A sind die Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhausstandortes anzugeben, in Teil B die Struktur- und Leistungsdaten der jeweiligen Organisationseinheiten sowie der jeweiligen Fachabteilungen und in Teil C erfolgen Angaben zur Qualitätssicherung.

(2) [1]Das Nähere zum Inhalt des Qualitätsberichts ist in der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit ihren Anhängen geregelt. [2]Die Auswahllisten, auf die in der Anlage Bezug genommen wird, sind im Anhang 2 zur Anlage geregelt. [3]Die im Berichtsjahr zu veröffentlichenden Kennzahlen und Qualitätsindikatoren sind im Anhang 3 zur Anlage definiert.

(3) [1]Soweit nicht in der Anlage etwas anderes bestimmt ist, beziehen sich die Angaben im Qualitätsbericht auf das Berichtsjahr. [2]Das gilt insbesondere für Angaben mit Bezug zu Verträgen, Klassifikationssystemen oder G-BA-Richtlinien. [3]Bei den in der Anlage bestimmten Inhalten des Qualitätsberichts handelt es sich um verbindliche Angaben, soweit sie nicht als freiwillige Angaben oder Freitextfelder zur Kommentierung und Erläuterung gekennzeichnet sind.

## § 6 Datenformat des Qualitätsberichts

[1]Der Qualitätsbericht ist nach Maßgabe der Anlage im XML-Format zu erstellen. Die technischen Vorgaben sind in der Datensatzbeschreibung definiert. [2]Die im jeweiligen Berichtsjahr geltende Datensatzbeschreibung wird im Auftrag des G-BA erstellt und vom G-BA beschlossen und veröffentlicht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## § 7 Annahmestelle für den Qualitätsbericht

(1) Die vom G-BA beauftragte Annahmestelle Qb hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Errichtung und Betrieb einer internetbasierten Plattform sowie technische Unterstützung und Beratung der übermittelnden Stellen zu den üblichen Arbeitszeiten insbesondere im Rahmen der Datenübermittlung.
2. Vorbelegung der Registrierungsdaten der Krankenhäuser bis zum 31. Mai des Erstellungsjahres mit den Daten der stichtagsbezogenen Abfrage des Standortverzeichnisses vier Monate nach dem 30. September des Berichtsjahres.
3. Annahme der von den übermittelnden Stellen gelieferten XML-Daten. Die Annahmestelle Qb versendet unverzüglich nach erfolgreicher Prüfung gemäß § 9 eine Quittung der Datenannahme für alle angenommenen Dateien per E-Mail. Übermittelnde Stellen können innerhalb der Übermittlungsfristen wiederholt Berichte hochladen. Ein gemäß § 9 angenommener Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.
4. Prüfung der von den übermittelnden Stellen gelieferten XML-Daten nach § 9 durch Schemaprüfung und Plausibilisierung sowie unverzügliche Mitteilung des Prüfergebnisses an die jeweils übermittelnde Stelle.
5. Automatische Erstellung der Gesamtberichte gemäß § 8 Absatz 2.
6. Versand von Erinnerungs-E-Mails an die übermittelnden Stellen insbesondere 14 Tage vor Ablauf der Fristen gemäß § 8 Absatz 3 und 6.
7. Erstellung einer zur Veröffentlichung gemäß § 11 Absatz 1 geeigneten lesbaren PDF-Version des Qualitätsberichts auf Basis der unveränderten XML-Daten.
8. Krankenhausbezogene Zusammenführung und Bereitstellung der angenommenen und zur Veröffentlichung vorgesehenen Qualitätsberichte für den in § 10 genannten Empfängerkreis.
9. Erstellung und Übermittlung der Liste gemäß § 13 Absatz 5.
10. Jährliche Information des G-BA über besondere Ereignisse im Rahmen der Aufgabenerfüllung.

(2) Die Annahmestelle Qb erhebt und verarbeitet die zur Identifikation der berichtspflichtigen Krankenhäuser und ihrer Standorte erforderlichen Daten durch eine Abfrage des Standortverzeichnisses zu den Stichtagen gemäß § 4 Absatz 1. Die Abfrage hat jeweils vier Monate nach dem 30. September des Berichtsjahres und dem 1. Oktober des Erstellungsjahres zu erfolgen.

(3) [1]Der Zugang zur internetbasierten Plattform wird nur für berechtigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt. [2]Der Zugriff auf relevante Services und Informationen wird über ein zentral administrierbares Rollen- und Rechtesystem gesteuert. [3]Voraussetzung für jede Art der Nutzung der Annahmestelle Qb ist eine für das jeweilige Berichtsjahr gültige Registrierung der berechtigten Nutzer. [4]Die Zugangsdaten der Nutzer können jederzeit geändert werden. [5]Übermittelnde Stellen können sich für das jeweilige Berichtsjahr ab dem 1. Juni jederzeit bis spätestens zum 15. Dezember des Erstellungsjahres registrieren.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## § 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts

(1) Berichtspflichtige Krankenhäuser gemäß § 4 haben die Standortberichte mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben jährlich unter Berücksichtigung der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit den Anhängen zu erstellen.

(2) Für jedes Krankenhaus, das nach § 4 Absatz 1 mit mehr als einem Standort mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, wird zusätzlich von der Annahmestelle Qb auf Grundlage der übermittelten Standortberichtsdaten ein Gesamtbericht automatisch generiert.

(3) [1]Die Krankenhäuser haben die Standortberichte mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. [2]Zur Übermittlung des Standortberichts an die Annahmestelle Qb melden sich die Krankenhäuser in der internetbasierten Plattform der Annahmestelle Qb an und prüfen die von der Annahmestelle Qb automatisiert im Standortverzeichnis abgefragten Daten zur Identifikation des Krankenhauses und seiner Standorte. [3]Die vorbelegten Registrierungsdaten der Krankenhäuser und ihrer Standorte können mit Ausnahme der Standortnummer im Rahmen der Registrierung für das jeweilige Berichtsjahr geändert oder bestätigt werden. [4]Dabei ist von den Krankenhäusern sicherzustellen, dass die Registrierungsdaten ihrer Standorte für den Qualitätsbericht mit denen der QS-Stellen übereinstimmen. [5]Die Annahmestelle Qb ermöglicht die hierzu notwendige Kommunikation zwischen den übermittelnden Stellen sowie ggf. notwendige Korrekturen. [6]Mit Beginn des Übermittlungszeitraums gemäß Satz 1 gelten die zu dem Zeitpunkt hinterlegten Daten als bestätigt. [7]Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen können ohne Angabe von Gründen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.

(4) [1]Die Erstellung der in Kapitel C-1 der Anlage festgelegten Angaben erfolgt durch die jeweils zuständigen QS-Stellen mit den im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhobenen Daten. [2]Die Angaben des Kapitels C-1 sind von der jeweils zuständigen QS-Stelle zum 10. November des Erstellungsjahres an die DeQS-Datenannahmestellen zu übermitteln.

(5) [1]Die Daten der einzelnen Verfahren sind von den DeQS-Datenannahmestellen standortbezogen zusammenzuführen, um Angaben des Kapitels C-1.1 der Anlage zu ergänzen, auf Vollständigkeit zu überprüfen und dem Krankenhaus bis zum 15. November des Erstellungsjahres zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung zu stellen. [2]In Abhängigkeit vom Verfahren sind die Datensätze vorher zu depseudonymisieren. [3]Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November des Erstellungsjahres die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. [4]Die DeQS-Datenannahmestellen melden die Kommentare der Krankenhäuser, sofern aufgrund des zugrundeliegenden Verfahrens erforderlich, in pseudonymisierter Form unverzüglich an die jeweils mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle weiter. [5]Diese können bis zum 10. Dezember des Erstellungsjahres Korrekturen vornehmen und die korrigierten Datensätze an die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln.

(6) Die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## § 9 Schemaprüfung und Plausibilisierung

(1) [1]Die Annahmestelle Qb überprüft die übermittelten XML-Daten auf Fehler im Datenschema. [2]Werden Fehler im Datenschema festgestellt, werden die übermittelten XML-Daten nicht angenommen. [3]Die Annahmestelle Qb teilt das Prüfergebnis den übermittelnden Stellen unverzüglich mit.

(2) [1]Werden im Rahmen der Schemaprüfung nach Absatz 1 keine Fehler festgestellt, erfolgt durch die Annahmestelle Qb eine Plausibilisierung, bei der anhand berichtsjahresspezifischer Plausibilisierungsregeln das XML-Format auf Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten überprüft wird. [2]Der jeweils berichtsjahresspezifische Plausibilisierungsdienst steht den übermittelnden Stellen bereits während der Berichtserstellung vom 12. Juli des Erstellungsjahres bis zum 31. Mai des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung. [3]Die im jeweiligen Berichtsjahr geltenden Plausibilisierungsregeln werden im Auftrag des G-BA technisch umgesetzt und sind im Anhang 4 zur Anlage geregelt.

(3) [1]Das Prüfergebnis der Plausibilisierung und etwaige Handlungsanweisungen bei Regelabweichungen werden dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 den DeQS-Datenannahmestellen zur Weiterleitung an die jeweilige QS-Stelle unverzüglich mitgeteilt. [2]Bei Abweichungen von Plausibilisierungsregeln, die nach Anhang 4 zur Anlage als „weich“ oder als „Pilot“ klassifiziert sind, kann das Krankenhaus eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung vornehmen. [3]Die Annahme der XML-Daten bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. [4]Bei Regelabweichungen von den in Anhang 4 zur Anlage als „hart“ klassifizierten Plausibilisierungsregeln muss eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung erfolgen. [5]Werden von den übermittelnden Stellen die Daten nach Satz 4 nicht nach Maßgabe der Handlungsanweisung korrigiert, werden die übermittelten XML-Daten nicht angenommen.

## § 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts

(1) Die Annahmestelle Qb stellt gleichzeitig dem G-BA, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden, dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten 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 übermittelten Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie nach dem Ende des Berichtigungszeitraums vollständig und unverändert zur Verfügung.

(2) Der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V erhalten bereits während des Übermittlungszeitraums Zugriff auf die übermittelten Qualitätsberichte.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## § 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte

(1) Die von der Annahmestelle Qb bereitgestellten Qualitätsberichte werden jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres vom G-BA in Form einer lesbaren PDF-Version im Internet in der Referenzdatenbank des G-BA veröffentlicht.

(2) Daneben sind die Qualitätsberichte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung ebenfalls jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres im Internet zu veröffentlichen.

(3) [1]Die Veröffentlichung des Qualitätsberichts ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. [2]Sie kann technische Verknüpfungen zur Internetseite des Krankenhauses enthalten, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(4) [1]Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 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.

(5) Das Krankenhaus hat seinen aktuellen Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

(6) [1]Der G-BA stellt die vollständigen Qualitätsberichtsdaten aller Berichtsjahre zur Verfügung. [2]Das Nähere zur Bereitstellung und Weiterverwendung der XML-Daten legt der G-BA in Allgemeinen Nutzungsbedingungen fest.

## § 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr

(1) [1]Das Krankenhaus kann einen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelten Standortbericht durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle Qb bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres berichtigen. [2]Abweichend von Satz 1 kann das Krankenhaus jederzeit eine Berichtigung oder Löschung vorhandener personenbezogener Daten vornehmen. [3]Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. [4]Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend.

(2) [1]Die DeQS-Datenannahmestellen können ein bis zum 15. Dezember übermitteltes Kapitel C-1 durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle Qb bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres berichtigen. [2]Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit der DeQS-Datenannahmestelle ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. [3]Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend. [4]Bei Berichtigungen des C-1-Kapitels durch eine DeQS-Datenannahmestelle hat diese das betroffene Krankenhaus zu informieren. [5]Dem Krankenhaus ist entsprechend § 8 Absatz 5 Satz 3 die Möglichkeit zur Fehlerprüfung und Kommentierung des berichtigten C-1-Kapitels zu geben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(3) [1]Die berichtigten und angenommenen Standortberichte und die Gesamtberichte sind von der Annahmestelle Qb unverzüglich dem Empfängerkreis im Sinne des § 10 zur Verfügung zu stellen. [2]Die veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 aktualisieren unverzüglich ihre Veröffentlichungen der Qualitätsberichte.

## § 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht

(1) Die Berichtspflicht gilt als erfüllt, wenn der Standortbericht fristgerecht gemäß § 8 Absatz 1 oder § 12 übermittelt und nach § 9 angenommen wurde.

(2) [1]Folge der Verletzung der Berichtspflicht ist die standortbezogene Veröffentlichung der Information, dass kein Qualitätsbericht des Krankenhausstandortes vorliegt. [2]Die standortbezogene Veröffentlichung ist spätestens nach 3 Jahren zu löschen.

(3) [1]Bei einer wiederholten Verletzung der Berichtspflicht im Folgejahr erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres. [2]Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im darauffolgenden Jahr erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von zwei Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des jeweiligen Berichtsjahres.

(4) [1]Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. [2]Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1-Kapitels gemäß § 8 Absatz 6.

(5) [1]Die Annahmestelle Qb erstellt jährlich bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres auf Basis der Abfrage des Standortverzeichnisses gemäß § 7 Absatz 2 eine Liste der Krankenhausstandorte, für die kein Qualitätsbericht vorliegt und stellt diese dem G-BA zur Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht zur Verfügung. [2]Die Liste enthält auch Informationen darüber, ob für alle berichtspflichtigen Standorte Datenlieferungen zum Kapitel C-1 erfolgt sind.

(6) [1]Krankenhausstandorte, die gemäß Absatz 5 gelistet wurden, werden vom G-BA schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Stellungnahme aufgefordert. [2]Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. [3]Nach Ablauf der Stellungnahmefrist entscheidet der G-BA unverzüglich, ob eine Verletzung der Berichtspflicht vorliegt und eine Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste nach Absatz 2 erfolgt. [4]Berichtigungen gemäß § 12 werden dabei berücksichtigt. [5]Die Veröffentlichung der Liste auf den Internetseiten des G-BA erfolgt bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.

(7) Wird auf Grundlage der Liste nach Absatz 5 festgestellt, dass für einen Krankenhausstandort keine C-1-Daten vorliegen, kann der G-BA die zuständige übermittelnde Stelle auffordern, hierzu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben und die C-1-Daten nachzuliefern.

## § 14 Datenschutz

(1) [1]Die Krankenhäuser sind gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V befugt und verpflichtet, die in der Anlage vorgesehenen personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer zu verarbeiten. [2]Die Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten des Krankenhauses ist erforderlich, da der Qualitätsbericht ein einrichtungsbezogener Bericht des Krankenhauses ist, der dazu dient, Transparenz über die erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnisse herzustellen. [3]Die Verarbeitung personenbezogener Daten von

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Krankenhausmitarbeitern ist erforderlich, um Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Fachkolleginnen und Fachkollegen die Möglichkeit zu geben, mit den für die Leistungserbringung verantwortlichen Personen in Kontakt treten zu können.

(2) [1]Sind nach der Anlage Zahlen mit Patientenbezug (zum Beispiel die OPS-Anzahl oder die Fallzahl pro Leistungsbereich) anzugeben und ist die entsprechende anzugebende Zahl kleiner als 4, aber nicht Null, ist anstelle der konkreten Zahl die Angabe „< 4“ zu machen. [2]In der Summenbildung des Gesamtberichts sind diese Angaben nicht zu berücksichtigen. [3]Stattdessen ist im Gesamtbericht zusätzlich zu der Angabe der Gesamtsumme die Angabe „+ < 4“ zu machen.

## § 15 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses

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

## § 16 Übergangsregelungen

(1) [1]Für die Berichtsjahre 2018 und 2019 finden die §§ 1 bis 10 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser und die Anlagen und Anhänge in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 22.12.2020 B5) weiter Anwendung. [2]Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr Anhang in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 22.12.2020 B5) keine Anwendung.

(2) [1]Für das Berichtsjahr 2020 finden die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in der Fassung vom 15. August 2006 (BAnz S. 6361), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 03.06.2020 B3) und die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 23.03.2017 B2), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 29.05.2020 B9) mit der Maßgabe weiter Anwendung, dass abweichend von § 8 Absatz 4 bis 6 die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen die zugehörigen Daten dem Krankenhaus bis zum 15. November zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung stellen und anschließend die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze bis zum 15. Dezember direkt an die Annahmestelle Qb übermitteln. [3]Darüber hinaus können abweichend von § 12 Absatz 2 die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen die Daten nach Satz 1 für das Kapitel C-1 berichtigen; es gelten die Fristen gemäß § 12 Absatz 2.

(3) [1]In der Annahmestelle Qb erfolgt für das Berichtsjahr 2020 abweichend von § 7 Absatz 1 Nummer 2 die Vorbelegung der Registrierungsdaten der Krankenhäuser mit den Daten der stichtagsbezogenen Abfrage des Standortverzeichnisses bis zum 18. Juli des Erstellungsjahres. [2]Übermittelnde Stellen können sich dort abweichend von § 7 Absatz 3 für das Berichtsjahr 2020 ab dem 19. Juli jederzeit bis spätestens zum 15. Dezember des Erstellungsjahres registrieren.

## § 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die veröffentlichenden Stellen nach § 11 haben in ihren Veröffentlichungen darauf hinzuweisen, dass die Qualitätsberichtsdaten für die Berichtsjahre 2019 und 2020 in Folge der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Covid-19-Pandemie nicht vollständig, und damit für Vorjahresvergleiche nur eingeschränkt nutzbar sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

**Anlagenübersicht**

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts

Anhang 1 zur Anlage: Datensatzbeschreibung

Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten

Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anhang 4 zur Anlage: Plausibilisierungsregeln

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 Richtlinienversion 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 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.

### 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 ist 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 Qualitäts-indikators „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 Richtlinie Vers… t 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* |

Diese Richtlinie in dieser Version ist nicht mehr in Kraft.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

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

### A-9 Anzahl der Betten

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 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.

### 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) |

Dokument 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 Qualitäts-indikators „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 |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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

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 -<br>**(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;<br>**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:<br>(1 -<br>**(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;<br>**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).)<br>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%*<br>*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%*<br>*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*<br>*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:*<br>*- Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß* | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *über das übliche Maß hinausging.*<br>*- Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.*<br>*- 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:<br>(1-<br>**(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<br>**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))<br>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:<br>(1-<br>**(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<br>**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))<br>x 100 | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| *Beispiel:* | | | | |
| *Geriatrie* | *Station 1A* | Tagschicht | *(1-(20/365))*100 = 94,52 %*<br>*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 %*<br><br>*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.

**Anlage Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020**

**Inhalt**


**Allgemeine Hinweise ..... 5**

**1. Erläuterungen zur Berichterstellung ..... 5**

**2. Umfang und Format des Qualitätsberichts ..... 6**

**3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts ..... 6**

**A. Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts ..... 9**

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 12
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen 12
A-7.2 Konkrete 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 13


Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-10 Gesamtfallzahlen 13
A-11 Personal des Krankenhauses 14
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte 15
A-11.2 Pflegepersonal 16
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik 17
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal 18
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 18
A-12.1 Qualitätsmanagement 18
A-12.1.1 Verantwortliche Person 18
A-12.1.2 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 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
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) 27
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement 27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 28
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 29
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium 29


Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.5.2 Verantwortliche Person 29
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal 30
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen 30
A-13 Besondere apparative Ausstattung 31
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 32
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe 32
A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung 33
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung 33
A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) 34

**B. Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ..... 35**

B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung 35
B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten 36
B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 36
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 36
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD 37
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 37
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 38
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 40
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 40
B-[X].11 Personelle Ausstattung 41
B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte 42
B-[X].11.2 Pflegepersonal 43
B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 45

**C Qualitätssicherung ..... 47**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 47
C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 47
C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten 48
C-1.1.2 Übermittlung der Daten 48
C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen 49
C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung 49
C-1.2.1 Übermittlungswege 50
C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 50
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 57
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 58
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 59
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 59
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 60
C-5.2 Angaben zum Prognosejahr 60
C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr 61
C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen 61
C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) 61
C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) 62
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 62
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 63
C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr 64
C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 65
C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 68

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

**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.

**Benennung der Lieferdateien: Dateinamenskonvention**

a) Standortberichte

Die Dateien sind von den übermittelnden Stellen folgendermaßen zu benennen:

| | |
|---|---|
| Berichtsteil A, B, C-2ff. | <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-xml.xml |
| Berichtsteil C-1 Land | <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-land.xml |
| Berichtsteil C-1 Bund | <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-bund.xml |
| Berichtsteil C-1 DeQS | <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-das.xml |

b) Gesamtberichte

Die Dateien sind von der Annahmestelle Qb folgendermaßen zu benennen:

| | |
|---|---|
| Gesamtbericht Berichtsteil A, B, C-2ff. | <Haupt-IK>-<Jahr>-xml.xml |
| Gesamtbericht Berichtsteil C-1 Land | <Haupt-IK>-<Jahr>-land.xml |
| Gesamtbericht Berichtsteil C-1 Bund | <Haupt-IK>-<Jahr>-bund.xml |
| Gesamtbericht Berichtsteil C-1 DeQS | <Haupt-IK>-<Jahr>-das.xml |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## 2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

### Format

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß § 6 Qb-R und den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen.

Der Vermerk „[Version für die „mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle“]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die gemäß §§ 7 und 8 Qb-R von den jeweiligen Stellen erstellt und an die Annahmestelle Qb übermittelt werden.

### 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.

### Freiwillige Angaben

Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung. Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

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

### Auswahllisten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

**Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### 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; zentrale E-Mailadresse, zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
   a) Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)

      Hier ist das Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle Qb 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 Qb verwendet wird.

   b) Weitere relevante Institutionskennzeichen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Hier können weitere, z. B. in der Vergangenheit genutzte Institutionskennzeichen angegeben werden.

3. Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort:
   a) Standortnummer aus dem Standortverzeichnis
   b) Standortnummer (alt)

   Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer 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 (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
3. Standortnummer gemäß Standortverzeichnis
4. Standortnummer (alt)

   Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben.
5. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt/Person lang“]

### 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

**(nur wenn zutreffend)**

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

### A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

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

### A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 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* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## 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

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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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.

### 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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 § 9 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.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

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

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

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

### A-11.1 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (sieben bis acht Semester)
- 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Wenn ja,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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 Satz 2 Nummer 3 des 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

   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))

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Einheit: ml/Patiententag

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

### A-12.3.2.5 Umgang mit 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

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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]

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)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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)]
- 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 der Patientin oder 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).

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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 | Positronenemissions-tomograph (PET)/PET-CT | Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin | | in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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.

#### 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); Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung; Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde 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 Absatz 2 Satz 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
- 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 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 dritten und vierten 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.

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].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 § 9 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. G20.21) 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. 5-877.20) 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 Stoffwechsel-krankheiten | 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** | **Bezeich-nung** | **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 | |

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.

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 (Belegärztinnen und Belegärzte und Konsiliarärztinnen 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“.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 als „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 Belegärztinnen und 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-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 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
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (sieben bis acht Semester)
- 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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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.

**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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

Für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen ist das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben. Die 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 in Vollkräften
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG) in Vollkräften
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Vollkräften
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Vollkräften
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 gemäß § 8 Absätze 4 bis 6 durch die DeQS-Datenannahmestellen und gemäß Übergangsregelung in § 16 Qb-R durch die nach QSKH-RL und plan. QI-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen.

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, können die übermittelnden Stellen über die Annahmestelle Qb miteinander in Kontakt treten.

---

**Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:**

- Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
- 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 für die Leistungsbereiche gemäß QSKH-RL durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und für die Verfahren gemäß DeQS-RL durch die DeQS-Datenannahmestellen.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Es erfolgt nachfolgender Hinweis: „Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind."

### 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.
- In den standortspezifischen Qualitätsberichten und im Gesamtbericht wird eine krankenhausbezogene Dokumentationsrate je Leistungsbereich berechnet, die anzugeben ist. Bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort ist in den Standortberichten und im Gesamtbericht der Hinweis „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet" hinzuzufügen.

### 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 bzw. Teil 1 § 15 Absatz 2 DeQS-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 des Krankenhauses": 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 des Krankenhauses": 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.
- „Datensätze des Standortes": Hier ist die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- „Kommentar/Erläuterung 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

1. Für die Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (KCHK, Modul 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 Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Modul HCH) beziehen sich auf die Auswertungen zu "Isolierte Koronarchirurgie", "Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie", "Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe", "Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe", "Kombinierte Herzklappenchirurgie" und "Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe".
   - 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“).

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, DeQS-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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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 DeQS-RL werden die Ergebnisse von der QS-Stelle an die DeQS-Datenannahmestelle übermittelt.

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 Kennzeichnung, ob ein Indikatorergebnis statistisch auffällig ist. Diese werden zusammen mit den Ergebnissen der Neuberechnungen gemäß § 10 Absatz 2 plan. QI-RL spätestens bis zum 30. Juni des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die auf der Landesebene beauftragten Stellen übermittelt. Für jeden Krankenhausstandort ist nur ein Ergebnis pro Qualitätsindikator zu übermitteln. Hierzu wird im Rahmen der Datenannahme zusätzlich eine Plausibilisierung der Lieferungen auf Basis der länderbezogenen Listen durchgeführt.

### C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren 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 aufzubereiten.

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- 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.

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.

„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.

„Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“: Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen die ID des übergeordneten QS-Ergebnisses angegeben, auf die sich diese Kennzahl bezieht. Die ID ist den Tabellen im Anhang 3 zu übernehmen.

„Sortierung“: Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen eine laufende Nummer angegeben, die bestimmt, in welcher Reihenfolge diese Kennzahlen bei Veröffentlichung darzustellen sind. Die Nummer ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu entnehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

„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 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 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 einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

„risikoadjustierte Rate“: Hier ist die risikoadjustierte Rate ergänzend für einen O/E-Indikator bzw. für eine O/E-Kennzahl anzugeben, sofern diese Angabe vorliegt.

„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 bzw. § 8 DeQS-RL zu verwenden. Bei den Ergebnissen der DeQS-RL erfolgt die standortbezogene Bewertung der Entwicklung durch das IQTIG (Institut nach § 137a SGB V). 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 oder DeQS-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** | **Verfahren** | **Begründung** |
|---|---|---|---|---|
| N | Bewertung nicht vorgesehen | 01 | QSKH, DeQS | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | | 02 | QSKH, DeQS | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R | Ergebnis liegt im Referenzbereich | 10 | QSKH, DeQS | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| H | Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen | 20 | QSKH | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | | 99 | QSKH | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| U | Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig | 31 | QSKH | Besondere klinische Situation |
| | | 32 | QSKH | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | | 33 | QSKH | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| | | 34 | Plan-QI | zureichend |
| | | 61 | DeQS | Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert) |
| | | 62 | DeQS | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | | 63 | DeQS | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| A | Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig | 41 | QSKH | Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel |
| | | 42 | QSKH | Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | | 43 | Plan-QI | unzureichend |
| | | 71 | DeQS | Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) |
| | | 72 | DeQS | Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D | | 50 | QSKH | Unvollzählige oder falsche Dokumentation |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 51 | QSKH | Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| | | 80 | DeQS | Unvollzählige oder falsche Dokumentation |
| | | 81 | DeQS | Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| | | 99 | QSKH | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| S | Sonstiges | 90 | QSKH | Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| | | 91 | QSKH | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| | | 92 | DeQS | Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden |
| | | 99 | QSKH, DeQS | 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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

„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. Ergeben sich in Folge der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie Einschränkungen in der Aussagekraft oder Vergleichbarkeit der QS-Ergebnisse sind diese hier zu benennen.

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,
- 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 qualitative Bewertung gemäß DeQS-RL, QSKH-RL oder plan.QI-RL 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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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.

### 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.

Anforderungen an 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
- Depression
- Osteoporose

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

### 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
- 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

Die Erfassungssoftware übernimmt nachfolgenden Hinweis automatisch:

„Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.“

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 |
| 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 Angaben zum Prognosejahr

Für alle mindestmengenrelevanten Leistungen gemäß § 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 mindestmengenrelevanten Leistungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

berechtigt ist. Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbringen wollen, geben für die mindestmengenrelevanten 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 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Es ist anzugeben, ob der Krankenhausstandort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist:

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig

Im Folgenden ist die Grundlage für die Leistungsberechtigung anzugeben:

### C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R. An dieser Stelle ist anzugeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt wurde:

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig

Leistungsmenge, die der Krankenhausträger im Rahmen der Prognosedarlegung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatz-kassen übermittelt hat und Gegenstand der Prognoseprüfung waren:

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

### C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden.

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 zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Wird die Auswahl CQ05, CQ06 oder CQ07 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 2020 und 2021 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:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, noch nicht vollumfänglich erreicht haben."

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

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V darzustellen. Stichtag ist der 31. Dezember des Berichtsjahres.

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

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

Anzugeben ist die Anzahl der 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.

Aus dieser Gruppe ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben.

Beispiel:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| | | **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** | .....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 2020 ergeben hat. Alle Angaben zu den jährlichen Erfüllungsgraden erfolgen auf 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 2020 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 % | 0 % |
| Geriatrie | 10 | 20 | 15 % | 20 % |
| Neurologie | 10 | 20 | 10 % | 8 % |
| Neurologie Schlaganfalleinheit | 3 | 5 | 0 % | 0 % |
| Neurologische Frührehabilitation | 5 | 12 | 10 % | 8 % |
| Herzchirurgie | 7 | 15 | 5 % | 0 % |
| Kardiologie | 10 | 20 | 10 % | 10 % |
| Unfallchirurgie | 10 | 20 | 10 % | 15 % |

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

**Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:**

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12. November 2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 4. Mai 2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27. März 2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu den §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung vom 28. Oktober 2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 1. März 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie zum 1. August 2020 wieder eingesetzt.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 (vgl. Tabelle 1) für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V sowie gemäß § 4 der Zweiten PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 27. August 2020 in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor. Die oben genannten Limitationen gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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. Damit entspricht der

monatsbezogene Erfüllungsgrad dem Erfüllungsgrad 2 gemäß § 5 Absatz 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12. November 2019. Der monatsbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar |
|---|---|---|---|---|---|
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Tagschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Absatz 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. |
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Nachtschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | 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-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. |
| *Beispiel:* | | | | | |
| *Geriatrie* | *Station 1A* | Tagschicht | *50 %*<br><br>*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 | *58,33 %* | *3* | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | *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)* | *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:*<br>- *Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging.*<br>- *Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.*<br>- *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. Der schichtbezogene Erfüllungsgrad wird getrennt für die Tag- und Nachtschichten jeder Station eines pflegesensitiven Bereichs ausgewiesen und entspricht damit dem Erfüllungsgrad 1 gemäß § 5 Absatz 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12. November 2019.

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 Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Tagschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Nachtschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| *Beispiel:* | | | | |
| *Geriatrie* | *Station 1A* | Tagschicht | *= 94,52 %* | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | *Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 94,52 % aller geleisteten Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)* | |
| *Geriatrie* | *Station 1A* | Nachtschicht | *72,05 %*<br>*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 2020

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020

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 2020

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2020

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.<br><br>**9** beliebige Ziffer [0-9]<br><br>**X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer<br><br>Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional.<br><br>**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.<br><br>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.<br><br>**Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig.<br><br>**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.<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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).<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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 Richtlinienversion 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"<br>Auswahlliste:<br>"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)<br>Auswahlliste:<br>"freigemeinnützig",<br>"öffentlich",<br>"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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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<br>Auswahlliste:<br>"MP01",<br>"MP02",<br>"MP03",<br>"MP04",<br>"MP05",<br>"MP06",<br>"MP08",<br>"MP09",<br>"MP10",<br>"MP11",<br>"MP12",<br>"MP13",<br>"MP14",<br>"MP15",<br>"MP16",<br>"MP17",<br>"MP18",<br>"MP19",<br>"MP20",<br>"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",<br>"MP23",<br>"MP24",<br>"MP25",<br>"MP26",<br>"MP27",<br>"MP28",<br>"MP29",<br>"MP30",<br>"MP31",<br>"MP32",<br>"MP33",<br>"MP34",<br>"MP35",<br>"MP36",<br>"MP37",<br>"MP38",<br>"MP39",<br>"MP40",<br>"MP41",<br>"MP42",<br>"MP43",<br>"MP44",<br>"MP45", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "MP46",<br>"MP47",<br>"MP48",<br>"MP50",<br>"MP51",<br>"MP52",<br>"MP53",<br>"MP54",<br>"MP55",<br>"MP56",<br>"MP57",<br>"MP59",<br>"MP60",<br>"MP61",<br>"MP62",<br>"MP63",<br>"MP64",<br>"MP65",<br>"MP66",<br>"MP67",<br>"MP68",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"NM01",<br>"NM02",<br>"NM03",<br>"NM05",<br>"NM07",<br>"NM09",<br>"NM10",<br>"NM11",<br>"NM14",<br>"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",<br>"NM18",<br>"NM19",<br>"NM30",<br>"NM36",<br>"NM40",<br>"NM42",<br>"NM48",<br>"NM49",<br>"NM50",<br>"NM60",<br>"NM62",<br>"NM63",<br>"NM64",<br>"NM65",<br>"NM66",<br>"NM67",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"BF01",<br>"BF02",<br>"BF03",<br>"BF04",<br>"BF05",<br>"BF06",<br>"BF07",<br>"BF08",<br>"BF09",<br>"BF10",<br>"BF11",<br>"BF12",<br>"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",<br>"BF15",<br>"BF16",<br>"BF17",<br>"BF18",<br>"BF19",<br>"BF20",<br>"BF21",<br>"BF22",<br>"BF23",<br>"BF24",<br>"BF25",<br>"BF26",<br>"BF27",<br>"BF28",<br>"BF29",<br>"BF30",<br>"BF31",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"FL01",<br>"FL02",<br>"FL03",<br>"FL04",<br>"FL05",<br>"FL06",<br>"FL07",<br>"FL08",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"HB01",<br>"HB02",<br>"HB03",<br>"HB05",<br>"HB06",<br>"HB07",<br>"HB09",<br>"HB10",<br>"HB11",<br>"HB12",<br>"HB13",<br>"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",<br>"HB16",<br>"HB17",<br>"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 | |

**3.12.1.1.1.2 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 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 | |

**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 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<br>Auswahlliste:<br>"SP04",<br>"SP05",<br>"SP06",<br>"SP08",<br>"SP09",<br>"SP13",<br>"SP14",<br>"SP15",<br>"SP16",<br>"SP17",<br>"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",<br>"SP20",<br>"SP21",<br>"SP22",<br>"SP23",<br>"SP24",<br>"SP25",<br>"SP26",<br>"SP27",<br>"SP28",<br>"SP30",<br>"SP31",<br>"SP32",<br>"SP35",<br>"SP36",<br>"SP39",<br>"SP40",<br>"SP42",<br>"SP43",<br>"SP54",<br>"SP55",<br>"SP56",<br>"SP57",<br>"SP58", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "SP59",<br>"SP60",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"RM01",<br>"RM02",<br>"RM03",<br>"RM04",<br>"RM05",<br>"RM06",<br>"RM07",<br>"RM08",<br>"RM09",<br>"RM10",<br>"RM12",<br>"RM13",<br>"RM14",<br>"RM15",<br>"RM16",<br>"RM17",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Tumorkonferenzen",<br>"Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen",<br>"Pathologiebesprechungen",<br>"Palliativbesprechungen",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"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",<br>"bei Bedarf",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"IF01",<br>"IF02",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"EF01",<br>"EF02",<br>"EF03",<br>"EF04",<br>"EF05",<br>"EF06",<br>"EF07",<br>"EF08",<br>"EF09",<br>"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",<br>"EF12",<br>"EF13",<br>"EF14",<br>"EF15",<br>"EF16",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"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-Version ist nicht mehr 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*.<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Hautdesinfektion | Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Beachtung_Einwirkzeit | Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja", | A-12.3.2.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "nein",<br>"teilweise" | | |
| Steriler_Kittel | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriler Kittel | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Kopfhaube | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Mund_Nasen_Schutz | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund Nasen Schutz | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Steriles_Abdecktuch | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.2 | |
| Leitlinie_autorisiert | Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.2 | |
| Dauer_Antibiotikaprophylaxe | Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Hygienische_Haendedesinfektion | Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Verbandwechsel_aseptische_Bedingungen | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Pruefung_Notwendigkeit_Wundauflage | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Meldung_Wundinfektion | Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.5 | |
| Risikoadaptives_Aufnahmescreening | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"HM01",<br>"HM02",<br>"HM03",<br>"HM04",<br>"HM05",<br>"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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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<br>Auswahlliste:<br>"Teilnahme (ohne Zertifikat)",<br>"Zertifikat Bronze",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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:<br>"AMBU-KISS",<br>"CDAD-KISS",<br>"HAND-KISS",<br>"ITS-KISS",<br>"MRSA-KISS",<br>"NEO-KISS",<br>"ONKO-KISS",<br>"OP-KISS",<br>"STATIONS-KISS",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"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 Richtlinienversion 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<br>Auswahlliste:<br>"AS01",<br>"AS02",<br>"AS03",<br>"AS04",<br>"AS05",<br>"AS06",<br>"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",<br>"AS09",<br>"AS10",<br>"AS11",<br>"AS12",<br>"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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

**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 | |

**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<br>Auswahlliste:<br>"Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung",<br>"Zubereitung durch pharmazeutisches Personal",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"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<br>Auswahlliste: | A-12.5.4 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Fallbesprechungen",<br>"Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung",<br>"Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs",<br>"Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen",<br>"Aushändigung des Medikationsplans",<br>"bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten" | A-12.5.4 | |
| Sonstiges | | 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | A-12.5.4 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

## 3.14 Element <Apparative_Ausstattung>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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<br>Auswahlliste:<br>"AA01",<br>"AA08",<br>"AA09",<br>"AA10",<br>"AA14",<br>"AA15",<br>"AA18",<br>"AA21",<br>"AA22",<br>"AA23",<br>"AA26",<br>"AA30",<br>"AA32",<br>"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",<br>"AA43",<br>"AA47",<br>"AA50",<br>"AA56",<br>"AA57",<br>"AA68",<br>"AA69",<br>"AA70" | | |
| Notfallverfuegbarkeit_24h | A-13 | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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.<br>Auswahlliste:<br>"3700",<br>"3790",<br>"3791",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA01",<br>"VA02",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"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",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05",<br>"VC06",<br>"VC07",<br>"VC08",<br>"VC09",<br>"VC10",<br>"VC11",<br>"VC12",<br>"VC13",<br>"VC14",<br>"VC15",<br>"VC16",<br>"VC17",<br>"VC18",<br>"VC19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VG01",<br>"VG02",<br>"VG03",<br>"VG04",<br>"VG05",<br>"VG06",<br>"VG07",<br>"VG08",<br>"VG09",<br>"VG10",<br>"VG11",<br>"VG12",<br>"VG13",<br>"VG14",<br>"VG15",<br>"VG16",<br>"VG17",<br>"VG18",<br>"VG19",<br>"VH01",<br>"VH02",<br>"VH03",<br>"VH04",<br>"VH05", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18",<br>"VZ19",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA00",<br>"VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"VH00",<br>"VI00",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"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 Richtlinien-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 Richtlinien-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.<br>Auswahlliste:<br>"AM01",<br>"AM02",<br>"AM03",<br>"AM04",<br>"AM05",<br>"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",<br>"AM09",<br>"AM10",<br>"AM11",<br>"AM12",<br>"AM13",<br>"AM14",<br>"AM15",<br>"AM16",<br>"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.<br>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",<br>"VA02",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"VA13",<br>"VA14",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05",<br>"VC06", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR40",<br>"VR41",<br>"VR42",<br>"VR43",<br>"VR44",<br>"VR45",<br>"VR46",<br>"VR47",<br>"VU01",<br>"VU02",<br>"VU03",<br>"VU04",<br>"VU05",<br>"VU06",<br>"VU07",<br>"VU08",<br>"VU09",<br>"VU10",<br>"VU11",<br>"VU12",<br>"VU13",<br>"VU14",<br>"VU15",<br>"VU16", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VU17",<br>"VU18",<br>"VU19",<br>"VZ01",<br>"VZ02",<br>"VZ03",<br>"VZ04",<br>"VZ05",<br>"VZ06",<br>"VZ07",<br>"VZ08",<br>"VZ09",<br>"VZ10",<br>"VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18",<br>"VZ19",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA00",<br>"VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"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",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"AM06", | B-X.8 | Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz_116b" mehrfach vorkommen. |

Diese Richtlinien-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<br>Auswahlliste:<br>"LK01",<br>"LK02",<br>"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",<br>"LK05",<br>"LK06",<br>"LK07",<br>"LK08",<br>"LK09",<br>"LK10",<br>"LK11",<br>"LK12",<br>"LK13",<br>"LK14",<br>"LK15_2",<br>"LK15_3",<br>"LK15_4",<br>"LK15_5",<br>"LK15_6",<br>"LK15_7",<br>"LK15_8",<br>"LK15_9",<br>"LK15_10",<br>"LK15_11",<br>"LK16",<br>"LK17",<br>"LK18", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "LK20",<br>"LK21",<br>"LK22",<br>"LK23",<br>"LK24",<br>"LK26",<br>"LK27",<br>"LK28",<br>"LK29",<br>"LK30",<br>"LK31",<br>"LK32",<br>"LK33",<br>"LK34",<br>"LK35",<br>"LK36",<br>"LK37",<br>"LK38" | | |

**3.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>**
**Elternelemente: 3.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Dies 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 Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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<br>Auswahlliste:<br>"AQ01",<br>"AQ02",<br>"AQ03",<br>"AQ04",<br>"AQ05",<br>"AQ06",<br>"AQ07",<br>"AQ08",<br>"AQ09",<br>"AQ10",<br>"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",<br>"AQ13",<br>"AQ14",<br>"AQ15",<br>"AQ16",<br>"AQ17",<br>"AQ18",<br>"AQ19",<br>"AQ20",<br>"AQ21",<br>"AQ22",<br>"AQ23",<br>"AQ24",<br>"AQ25",<br>"AQ26",<br>"AQ27",<br>"AQ28",<br>"AQ29",<br>"AQ30",<br>"AQ31",<br>"AQ32",<br>"AQ33",<br>"AQ34",<br>"AQ35", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ36",<br>"AQ37",<br>"AQ38",<br>"AQ39",<br>"AQ40",<br>"AQ41",<br>"AQ42",<br>"AQ43",<br>"AQ44",<br>"AQ45",<br>"AQ46",<br>"AQ47",<br>"AQ48",<br>"AQ49",<br>"AQ50",<br>"AQ51",<br>"AQ52",<br>"AQ53",<br>"AQ54",<br>"AQ55",<br>"AQ56",<br>"AQ57",<br>"AQ58",<br>"AQ59", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ60",<br>"AQ63",<br>"AQ64",<br>"AQ65",<br>"AQ66",<br>"ZF01",<br>"ZF02",<br>"ZF03",<br>"ZF04",<br>"ZF05",<br>"ZF06",<br>"ZF07",<br>"ZF08",<br>"ZF09",<br>"ZF10",<br>"ZF11",<br>"ZF12",<br>"ZF13",<br>"ZF14",<br>"ZF15",<br>"ZF16",<br>"ZF17",<br>"ZF18",<br>"ZF19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF20",<br>"ZF21",<br>"ZF22",<br>"ZF23",<br>"ZF24",<br>"ZF25",<br>"ZF26",<br>"ZF27",<br>"ZF28",<br>"ZF29",<br>"ZF30",<br>"ZF31",<br>"ZF32",<br>"ZF33",<br>"ZF34",<br>"ZF35",<br>"ZF36",<br>"ZF37",<br>"ZF38",<br>"ZF39",<br>"ZF40",<br>"ZF41",<br>"ZF42",<br>"ZF43", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF44",<br>"ZF45",<br>"ZF46",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"PQ01",<br>"PQ02", | B-X.11.2 | Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Fachexpertise_Pflege" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "PQ04",<br>"PQ05",<br>"PQ06",<br>"PQ07",<br>"PQ08",<br>"PQ09",<br>"PQ10",<br>"PQ11",<br>"PQ12",<br>"PQ13",<br>"PQ14",<br>"PQ15",<br>"PQ16",<br>"PQ17",<br>"PQ18",<br>"PQ19",<br>"PQ20",<br>"PQ21",<br>"PQ22",<br>"ZP01",<br>"ZP02",<br>"ZP03",<br>"ZP04",<br>"ZP05", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZP06",<br>"ZP07",<br>"ZP08",<br>"ZP09",<br>"ZP13",<br>"ZP14",<br>"ZP15",<br>"ZP16",<br>"ZP18",<br>"ZP19",<br>"ZP20",<br>"ZP22",<br>"ZP23",<br>"ZP24",<br>"ZP25",<br>"ZP26",<br>"ZP27",<br>"ZP28",<br>"ZP29",<br>"ZP30",<br>"ZP31",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"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",<br>"MRE",<br>"Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)",<br>"Schlaganfall",<br>"Schlaganfall: Akutbehandlung",<br>"Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation",<br>"Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Diabetes mellitus Typ 1",<br>"Diabetes mellitus Typ 2",<br>"Brustkrebs",<br>"Koronare Herzkrankheit (KHK)",<br>"Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)",<br>"Asthma bronchiale",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"Nierentransplantation",<br>"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",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"MM01",<br>"MM02",<br>"MM03",<br>"MM04",<br>"MM06",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"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",<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | C-5.2.5 | |
| Uebergangsregelung | Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"CQ01",<br>"CQ02",<br>"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",<br>"CQ05",<br>"CQ06",<br>"CQ07",<br>"CQ08",<br>"CQ09",<br>"CQ10",<br>"CQ11",<br>"CQ12",<br>"CQ18",<br>"CQ19",<br>"CQ21",<br>"CQ22",<br>"CQ23",<br>"CQ24",<br>"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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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.<br>Auswahlliste:<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"BW",<br>"BY",<br>"BE",<br>"BB",<br>"HB",<br>"HH",<br>"HE",<br>"MV", | - | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "NI",<br>"NW",<br>"RP",<br>"SL",<br>"SN",<br>"ST",<br>"SH",<br>"TH",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"09/1",<br>"09/2",<br>"09/3",<br>"09/4",<br>"09/5",<br>"09/6",<br>"10/2",<br>"15/1",<br>"16/1",<br>"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",<br>"HCH_AORT_KATH_ENDO",<br>"HCH_AORT_KATH_TRAPI",<br>"HCH",<br>"HEP",<br>"HEP_IMP",<br>"HEP_WE",<br>"HTXM",<br>"HTXM_TX",<br>"HTXM_MKU",<br>"KEP",<br>"KEP_IMP",<br>"KEP_WE",<br>"LLS",<br>"LTX",<br>"LUTX",<br>"NEO",<br>"NLS",<br>"DEK",<br>"PNTX",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"HCH",<br>"HTXM",<br>"HEP",<br>"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

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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.

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

| 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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"N01",<br>"N02",<br>"N99",<br>"R10",<br>"H20",<br>"H99",<br>"U31",<br>"U32",<br>"U33",<br>"U34",<br>"U99",<br>"A41",<br>"A42",<br>"A43",<br>"A99",<br>"D50",<br>"D51",<br>"D99", | C-1.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "S90",<br>"S91",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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 Richtlinienversion 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 Aortenklappenchirurgie) | 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.

3Gemeinsamer LB für Aortenklappenchirurgie isoliert, Koronarchirurgie isoliert und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.

4Gemeinsamer LB Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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
3.15.1.1.2 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.<br>**9** beliebige Ziffer [0-9]<br>**X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer<br>Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional.<br>**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.<br>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.<br>**Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig.<br>**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.<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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).<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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"<br>Auswahlliste:<br>"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 Richtlinien-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)<br>Auswahlliste:<br>"freigemeinnützig",<br>"öffentlich",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"MP01",<br>"MP02",<br>"MP03",<br>"MP04",<br>"MP05",<br>"MP06",<br>"MP08",<br>"MP09",<br>"MP10",<br>"MP11",<br>"MP12",<br>"MP13",<br>"MP14",<br>"MP15",<br>"MP16",<br>"MP17",<br>"MP18",<br>"MP19",<br>"MP20",<br>"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",<br>"MP23",<br>"MP24",<br>"MP25",<br>"MP26",<br>"MP27",<br>"MP28",<br>"MP29",<br>"MP30",<br>"MP31",<br>"MP32",<br>"MP33",<br>"MP34",<br>"MP35",<br>"MP36",<br>"MP37",<br>"MP38",<br>"MP39",<br>"MP40",<br>"MP41",<br>"MP42",<br>"MP43",<br>"MP44",<br>"MP45", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "MP46",<br>"MP47",<br>"MP48",<br>"MP50",<br>"MP51",<br>"MP52",<br>"MP53",<br>"MP54",<br>"MP55",<br>"MP56",<br>"MP57",<br>"MP59",<br>"MP60",<br>"MP61",<br>"MP62",<br>"MP63",<br>"MP64",<br>"MP65",<br>"MP66",<br>"MP67",<br>"MP68",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"NM02",<br>"NM03",<br>"NM05",<br>"NM07",<br>"NM09",<br>"NM10",<br>"NM11",<br>"NM40",<br>"NM42",<br>"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",<br>"NM60",<br>"NM62",<br>"NM63",<br>"NM64",<br>"NM66",<br>"NM68",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"BF01",<br>"BF02",<br>"BF03",<br>"BF04",<br>"BF05",<br>"BF06",<br>"BF08",<br>"BF09",<br>"BF10",<br>"BF11",<br>"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",<br>"BF15",<br>"BF16",<br>"BF17",<br>"BF18",<br>"BF19",<br>"BF20",<br>"BF21",<br>"BF22",<br>"BF23",<br>"BF24",<br>"BF25",<br>"BF26",<br>"BF29",<br>"BF30",<br>"BF31",<br>"BF32",<br>"BF33",<br>"BF34",<br>"BF35",<br>"BF36",<br>"BF37",<br>"BF38",<br>"BF39", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "BF40",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"FL01",<br>"FL02",<br>"FL03",<br>"FL04",<br>"FL05",<br>"FL06",<br>"FL07",<br>"FL08",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"HB01",<br>"HB02",<br>"HB03",<br>"HB05",<br>"HB06",<br>"HB07",<br>"HB09",<br>"HB10",<br>"HB11",<br>"HB12",<br>"HB13",<br>"HB14",<br>"HB15",<br>"HB16",<br>"HB17",<br>"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 | |

## 3.11 Element <Fallzahlen>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 Richtlinien-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 Richtlinien-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 Richtlinien-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<br>Auswahlliste:<br>"SP04",<br>"SP05",<br>"SP06",<br>"SP08",<br>"SP09",<br>"SP13",<br>"SP14",<br>"SP15",<br>"SP16",<br>"SP17",<br>"SP18",<br>"SP19",<br>"SP20",<br>"SP21",<br>"SP22",<br>"SP23",<br>"SP24",<br>"SP25",<br>"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",<br>"SP28",<br>"SP30",<br>"SP31",<br>"SP32",<br>"SP35",<br>"SP36",<br>"SP39",<br>"SP40",<br>"SP42",<br>"SP43",<br>"SP54",<br>"SP55",<br>"SP56",<br>"SP57",<br>"SP58",<br>"SP59",<br>"SP60",<br>"SP61",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"RM01",<br>"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",<br>"RM04",<br>"RM05",<br>"RM06",<br>"RM07",<br>"RM08",<br>"RM09",<br>"RM10",<br>"RM12",<br>"RM13",<br>"RM14",<br>"RM15",<br>"RM16",<br>"RM17",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Tumorkonferenzen",<br>"Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen",<br>"Pathologiebesprechungen",<br>"Palliativbesprechungen",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"IF01",<br>"IF02",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"monatlich", | A-12.2.3.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"EF01",<br>"EF02",<br>"EF03",<br>"EF04",<br>"EF05",<br>"EF06",<br>"EF07",<br>"EF08",<br>"EF09",<br>"EF10",<br>"EF11",<br>"EF12",<br>"EF13",<br>"EF14",<br>"EF15",<br>"EF16",<br>"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 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.<br>Auswahlliste:<br>"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*.<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise", | A-12.3.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Hautdesinfektion | Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Beachtung_Einwirkzeit | Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Kopfhaube | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Mund_Nasen_Schutz | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund Nasen Schutz | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Steriles_Abdecktuch | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.2 | |
| Leitlinie_autorisiert | Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja", | A-12.3.2.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "nein",<br>"teilweise" | | |
| Zu_Verwendende_Antibiotika | Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.2 | |
| Dauer_Antibiotikaprophylaxe | Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Verbandwechsel_aseptische_Bedingungen | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Pruefung_Notwendigkeit_Wundauflage | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.5 | |
| Risikoadaptives_Aufnahmescreening | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"HM01",<br>"HM02",<br>"HM03",<br>"HM04",<br>"HM05",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Teilnahme (ohne Zertifikat)",<br>"Zertifikat Bronze", | A-12.3.2.6 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Zertifikat Silber",<br>"Zertifikat Gold" | | |
| Frequenz | Tagungsfrequenz. Nur für Elemente HM05 und HM09. | 1 | Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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 Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Auswahlliste:<br>"AMBU-KISS",<br>"CDAD-KISS",<br>"HAND-KISS",<br>"ITS-KISS",<br>"MRSA-KISS",<br>"NEO-KISS",<br>"ONKO-KISS",<br>"OP-KISS",<br>"STATIONS-KISS",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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 Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"AS01",<br>"AS02",<br>"AS03",<br>"AS04",<br>"AS05",<br>"AS06",<br>"AS07",<br>"AS08",<br>"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",<br>"AS11",<br>"AS12",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung",<br>"Zubereitung durch pharmazeutisches Personal",<br>"Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen" | A-12.5.4 | |
| Sonstiges | | 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | A-12.5.4 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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>**

| 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<br>Auswahlliste:<br>"Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)",<br>"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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.13.11.4.1.1.3 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 3.13.11.4.1.1.3.1 | 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<br>Auswahlliste:<br>"Fallbesprechungen",<br>"Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung",<br>"Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs",<br>"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",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"AA01",<br>"AA08",<br>"AA09", | A-13 | Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Geraet" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). |

Diese Richtlinie Version … nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AA10",<br>"AA14",<br>"AA15",<br>"AA18",<br>"AA21",<br>"AA22",<br>"AA23",<br>"AA26",<br>"AA30",<br>"AA32",<br>"AA33",<br>"AA38",<br>"AA43",<br>"AA47",<br>"AA50",<br>"AA56",<br>"AA57",<br>"AA68",<br>"AA69",<br>"AA70",<br>"AA71",<br>"AA72" | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Notfallverfuegbarkeit_24h | A-13 | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"SN01",<br>"SN02",<br>"SN03",<br>"SN04",<br>"SN05",<br>"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)<br>Auswahlliste:<br>"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"<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"3700",<br>"3790",<br>"3791",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA01",<br>"VA02",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"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",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05",<br>"VC06",<br>"VC07",<br>"VC08",<br>"VC09",<br>"VC10",<br>"VC11",<br>"VC12",<br>"VC13",<br>"VC14",<br>"VC15",<br>"VC16",<br>"VC17",<br>"VC18",<br>"VC19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18",<br>"VZ19",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA00",<br>"VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"VH00",<br>"VI00",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"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 Richtlinien-Version 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.<br>Auswahlliste:<br>"AM01",<br>"AM02",<br>"AM03",<br>"AM04",<br>"AM05",<br>"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",<br>"AM09",<br>"AM10",<br>"AM11",<br>"AM12",<br>"AM13",<br>"AM14",<br>"AM15",<br>"AM16",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"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",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"VA13",<br>"VA14",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05",<br>"VC06",<br>"VC07", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC08",<br>"VC09",<br>"VC10",<br>"VC11",<br>"VC12",<br>"VC13",<br>"VC14",<br>"VC15",<br>"VC16",<br>"VC17",<br>"VC18",<br>"VC19",<br>"VC20",<br>"VC21",<br>"VC22",<br>"VC23",<br>"VC24",<br>"VC25",<br>"VC26",<br>"VC27",<br>"VC28",<br>"VC29",<br>"VC30",<br>"VC31", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC32",<br>"VC33",<br>"VC34",<br>"VC35",<br>"VC36",<br>"VC37",<br>"VC38",<br>"VC39",<br>"VC40",<br>"VC41",<br>"VC42",<br>"VC43",<br>"VC44",<br>"VC45",<br>"VC46",<br>"VC47",<br>"VC48",<br>"VC49",<br>"VC50",<br>"VC51",<br>"VC52",<br>"VC53",<br>"VC54",<br>"VC55", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC56",<br>"VC57",<br>"VC58",<br>"VC59",<br>"VC60",<br>"VC61",<br>"VC62",<br>"VC63",<br>"VC64",<br>"VC65",<br>"VC66",<br>"VC67",<br>"VC68",<br>"VC69",<br>"VC70",<br>"VC71",<br>"VD01",<br>"VD02",<br>"VD03",<br>"VD04",<br>"VD05",<br>"VD06",<br>"VD07",<br>"VD08", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VD09",<br>"VD10",<br>"VD11",<br>"VD12",<br>"VD13",<br>"VD14",<br>"VD15",<br>"VD16",<br>"VD17",<br>"VD18",<br>"VD19",<br>"VD20",<br>"VG01",<br>"VG02",<br>"VG03",<br>"VG04",<br>"VG05",<br>"VG06",<br>"VG07",<br>"VG08",<br>"VG09",<br>"VG10",<br>"VG11",<br>"VG12", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VG13",<br>"VG14",<br>"VG15",<br>"VG16",<br>"VG17",<br>"VG18",<br>"VG19",<br>"VH01",<br>"VH02",<br>"VH03",<br>"VH04",<br>"VH05",<br>"VH06",<br>"VH07",<br>"VH08",<br>"VH09",<br>"VH10",<br>"VH11",<br>"VH12",<br>"VH13",<br>"VH14",<br>"VH15",<br>"VH16",<br>"VH17", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VH18",<br>"VH19",<br>"VH20",<br>"VH21",<br>"VH22",<br>"VH23",<br>"VH24",<br>"VH25",<br>"VH26",<br>"VH27",<br>"VI01",<br>"VI02",<br>"VI03",<br>"VI04",<br>"VI05",<br>"VI06",<br>"VI07",<br>"VI08",<br>"VI09",<br>"VI10",<br>"VI11",<br>"VI12",<br>"VI13",<br>"VI14", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI15",<br>"VI16",<br>"VI17",<br>"VI18",<br>"VI19",<br>"VI20",<br>"VI21",<br>"VI22",<br>"VI23",<br>"VI24",<br>"VI25",<br>"VI26",<br>"VI27",<br>"VI28",<br>"VI29",<br>"VI30",<br>"VI31",<br>"VI32",<br>"VI33",<br>"VI34",<br>"VI35",<br>"VI36",<br>"VI37",<br>"VI38", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI39",<br>"VI40",<br>"VI41",<br>"VI42",<br>"VI43",<br>"VI44",<br>"VI45",<br>"VN01",<br>"VN02",<br>"VN03",<br>"VN04",<br>"VN05",<br>"VN06",<br>"VN07",<br>"VN08",<br>"VN09",<br>"VN10",<br>"VN11",<br>"VN12",<br>"VN13",<br>"VN14",<br>"VN15",<br>"VN16",<br>"VN17", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VN18",<br>"VN19",<br>"VN20",<br>"VN21",<br>"VN22",<br>"VN23",<br>"VN24",<br>"VO01",<br>"VO02",<br>"VO03",<br>"VO04",<br>"VO05",<br>"VO06",<br>"VO07",<br>"VO08",<br>"VO09",<br>"VO10",<br>"VO11",<br>"VO12",<br>"VO13",<br>"VO14",<br>"VO15",<br>"VO16",<br>"VO17", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VO18",<br>"VO19",<br>"VO20",<br>"VO21",<br>"VK01",<br>"VK02",<br>"VK03",<br>"VK04",<br>"VK05",<br>"VK06",<br>"VK07",<br>"VK08",<br>"VK09",<br>"VK10",<br>"VK11",<br>"VK12",<br>"VK13",<br>"VK14",<br>"VK15",<br>"VK16",<br>"VK17",<br>"VK18",<br>"VK20",<br>"VK21", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VK22",<br>"VK23",<br>"VK24",<br>"VK25",<br>"VK26",<br>"VK27",<br>"VK28",<br>"VK29",<br>"VK30",<br>"VK31",<br>"VK32",<br>"VK33",<br>"VK34",<br>"VK35",<br>"VK36",<br>"VK37",<br>"VP01",<br>"VP02",<br>"VP03",<br>"VP04",<br>"VP05",<br>"VP06",<br>"VP07",<br>"VP08", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VP09",<br>"VP10",<br>"VP11",<br>"VP12",<br>"VP13",<br>"VP14",<br>"VP15",<br>"VP16",<br>"VR01",<br>"VR02",<br>"VR03",<br>"VR04",<br>"VR05",<br>"VR06",<br>"VR07",<br>"VR08",<br>"VR09",<br>"VR10",<br>"VR11",<br>"VR12",<br>"VR13",<br>"VR14",<br>"VR15",<br>"VR16", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR17",<br>"VR18",<br>"VR19",<br>"VR20",<br>"VR21",<br>"VR22",<br>"VR23",<br>"VR24",<br>"VR25",<br>"VR26",<br>"VR27",<br>"VR28",<br>"VR29",<br>"VR30",<br>"VR31",<br>"VR32",<br>"VR33",<br>"VR34",<br>"VR35",<br>"VR36",<br>"VR37",<br>"VR38",<br>"VR39",<br>"VR40", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR41",<br>"VR42",<br>"VR43",<br>"VR44",<br>"VR45",<br>"VR46",<br>"VR47",<br>"VU01",<br>"VU02",<br>"VU03",<br>"VU04",<br>"VU05",<br>"VU06",<br>"VU07",<br>"VU08",<br>"VU09",<br>"VU10",<br>"VU11",<br>"VU12",<br>"VU13",<br>"VU14",<br>"VU15",<br>"VU16",<br>"VU17", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VU18",<br>"VU19",<br>"VZ01",<br>"VZ02",<br>"VZ03",<br>"VZ04",<br>"VZ05",<br>"VZ06",<br>"VZ07",<br>"VZ08",<br>"VZ09",<br>"VZ10",<br>"VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18",<br>"VZ19",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"VA00",<br>"VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"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",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"AM06", | B-X.8 | Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz_116b" mehrfach vorkommen. |

Diese Richtlinien-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<br>Auswahlliste:<br>"LK01",<br>"LK02",<br>"LK03",<br>"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",<br>"LK06",<br>"LK07",<br>"LK08",<br>"LK09",<br>"LK10",<br>"LK11",<br>"LK12",<br>"LK14",<br>"LK15_2",<br>"LK15_3",<br>"LK15_4",<br>"LK15_5",<br>"LK15_6",<br>"LK15_7",<br>"LK15_8",<br>"LK15_9",<br>"LK15_10",<br>"LK15_11",<br>"LK16",<br>"LK17",<br>"LK18",<br>"LK20",<br>"LK21", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "LK22",<br>"LK23",<br>"LK24",<br>"LK26",<br>"LK27",<br>"LK28",<br>"LK29",<br>"LK30",<br>"LK31",<br>"LK32",<br>"LK33",<br>"LK34",<br>"LK35",<br>"LK36",<br>"LK37",<br>"LK38",<br>"LK39",<br>"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 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 3.16.1.7.1.1.1 | 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 Richtlinien-Version 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<br>Auswahlliste:<br>"AQ01",<br>"AQ02",<br>"AQ03",<br>"AQ04",<br>"AQ05",<br>"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",<br>"AQ08",<br>"AQ09",<br>"AQ10",<br>"AQ11",<br>"AQ12",<br>"AQ13",<br>"AQ14",<br>"AQ15",<br>"AQ16",<br>"AQ17",<br>"AQ18",<br>"AQ19",<br>"AQ20",<br>"AQ21",<br>"AQ22",<br>"AQ23",<br>"AQ24",<br>"AQ25",<br>"AQ26",<br>"AQ27",<br>"AQ28",<br>"AQ29",<br>"AQ30", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ31",<br>"AQ32",<br>"AQ33",<br>"AQ34",<br>"AQ35",<br>"AQ36",<br>"AQ37",<br>"AQ38",<br>"AQ39",<br>"AQ40",<br>"AQ41",<br>"AQ42",<br>"AQ43",<br>"AQ44",<br>"AQ45",<br>"AQ46",<br>"AQ47",<br>"AQ48",<br>"AQ49",<br>"AQ50",<br>"AQ51",<br>"AQ52",<br>"AQ53",<br>"AQ54", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ55",<br>"AQ56",<br>"AQ57",<br>"AQ58",<br>"AQ59",<br>"AQ60",<br>"AQ63",<br>"AQ64",<br>"AQ65",<br>"AQ66",<br>"ZF01",<br>"ZF02",<br>"ZF03",<br>"ZF04",<br>"ZF05",<br>"ZF06",<br>"ZF07",<br>"ZF08",<br>"ZF09",<br>"ZF10",<br>"ZF11",<br>"ZF12",<br>"ZF13",<br>"ZF14", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF15",<br>"ZF16",<br>"ZF17",<br>"ZF18",<br>"ZF19",<br>"ZF20",<br>"ZF21",<br>"ZF22",<br>"ZF23",<br>"ZF24",<br>"ZF25",<br>"ZF26",<br>"ZF27",<br>"ZF28",<br>"ZF29",<br>"ZF30",<br>"ZF31",<br>"ZF32",<br>"ZF33",<br>"ZF34",<br>"ZF35",<br>"ZF36",<br>"ZF37",<br>"ZF38", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF39",<br>"ZF40",<br>"ZF41",<br>"ZF42",<br>"ZF43",<br>"ZF44",<br>"ZF45",<br>"ZF46",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"PQ01",<br>"PQ02",<br>"PQ04",<br>"PQ05",<br>"PQ06",<br>"PQ07",<br>"PQ08",<br>"PQ09",<br>"PQ10",<br>"PQ11",<br>"PQ12",<br>"PQ13",<br>"PQ14",<br>"PQ15",<br>"PQ16",<br>"PQ17",<br>"PQ18",<br>"PQ19",<br>"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",<br>"PQ22",<br>"ZP01",<br>"ZP02",<br>"ZP03",<br>"ZP04",<br>"ZP05",<br>"ZP06",<br>"ZP07",<br>"ZP08",<br>"ZP09",<br>"ZP13",<br>"ZP14",<br>"ZP15",<br>"ZP16",<br>"ZP18",<br>"ZP19",<br>"ZP20",<br>"ZP22",<br>"ZP23",<br>"ZP24",<br>"ZP25",<br>"ZP26",<br>"ZP27", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZP28",<br>"ZP29",<br>"ZP30",<br>"ZP31",<br>"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 Richtlinien-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<br>Auswahlliste:<br>"Anästhesiologie",<br>"Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind",<br>"MRE",<br>"Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)",<br>"Schlaganfall",<br>"Schlaganfall: Akutbehandlung",<br>"Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation",<br>"Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Diabetes mellitus Typ 1",<br>"Diabetes mellitus Typ 2",<br>"Brustkrebs",<br>"Koronare Herzkrankheit (KHK)",<br>"Chronische Herzinsuffizienz",<br>"Asthma bronchiale",<br>"Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"Nierentransplantation",<br>"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",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"MM01",<br>"MM02",<br>"MM03",<br>"MM04",<br>"MM06",<br>"MM07",<br>"MM08",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"Nierentransplantation",<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus",<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | C-5.2.5 | |
| Uebergangsregelung | Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"CQ01",<br>"CQ02",<br>"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",<br>"CQ05",<br>"CQ06",<br>"CQ07",<br>"CQ08",<br>"CQ09",<br>"CQ10",<br>"CQ11",<br>"CQ12",<br>"CQ18",<br>"CQ19",<br>"CQ21",<br>"CQ22",<br>"CQ23",<br>"CQ24",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Intensivmedizin",<br>"Geriatrie",<br>"Kardiologie",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Tagschicht",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Intensivmedizin",<br>"Geriatrie",<br>"Kardiologie",<br>"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<br>Auswahlliste:<br>"Tagschicht",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"BW",<br>"BY",<br>"BE",<br>"BB",<br>"HB",<br>"HH",<br>"HE",<br>"MV", | - | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "NI",<br>"NW",<br>"RP",<br>"SL",<br>"SN",<br>"ST",<br>"SH",<br>"TH",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"09/1",<br>"09/2",<br>"09/3",<br>"09/4",<br>"09/5",<br>"09/6",<br>"10/2",<br>"15/1",<br>"16/1",<br>"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",<br>"HCH_AORT_KATH_ENDO",<br>"HCH_AORT_KATH_TRAPI",<br>"HCH",<br>"HEP",<br>"HEP_IMP",<br>"HEP_WE",<br>"HTXM",<br>"HTXM_TX",<br>"HTXM_MKU",<br>"KEP",<br>"KEP_IMP",<br>"KEP_WE",<br>"LLS",<br>"LTX",<br>"LUTX",<br>"NEO",<br>"NLS",<br>"DEK",<br>"PNTX",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"HCH",<br>"HTXM",<br>"HEP",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"318",<br>"321",<br>"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",<br>"341",<br>"343",<br>"345",<br>"349",<br>"351",<br>"353",<br>"360",<br>"362",<br>"603",<br>"604",<br>"605",<br>"606",<br>"612",<br>"1058",<br>"2005",<br>"2006",<br>"2007",<br>"2009",<br>"2013",<br>"2028",<br>"2036",<br>"2096",<br>"2097", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "2125",<br>"2127",<br>"2128",<br>"2133",<br>"2137",<br>"2138",<br>"2143",<br>"2144",<br>"2145",<br>"2146",<br>"2155",<br>"2157",<br>"2163",<br>"2171",<br>"2188",<br>"2189",<br>"2194",<br>"2195",<br>"2257",<br>"2259",<br>"2280",<br>"2282",<br>"2284",<br>"2286", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "10211",<br>"10271",<br>"11391",<br>"11617",<br>"11704",<br>"11724",<br>"11995",<br>"11996",<br>"11997",<br>"12001",<br>"12193",<br>"12199",<br>"12237",<br>"12253",<br>"12269",<br>"12289",<br>"12296",<br>"12308",<br>"12324",<br>"12349",<br>"12365",<br>"12385",<br>"12397",<br>"12413", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "12433",<br>"12440",<br>"12452",<br>"12468",<br>"12493",<br>"12509",<br>"12529",<br>"12549",<br>"12561",<br>"12577",<br>"12609",<br>"12613",<br>"12617",<br>"12636",<br>"12640",<br>"12644",<br>"12729",<br>"12735",<br>"12741",<br>"12874",<br>"50005",<br>"50045",<br>"50050",<br>"50052", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "50053",<br>"50055",<br>"50060",<br>"50062",<br>"50063",<br>"50069",<br>"50074",<br>"50481",<br>"50719",<br>"50722",<br>"50778",<br>"51070",<br>"51076",<br>"51078",<br>"51079",<br>"51186",<br>"51191",<br>"51196",<br>"51370",<br>"51397",<br>"51404",<br>"51437",<br>"51443",<br>"51445", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "51448",<br>"51524",<br>"51544",<br>"51545",<br>"51557",<br>"51560",<br>"51561",<br>"51562",<br>"51567",<br>"51568",<br>"51569",<br>"51570",<br>"51596",<br>"51599",<br>"51602",<br>"51603",<br>"51604",<br>"51605",<br>"51629",<br>"51631",<br>"51633",<br>"51636",<br>"51639",<br>"51641", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "51803",<br>"51831",<br>"51832",<br>"51837",<br>"51838",<br>"51843",<br>"51846",<br>"51847",<br>"51859",<br>"51860",<br>"51865",<br>"51873",<br>"51901",<br>"51906",<br>"51916",<br>"51997",<br>"51998",<br>"51999",<br>"52006",<br>"52007",<br>"52009",<br>"52010",<br>"52131",<br>"52139", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "52240",<br>"52249",<br>"52262",<br>"52268",<br>"52279",<br>"52283",<br>"52305",<br>"52307",<br>"52311",<br>"52315",<br>"52316",<br>"52321",<br>"52324",<br>"52325",<br>"52326",<br>"52330",<br>"52385",<br>"52386",<br>"52387",<br>"52388",<br>"52389",<br>"52390",<br>"52391",<br>"52392", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "52393",<br>"54001",<br>"54002",<br>"54003",<br>"54004",<br>"54012",<br>"54013",<br>"54015",<br>"54016",<br>"54017",<br>"54018",<br>"54019",<br>"54020",<br>"54021",<br>"54022",<br>"54028",<br>"54030",<br>"54033",<br>"54042",<br>"54046",<br>"54050",<br>"54120",<br>"54123",<br>"54124", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "54125",<br>"54127",<br>"54128",<br>"54140",<br>"54141",<br>"54142",<br>"54143",<br>"60683",<br>"60684",<br>"60685",<br>"60686",<br>"101800",<br>"101801",<br>"101802",<br>"101803",<br>"111801",<br>"121800",<br>"131801",<br>"131803",<br>"141800",<br>"151800",<br>"161800",<br>"181800",<br>"191914", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "211800",<br>"231900",<br>"241800",<br>"241801",<br>"241802",<br>"251800",<br>"251801",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"N01",<br>"N02",<br>"N99",<br>"R10",<br>"H20",<br>"H99",<br>"U31",<br>"U32",<br>"U33", | C-1.2 | |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "U34",<br>"U99",<br>"A41",<br>"A42",<br>"A43",<br>"A99",<br>"D50",<br>"D51",<br>"D99",<br>"S90",<br>"S91",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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 Aortenklappenchirurgie) | 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 1 zur Anlage:

# Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2020

**- Teil 3 (XML-Daten der Krankenhäuser)**

**- Teil 4 und 5 (XML-Daten der auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen bzw. DeQS Datenannahmestelle)**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterung zur Datensatzbeschreibung ..... 14
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente ..... 14
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen ..... 14
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen ..... 15
2 Hinweise zur XML-Erzeugung ..... 18
2.1 Kodierung in UTF-8 (UTF-8 Encoding) ..... 18
2.2 Schema-Validierung (Schema Validation) ..... 18
2.3 Bibliotheken und Komponenten (Libraries and Components) ..... 18
3 Element <Qualitaetsbericht> ..... 19
3.1 Element <Einleitung> ..... 23
3.1.1 Element <Datensatz> ..... 24
3.1.2 Element <Software> ..... 24
3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung> ..... 25

3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang> ..... 25
3.1.3.1.1 Element <Person> ..... 26
3.1.3.1.2 Element <Telefon> ..... 26
3.1.3.1.3 Element <Fax> ..... 27
3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung> ..... 27
3.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links> ..... 28
3.1.5.1 Element <Link> ..... 28
3.2 Element <Krankenhaus> ..... 28
3.2.1 Element <Ein_Standort> ..... 29
3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten> ..... 29
3.2.1.1.1 Element <Kontakt_Zugang> ..... 30
3.2.1.1.2 Element <Kontakt_Adresse> ..... 31
3.2.1.1.2.1 Element <Adresse> ..... 32
3.2.1.1.3 Element <Aerztliche_Leitung> ..... 32
3.2.1.1.4 Element <Pflegedienstleitung> ..... 32
3.2.1.1.5 Element <Verwaltungsleitung> ..... 32
3.2.2 Element <Mehrere_Standorte> ..... 33
3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten> ..... 33
3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten> ..... 34
3.3 Element <Krankenhaustraeger> ..... 35
3.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art> ..... 35
3.4 Element <Krankenhaus_Art> ..... 36
3.4.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus> ..... 37

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus> ..... 37
3.6 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> ..... 37
3.6.1 Element <MP_Leistungsangebot> ..... 37
3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote> ..... 41
3.7.1 Element <NM_Leistungsangebot> ..... 41
3.8 Element <Barrierefreiheit> ..... 42
3.8.1 Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung> ..... 43
3.8.2 Element <Barrierefreiheit_Aspekt> ..... 43
3.9 Element <Akademische_Lehre> ..... 45
3.9.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> ..... 46
3.10 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe> ..... 46
3.10.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> ..... 47
3.11 Element <Fallzahlen> ..... 48
3.12 Element <Personal_des_Krankenhauses> ..... 48
3.12.1 Element <Aerzte> ..... 49
3.12.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte> ..... 49
3.12.1.1.1 Element <Personalerfassung> ..... 50
3.12.1.1.1.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis> ..... 51
3.12.1.1.1.1.1 Element <Personal_mit_direktem_BV> ..... 51
3.12.1.1.1.1.2 Element <Personal_ohne_direktem_BV> ..... 51
3.12.1.1.1.2 Element <Versorgungsform> ..... 52
3.12.1.1.1.2.1 Element <Ambulante_Versorgung> ..... 52
3.12.1.1.1.2.2 Element <Stationaere_Versorgung> ..... 52

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.1.1.2 Element <Fachaerzte> ... 53
3.12.1.2 Element <Belegaerzte> ... 53
3.12.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung> ... 54
3.12.2 Element <Pflegekraefte> ... 54
3.12.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger> ... 55
3.12.2.1.1 Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung> ... 56
3.12.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger> ... 56
3.12.2.3 Element <Altenpfleger> ... 57
3.12.2.4 Element <Pflegefachfrau> ... 57
3.12.2.5 Element <Pflegefachfrau_BSc> ... 57
3.12.2.6 Element <Pflegeassistenten> ... 58
3.12.2.7 Element <Krankenpflegehelfer> ... 58
3.12.2.8 Element <Pflegehelfer> ... 59
3.12.2.9 Element <Hebammen_Entbindungspfleger> ... 59
3.12.2.10 Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger> ... 59
3.12.2.11 Element <Operationstechnische_Assistenz> ... 60
3.12.2.12 Element <Medizinische_Fachangestellte> ... 60
3.12.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho> ... 61
3.12.3.1 Element <Diplom_Psychologen> ... 64
3.12.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen> ... 64
3.12.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten> ... 65
3.12.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten> ... 65
3.12.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit> ... 65

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.12.3.6 Element <Ergotherapeuten> ... 65
3.12.3.7 Element <Physiotherapeuten> ... 65
3.12.3.8 Element <Sozialpaedagogen> ... 66
3.12.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal> ... 66
3.12.4.1 Element <Therapeutisches_Personal> ... 66
3.13 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung> ... 68
3.13.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement> ... 70
3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement> ... 70
3.13.2.1 Element <Lenkungsgremium> ... 70
3.13.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement> ... 71
3.13.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement> ... 71
3.13.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement> ... 72
3.13.5.1 Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement> ... 72
3.13.5.1.1 Element <Zusatzangaben_RM> ... 73
3.13.5.1.1.1 Element <SOP> ... 74
3.13.5.1.1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen> ... 74
3.13.5.1.1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz> ... 74
3.13.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem> ... 75
3.13.6.1 Element <Tagungsgremium> ... 76
3.13.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern> ... 76
3.13.6.2.1 Element <System_intern> ... 76
3.13.6.2.1.1 Element <Zusatzangaben_IF> ... 77
3.13.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem> ... 78

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend> ..... 78
3.13.7.1.1 Element <System_uebergreifend> ..... 78
3.13.7.1.1.1 Element <EF_Sonstiges> ..... 80
3.13.8 Element <Hygienepersonal> ..... 80
3.13.8.1 Element <Krankenhaushygieniker> ..... 81
3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte> ..... 81
3.13.8.2.1 Element <Hygienepersonalerfassung> ..... 81
3.13.8.3 Element <Hygienefachkraefte> ..... 82
3.13.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege> ..... 82
3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet> ..... 82
3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz> ..... 83
3.13.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene> ..... 84
3.13.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK> ..... 85
3.13.9.1.1 Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor> ..... 86
3.13.9.1.1.1 Element <Standard_thematisiert> ..... 86
3.13.9.1.1.1.1 Element <Anwendung_weiterer_Hygienemassnahmen> ..... 87
3.13.9.1.2 Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor> ..... 88
3.13.9.2 Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie> ..... 89
3.13.9.2.1 Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor> ..... 90
3.13.9.2.2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor> ..... 90
3.13.9.2.2.1 Element <Standard_thematisiert> ..... 91
3.13.9.3 Element <Umgang_Wunden> ..... 92
3.13.9.3.1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor> ..... 93

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.13.9.3.1.1 Element <Standard_thematisiert> ..... 93
3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion> ..... 94
3.13.9.4.1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben> ..... 95
3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben> ..... 96
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> ..... 103
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> ..... 104
3.13.10.7 Element <Patientenfuersprecher> ..... 105
3.13.10.7.1 Element <Fuersprechpersonen> ..... 105
3.13.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten> ..... 105
3.13.10.9 Element <Patientenbefragungen> ..... 106
3.13.10.10 Element <Einweiserbefragungen> ..... 106

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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> ..... 120
3.13.11.4.1.1.4 Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung> ..... 121
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
3.15.1.1.2 Element <Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2> ... 128
3.15.1.1.3 Element <Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3> ... 129
3.15.2 Element <Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt> ... 129
3.15.3 Element <Kooperation_mit_Kassenaerztlicher_Vereinigung> ... 131
3.16 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen> ... 131
3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung> ... 132
3.16.1.1 Element <Aerztliche_Leitung_OE> ... 133
3.16.1.1.1 Element <Chefarzt> ... 134
3.16.1.1.2 Element <Leitender_Belegarzt> ... 134
3.16.1.2 Element <Zielvereinbarungen> ... 134
3.16.1.2.1 Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten> ... 135
3.16.1.3 Element <Fachabteilungsschluessel> ... 136
3.16.1.3.1 Element <Sonstiger> ... 136
3.16.1.4 Element <Medizinische_Leistungsangebote> ... 137
3.16.1.4.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot> ... 137
3.16.1.4.1.1 Element <Sonstiger> ... 155
3.16.1.5 Element <Fallzahlen_OE> ... 156

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.6 Element <Hauptdiagnosen> ... 156
3.16.1.6.1 Element <Hauptdiagnose> ... 157
3.16.1.7 Element <Prozeduren> ... 158
3.16.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe> ... 159
3.16.1.7.1.1 Element <Prozedur> ... 159
3.16.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe> ... 160
3.16.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten> ... 160
3.16.1.8.1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit> ... 161
3.16.1.8.1.1 Element <Ambulanz> ... 161
3.16.1.8.1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz> ... 163
3.16.1.8.1.1.1.1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot> ... 163
3.16.1.8.1.1.1.1.1 Element <Sonstiger> ... 181
3.16.1.8.1.2 Element <Ambulanz_116b> ... 182
3.16.1.8.1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b> ... 182
3.16.1.8.1.2.1.1 Element <Leistung> ... 183
3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen> ... 185
3.16.1.9.1 Element <Freiwillige_Angabe> ... 186
3.16.1.9.1.1 Element <Ambulante_Operation> ... 186
3.16.1.9.2 Element <Verpflichtende_Angabe> ... 187
3.16.1.10 Element <Personelle_Ausstattung> ... 187
3.16.1.10.1 Element <Aerztliches_Personal> ... 188
3.16.1.10.1.1 Element <Hauptabteilung> ... 189
3.16.1.10.1.2 Element <Belegabteilung> ... 189

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.16.1.10.1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung> ... 189
3.16.1.10.1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung> ... 190
3.16.1.10.2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen> ... 191
3.16.1.10.2.1 Element <Fachexpertise> ... 191
3.16.1.10.3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen> ... 197
3.16.1.10.3.1 Element <Fachexpertise_Pflege> ... 198
3.17 Element <Qualitaetssicherung> ... 200
3.17.1 Element <QS_nach_Landesrecht> ... 202
3.17.1.1 Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme> ... 203
3.17.1.1.1 Element <Leistungsbereich> ... 203
3.17.2 Element <DMP> ... 204
3.17.2.1 Element <Teilnahme_DMP> ... 205
3.17.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS> ... 206
3.17.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS> ... 206
3.17.4 Element <Mindestmengen> ... 207
3.17.4.1 Element <Leistungsbereich> ... 207
3.17.4.1.1 Element <Begruendung> ... 209
3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr> ... 210
3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich> ... 210
3.17.4.2.1.1 Element <Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende> ... 212
3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung> ... 213
3.17.5.1 Element <Vereinbarung> ... 213
3.17.5.2 Element <Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben> ... 215

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3.17.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorgung_erfolgt> ... 216
3.17.5.2.1.1 Element <Teilnahme_klaerender_Dialog> ... 216
3.17.6 Element <Fortbildung> ... 217
3.17.7 Element <Pflegepersonalregelung> ... 218
3.17.7.1 Element <Monatsbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG> ... 219
3.17.7.2 Element <Schichtbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG> ... 221
4 Datengestützte Qualitätssicherung ... 224
4.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien ... 224
4.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien ... 224
4.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] - Dokumentationsraten ... 225
4.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ... 225
5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung> ... 227
5.1 Element <Dokumentationsraten> ... 229
5.1.1 Element <Leistungsbereich_DeQS> ... 229
5.1.2 Element <Leistungsbereich_QSKH> ... 232
5.2 Element <Ergebnis> ... 236
5.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> ... 237
5.2.1.1 Element <QS-Ergebnis> ... 237
5.2.1.1.1 Element <Vertrauensbereich_Bundesweit> ... 261
5.2.1.1.2 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus> ... 262
5.2.1.1.3 Element <Fallzahl> ... 262
5.2.1.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung> ... 263
5.2.2 Element <Auswertungseinheit> ... 265

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen ..... 267
6.1 Zusätzliche Prüfungen ..... 267
7 Anhang ..... 268
7.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten ..... 268
7.2 Liste der Qualitätsindikatoren ..... 272

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.

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* | | | | | |
| Auswahl 1 | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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.<br>**9** beliebige Ziffer [0-9]<br>**X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer<br>Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional.<br>**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.<br>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.<br>**Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig.<br>**Bsp.:** 0..20000 - In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig.<br>**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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Schlüsselwort | Beschreibung |
|---|---|
| Auswahlliste | In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert.<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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).<br>**Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.<br>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 der Anlage (z. B. A-3) angegeben, welchen Inhalt aus der Anlage 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 | (!) Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen: "Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte." |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 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 nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 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"<br>Auswahlliste:<br>"deutsch" | Einleitung | |

### 3.1.2 Element <Software>

**Elternelemente: 3.1 Element <Einleitung>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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-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>, 3.2.1.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>, 3.2.1.1.4 Element <Pflegedienstleitung>, 3.2.1.1.5 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 | |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

#### 3.1.3.1.2 Element <Telefon>

**Elternelemente: 3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Ein_Standort | Das Krankenhaus hat nur einen Standort. | 1 | siehe 3.2.1 | A-1 | |
| Mehrere_Standorte | Das Krankenhaus hat mehrere Standort. | 1 | siehe 3.2.2 | A-1 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 3.2.1 Element <Ein_Standort>

**Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Krankenhauskontaktdaten | Kontaktdaten des Krankenhauses. | 1 | siehe 3.2.1.1 | A-1 | |

#### 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>

**Elternelemente: 3.2.1 Element <Ein_Standort>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Name | Name des Krankenhauses | 1 | max. Zeichenzahl: 4000 | A-1 | |
| IK | Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis). | 1 | Format: 999999999 | A-1 | |
| IK_Weitere | Weitere relevante Institutionskennzeichen. | 0 .. n | Format: 999999999 | A-1 | |
| Standortnummer | Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 1 | Format: 77xxxx000 | A-1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Standortnummer_alt | Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben. | 0 .. 1 | Format: 99 | A-1 | |
| Kontakt_Zugang | | 1 | siehe 3.2.1.1.1 | - | |
| Kontakt_Adresse | | 0 .. 1 | siehe 3.2.1.1.2 | - | |
| 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 | |
| Email | | 1 | Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft. | A-1 | |
| Aerztliche_Leitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.3 | A-1 | |
| Pflegedienstleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.4 | A-1 | |
| Verwaltungsleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.5 | A-1 | |

#### 3.2.1.1.1 Element <Kontakt_Zugang>

**Elternelemente: 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>, 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. |

#### 3.2.1.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

**Elternelemente: 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Adresse | | 1 | siehe 3.2.1.1.2.1 | 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<br>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 | |

#### 3.2.1.1.2.1 Element <Adresse>

**Elternelemente: 3.2.1.1.2 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 | |

### 3.2.1.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>

**Elternelemente: 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>**

| 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 | |

### 3.2.1.1.4 Element <Pflegedienstleitung>

**Elternelemente: 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>**

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 | |

#### 3.2.1.1.5 Element <Verwaltungsleitung>

**Elternelemente: 3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>, 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>**

| 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 <Mehrere_Standorte>

**Elternelemente: 3.2 Element <Krankenhaus>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Krankenhauskontaktdaten | Kontaktdaten des Krankenhauses. | 1 | siehe 3.2.2.1 | A-1 | |
| Standortkontaktdaten | Dieses Element ist für den Standort anzugeben, über welchen berichtet wird. | 1 | siehe 3.2.2.2 | A-1 | |

#### 3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>

**Elternelemente: 3.2.2 Element <Mehrere_Standorte>**

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

Dies Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| IK | Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis) | 1 | Format: 999999999 | A-1 | |
| IK_Weitere | Weitere relevante Institutionskennzeichen. | 0 .. n | Format: 999999999 | A-1 | |
| Kontakt_Zugang | | 1 | siehe 3.2.1.1.1 | - | |
| Kontakt_Adresse | | 0 .. 1 | siehe 3.2.1.1.2 | - | |
| 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 | |
| Email | | 1 | Datentyp, der das Format einer Emailadresse rudimentär überprüft. | A-1 | |
| Aerztliche_Leitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.3 | A-1 | |
| Pflegedienstleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.4 | A-1 | |
| Verwaltungsleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.5 | A-1 | |

### 3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>

**Elternelemente: 3.2.2 Element <Mehrere_Standorte>**

| 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 (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis) | 1 | Format: 999999999 | A-1 | |
| Standortnummer | Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 1 | Format: 77xxxx000 | A-1 | |
| Standortnummer_alt | Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben. | 0 .. 1 | Format: 99 | A-1 | |
| Kontakt_Zugang | | 1 | siehe 3.2.1.1.1 | - | |
| Kontakt_Adresse | | 0 .. 1 | siehe 3.2.1.1.2 | - | |
| Aerztliche_Leitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.3 | A-1 | |
| Pflegedienstleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.4 | A-1 | |
| Verwaltungsleitung | | 1 | siehe 3.2.1.1.5 | A-1 | |

## 3.3 Element <Krankenhaustraeger>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 A-2)<br>Auswahlliste:<br>"freigemeinnützig",<br>"öffentlich",<br>"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 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

## 3.4 Element <Krankenhaus_Art>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |

## 3.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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>**

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"MP01",<br>"MP02", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "MP03",<br>"MP04",<br>"MP05",<br>"MP06",<br>"MP08",<br>"MP09",<br>"MP10",<br>"MP11",<br>"MP12",<br>"MP13",<br>"MP14",<br>"MP15",<br>"MP16",<br>"MP17",<br>"MP18",<br>"MP19",<br>"MP20",<br>"MP21",<br>"MP22",<br>"MP23",<br>"MP24",<br>"MP25",<br>"MP26", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "MP27",<br>"MP28",<br>"MP29",<br>"MP30",<br>"MP31",<br>"MP32",<br>"MP33",<br>"MP34",<br>"MP35",<br>"MP36",<br>"MP37",<br>"MP38",<br>"MP39",<br>"MP40",<br>"MP41",<br>"MP42",<br>"MP43",<br>"MP44",<br>"MP45",<br>"MP46",<br>"MP47",<br>"MP48",<br>"MP50", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

## 3.7 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

**Elternelemente: 3 Element <Qualitaetsbericht>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"NM02",<br>"NM03",<br>"NM05",<br>"NM07",<br>"NM09",<br>"NM10",<br>"NM11",<br>"NM40",<br>"NM42",<br>"NM49",<br>"NM50",<br>"NM60", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "NM62",<br>"NM63",<br>"NM64",<br>"NM66",<br>"NM68",<br>"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 | |

### 3.8.1 Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraechtigung>

**Elternelemente: 3.8 Element <Barrierefreiheit>**

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 | |

### 3.8.2 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"BF01",<br>"BF02",<br>"BF03",<br>"BF04",<br>"BF05",<br>"BF06",<br>"BF08",<br>"BF09",<br>"BF10",<br>"BF11",<br>"BF13",<br>"BF14", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "BF15",<br>"BF16",<br>"BF17",<br>"BF18",<br>"BF19",<br>"BF20",<br>"BF21",<br>"BF22",<br>"BF23",<br>"BF24",<br>"BF25",<br>"BF26",<br>"BF29",<br>"BF30",<br>"BF31",<br>"BF32",<br>"BF33",<br>"BF34",<br>"BF35",<br>"BF36",<br>"BF37",<br>"BF38",<br>"BF39", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "BF40",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"FL01",<br>"FL02",<br>"FL03",<br>"FL04",<br>"FL05",<br>"FL06",<br>"FL07",<br>"FL08",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"HB01",<br>"HB02",<br>"HB03",<br>"HB05",<br>"HB06",<br>"HB07",<br>"HB09",<br>"HB10",<br>"HB11",<br>"HB12",<br>"HB13",<br>"HB14",<br>"HB15",<br>"HB16",<br>"HB17",<br>"HB18",<br>"HB19",<br>"HB20",<br>"HB21" | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 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 <Pflegefachfrau>, 3.12.2.5 Element <Pflegefachfrau_BSc>, 3.12.2.6 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.7 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.8 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.9 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.11 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.12 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 Richtlinien-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 | |
| Pflegefachfrau | 3 Jahre Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.4 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Pflegefachfrau_BSc | 7-8 Semester | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.5 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Pflegeassistenten | 2 Jahre Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.6 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Krankenpflegehelfer | 1 Jahr Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.7 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Pflegehelfer | ab 200 Std. Basiskurs | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.8 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Hebammen_Entbindungspfleger | 3 Jahre Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.9 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Beleghebammen_Belegentbindungspfleger | Anzahl in Personen zum Stichtag 31.12. | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.10 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Operationstechnische_Assistenz | 3 Jahre Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.11 | A-11.2, B-X.11.2 | |
| Medizinische_Fachangestellte | 3 Jahre Ausbildungsdauer | 0 .. 1 | siehe 3.12.2.12 | 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 | |

Die 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 <Pflegefachfrau>, 3.12.2.5 Element <Pflegefachfrau_BSc>, 3.12.2.6 Element <Pflegeassistenten>, 3.12.2.7 Element <Krankenpflegehelfer>, 3.12.2.8 Element <Pflegehelfer>, 3.12.2.9 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>, 3.12.2.11 Element <Operationstechnische_Assistenz>, 3.12.2.12 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>

| 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. |

### 3.12.2.3 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 <Pflegefachfrau>

**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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.12.2.5 Element <Pflegefachfrau_BSc>

**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 <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 | |
| 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 <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 | |

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. |

### 3.12.2.8 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 | |
| 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. |

### 3.12.2.9 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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.12.2.10 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 | |
| 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 | |

### 3.12.2.11 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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.12.2.12 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |

### 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>**

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 | |

### 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 | |

### 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>**

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 | |

### 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>**

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"SP04",<br>"SP05",<br>"SP06",<br>"SP08",<br>"SP09",<br>"SP13",<br>"SP14", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "SP15",<br>"SP16",<br>"SP17",<br>"SP18",<br>"SP19",<br>"SP20",<br>"SP21",<br>"SP22",<br>"SP23",<br>"SP24",<br>"SP25",<br>"SP26",<br>"SP27",<br>"SP28",<br>"SP30",<br>"SP31",<br>"SP32",<br>"SP35",<br>"SP36",<br>"SP39",<br>"SP40",<br>"SP42",<br>"SP43", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "SP54",<br>"SP55",<br>"SP56",<br>"SP57",<br>"SP58",<br>"SP59",<br>"SP60",<br>"SP61",<br>"SP62" | | |

## 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 A-12.1.1 übernehmen! |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |

### 3.13.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "RM01",<br>"RM02",<br>"RM03",<br>"RM04",<br>"RM05",<br>"RM06",<br>"RM07",<br>"RM08",<br>"RM09",<br>"RM10",<br>"RM12",<br>"RM13",<br>"RM14",<br>"RM15",<br>"RM16",<br>"RM17",<br>"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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 | |
| 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>**

Diese Richtlinie/Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Tumorkonferenzen",<br>"Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen",<br>"Pathologiebesprechungen",<br>"Palliativbesprechungen",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"wöchentlich",<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"IF01",<br>"IF02",<br>"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 zur Anlage | A-12.2.3.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"EF01",<br>"EF02",<br>"EF03",<br>"EF04",<br>"EF05",<br>"EF06",<br>"EF07",<br>"EF08",<br>"EF09",<br>"EF10",<br>"EF11",<br>"EF12",<br>"EF13",<br>"EF14",<br>"EF15",<br>"EF16", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "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 einrichtungsübergrei-fenden Fehlermeldesystems | 1 | Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste "Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A 12.2.3.2) im Anhang 2 zur Anlage sind nur die sonstigen Schlüssel-Nrn. zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 | |
| Erlaeuterungen | | 0 .. 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | A-12.3.1 | |

### 3.13.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>

**Elternelemente: 3.13.8 Element <Hygienepersonal>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage; alternative Auswahl zu *enum_Tagungsfrequenz*.<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"bei Bedarf",<br>"andere Frequenz" | A-12.3.1 | |

### 3.13.8.5.1 Element <Kontakt_Person_kurz>

**Elternelemente: 3.13.8.5 Element <Hygienekommission_eingerichtet>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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* | | | | | |
| Hygienestandard_ZVK | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen | 1 | siehe 3.13.9.1 | A-12.3.2.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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* | | | | | |
| 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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:<br>"ja",<br>"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>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Hygienische_Haendedesinfektion | Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Hautdesinfektion | Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |
| Beachtung_Einwirkzeit | Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "teilweise" | | |
| Steriles_Abdecktuch | Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Standard_autorisiert | Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *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 | |
| 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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Leitlinie_autorisiert | Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.2 | |

### 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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.2 | |
| Zu_Verwendende_Antibiotika | Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.2 | |
| Dauer_Antibiotikaprophylaxe | Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_nicht_vor | Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung liegt nicht vor. | 1 | Kein Inhalt | A-12.3.2.3 | |
| 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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Verbandwechsel_aseptische_Bedingungen | Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden | Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"teilweise" | A-12.3.2.3 | |
| Pruefung_Notwendigkeit_Wundauflage | Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 Intensivstationen erhoben. | 1 | Kein Inhalt | A-12.3.2.4 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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* | | | | | |
| Erfassung_Haendedesinfektionsmittelverbrauch_stationsbezogen | Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 3.13.9.4.2 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>

**Elternelemente:** 3.13.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.3.2.5 | |
| Risikoadaptives_Aufnahmes creening | Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"HM01",<br>"HM02",<br>"HM03",<br>"HM04",<br>"HM05",<br>"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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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>**

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste: | A-12.3.2.6 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Teilnahme (ohne Zertifikat)",<br>"Zertifikat Bronze",<br>"Zertifikat Silber",<br>"Zertifikat Gold" | | |
| Frequenz | Tagungsfrequenz. Nur für Elemente HM05 und HM09. | 1 | Schlüsselauswahlliste "Frequenz" (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"monatlich",<br>"quartalsweise",<br>"halbjährlich",<br>"jährlich",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Name | | 1 | Schlüsselauswahlliste: "KISS_Modul_Name" (A-12.3.2) im Anhang 2 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"AMBU-KISS",<br>"CDAD-KISS",<br>"HAND-KISS",<br>"ITS-KISS",<br>"MRSA-KISS",<br>"NEO-KISS",<br>"ONKO-KISS",<br>"OP-KISS",<br>"STATIONS-KISS",<br>"SARI" | A-12.3.2.6 | |

### 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Umgang_schriftliche_Beschwerden | | 1 | siehe 3.13.10.4 | A-12.4 | |
| Zeitziele_fuer_Rueckmeldung | | 1 | siehe 3.13.10.5 | A-12.4 | |
| 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:<br>"ja",<br>"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 | |

### 3.13.10.2 Element <Schriftliches_Konzept>

**Elternelemente: 3.13.10 Element <Beschwerdemanagement>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Schriftliches_Konzept_Existiert | Ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement existiert. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

### 3.13.10.6.1 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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:<br>"ja",<br>"nein" | A-12.4 | |
| Erlaeuterungen | | 0 .. 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | A-12.4 | |
| URL_Kontaktformular | Link zu einem Kontaktformular zur anonymen Eingabe. | 0 .. 1 | Format: http/https URL nach RFC 3305 (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:<br>"ja",<br>"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:<br>"ja",<br>"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, |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 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 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 – |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 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 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 |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| *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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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* | | | | | |
| 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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. |
| 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-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>**

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"AS01",<br>"AS02",<br>"AS03",<br>"AS04",<br>"AS05",<br>"AS06",<br>"AS07",<br>"AS08",<br>"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",<br>"AS11",<br>"AS12",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung",<br>"Zubereitung durch pharmazeutisches Personal",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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>**

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)",<br>"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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.13.11.4.1.1.3 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 3.13.11.4.1.1.3.1 | 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Fallbesprechungen",<br>"Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung",<br>"Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)", | A-12.5.4 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)" | | |
| Andere_Massnahme | | 1 | max. Zeichenanzahl: 300 | A-12.5.4 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 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 zur Anlage<br>Auswahlliste: | A-12.5.4 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs",<br>"Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen",<br>"Aushändigung des Medikationsplans",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| AA_Schluessel | Geräte-Schlüssel-Nr. | 1 | Schlüsselauswahlliste: "Besondere apparative Ausstattung (A-13)" im Anhang 2 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"AA01",<br>"AA08",<br>"AA09",<br>"AA10",<br>"AA14",<br>"AA15",<br>"AA18",<br>"AA21",<br>"AA22",<br>"AA23",<br>"AA26",<br>"AA30",<br>"AA32",<br>"AA33",<br>"AA38",<br>"AA43",<br>"AA47",<br>"AA50",<br>"AA56", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AA57",<br>"AA68",<br>"AA69",<br>"AA70",<br>"AA71",<br>"AA72" | | |
| Notfallverfuegbarkeit_24h | A-13 | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.15.1 Element <Teilnahme_Notfallstufe>

**Elternelemente: 3.15 Element <Teilnahme_Notfallversorgung>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Notfallstufe_zugeordnet | Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet. | 1 | siehe 3.15.1.1 | A-14.1 | |
| Notfallstufe_Nichtteilnahme_noch_nicht_vereinbart | Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart. | 1 | Kein Inhalt | A-14.1 | |
| Keine_Teilnahme_Notfallversorgung | Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung. | 1 | Kein Inhalt | A-14.1 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |
| Erlaeuterungen | Ergänzende Angaben zur Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung. | 0 .. 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | A-14.1 | |

#### 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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>**

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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* | | | | | |

### 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 Richtlinienversion 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"SN01",<br>"SN02",<br>"SN03",<br>"SN04",<br>"SN05",<br>"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 Erfüllung des Moduls Spezialversorgung" (A-14.3)<br>Auswahlliste:<br>"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",<br>"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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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:<br>"ja",<br>"nein" | A-14.4 | |
| 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:<br>"ja",<br>"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>**

Diese Richtlinienversion 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 3.16.1.1 | 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.16.1.1.1 Element <Chefarzt>

**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 3.2.1.1.1 | - | |

### 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 3.2.1.1.1 | - | |

### 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 | |

### 3.16.1.2.1 Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten>

**Elternelemente: 3.16.1.2 Element <Zielvereinbarungen>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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.<br>Auswahlliste: | B-X.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "3700",<br>"3790",<br>"3791",<br>"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 zur Anlage sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"VA01",<br>"VA02",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"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",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05",<br>"VC06",<br>"VC07",<br>"VC08",<br>"VC09",<br>"VC10",<br>"VC11",<br>"VC12",<br>"VC13",<br>"VC14",<br>"VC15",<br>"VC16",<br>"VC17",<br>"VC18", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC19",<br>"VC20",<br>"VC21",<br>"VC22",<br>"VC23",<br>"VC24",<br>"VC25",<br>"VC26",<br>"VC27",<br>"VC28",<br>"VC29",<br>"VC30",<br>"VC31",<br>"VC32",<br>"VC33",<br>"VC34",<br>"VC35",<br>"VC36",<br>"VC37",<br>"VC38",<br>"VC39",<br>"VC40",<br>"VC41", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC42",<br>"VC43",<br>"VC44",<br>"VC45",<br>"VC46",<br>"VC47",<br>"VC48",<br>"VC49",<br>"VC50",<br>"VC51",<br>"VC52",<br>"VC53",<br>"VC54",<br>"VC55",<br>"VC56",<br>"VC57",<br>"VC58",<br>"VC59",<br>"VC60",<br>"VC61",<br>"VC62",<br>"VC63",<br>"VC64", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC65",<br>"VC66",<br>"VC67",<br>"VC68",<br>"VC69",<br>"VC70",<br>"VC71",<br>"VD01",<br>"VD02",<br>"VD03",<br>"VD04",<br>"VD05",<br>"VD06",<br>"VD07",<br>"VD08",<br>"VD09",<br>"VD10",<br>"VD11",<br>"VD12",<br>"VD13",<br>"VD14",<br>"VD15",<br>"VD16", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VD17",<br>"VD18",<br>"VD19",<br>"VD20",<br>"VG01",<br>"VG02",<br>"VG03",<br>"VG04",<br>"VG05",<br>"VG06",<br>"VG07",<br>"VG08",<br>"VG09",<br>"VG10",<br>"VG11",<br>"VG12",<br>"VG13",<br>"VG14",<br>"VG15",<br>"VG16",<br>"VG17",<br>"VG18",<br>"VG19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VH01",<br>"VH02",<br>"VH03",<br>"VH04",<br>"VH05",<br>"VH06",<br>"VH07",<br>"VH08",<br>"VH09",<br>"VH10",<br>"VH11",<br>"VH12",<br>"VH13",<br>"VH14",<br>"VH15",<br>"VH16",<br>"VH17",<br>"VH18",<br>"VH19",<br>"VH20",<br>"VH21",<br>"VH22",<br>"VH23", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VH24",<br>"VH25",<br>"VH26",<br>"VH27",<br>"VI01",<br>"VI02",<br>"VI03",<br>"VI04",<br>"VI05",<br>"VI06",<br>"VI07",<br>"VI08",<br>"VI09",<br>"VI10",<br>"VI11",<br>"VI12",<br>"VI13",<br>"VI14",<br>"VI15",<br>"VI16",<br>"VI17",<br>"VI18",<br>"VI19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI20",<br>"VI21",<br>"VI22",<br>"VI23",<br>"VI24",<br>"VI25",<br>"VI26",<br>"VI27",<br>"VI28",<br>"VI29",<br>"VI30",<br>"VI31",<br>"VI32",<br>"VI33",<br>"VI34",<br>"VI35",<br>"VI36",<br>"VI37",<br>"VI38",<br>"VI39",<br>"VI40",<br>"VI41",<br>"VI42", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI43",<br>"VI44",<br>"VI45",<br>"VN01",<br>"VN02",<br>"VN03",<br>"VN04",<br>"VN05",<br>"VN06",<br>"VN07",<br>"VN08",<br>"VN09",<br>"VN10",<br>"VN11",<br>"VN12",<br>"VN13",<br>"VN14",<br>"VN15",<br>"VN16",<br>"VN17",<br>"VN18",<br>"VN19",<br>"VN20", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VN21",<br>"VN22",<br>"VN23",<br>"VN24",<br>"VO01",<br>"VO02",<br>"VO03",<br>"VO04",<br>"VO05",<br>"VO06",<br>"VO07",<br>"VO08",<br>"VO09",<br>"VO10",<br>"VO11",<br>"VO12",<br>"VO13",<br>"VO14",<br>"VO15",<br>"VO16",<br>"VO17",<br>"VO18",<br>"VO19", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VO20",<br>"VO21",<br>"VK01",<br>"VK02",<br>"VK03",<br>"VK04",<br>"VK05",<br>"VK06",<br>"VK07",<br>"VK08",<br>"VK09",<br>"VK10",<br>"VK11",<br>"VK12",<br>"VK13",<br>"VK14",<br>"VK15",<br>"VK16",<br>"VK17",<br>"VK18",<br>"VK20",<br>"VK21",<br>"VK22", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VK23",<br>"VK24",<br>"VK25",<br>"VK26",<br>"VK27",<br>"VK28",<br>"VK29",<br>"VK30",<br>"VK31",<br>"VK32",<br>"VK33",<br>"VK34",<br>"VK35",<br>"VK36",<br>"VK37",<br>"VP01",<br>"VP02",<br>"VP03",<br>"VP04",<br>"VP05",<br>"VP06",<br>"VP07",<br>"VP08", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR39",<br>"VR40",<br>"VR41",<br>"VR42",<br>"VR43",<br>"VR44",<br>"VR45",<br>"VR46",<br>"VR47",<br>"VU01",<br>"VU02",<br>"VU03",<br>"VU04",<br>"VU05",<br>"VU06",<br>"VU07",<br>"VU08",<br>"VU09",<br>"VU10",<br>"VU11",<br>"VU12",<br>"VU13",<br>"VU14", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VU15",<br>"VU16",<br>"VU17",<br>"VU18",<br>"VU19",<br>"VZ01",<br>"VZ02",<br>"VZ03",<br>"VZ04",<br>"VZ05",<br>"VZ06",<br>"VZ07",<br>"VZ08",<br>"VZ09",<br>"VZ10",<br>"VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VZ19",<br>"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>**

| 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 zur Anlage sind nur die sonstigen Schlüssel-Nrn. zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"VA00", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"VH00",<br>"VI00",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"VZ00" | | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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* | | | | | |
| 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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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>**

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Fallzahl_Datenschutz | | 1 | Kein Inhalt | - | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 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* | | | | | |

#### 3.16.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>

**Elternelemente: 3.16.1.7 Element <Prozeduren>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 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 | - | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| 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 zur Anlage sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme des Schlüssels 116b ("AM06 und "AM17") zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"AM01",<br>"AM02",<br>"AM03",<br>"AM04", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AM05",<br>"AM07",<br>"AM08",<br>"AM09",<br>"AM10",<br>"AM11",<br>"AM12",<br>"AM13",<br>"AM14",<br>"AM15",<br>"AM16",<br>"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 zur Anlage sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel ("VA00", "VC00", "VD00", "VG00", "VH00", "VI00", "VN00", "VO00", "VK00", "VP00", "VR00", "VU00", "VX00", "VZ00") zulässig.<br>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",<br>"VA02",<br>"VA03",<br>"VA04",<br>"VA05",<br>"VA06",<br>"VA07",<br>"VA08",<br>"VA09",<br>"VA10",<br>"VA11",<br>"VA12",<br>"VA13",<br>"VA14",<br>"VA15",<br>"VA16",<br>"VA17",<br>"VA18",<br>"VC01",<br>"VC02",<br>"VC03",<br>"VC04",<br>"VC05", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC06",<br>"VC07",<br>"VC08",<br>"VC09",<br>"VC10",<br>"VC11",<br>"VC12",<br>"VC13",<br>"VC14",<br>"VC15",<br>"VC16",<br>"VC17",<br>"VC18",<br>"VC19",<br>"VC20",<br>"VC21",<br>"VC22",<br>"VC23",<br>"VC24",<br>"VC25",<br>"VC26",<br>"VC27",<br>"VC28", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC29",<br>"VC30",<br>"VC31",<br>"VC32",<br>"VC33",<br>"VC34",<br>"VC35",<br>"VC36",<br>"VC37",<br>"VC38",<br>"VC39",<br>"VC40",<br>"VC41",<br>"VC42",<br>"VC43",<br>"VC44",<br>"VC45",<br>"VC46",<br>"VC47",<br>"VC48",<br>"VC49",<br>"VC50",<br>"VC51", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VC52",<br>"VC53",<br>"VC54",<br>"VC55",<br>"VC56",<br>"VC57",<br>"VC58",<br>"VC59",<br>"VC60",<br>"VC61",<br>"VC62",<br>"VC63",<br>"VC64",<br>"VC65",<br>"VC66",<br>"VC67",<br>"VC68",<br>"VC69",<br>"VC70",<br>"VC71",<br>"VD01",<br>"VD02",<br>"VD03", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VD04",<br>"VD05",<br>"VD06",<br>"VD07",<br>"VD08",<br>"VD09",<br>"VD10",<br>"VD11",<br>"VD12",<br>"VD13",<br>"VD14",<br>"VD15",<br>"VD16",<br>"VD17",<br>"VD18",<br>"VD19",<br>"VD20",<br>"VG01",<br>"VG02",<br>"VG03",<br>"VG04",<br>"VG05",<br>"VG06", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VG07",<br>"VG08",<br>"VG09",<br>"VG10",<br>"VG11",<br>"VG12",<br>"VG13",<br>"VG14",<br>"VG15",<br>"VG16",<br>"VG17",<br>"VG18",<br>"VG19",<br>"VH01",<br>"VH02",<br>"VH03",<br>"VH04",<br>"VH05",<br>"VH06",<br>"VH07",<br>"VH08",<br>"VH09",<br>"VH10", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VH11",<br>"VH12",<br>"VH13",<br>"VH14",<br>"VH15",<br>"VH16",<br>"VH17",<br>"VH18",<br>"VH19",<br>"VH20",<br>"VH21",<br>"VH22",<br>"VH23",<br>"VH24",<br>"VH25",<br>"VH26",<br>"VH27",<br>"VI01",<br>"VI02",<br>"VI03",<br>"VI04",<br>"VI05",<br>"VI06", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI07",<br>"VI08",<br>"VI09",<br>"VI10",<br>"VI11",<br>"VI12",<br>"VI13",<br>"VI14",<br>"VI15",<br>"VI16",<br>"VI17",<br>"VI18",<br>"VI19",<br>"VI20",<br>"VI21",<br>"VI22",<br>"VI23",<br>"VI24",<br>"VI25",<br>"VI26",<br>"VI27",<br>"VI28",<br>"VI29", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VI30",<br>"VI31",<br>"VI32",<br>"VI33",<br>"VI34",<br>"VI35",<br>"VI36",<br>"VI37",<br>"VI38",<br>"VI39",<br>"VI40",<br>"VI41",<br>"VI42",<br>"VI43",<br>"VI44",<br>"VI45",<br>"VN01",<br>"VN02",<br>"VN03",<br>"VN04",<br>"VN05",<br>"VN06",<br>"VN07", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VN08",<br>"VN09",<br>"VN10",<br>"VN11",<br>"VN12",<br>"VN13",<br>"VN14",<br>"VN15",<br>"VN16",<br>"VN17",<br>"VN18",<br>"VN19",<br>"VN20",<br>"VN21",<br>"VN22",<br>"VN23",<br>"VN24",<br>"VO01",<br>"VO02",<br>"VO03",<br>"VO04",<br>"VO05",<br>"VO06", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VK33",<br>"VK34",<br>"VK35",<br>"VK36",<br>"VK37",<br>"VP01",<br>"VP02",<br>"VP03",<br>"VP04",<br>"VP05",<br>"VP06",<br>"VP07",<br>"VP08",<br>"VP09",<br>"VP10",<br>"VP11",<br>"VP12",<br>"VP13",<br>"VP14",<br>"VP15",<br>"VP16",<br>"VR01",<br>"VR02", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR03",<br>"VR04",<br>"VR05",<br>"VR06",<br>"VR07",<br>"VR08",<br>"VR09",<br>"VR10",<br>"VR11",<br>"VR12",<br>"VR13",<br>"VR14",<br>"VR15",<br>"VR16",<br>"VR17",<br>"VR18",<br>"VR19",<br>"VR20",<br>"VR21",<br>"VR22",<br>"VR23",<br>"VR24",<br>"VR25", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VR26",<br>"VR27",<br>"VR28",<br>"VR29",<br>"VR30",<br>"VR31",<br>"VR32",<br>"VR33",<br>"VR34",<br>"VR35",<br>"VR36",<br>"VR37",<br>"VR38",<br>"VR39",<br>"VR40",<br>"VR41",<br>"VR42",<br>"VR43",<br>"VR44",<br>"VR45",<br>"VR46",<br>"VR47",<br>"VU01", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VU02",<br>"VU03",<br>"VU04",<br>"VU05",<br>"VU06",<br>"VU07",<br>"VU08",<br>"VU09",<br>"VU10",<br>"VU11",<br>"VU12",<br>"VU13",<br>"VU14",<br>"VU15",<br>"VU16",<br>"VU17",<br>"VU18",<br>"VU19",<br>"VZ01",<br>"VZ02",<br>"VZ03",<br>"VZ04",<br>"VZ05", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "VZ06",<br>"VZ07",<br>"VZ08",<br>"VZ09",<br>"VZ10",<br>"VZ11",<br>"VZ12",<br>"VZ13",<br>"VZ14",<br>"VZ15",<br>"VZ16",<br>"VZ17",<br>"VZ18",<br>"VZ19",<br>"VZ20" | | |
| 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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 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 zur Anlage sind nur die sonstigen Schlüssel-Nrn. zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"VA00",<br>"VC00",<br>"VD00",<br>"VG00",<br>"VH00",<br>"VI00",<br>"VK00",<br>"VN00",<br>"VO00",<br>"VP00",<br>"VR00",<br>"VU00",<br>"VX00",<br>"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 | |

### 3.16.1.8.1.2 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 zur Anlage sind nur die Schlüssel 116b ("AM06" und "AM17") zulässig.<br>Auswahlliste:<br>"AM06",<br>"AM17" | B-X.8 | Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Ambulanz_116b" mehrfach vorkommen. |
| Bezeichnung | Bezeichnung der Ambulanz. | 0 .. 1 | max. Zeichenanzahl: 200 | B-X.8 | |
| Leistungen_Ambulanz_116b | Angebotene Leistungen der Ambulanz. | 0 .. 1 | siehe 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"LK01",<br>"LK02",<br>"LK03",<br>"LK04",<br>"LK05",<br>"LK06",<br>"LK07",<br>"LK08",<br>"LK09",<br>"LK10",<br>"LK11",<br>"LK12",<br>"LK15_2",<br>"LK15_3", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "LK15_4",<br>"LK15_5",<br>"LK15_6",<br>"LK15_7",<br>"LK15_9",<br>"LK15_10",<br>"LK15_11",<br>"LK16",<br>"LK17",<br>"LK18",<br>"LK20",<br>"LK21",<br>"LK22",<br>"LK23",<br>"LK24",<br>"LK26",<br>"LK27",<br>"LK28",<br>"LK29",<br>"LK30",<br>"LK31",<br>"LK32",<br>"LK33", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "LK34",<br>"LK35",<br>"LK36",<br>"LK37",<br>"LK38",<br>"LK39",<br>"LK40",<br>"LK41",<br>"LK42" | | |

### 3.16.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

**Elternelemente: 3.16.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Keine_Erbracht | Keine ambulante Operation nach OPS erbracht. | 1 | Kein Inhalt | B-X.7 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 endstellig anzugeben. |
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Anzahl | Absolute Anzahl. | 1 | Wertebereich: 4 .. 100000 | B-X.9 | |
| Anzahl_Datenschutz | | 1 | Kein Inhalt | - | |
| *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 | |
| Aerztliche_Fachexpertisen | Fachexpertisen der Abteilung. | 0 .. 1 | siehe 3.16.1.10.2 | B-X.11.1 | |
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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* | | | | | |
| 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 | |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| *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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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>**

| 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 | |

### 3.16.1.10.1.4 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 | |
| *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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.1)" im Anhang 2 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"AQ01",<br>"AQ02",<br>"AQ03",<br>"AQ04",<br>"AQ05",<br>"AQ06",<br>"AQ07",<br>"AQ08",<br>"AQ09",<br>"AQ10", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ11",<br>"AQ12",<br>"AQ13",<br>"AQ14",<br>"AQ15",<br>"AQ16",<br>"AQ17",<br>"AQ18",<br>"AQ19",<br>"AQ20",<br>"AQ21",<br>"AQ22",<br>"AQ23",<br>"AQ24",<br>"AQ25",<br>"AQ26",<br>"AQ27",<br>"AQ28",<br>"AQ29",<br>"AQ30",<br>"AQ31",<br>"AQ32",<br>"AQ33", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ34",<br>"AQ35",<br>"AQ36",<br>"AQ37",<br>"AQ38",<br>"AQ39",<br>"AQ40",<br>"AQ41",<br>"AQ42",<br>"AQ43",<br>"AQ44",<br>"AQ45",<br>"AQ46",<br>"AQ47",<br>"AQ48",<br>"AQ49",<br>"AQ50",<br>"AQ51",<br>"AQ52",<br>"AQ53",<br>"AQ54",<br>"AQ55",<br>"AQ56", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "AQ57",<br>"AQ58",<br>"AQ59",<br>"AQ60",<br>"AQ63",<br>"AQ64",<br>"AQ65",<br>"AQ66",<br>"AQ67",<br>"AQ68",<br>"ZF01",<br>"ZF02",<br>"ZF03",<br>"ZF04",<br>"ZF05",<br>"ZF06",<br>"ZF07",<br>"ZF08",<br>"ZF09",<br>"ZF10",<br>"ZF11",<br>"ZF12",<br>"ZF13", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF14",<br>"ZF15",<br>"ZF16",<br>"ZF17",<br>"ZF18",<br>"ZF19",<br>"ZF20",<br>"ZF21",<br>"ZF22",<br>"ZF23",<br>"ZF24",<br>"ZF25",<br>"ZF26",<br>"ZF27",<br>"ZF28",<br>"ZF29",<br>"ZF30",<br>"ZF31",<br>"ZF32",<br>"ZF33",<br>"ZF34",<br>"ZF35",<br>"ZF36", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF37",<br>"ZF38",<br>"ZF39",<br>"ZF40",<br>"ZF41",<br>"ZF42",<br>"ZF43",<br>"ZF44",<br>"ZF45",<br>"ZF46",<br>"ZF49",<br>"ZF50",<br>"ZF51",<br>"ZF52",<br>"ZF53",<br>"ZF54",<br>"ZF55",<br>"ZF56",<br>"ZF57",<br>"ZF58",<br>"ZF59",<br>"ZF60",<br>"ZF61", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZF62",<br>"ZF63",<br>"ZF64",<br>"ZF65",<br>"ZF66",<br>"ZF67",<br>"ZF68",<br>"ZF69" | | |
| 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"PQ01",<br>"PQ02",<br>"PQ04",<br>"PQ05",<br>"PQ06",<br>"PQ07",<br>"PQ08",<br>"PQ09",<br>"PQ10",<br>"PQ11",<br>"PQ12",<br>"PQ13",<br>"PQ14",<br>"PQ15",<br>"PQ16",<br>"PQ17",<br>"PQ18",<br>"PQ19",<br>"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",<br>"PQ22",<br>"ZP01",<br>"ZP02",<br>"ZP03",<br>"ZP04",<br>"ZP05",<br>"ZP06",<br>"ZP07",<br>"ZP08",<br>"ZP09",<br>"ZP13",<br>"ZP14",<br>"ZP15",<br>"ZP16",<br>"ZP18",<br>"ZP19",<br>"ZP20",<br>"ZP22",<br>"ZP23",<br>"ZP24",<br>"ZP25",<br>"ZP26", | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "ZP27",<br>"ZP28",<br>"ZP29",<br>"ZP30",<br>"ZP31",<br>"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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Mindestmengen | | 0 .. 1 | siehe 3.17.4 | C-5 | (!) Die Erfassungssoftware übernimmt nachfolgenden Hinweis automatisch: "Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar." |
| 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 Übernahme der Angaben in den Tabellen, die in den Abschnitten C-8.1 und C-8.2 dargestellt werden, soll für das Berichtsjahr 2020 automatisiert auf Basis der Nachweise der Krankenhäuser erfolgen, welche gemäß der §§ 3 bis 5 der PpUG-Nachweisvereinbarung vom 12.11.2019 zu erbringen sind. Um eine händische Eingabe der Nachweise durch das Krankenhaus und damit auch Übertragungsfehler zu vermeiden, soll zur Übernahme der Erfüllungsgrade auf die Anlage 4 dieser PpUG-Nachweisvereinbarung zurückgegriffen werden. Das Dokument liegt jedem Krankenhaus in einem einheitlichen Format und zu definierten Zeitpunkten vor (Vgl. PpUG-Nachweisvereinbarung vom 12.11.2019). |

### 3.17.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

**Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.17.1.1.1 Element <Leistungsbereich>

**Elternelemente: 3.17.1.1 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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Anästhesiologie",<br>"Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind",<br>"MRE",<br>"Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)",<br>"Schlaganfall",<br>"Schlaganfall: Akutbehandlung",<br>"Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation",<br>"Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Universelles Neugeborenen-Hörscreening" | | |
| 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:<br>"ja",<br>"nein",<br>"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 .. 10 | 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) in Anlage<br>Auswahlliste:<br>"Diabetes mellitus Typ 1",<br>"Diabetes mellitus Typ 2",<br>"Brustkrebs",<br>"Koronare Herzkrankheit (KHK)",<br>"Chronische Herzinsuffizienz",<br>"Asthma bronchiale",<br>"Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)",<br>"Chronischer Rückenschmerz",<br>"Depression",<br>"Osteoporose" | 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_Angabe_Prognosejahr | | 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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"Nierentransplantation",<br>"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",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen",<br>"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 zur Anlage<br>Auswahlliste:<br>"MM01",<br>"MM02",<br>"MM04",<br>"MM06",<br>"MM07",<br>"MM08",<br>"MM09" | C-5.1 | |
| Erlaeuterungen | | 0 .. 1 | max. Zeichenanzahl: 500 | C-5.1 | |

### 3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr>

**Elternelemente: 3.17.4 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 3.17.4.2.1 | C-5.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich>

**Elternelemente: 3.17.4.2 Element <Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr>**

| 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<br>Auswahlliste:<br>"Lebertransplantation",<br>"Nierentransplantation",<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus",<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas",<br>"Stammzelltransplantation",<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen",<br>"Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1" | C-5.2 | Der Wert darf bei Wiederholung des Elements "Leistungsbereich" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. |
| Leistungsberechtigung_Prognosejahr | Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein", | C-5.2.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "rechtsstreit_anhaengig" | | |
| Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende | Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. | 1 | siehe 3.17.4.2.1.1 | C-5.2.1a | |
| Ausnahmetatbestand | Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein" | C-5.2.1b | |
| Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung | Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein" | C-5.2.1c | |

### 3.17.4.2.1.1 Element <Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende>

**Elternelemente: 3.17.4.2.1 Element <Leistungsbereich>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Pruefung_Landesverbaende | An dieser Stelle ist anzugeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt wurde. | 1 | Auswahlliste:<br>"ja",<br>"nein",<br>"rechtsstreit_anhaengig" | C-5.2.1a | |
| Leistungsmenge_Berichtsjahr | Angabe der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge. | 1 | Wertebereich: 0 .. 100000 | C-5.2.1a | 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 | Angabe der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge. | 1 | Wertebereich: 0 .. 100000 | C-5.2.1a | |

### 3.17.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

**Elternelemente: 3.17 Element <Qualitaetssicherung>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Vereinbarung | | 1 .. n | siehe 3.17.5.1 | C-6 | |
| Angabe_Erfuellung_Personalvorgaben | Perinatalzentren Level 1 und Level 2 haben jeweils für die Berichtsjahre 2020 und 2021 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>**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| CQ_Schluessel | Schlüssel-Nr. der Vereinbarung. | 1 | Schlüsselauswahlliste: "Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V" (C-6) im Anhang 2 zur Anlage.<br>Auswahlliste:<br>"CQ01",<br>"CQ02",<br>"CQ03",<br>"CQ04",<br>"CQ05",<br>"CQ06",<br>"CQ07",<br>"CQ08",<br>"CQ11",<br>"CQ12",<br>"CQ18",<br>"CQ19",<br>"CQ21",<br>"CQ22",<br>"CQ23",<br>"CQ24",<br>"CQ25", | C-6 | Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements "Vereinbarung" nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Wird die Auswahl CQ05, CQ06 oder CQ07 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "CQ26",<br>"CQ27",<br>"CQ28" | | |
| 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* | | | | | |
| Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorgung_erfolgt | Angabe, dass das Perinatalzentrum 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_Versorgung_nicht_erfolgt | Angabe, dass das Perinatalzentrum 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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

### 3.17.5.2.1 Element <Mitteilung_Nichterfuellung_pflegerische_Versorgung_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 Perinatalzentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL teilnimmt. | 1 | siehe 3.17.5.2.1.1 | C-6 | |
| Keine_Teilnahme_klaerender_Dialog | Angabe, dass das Perinatalzentrum 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_Versorgung_erfolgt>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Klaerender_Dialog_abgeschlossen | Angabe, dass das Perinatalzentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL abgeschlossen hat. | 1 | Kein Inhalt | C-6 | |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Klaerender_Dialog_nicht_abgeschlossen | Angabe, dass das Perinatalzentrum 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>**

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Nachweispflichtige | Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte unter den Fortbildungspflichtigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen. | 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 pflegesensitiven Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Damit entspricht der monatsbezogene Erfüllungsgrad dem Erfüllungsgrad 2 gemäß Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 vom 12.11.2019. | 1 .. n | siehe 3.17.7.1 | C-8.1 | |
| Schichtbezogener_Erfuellungsgrad_PpUG | Der schichtbezogene Erfüllungsgrad wird getrennt für die Tag- und Nachtschichten jeder Station eines pflegesensitiven Bereichs ausgewiesen und entspricht damit dem Erfüllungsgrad 1 gemäß § 5 Abs. 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019. | 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 Pflegepersonaluntergrenzen verordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage der Qb-R<br>Auswahlliste:<br>"Intensivmedizin",<br>"Geriatrie",<br>"Neurologie",<br>"Neurologie Schlaganfalleinheit",<br>"Neurologische Frührehabilitation",<br>"Herzchirurgie",<br>"Kardiologie",<br>"Unfallchirurgie" | C-8.1 | |
| Station | Die Station. | 1 | max. Zeichenanzahl: 200 | C-8.1 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Schicht | Angaben zur Schicht. | 1 | Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte Schicht der Tabellen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzen verordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage der Qb-R<br>Auswahlliste:<br>"Tagschicht",<br>"Nachtschicht" | C-8.1 | |
| 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 | Übernahme entsprechend Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung. (Erfüllungsgrad 2) |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 2020. | 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>**

| 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 Pflegepersonaluntergrenzen verordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage der Qb-R<br>Auswahlliste:<br>"Intensivmedizin",<br>"Geriatrie", | C-8.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "Neurologie",<br>"Neurologie Schlaganfalleinheit",<br>"Neurologische Frührehabilitation",<br>"Herzchirurgie",<br>"Kardiologie",<br>"Unfallchirurgie" | | |
| 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 Pflegepersonaluntergrenzen verordnung (PpUGV) (C-8) in Anlage der Qb-R<br>Auswahlliste:<br>"Tagschicht",<br>"Nachtschicht" | C-8.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Schichtbezogener_Erfuellungsgrad | Der schichtbezogene Erfüllungsgrad wird getrennt für die Tag- und Nachtschichten jeder Station eines pflegesensitiven Bereichs ausgewiesen und entspricht damit dem Erfüllungsgrad 1 gemäß § 5 Abs. 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019. | 1 | Wertebereich: 0,00 .. 100,00 | C-8.2 | Übernahme entsprechend Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung. (Erfüllungsgrad 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 durch die DeQS-Datenannahmestellen und, gemäß Übergangsregelung in § 16 Qb-R, durch die nach QSKH-RL und plan.QI-RL auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen übermittelt.

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 genau eine XML-Datei der DeQS-Datenannahmestelle. Für die Übergangsregelung gibt es zusätzlich jeweils eine Datei von den auf Bundes- und eine für die auf Landesebene beauftragten Stellen.

Damit eine Zusammenführung der C-1-Daten mit den Berichtsteilen A, B und C-2ff., die durch die Krankenhäuser selbst übermittelt werden, sichergestellt wird, ist die Verwendung einheitlicher identifizierender Daten (Institutionskennzeichen und Standortnummer) erforderlich.

Die DeQS-Datenannahmestellen, bzw. die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen, können im Webportal der Annahmestelle Qb ihre vorliegenden Daten mit denen der Krankenhäuser abgleichen. Bei Abweichungen können sie direkt mit den betroffenen Krankenhäusern über ein Kontaktformular in Kontakt treten.

### 4.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien

Die XML-Dateien sind nach folgendem Schema zu benennen:

`<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml`, `<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml` und `<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-DAS.xml`

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Variable | Bedeutung | Bemerkung |
|---|---|---|
| HauptIK | Haupt-Institutionskennzeichen unter dem der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil) | 9-stellige Nummer: Haupt-IK aus dem Standortverzeichnis |
| SO | Standortnummer, gemäß dem Standortverzeichnis und unter der der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil) | 9-stellige Nummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis |
| JAHR | Berichtsjahr | 4-stellige Zahl, 2020 |

Die Benennung entspricht der Konvention der Annahmestelle Qb. 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 `<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml` und `<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-DAS.xml` können Element <Dokumentationsraten> und Element <Ergebnis> stehen, während in `<HauptIK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml` nur Element <Ergebnis> stehen kann. In den Dateien ist es möglich, dass das Element Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung> weder Element <Dokumentationsraten> noch Element <Ergebnis> enthält, für den Fall, dass keine entsprechenden Leistungen erbracht wurden.

### 4.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] - Dokumentationsraten

In diesem Abschnitt werden die Dokumentationsraten für die Leistungsbereiche gemäß QSKH-RL durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und für die Verfahren gemäß DeQS-RL durch die DeQS-Datenannahmestellen mit Dokumentationsverpflichtung aufgeführt.

In der Regel liegt zu jedem Krankenhaus 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.

### 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, DeQS-RL und plan. QI-RL aufgeführt.

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gemäß DeQS-RL werden die Ergebnisse von der mit der Durchführung der datengestützten einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle an die DeQS-Datenannahmestelle übermittelt.

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-Ergebnis> 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.

Das Element <QS-Ergebnis> kann in Dateien mehrerer datenliefernden Stellen enthalten sein.

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.<br>Auswahlliste:<br>"2020" | - | |
| IK | Haupt-IK des Krankenhauses des Qualitätsberichts gemäß Standortverzeichnis | 1 | 999999999 | - | |
| Standortnummer | Standortnummer des Qualitätsberichts gemäß Standortverzeichnis. | 1 | Format: 77xxxx000 | - | |
| Land | Kürzel der Geschäftsstelle. | 1 | Der Datentyp lässt nur die Kürzel der Bundesländer der Geschäftsstellen zu.<br>Auswahlliste:<br>"BW",<br>"BY",<br>"BE",<br>"BB",<br>"HB",<br>"HH",<br>"HE", | - | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "MV",<br>"NI",<br>"NW",<br>"RP",<br>"SL",<br>"SN",<br>"ST",<br>"SH",<br>"TH",<br>"DV" | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. (!) Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen: Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten 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>**

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Leistungsbereich_DeQS | | 12 | siehe 5.1.1 | - | |
| Leistungsbereich_QSKH | | 20 | siehe 5.1.2 | - | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |

### 5.1.1 Element <Leistungsbereich_DeQS>

**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.<br>Auswahlliste:<br>"HCH_AORT_KATH_ENDO",<br>"HCH_AORT_KATH_TRAPI",<br>"HCH",<br>"HTXM",<br>"HTXM_TX",<br>"HTXM_MKU",<br>"LLS",<br>"LTX",<br>"LUTX",<br>"NLS",<br>"PNTX",<br>"PCI_LKG" | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Bezeichnung | Bezeichnung des Leistungsbereichs. | 1 | max. Zeichenanzahl 500 | C-1.1 | |
| Zaehlbereich_Von | Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist. | 0 .. 1 | Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Zählbereiche zu.<br>Auswahlliste:<br>"HCH",<br>"HTXM" | 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. |
| *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. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist folgender Hinweis zu ergänzen: „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.“ (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. |
| Dokumentationsrate_Datenschutz | Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt. | 1 | Kein Inhalt | C-1.1 | In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallzahl_Datenschutz auszuwählen. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Anzahl_Datensaetze_Standort | Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist). | 1 | Wertebereich 0 und 4 .. 100000 | C-1.1 | |
| Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz | Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt. | 1 | Kein Inhalt | C-1.1 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |
| Kommentar_Krankenhaus | Kommentar des Krankenhauses | 0 .. 1 | Datentyp zum Element *Kommentar_Krankenhaus* welches vom Wert "max. Zeichenanzahl 500" ist und drei Vorgabewerte definiert. | C-1.1 | Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl. |

### 5.1.2 Element <Leistungsbereich_QSKH>

**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.<br>Auswahlliste:<br>"09/1", | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "09/2",<br>"09/3",<br>"09/4",<br>"09/5",<br>"09/6",<br>"10/2",<br>"15/1",<br>"16/1",<br>"17/1",<br>"18/1",<br>"HEP",<br>"HEP_IMP",<br>"HEP_WE",<br>"KEP",<br>"KEP_IMP",<br>"KEP_WE",<br>"NEO",<br>"DEK",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"HEP",<br>"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. |
| *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. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist folgender Hinweis zu ergänzen: „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.“ (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden. |
| Dokumentationsrate_Datenschutz | Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt. | 1 | Kein Inhalt | C-1.1 | In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallzahl_Datenschutz auszuwählen. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |
| Anzahl_Datensaetze_Standort | Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist). | 1 | Wertebereich 0 und 4 .. 100000 | C-1.1 | |
| Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz | Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt. | 1 | Kein Inhalt | C-1.1 | |
| *Ende Auswahlelement* | | | | | |
| Kommentar_Krankenhaus | Kommentar des Krankenhauses | 0 .. 1 | Datentyp zum Element *Kommentar_Krankenhaus* welches vom Wert "max. Zeichenanzahl 500" ist und drei Vorgabewerte definiert. | C-1.1 | Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl. |

## 5.2 Element <Ergebnis>

**Elternelemente:** 5 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| *Beginn Auswahlelement* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 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>**

| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Bezeichnung_Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus Tabelle A aus Anhang 3 zur Anlage | 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 zur Anlage "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen" zu. | C-1.2 | Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Qualitätsindikator bzw. Kennzahl nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). |
| Bezeichnung_Ergebnis | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus der Tabelle A von Anhang 3 zur Anlage. | 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 zur Anlage 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 zur Anlage zu übernehmen. | 1 | max. Zeichenanzahl 500 | C-1.2 | |
| Bezug_andere_QS_Ergebnisse | Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen die ID des übergeordneten QS-Ergebnisses angegeben, auf die sich diese Kennzahl bezieht. Die ID ist den Tabellen im Anhang 3 zur Anlage zu übernehmen. | 0 .. 1 | Der Datentyp lässt nur Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen aus der Anhang 3 zur Anlage "Qualitätsindikatorenübersicht Tabelle A: Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen" zu. | C-1.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| Sortierung | Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen eine laufende Nummer angegeben, die bestimmt, in welcher Reihenfolge diese Kennzahlen bei Veröffentlichung darzustellen sind. Die Nummer ist aus den Tabellen in Anhang 3 zur Anlage zu entnehmen. | 0 .. 1 | Wertebereich 1 .. 100 | 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 für diesen 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. |
| Risikoadjustierte_Rate | Risikoadjustierte Rate ergänzend für einen O/E-Indikator bzw. für eine O/E-Kennzahl, sofern diese Angabe vorliegt. | 0 .. 1 | Wertebereich *kein Inhalt* und 0,00 .. 100000,00 | C-1.2 | |

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* | | | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. |

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 und der Vertrauensbereich (Krankenhaus) 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. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

#### 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>**

| 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 | Hier ist die Grundgesamtheit einzutragen. | 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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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 oder DeQS-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. | 1 | Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Bewertung des Strukturierten Dialogs zu.<br>Auswahlliste:<br>"N01",<br>"N02",<br>"N99",<br>"R10",<br>"H20",<br>"H99",<br>"U31",<br>"U32",<br>"U33",<br>"U34",<br>"U61",<br>"U62",<br>"U63",<br>"U99",<br>"A41",<br>"A42",<br>"A43",<br>"A71",<br>"A72", | C-1.2 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Elementname | Beschreibung | Häufig. | Inhalt/Form | Nr. | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | "A99",<br>"D50",<br>"D51",<br>"D80",<br>"D81",<br>"D99",<br>"S90",<br>"S91",<br>"S92",<br>"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.<br>Auswahlliste:<br>"verschlechtert",<br>"unverändert",<br>"verbessert",<br>"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. Ergeben sich in Folge der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie Einschränkungen in der Aussagekraft oder Vergleichbarkeit der QS-Ergebnisse sind diese hier zu benennen. |

### 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 Richtlinienversion 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 zur Anlage dargestellt sind. Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung> kann Element <Dokumentationsraten> und/oder Element <Ergebnis> oder keines der beiden Elemente enthalten.

## 6.1 Zusätzliche Prüfungen

Zusätzliche Prüfungen werden durch die QS-Stellen vor Versand an die DeQS-Datenannahmestellen bzw., gemäß Übergangsregelung in § 16 Qb-R, durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen vor Versand an die Annahmestelle Qb und dann noch einmal bei der Entgegennahme der Daten durch die Annahmestelle Qb durchgeführt. Diese Prüfungen erfolgen zeitnah und dienen der Sicherung der Konsistenz der Daten. Wird von der Annahmestelle Qb ein Fehler entdeckt, wird die übermittelnde Stelle unverzüglich informiert.

1. Auswertungseinheiten werden immer beginnend mit 1 nummeriert. Falls es nur eine Auswertungseinheit gibt, wird statt Element <Auswertungseinheit> das Element Element <Einzige_Auswertungseinheit> verwendet.
2. 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 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 durch die jeweils auf Landesebene beauftragte Stelle.

| | Kürzel | Bezeichnung | LB/ZB | DeQS-RL | QSKH-RL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | LB | | X |
| 2 | 15/1 | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | LB | | X |
| 3 | 09/1 | Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation | LB | | X |
| 4 | 09/2 | Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | LB | | X |
| 5 | 09/3 | Herzschrittmacherversorgung:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | LB | | X |
| 6 | HEP | Hüftendoprothesenversorgung | LB | | X |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | Kürzel | Bezeichnung | LB/ZB | DeQS-RL | QSKH-RL |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | HEP_IMP | Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | ZB von LB HEP | | X |
| 8 | HEP_WE | Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | ZB von LB HEP | | X |
| 9 | 17/1 | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | LB | | X |
| 10 | 09/4 | Implantierbare Defibrillatoren – Implantation | LB | | X |
| 11 | 09/5 | Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel | LB | | X |
| 12 | 09/6 | Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation | LB | | X |
| 13 | 10/2 | Karotis-Revaskularisation | LB | | X |
| 14 | KEP | Knieendoprothesenversorgung | LB | | X |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | Kürzel | Bezeichnung | LB/ZB | DeQS-RL | QSKH-RL |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | KEP_IMP | Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | ZB von LB KEP | | X |
| 16 | KEP_WE | Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel | ZB von LB KEP | | X |
| 17 | 18/1 | Mammachirurgie | LB | | X |
| 18 | 16/1 | Perinatalmedizin - Geburtshilfe | LB | | X |
| 19 | NEO | Perinatalmedizin - Neonatologie | LB | | X |
| 20 | DEK | Pflege: Dekubitusprophylaxe | LB | | X |
| 21 | HCH | Herzchirurgie Herzchirurgie (Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen | LB [3] | X | |
| 22 | HCH_AORT_KATH_ENDO | Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation | ZB von LB HCH | X | |

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

3Gemeinsamer LB für "Isolierte Koronarchirurgie", "Kombinierte Koronar-und Herzklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie", "Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe", "Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe", "Kombinierte Herzklappenchirurgie" und "Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe".

| | Kürzel | Bezeichnung | LB/ZB | DeQS-RL | QSKH-RL |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | |
| 32 | PCI_LKG | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie | LB | X | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4Gemeinsamer LB Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation im Rahmen des Verfahrens zur Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).

## 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 zur Anlage der Qb-R** aufgelistet.

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, Bindegewebsmassage, Shiatsu* |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | *z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder* |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | *z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie* |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | *z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | *z. B. Nichtraucher-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)

| Num-mer | 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 Richtlinienversion 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)

| 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)

| Num-mer | 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 Oecotrophologe (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<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Auswahloptionen<br>*(Mehrfachangaben möglich*):<br>-Tumorkonferenzen<br>-Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>-Pathologiebesprechungen<br>-Palliativbesprechungen<br>-Qualitätszirkel<br>-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)<br>*oder* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

**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:<br>-AMBU-KISS<br>-CDAD-KISS<br>-HAND-KISS<br>-ITS-KISS |

| | | |
|---|---|---|
| | | -MRSA-KISS<br>-NEO-KISS<br>-ONKO-KISS<br>-OP-KISS<br>-STATIONS-KISS<br>-SARI<br>*(Mehrfachangaben möglich)* |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name<br>*(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)* |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Auswahloptionen:<br>-Teilnahme (ohne Zertifikat)<br>-Zertifikat Bronze<br>-Zertifikat Silber<br>-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<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>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<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder<br>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:<br>– Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung<br>– Zubereitung durch pharmazeutisches Personal<br>– Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)<br><br>*(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)<br>– Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)<br>– Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br><br>*(Mehrfachauswahl möglich)* |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | Auswahloptionen:<br>– Fallbesprechungen<br>– Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br>– Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| | | – Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)<br>– andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)<br><br>*(Mehrfachauswahl möglich)* |
| **Entlassung** | | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | Auswahloptionen:<br>– Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br>– Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<br>– Aushändigung des Medikationsplans<br>– bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br><br>*(Mehrfachauswahl möglich)* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

**Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung" (Kapitel A-13)**

| **Nummer** | **Vorhandene Geräte** (X = Zusatzangabe verpflichtend) | **Umgangssprachliche Bezeichnung** | **Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit** | **Kommentar/Erläuterung** |
|---|---|---|---|---|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | Gerät zur Gefäßdarstellung | Ja/Nein | |
| AA38 | Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X) | Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck | Ja/Nein | |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja/Nein | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AA09 | Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie | Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung | | |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | Ja/Nein | |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | | |
| AA18 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie (X) | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja/Nein | |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | | |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | | |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X) | | Ja/Nein | z. B. ECMO/ECLA |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja/Nein | |
| AA68 | Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X) | | Ja/Nein | |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja/Nein | z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse |
| AA26 | Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT | Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich | | |
| AA56 | Protonentherapie | Bestrahlungen mit Wasserstoffionen | | |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA30 | Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT) | Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens | | |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | | zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja/Nein | |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X) | Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen | Ja/Nein | |

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

## 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 | |
| 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* |

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.

| 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* |
| 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 | |

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“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | *z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel* |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP14 | Psychoonkologie | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |
| VP00 | („Sonstiges“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| | **Ultraschalluntersuchungen** | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR06 | Endosonographie | |
| | **Projektionsradiographie** | |
| VR07 | Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) | |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als 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:<br>a) Adrenogenitales Syndrom<br>b) Hypothyreose<br>c) Phenylketonurie<br>d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)<br>e) Galactosaemie | |
| LK13 | Anlage 2 Nr. 11 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Marfan-Syndrom<br>(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 mehr gült.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | |

**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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

| | | |
|---|---|---|
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Bayern | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Hamburg | Anästhesiologie | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Hessen | Gynäkologische Operationen:<br>Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| | Schlaganfall: Akutbehandlung | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Cholezystektomie | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Rheinland-Pfalz | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

Diese Richtlinienversion 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, Bindegewebsmassage, Shiatsu* |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | *z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder* |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | *z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie* |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | *z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie* |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | *z. B. Nichtraucher-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, 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 | 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)

| Num-mer | 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) | |

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 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 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 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<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |

| | | |
|---|---|---|
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Auswahloptionen<br>*(Mehrfachangaben möglich)*:<br>-Tumorkonferenzen<br>-Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>-Pathologiebesprechungen<br>-Palliativbesprechungen<br>-Qualitätszirkel<br>-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)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP<br>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:<br>-monatlich<br>-quartalsweise<br>-halbjährlich<br>-jährlich<br>-bei Bedarf |

| | | |
|---|---|---|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | Auswahloptionen:<br>-monatlich<br>-quartalsweise<br>-halbjährlich<br>-jährlich<br>-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:<br>-AMBU-KISS<br>-CDAD-KISS<br>-HAND-KISS<br>-ITS-KISS<br>-MRSA-KISS<br>-NEO-KISS<br>-ONKO-KISS<br>-OP-KISS<br>-STATIONS-KISS<br>-SARI<br>*(Mehrfachangaben möglich)* |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name<br>*(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)* |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Auswahloptionen:<br>-Teilnahme (ohne Zertifikat)<br>-Zertifikat Bronze<br>-Zertifikat Silber<br>-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)<br>oder<br>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)<br>oder<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)] | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>oder<br>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:<br>– Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung<br>– Zubereitung durch pharmazeutisches Personal<br>– Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)<br>*(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)<br>– 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)<br>– Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br>– *(Mehrfachauswahl möglich)* | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | Auswahloptionen:<br>– Fallbesprechungen<br>– Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br>– Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)<br>– Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)<br>– andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)<br>*(Mehrfachauswahl möglich)* | |
| **Entlassung** | | | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | Auswahloptionen:<br>– Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br>– Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<br>– Aushändigung des Medikationsplans<br>– bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br>*(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 Querschnitt mittels Röntgenstrahlen | Ja/Nein | |
| AA09 | Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie | Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung | | |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X) | Hirnstrommessung | Ja/Nein | |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | | |
| AA18 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie (X) | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja/Nein | |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | | |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | | |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X) | | Ja/Nein | *z. B. ECMO/ECLA* |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja/Nein | |
| AA68 | Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X) | | Ja/Nein | |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja/Nein | *z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse* |
| AA26 | Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT | Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich | | |
| AA56 | Protonentherapie | Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen | | |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA30 | Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT) | Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens | | |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | | *zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion* |

Diese Richtlinien-Version 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 | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

**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 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |
| VG05 | Endoskopische Operationen | *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“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO** | **Kommentar/Erläuterung** |
| | **Ohr** | |
| VH01 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres | |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes | |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres | |

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 | |

Diese 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“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU08 | Kinderurologie | |
| VU09 | Neuro-Urologie | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU14 | Spezialsprechstunde | |
| VU15 | Dialyse | |
| VU16 | Nierentransplantation | |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VU00 | („Sonstiges“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VZ01 | Akute und sekundäre Traumatologie | |
| VZ02 | Ästhetische Zahnheilkunde | |
| VZ03 | Dentale Implantologie | |
| VZ04 | Dentoalveoläre Chirurgie | |
| VZ05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle | |
| VZ06 | Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien | |
| VZ17 | Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich | |
| VZ07 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen | |

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:<br>a) Adrenogenitales Syndrom<br>b) Hypothyreose<br>c) Phenylketonurie<br>d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)<br>e) Galactosaemie | |
| LK14 | Anlage 2 Nr. 12 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie<br>(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<br>(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:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Universelles Neugeborenen-Hörscreening | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Bayern | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Hamburg | Anästhesiologie | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| Hessen | Gynäkologische Operationen:<br>Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: Akutbehandlung | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Rheinland-Pfalz | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>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)**

| Num-mer | 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 2 zur Anlage Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020**

## 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, Bindegewebsmassage, Shiatsu* |
| MP26 | Medizinische Fußpflege | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP30 | Pädagogisches Leistungsangebot | *z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder* |
| MP31 | Physikalische Therapie/Bädertherapie | *z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie,* |

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

| | | |
|---|---|---|
| | | *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* |
| 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* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |

**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 und Patienten** | | |
| NM62 | Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung | *z. B. Kooperationspartner, Link zu Details* |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | |
| NM64 | Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet | |

Diese Rich[illegible]en-Version [illegible]nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 befinde*t |
| 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 in Verbindung mit DIN 32975 berücksichtigt werden* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht me

| | | |
|---|---|---|
| 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 in Verbindung mit 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-/Anmelde-schalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht, ob eine Induktionsschleife am Service-/Anmelde-schalter installiert ist, ob Treppen im Eingangs-bereich 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* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| | | |
|---|---|---|
| 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 einer oder eines zur Behandlung aufgerufenen Patientin oder Patienten | *z. B. Angabe, welche Behandlungsräume im Haus mit dieser Anzeige ausgestattet sind* |
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | *z. B. Konkretisierung, welche visuellen 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* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kr

| | | |
|---|---|---|
| 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. Patienten-zimmer, Behandlungs-räume, 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)**

| Num-mer | 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 | |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | |
| HB20 | Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | |
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger | |
| 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)**

| 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 und Gymnastik- und Tanzpädagoge | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG) | |
| SP59 | Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre) | |
| SP62 | 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<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM05 | Schmerzmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | Auswahloptionen<br>*(Mehrfachangaben möglich*):<br>-Tumorkonferenzen<br>-Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>-Pathologiebesprechungen<br>-Palliativbesprechungen<br>-Qualitätszirkel<br>-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 erwarteter Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| | | SOP<br>letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>*oder*<br>Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP<br>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:<br>-monatlich<br>-quartalsweise<br>-halbjährlich<br>-jährlich<br>-bei Bedarf |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | Auswahloptionen:<br>-monatlich<br>-quartalsweise<br>-halbjährlich<br>-jährlich<br>-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) | |

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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)* |

**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:<br>-AMBU-KISS<br>-CDAD-KISS<br>-HAND-KISS<br>-ITS-KISS<br>-MRSA-KISS<br>-NEO-KISS<br>-ONKO-KISS<br>-OP-KISS<br>-STATIONS-KISS<br>-SARI<br>*(Mehrfachangaben möglich)* |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name<br>*(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)* |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Auswahloptionen:<br>-Teilnahme (ohne Zertifikat)<br>-Zertifikat Bronze<br>-Zertifikat Silber |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| | | -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)<br>oder<br>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 (gemäß RM01)<br>oder<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [letzte Aktualisierung (Datum)] | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)<br>oder<br>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [letzte Aktualisierung (Datum)] | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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:<br>– Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung<br>– Zubereitung durch pharmazeutisches Personal<br>– Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br>*(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)<br>– Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)<br>– Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br>– *(Mehrfachauswahl möglich)* | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | Auswahloptionen:<br>– Fallbesprechungen<br>– Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung<br>– Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | antibiotic stewardship, Ernährung)<br>– Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)<br>– andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)<br>*(Mehrfachauswahl möglich)* | |
| **Entlassung** | | | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | Auswahloptionen:<br>– Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br>– Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<br>– Aushändigung des Medikationsplans<br>– bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten<br>– Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)<br>*(Mehrfachauswahl möglich)* | |

Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

**Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung" (Kapitel A-13)**

| **Num-mer** | **Vorhandene Geräte** (X = Zusatzangabe verpflichtend) | **Umgangssprachliche Bezeichnung** | **Zusatz angabe: 24 Stunden-Notfall-verfüg-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 | Elektroenzephalographiegerät (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 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA47 | Inkubatoren Neonatologie (X) | Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten) | Ja/Nein | |
| AA50 | Kapselendoskop | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung | | |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | Stoßwellen-Steinzerstörung | | |
| AA15 | Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X) | | Ja/Nein | *z. B. ECMO/ECLA* |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder | Ja/Nein | |
| AA68 | Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X) | | Ja/Nein | |
| AA23 | Mammographiegerät | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja/Nein | *z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse* |
| AA26 | Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT | Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich | | |
| AA56 | Protonentherapie | Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen | | |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik | | |
| AA30 | Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT) | Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens | | |
| AA32 | Szintigraphiescanner/ Gammasonde | Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten | | *zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion* |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja/Nein | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 Richtlinien-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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | *z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom* |
| VG09 | Pränataldiagnostik und -therapie | |
| VG10 | Betreuung von Risikoschwangerschaften | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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* |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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, Adrenogenitales 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“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | *z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel* |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP14 | Psychoonkologie | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |
| VP00 | („Sonstiges“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| | **Ultraschalluntersuchungen** | |
| VR02 | Native Sonographie | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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, Kolonkontrast-untersuchung, 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | **Allgemein** | |
|---|---|---|
| VR40 | Spezialsprechstunde | |
| VR41 | Interventionelle Radiologie | |
| VR42 | Kinderradiologie | |
| VR43 | Neuroradiologie | |
| VR44 | Teleradiologie | |
| VR45 | Intraoperative Bestrahlung | |
| VR46 | Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen | |
| VR47 | Tumorembolisation | |
| VR00 | („Sonstiges“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU08 | Kinderurologie | |
| VU09 | Neuro-Urologie | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU14 | Spezialsprechstunde | |
| VU15 | Dialyse | |
| VU16 | Nierentransplantation | |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VU00 | („Sonstiges“) | |
| **Nummer** | **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** | **Kommentar/Erläuterung** |
| VZ01 | Akute und sekundäre Traumatologie | |
| VZ02 | Ästhetische Zahnheilkunde | |
| VZ03 | Dentale Implantologie | |
| VZ04 | Dentoalveoläre Chirurgie | |
| VZ05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle | |
| VZ06 | Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien | |
| VZ17 | Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich | |
| VZ07 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen | |
| VZ08 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne | |
| VZ09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates | |
| VZ18 | Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs | |
| VZ16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks | |
| VZ10 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich | |
| VZ11 | Endodontie | *z. B. Wurzelkanalbehandlungen* |

Diese RL-Linien-Version ist nicht mehr in Kr

| | | |
|---|---|---|
| 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“) | |

**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 |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

| **Num-mer** | **Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V** | **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<br>(mit Ablauf 17. März 2020 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V) | |
| 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:<br>a) Adrenogenitales Syndrom<br>b) Hypothyreose<br>c) Phenylketonurie<br>d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)<br>e) Galactosaemie | |
| 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_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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | |
| | | | |
| **Num-mer** | **Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärzt-liche Versorgung nach § 116b SGB V** | **Angebotene Leistungen** | **Kommentar/ Erläuterung** |
| 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 | |
| LK41 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | |
| LK42 | Anlage 2 e | schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose | |

Diese Richtlinien-Version ist [illegible] in Kraft.

**Auswahlliste „Ärztliche und zahnärztliche 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 | |
| AQ67 | Phoniatrie und Pädaudiologie | |
| AQ49 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | |
| AQ50 | Physiologie | |
| AQ11 | Plastische und Ästhetische Chirurgie | |
| AQ68 | Plastische, Rekonstruktive 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| ZF50 | Balneologie und Medizinische Klimatologie | |
| ZF05 | Betriebsmedizin | |
| ZF06 | Dermatohistologie | |
| ZF51 | Dermatopathologie | |
| ZF07 | Diabetologie | |
| ZF52 | Ernährungsmedizin | |
| ZF08 | Flugmedizin | |
| ZF09 | Geriatrie | |
| ZF10 | Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie | |
| ZF11 | Hämostaseologie | |
| ZF12 | Handchirurgie | |
| ZF13 | Homöopathie | |
| ZF53 | Immunologie | |
| ZF14 | Infektiologie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF54 | Kardiale Magnetresonanztomographie | |
| ZF16 | Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie | |
| ZF55 | Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie | |
| ZF17 | Kinder-Gastroenterologie | |
| ZF56 | Kinder- und Jugend-Gastroenterologie | |
| ZF18 | Kinder-Nephrologie | |
| ZF57 | Kinder- und Jugend-Nephrologie | |
| ZF19 | Kinder-Orthopädie | |
| ZF58 | Kinder- und Jugend-Orthopädie | |
| ZF20 | Kinder-Pneumologie | |
| ZF59 | Kinder- und Jugend-Pneumologie | |
| ZF21 | Kinder-Rheumatologie | |
| ZF60 | Kinder- und Jugend-Rheumatologie | |
| ZF61 | Klinische Akut- und Notfallmedizin | |
| ZF62 | Krankenhaushygiene | |
| ZF22 | Labordiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF23 | Magnetresonanztomographie – fachgebunden – | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF25 | Medikamentöse Tumortherapie | |
| ZF26 | Medizinische Informatik | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF63 | Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen | |
| ZF29 | Orthopädische Rheumatologie | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| ZF31 | Phlebologie | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |
| ZF33 | Plastische Operationen | |
| ZF64 | Plastische und Ästhetische Operationen | |
| ZF34 | Proktologie | |
| ZF35 | Psychoanalyse | |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | |
| ZF37 | Rehabilitationswesen | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF65 | Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner | |
| ZF39 | Schlafmedizin | |
| ZF66 | Sexualmedizin | |
| ZF40 | Sozialmedizin | |
| ZF67 | Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) | |
| ZF68 | Spezielle Kinder- und Jugendurologie | |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung | |
| ZF69 | Transplantationsmedizin | |
| ZF46 | Tropenmedizin | |

**Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.2)**

| Nummer | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar/Erläuterung |
|---|---|---|
| PQ01 | Bachelor | *z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft* |
| PQ02 | Diplom | *z. B. Pflegewissenschaften* |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ06 | Master | *z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft* |
| 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* |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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/OP-Management | |
| 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:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

| | | |
|---|---|---|
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Universelles Neugeborenen-Hörscreening | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Bayern | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Hamburg | Anästhesiologie | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Hessen | Gynäkologische Operationen:<br>Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| | MRE | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: Akutbehandlung | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Rheinland-Pfalz | Schlaganfall | Auswahloptionen:<br>Ja = Krankenhaus nimmt teil<br>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil<br>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 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war. | |
| MM02 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich neu aufgebaut hat und ein Übergangszeitraum von 36 Monaten eingeräumt wurde. | |
| MM04 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Absatz 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat. | |
| MM06 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R). | |
| MM07 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung erneut erbringt und den | |

| | | |
|---|---|---|
| | Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R). | |
| MM08 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht. | z. B. auf Grund von personellen oder strukturellen Veränderungen oder der COVID-19-Pandemie |
| MM09 | Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund. | |

**Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (Kapitel C-6)**

| Num-mer | 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 | |
| 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 | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | |
|---|---|---|
| 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 | |
| CQ26 | Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenervierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung | |
| CQ27 | Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR/QS-RL BLVR) | |
| CQ28 | Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion) | |

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**

**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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## 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 Fassung ist nicht in Kraft. Maßgeblich ist die Version im Bundesanzeiger.

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

| 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-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) |
| 10n2-KAROT | Karotis-Revaskularisation | 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,<br>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) |

Dr

| 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 R

| 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 | 241802 | 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) |

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 | 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) |

Dr

| 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 |

Dr

**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 |

Entwurf

| 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

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

| 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 |

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

| 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 mehr

**Tabelle D:**
**Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext**

| QSKH-Richtlinie | | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| **QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie** | **(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)** | **Erfassung (Spezifikationsmodul)** | **Soll-statistik** | **zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)** | **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 (Spezifikationsmodul)** | **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 (Spezifikationsmodul)** | **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 Richtlinie

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) | |
| Leberlebendspende | - | LLS | LLS | - | LLS | Leberlebendspende | |
| | | LLSFU | - | - | | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

| QSKH-Richtlinie | | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| **QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie** | **(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)** | **Erfassung (Spezifikationsmodul)** | **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<br>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**

**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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## 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 ...tlinien-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 ...tlinien-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 Reizschwellen 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) |

Dr

| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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) |

Dr

| 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 R

| 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 F

| 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) |

Dr

| 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) |

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

| 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 |

Dr

| 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 prozedurassoziierten 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 (Spezifikationsmodul)** | **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 (Spezifikationsmodul)** | **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 (Spezifikationsmodul)** | **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 Richtlinie

| QSKH-Richtlinie | | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie | (Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt) | Erfassung (Spezifikationsmodul) | Soll-statistik | zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich) | 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 (Spezifikationsmodul)** | **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<br>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 3 zur Anlage Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020**

**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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

## 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** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschritt-macher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 101803 | Leitlinienkonforme Indikation | QI | Rate | 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | Dosis-Flächen-Produkt | QI | O/E | 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

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschritt-macher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 52305 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | QI | Rate | QSKH | Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmaches im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | Rate | QSKH | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschritt-macher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 51191 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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 | 2190 | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen | QI | Rate | QSKH | Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln) |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschritt-macher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 2194 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | QI | O/E | 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 |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschritt-macher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 2195 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | QI | O/E | QSKH | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte 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 | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | 52307 | Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden | QI | Rate | QSKH | Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
| 09n2-HSM-AGGW | Herzschritt-macher-Aggregat-wechsel | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | 111801 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) | QI | Rate | 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 berücksichtigt |
| 09n3-HSM-REV | Herzschritt-macher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | 121800 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) | QI | Rate | 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/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | 52315 | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden | QI | Rate | QSKH | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
| 09n3-HSM-REV | Herzschritt-macher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | 51404 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 50055 | Leitlinienkonforme Indikation | QI | Rate | QSKH | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 50005 | Leitlinienkonforme Systemwahl | QI | Rate | QSKH | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52131 | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln | QI | Rate | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 131801 | Dosis-Flächen-Produkt | QI | O/E | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52316 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | QI | Rate | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 131802 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) | QI | Rate | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52325 | Sondendislokation oder -dysfunktion | QI | Rate | QSKH | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 131803 | Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden | TKez | Rate | QSKH | Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 51186 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 132001 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | QI | O/E | QSKH | Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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 |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 132002 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | QI | O/E | QSKH | Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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 |
| 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 Reizschwellen und Signalamplituden | QI | Rate | QSKH | Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) 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 | Rate | 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 | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 151800 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) | QI | Rate | 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 |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berech nung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| 09n6-DEFI-REV | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52324 | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden | QI | Rate | QSKH | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) |
| 09n6-DEFI-REV | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 51196 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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-Revaskulari-sation | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) | 603 | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch | QI | Rate | QSKH | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff 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 | Rate | QSKH | Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff 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 | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff 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 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch | QI | O/E | QSKH | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 10n2-KAROT | Karotis-Revaskulari-sation | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) | 11724 | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch | TKez | O/E | 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 Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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 Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff 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 Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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 | Rate | 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) |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 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 | Rate | 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 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt | QI | O/E | 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 | Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt | TKez | O/E | 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 Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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 Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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) |

Diese Fassung ist in Bearbeitung. Nur die veröffentlichte Version ist gültig.

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 10n2-KAROT | Karotis-Revaskulari-sation | Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis) | 51860 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt | TKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (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) | 161800 | Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit | QI | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 51906 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation | QI | O/E | QSKH / PlanQI | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 12874 | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen |
| 15n1-GYN-OP | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund | QI | Rate | QSKH / PlanQI | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 60685 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie | QI | Rate | 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 |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| 15n1-GYN-OP | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) | Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 172000_10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund | EKez | Rate | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 172001_10211 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund | EKez | Rate | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 60686 | Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie | QI | Rate | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 612 | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre | QI | Rate | 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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) | 52283 | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden | QI | Rate | QSKH | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen | QI | Rate | QSKH / PlanQI | 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 | 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |

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** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 52249 | Kaiserschnittgeburt | QI | O/E | QSKH | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 321 | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt) |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51397 | Azidose bei reifen Einlingen | TKez | O/E | 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 | 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | QI | O/E | 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 | 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen) |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV | QI | Rate | QSKH | Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung 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 | 54030 | Präoperative Verweildauer | QI | Rate | QSKH | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| 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 | Rate | 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 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | QI | O/E | 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 | Rate | 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) |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung 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 | 54042 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | QI | O/E | 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 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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 | Rate | 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 | Rate | 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 | QI | Rate | QSKH | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation |
| HEP | Hüftendoprothe-senversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54004 | Sturzprophylaxe | QI | Rate | QSKH | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54015 | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | QI | O/E | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54016 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | QI | Rate | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54017 | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QI | Rate | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54018 | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur | QI | Rate | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54019 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation | QI | Rate | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54120 | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QI | O/E | 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) |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54012 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | QI | O/E | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54013 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 191914 | Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur | TKez | Rate | 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 | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 10271 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf | QI | O/E | 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 | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54020 | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation | QI | Rate | QSKH | Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54021 | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese | QI | Rate | QSKH | Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54022 | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QI | Rate | QSKH | Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54123 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation | QI | Rate | 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) |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 50481 | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QI | Rate | 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 | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54124 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation | QI | Rate | 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 | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54125 | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel | QI | Rate | 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 | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54028 | Gehunfähigkeit bei Entlassung | QI | O/E | 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 | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54127 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54128 | Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf | QI | Rate | 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 | Operation an der Brust | 51846 | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung | QI | Rate | QSKH | Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 52268 | HER2-Positivitätsrate | QI | Rate | 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 | Operation an der Brust | 52330 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung | QI | Rate | QSKH / PlanQI | 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 | Operation an der Brust | 52279 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung | QI | Rate | QSKH / PlanQI | 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 | Operation an der Brust | 2163 | Primäre Axilladissektion bei DCIS | QI | Rate | QSKH / PlanQI | Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten) |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 50719 | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie | QI | Rate | QSKH | Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 51847 | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie | QI | Rate | 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 | Operation an der Brust | 51370 | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation | QI | Rate | QSKH | Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 60659 | Nachresektionsrate | QI | Rate | QSKH | Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 211800 | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS | QI | Rate | 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 | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) | QI | O/E | 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 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 | TKez | Rate | 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) |
| DEK | Pflege: Dekubitus-prophylaxe | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen | 521801 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 | TKez | Rate | 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 | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |

tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51070 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | QI | Rate | QSKH | Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51832 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51837 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen | TKez | O/E | 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) (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50050 | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) | TKez | O/E | 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) (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51843 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) | TKez | O/E | QSKH | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51079 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt) |

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 | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50053 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | TKez | O/E | QSKH | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51078 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH | Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50052 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) | TKez | O/E | 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 | O/E | 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 | Nosokomiale Infektion | QI | O/E | 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 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | QI | O/E | 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 | Rate | QSKH | Wachstum des Kopfes |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50063 | Durchführung eines Hörtests | QI | Rate | QSKH | Ein Hörtest wurde durchgeführt |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | QI | O/E | 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) |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | QI | O/E | 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 | Rate | 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 | 232000_2005 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 2006 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus) | TKez | Rate | 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 | 232001_2006 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungs-bereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren | Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 2007 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus) | TKez | Rate | 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 | 232002_2007 | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 2009 | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme | QI | Rate | QSKH | Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Be-rechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232003_2009 | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | 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 | Rate | 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 | 232004_2013 | Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 2028 | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | QI | Rate | QSKH | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist |

Die Leitlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berech nung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232005_ 2028 | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 2036 | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung | TKez | Rate | 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 | 232006_ 2036 | Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 50778 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232007_ 50778 | Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle) | EKez | O/E | 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 (ohne COVID-19-Fälle,nicht risikoadjustiert) | TKez | Rate | QSKH | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232008_ 231900 | Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). |

Dritten-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232010_50778 | Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde. |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 50722 | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme | QI | Rate | QSKH | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde | 232009_50722 | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle) | EKez | Rate | QSKH | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |
| TX-HTX | Herztrans-plantationen | Herztransplantation | 2157 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| TX-MKU | Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen | 251800 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems | QI | O/E | DeQS | 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) |
| TX-MKU | Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen | 251801 | Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens | QI | Rate | DeQS | Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben |
| TX-MKU | Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen | 52385 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD | QI | Rate | DeQS | Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt |
| TX-MKU | Herzunterstüt-zungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungs-systeme/Kunstherzen | 52386 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD | TKez | Rate | DeQS | Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt |

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** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52387 | Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH | TKez | Rate | DeQS | Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52388 | Sepsis bei Implantation eines LVAD | QI | Rate | DeQS | Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52389 | Sepsis bei Implantation eines BiVAD | TKez | Rate | DeQS | Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52390 | Sepsis bei Implantation eines TAH | TKez | Rate | DeQS | Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52391 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD | QI | Rate | DeQS | Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52392 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD | TKez | Rate | DeQS | Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft |
| TX-MKU | Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen | Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen | 52393 | Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH | TKez | Rate | DeQS | Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird | 382000 | Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird | 382009 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird | 382005 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Aortenklappeneingriff | TKez | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird | 382006 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS | 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) |
| KCHK-AK-KATH | Katheter-gestützte isolierte Aortenklappen-chirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird | 372000 | Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten |
| KCHK-AK-KATH | Katheter-gestützte isolierte Aortenklappen-chirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird | 372001 | Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten |

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** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| KCHK-AK-KATH | Katheter-gestützte isolierte Aortenklappen-chirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird | 372009 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten |
| KCHK-AK-KATH | Katheter-gestützte isolierte Aortenklappen-chirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird | 372005 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Aortenklappeneingriff | TKez | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind |
| KCHK-AK-KATH | Katheter-gestützte isolierte Aortenklappen-chirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird | 372006 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS | 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) |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft | 352000 | Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna | QI | Rate | DeQS | Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft | 352010 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft | 352006 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei isolierter Koronarchirurgie | TKez | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind |

Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft | 352007 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS | 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) |
| TX-LLS | Leberlebend-spenden | Leberlebendspende | 2128 | Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen | QI | Rate | DeQS | Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Transplantation |
| TX-LLS | Leberlebend-spenden | Leberlebendspende | 2125 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| TX-LLS | Leberlebend-spenden | Leberlebendspende | 2127 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich | QI | Rate | DeQS | Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin bzw. dem Spender notwendig |
| TX-LTX | Lebertrans-plantationen | Lebertransplantation | 2097 | Tod durch operative Komplikationen | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind |
| TX-LTX | Lebertrans-plantationen | Lebertransplantation | 2096 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| TX-LTX | Lebertrans-plantationen | Lebertransplantation | 2133 | Postoperative Verweildauer | QI | Rate | DeQS | Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Trans-plantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 2155 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| TX-NLS | Nierenlebend-spenden | Nierenlebendspende | 51567 | Intra- oder postoperative Komplikationen | QI | Rate | DeQS | Komplikationen während oder nach der Operation |
| TX-NLS | Nierenlebend-spenden | Nierenlebendspende | 2137 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |

Die ...tlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| TX-NLS | Nierenlebend-spenden | Nierenlebendspende | 2138 | Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich | QI | Rate | DeQS | Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich |
| NET-NTX | Nieren-transplantation | Nierentransplantation | 572017 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| NET-NTX | Nieren-transplantation | Nierentransplantation | 572022 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende | QI | Rate | DeQS | 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 |
| NET-NTX | Nieren-transplantation | Nierentransplantation | 572023 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende | QI | Rate | DeQS | 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 |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572036 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | Rate | DeQS | Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572043 | Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung | QI | Rate | DeQS | Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572047 | Entfernung des Pankreastransplantats | QI | Rate | DeQS | Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56000 | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie | QI | Rate | DeQS | Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich. |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56001 | Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56003 | "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56004 | "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt | QI | Rate | DeQS | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenkhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56005 | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm² | QI | Rate | DeQS | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56006 | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² | QI | Rate | DeQS | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56007 | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² | QI | Rate | DeQS | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² |

Diese Richtlinien-Version ist

| Leistungsbereich | | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungs-bereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** | **Allgemeinverständliche Erklärung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56008 | Dosis-Flächen-Produkt unbekannt | QI | Rate | DeQS | Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56009 | Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml | QI | Rate | DeQS | Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56010 | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml | QI | Rate | DeQS | Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56011 | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml | QI | Rate | DeQS | Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56014 | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt | QI | Rate | DeQS | Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt |
| PCI | Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung | 56016 | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI | QI | Rate | DeQS | Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen |

Dies[illegible]tlinien-Version ist

**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 | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| 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 | Rate | QSKH |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschrittmacher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 102001 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation | QI | Rate | QSKH |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschrittmacher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 52312_52307 | Analyse zu Modul 09/2 - Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden | KKez | Rate | QSKH |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschrittmacher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 52336_52305 | Analyse zu Modul 09/1 - Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n1-HSM-IMPL | Herzschrittmacher-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers | 61519_52139 | Analyse zu Modul 09/1 - Eingriffsdauer | KKez | Rate | QSKH |
| 09n2-HSM-AGGW | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | 52313_52307 | Analyse zu Modul 09/2 - Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden | KKez | Rate | QSKH |
| 09n2-HSM-AGGW | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) | 61520_52139 | Analyse zu Modul 09/1 - Eingriffsdauer | KKez | Rate | QSKH |
| 09n3-HSM-REV | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | 52314_52307 | Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessun-gen in 09/3 | KKez | Rate | QSKH |
| 09n3-HSM-REV | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers | 52337_52305 | Analyse zu Modul 09/1 - Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | KKez | Rate | 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 | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 132003 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation | QI | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52318_52321 | Analyse zu Modul 09/5 - Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden | KKez | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 61537_52131 | Analyse zu Modul 09/4 - Eingriffsdauer | KKez | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52317_52316 | Analyse zu Modul 09/4 - Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 50001_52328 | 09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI1 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 50003_52001 | 09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI2 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n4-DEFI-IMPL | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 50000_52002 | 09n4_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI3 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n5-DEFI-AGGW | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird | 61538_52131 | Eingriffsdauer in 09/5 | KKez | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| 09n5-DEFI-AGGW | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird | 52320_52321 | Analyse zu Modul 09/5 - Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden | KKez | Rate | QSKH |
| 09n5-DEFI-AGGW | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird | 52322_52328 | 09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI1 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n5-DEFI-AGGW | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird | 52309_52002 | 09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI3 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n5-DEFI-AGGW | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird | 52308_52001 | 09n5_alle_Patientinnen_und_Patienten: Kennzahl wird benötigt um GG für QI2 in 09/6 bereitzustellen | KKez | Rate | QSKH |
| 09n6-DEFI-REV | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52319_52321 | Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen in 09/6 | KKez | Rate | QSKH |
| 09n6-DEFI-REV | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen | 52323_52316 | Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 | KKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182000_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 1 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182001_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 2 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182002_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 3 | EKez | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182003_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 4 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182004_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 5 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182005_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 6 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182006_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 7 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182007_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 8 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182008_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 9 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 182009_52249 | Robson-Klassifikation - Ebene 10 | EKez | Rate | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51808_51803 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern | KKez | O/E | QSKH / PlanQI |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51813_51803 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 | KKez | O/E | QSKH / PlanQI |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51818_51803 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16 | KKez | O/E | QSKH / PlanQI |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 51823_51803 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) | KKez | O/E | QSKH / PlanQI |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 181801_181800 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten | KKez | O/E | QSKH |

Die

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 181802_181800 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten | KKez | O/E | QSKH |
| 16n1-GEBH | Geburtshilfe | Geburtshilfe | 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | TKez | Rate | 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 | 54040 | Wundhämatome/Nachblutungen | QI | Rate | QSKH |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 191800_54120 | Implantatassoziierte Komplikationen | KKez | Rate | QSKH |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 191801_54120 | Weichteilkomplikationen | KKez | Rate | QSKH |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks | 54010 | Beweglichkeit bei Entlassung | QI | Rate | QSKH |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks | 54026 | Beweglichkeit bei Entlassung | QI | Rate | QSKH |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 52267 | HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate | QI | Rate | QSKH |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 52278 | HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate | QI | Rate | QSKH |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 212000 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk | QI | Rate | QSKH |
| 18n1-MAMMA | Mammachirurgie | Operation an der Brust | 212001 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk | QI | Rate | QSKH |
| DEK | Pflege: Dekubitusprophylaxe | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen | 521800 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet | TKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51077 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate) | TKez | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 50051 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) | TKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51136_51901 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen | KKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51141_51901 | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) | KKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51146_51901 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) | KKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51156_51901 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | KKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 51161_51901 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) | KKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 222000_50062 | Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax | EKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 222001_50062 | Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion | EKez | Rate | QSKH |
| NEO | Neonatologie | Versorgung von Früh- und Neugeborenen | 222002_50062 | Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage | EKez | Rate | QSKH |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 12253 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 51629 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 12269 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 51631 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 12289 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| HTXM-TX | Herztransplantation | Herztransplantation | 51633 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12296 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 51603 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12308 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 51604 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12324 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 51605 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12549 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12561 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12577 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12609 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) | QI | Rate | QSKH |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12613 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) | QI | Rate | QSKH |

Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| LLS | Leberlebendspende | Leberlebendspende | 12617 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 12349 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 51596 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 12365 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 51599 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 12385 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LTX | Lebertransplantation | Lebertransplantation | 51602 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 12397 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 51636 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 12413 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 51639 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 12433 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | 51641 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 2144 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 51560 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12440 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51568 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12199 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 51561 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12452 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51569 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12337 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 51562 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12468 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51570 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12636 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12809 | Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation | TKez | Rate | QSKH |

Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12640 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12810 | Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status) | EKez | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 12644 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12811 | Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status) | EKez | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51997 | Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12729 | Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) | EKez | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51998 | Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12735 | Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) | EKez | Rate | QSKH |
| NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 12741 | Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) | EKez | Rate | QSKH |
| NLS | Nierenlebendspende | Nierenlebendspende | 51999 | Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12493 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 51524 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12509 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 51544 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |

Dr

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12529 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 51545 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12824 | Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12841 | Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) | QI | Rate | QSKH |
| PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 12861 | Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) | QI | Rate | QSKH |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58000 | Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58001 | Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58002 | Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58003 | Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58004 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58005 | Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| CHE | Cholezystektomie | Entfernung der Gallenblase | 58006 | Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 12253 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 51629 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 12269 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |

Dr

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 51631 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 12289 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-HTX | Herztransplantationen | Herztransplantation | 51633 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382002 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382003 | Reintervention innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382004 | Reintervention innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb eröffnet wird | 382008 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 372002 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 372003 | Reintervention innerhalb von 30 Tagen an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 372004 | Reintervention innerhalb eines Jahres an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 372007 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 372008 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412000 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412001 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412016 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412006 | Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412008 | Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412009 | Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412010 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412011 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412014 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412012 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kombinierter Herzklappenchirurgie | TKez | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412015 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

Diese

Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | Operation an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, die mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 412013 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422000 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422001 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |

Diese Re

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422016 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422006 | Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422008 | Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422009 | Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422010 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422011 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422014 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422012 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, kombiniertem Herzklappeneingriff | TKez | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422015 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | Eingriff an mindestens zwei Herzklappen gleichzeitig, der mindestens die Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) oder die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haustschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben | 422013 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352001 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352002 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352003 | Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352004 | PCI innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352005 | PCI innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352008 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | Operation, die die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft ohne zeitgleiche Operation an einer der Herzklappen (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe, Pulmonalklappe) | 352009 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362001 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362002 | Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362003 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362004 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362022 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362005 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362006 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362007 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362008 | Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362009 | Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362010 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362011 | Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362012 | PCI innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362013 | PCI innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362014 | Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362015 | Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362016 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362017 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362020 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362018 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie | TKez | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362021 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird | 362019 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402000 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402001 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402014 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402006 | Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff | QI | Rate | DeQS |

Dies

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402008 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402009 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402010 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Mitralklappeneingriff | TKez | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402013 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

Dies

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird | 402011 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392000 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392001 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392002 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392014 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation | QI | Rate | DeQS |

Die

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392003 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392004 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392005 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392006 | Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392007 | Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392008 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392009 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392012 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392010 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Mitralklappeneingriff | TKez | Rate | DeQS |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392013 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z.B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird | 392011 | Sterblichkeit im Krankenhaus | QI | O/E | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12296 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 51603 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12308 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 51604 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12324 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 51605 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12549 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12561 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12577 | Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12609 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12613 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LLS | Leberlebendspenden | Leberlebendspende | 12617 | Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 12349 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 51596 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 12365 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 51599 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 12385 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-LTX | Lebertransplantationen | Lebertransplantation | 51602 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 12397 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 51636 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 12413 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 51639 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 12433 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |

Dis

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| TX-LUTX | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation | 51641 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12440 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51568 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12452 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51569 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12468 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51570 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12636 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12640 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 12644 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51997 | Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51998 | Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |
| TX-NLS | Nierenlebendspenden | Nierenlebendspende | 51999 | Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende | QI | Rate | DeQS |

Die

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572001 | Aufklärung über Behandlungsoptionen | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572048 | Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572002 | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572049 | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572003 | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572050 | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572004 | Katheterzugang bei Hämodialyse | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572051 | Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572005 | Dialysefrequenz pro Woche | QI | Rate | DeQS |

Dies

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572052 | Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572006 | Dialysedauer pro Woche | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572053 | Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572007 | Ernährungsstatus | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572054 | Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572008 | Anämiemanagement | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572055 | Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572009 | Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572056 | Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |

Dies

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572010 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572057 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572011 | 1-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572058 | 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572012 | 2-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572059 | 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572013 | 3-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572060 | 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572014 | 5-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |

Dies

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572061 | 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572015 | 10-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-DIAL | Dialyse | Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei eingeschränkter Nierenfunktion oder Nierenversagen) | 572062 | 10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren | TKez | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572016 | Intra- oder postoperative Komplikationen | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572018 | 1-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572019 | 2-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572020 | 3-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572021 | 5-Jahres-Überleben | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572024 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende) | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572025 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572026 | Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572027 | Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572028 | Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572029 | Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572030 | Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leistungs-bereich-ID | Leistungsbereich | Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs | ID | Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl | Art des Wertes | Art der Berechnung | Bezug zum Verfahren |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572032 | Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572033 | Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572034 | Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-NTX | Nierentransplantation | Nierentransplantation | 572035 | Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572037 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572038 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572039 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572040 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572041 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572042 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572044 | Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation) | QI | Rate | DeQS |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572045 | Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation) | QI | Rate | DeQS |

Die

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation | 572046 | Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation) | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56002 | Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56012 | Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56018 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56020 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56022 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56024 | 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) | QI | Rate | DeQS |
| PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter) | 56026 | 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) | QI | Rate | DeQS |
| WI-A | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden | 1500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| WI-A | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden | 1501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-A | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden | 1502 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-A | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden | 1503 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2500 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2501 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |

Diese

| Leistungsbereich | | | | Qualitätsindikator / Kennzahl | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Leistungs-bereich-ID** | **Leistungsbereich** | **Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs** | **ID** | **Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl** | **Art des Wertes** | **Art der Berechnung** | **Bezug zum Verfahren** |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2502 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2503 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2504 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |
| WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Operationen im Krankenhaus erworben werden | 2505 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) | QI | Rate | DeQS |

Diese Richtlin

**Tabelle D:**

## Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

| QSKH-Richtlinie | | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| **QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie** | **(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)** | **Erfassung (Spezifikationsmodul)** | **Sollstatistik** | **zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)** | **Auswertungsmodul (Kürzel)** | **Auswertungsmodul (Langform)** | |
| Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation) | Herzschrittmacher-Implantation | 09/1 | 09/1 | - | 09n1-HSM-IMPL | Herzschrittmacher-Implantation | |
| | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 09/2 | 09/2 | - | 09n2-HSM-AGGW | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | |
| | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 09/3 | 09/3 | - | 09n3-HSM-REV | Herzschrittmacher-Revision/-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 (Spezifikationsmodul)** | **Sollstatistik** | **zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)** | **Auswertungsmodul (Kürzel)** | **Auswertungsmodul (Langform)** | |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe | - | DEK | DEK | - | DEK | Pflege: Dekubitusprophylaxe | |
| Hüftendoprothesenversorgung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel) | Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | HEP | HEP | HEP_IMP (Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesen-implantation) | HEP | Hüftendoprothesenversorgung | Die Summe der Zählleistungsbereiche (HEP_IMP, HEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HEP |
| | Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel | | | HEP_WE (Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel) | | | |
| Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen, Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel) | Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen | KEP | KEP | KEP_IMP (Knieendoprothetik: 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 | |

| DeQS-Richtlinie | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| **QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie** | **Erfassung (Spezifikationsmodul)** | **Sollstatistik** | **zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich)** | **Auswertungsmodul (Kürzel)** | **Auswertungsmodul (Langform)** | |
| Cholezystektomie | CHE | CHE | - | CHE | Cholezystektomie | |

Diese Richtlinien-

| DeQS-Richtlinie | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie | Erfassung (Spezifikations-modul) | Soll-statistik | zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich) | Auswertungsmodul (Kürzel) | Auswertungsmodul (Langform) | |
| Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen | HCH | HCH | | KCHK-AK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie | HCH-AORT-CHIR ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | HCH_AORT_ KATH_ENDO | KCHK-AK-KATH | Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie | KCHK-AK-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 | | | |
| | | | - | KCHK-HK-CHIR | Kombinierte Herzklappenchirurgie | KCHK-HK-CHIR ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | - | KCHK-HK-KATH | Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe | KCHK-HK-KATH ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | | KCHK-KC | Isolierte Koronarchirurgie | KCHK-KC ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | | KCHK-KC-KOMB | Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | KCHK-KC-KOMB ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | | KCHK-MK-CHIR | Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe | KCHK-MK-CHIR ist eine Teilmenge von HCH |
| | | | | KCHK-MK-KATH | Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe | KCHK-MK-KATH ist eine Teilmenge von HCH |

Diese Richtlini

| DeQS-Richtlinie | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie | Erfassung (Spezifikations-modul) | Soll-statistik | zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich) | Auswertungsmodul (Kürzel) | Auswertungsmodul (Langform) | |
| Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen | DIAL | DIAL_LKG | | NET-DIAL | Dialyse | |
| | PNTX | PNTX | | NET-NTX | Nierentransplantation | |
| | PNTXFU | - | | | | |
| | PNTX | PNTX | | NET-PNTX | Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation | |
| | PNTXFU | - | | | | |
| Transplantationsmedizin | 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 | - | - | | | |
| | LTX | LTX | - | LTX | Lebertransplantation | |
| | LTXFU | - | - | | | |
| | LLS | LLS | - | LLS | Leberlebendspende | |
| | LLSFU | - | - | | | |

Diese Richtlini

| DeQS-Richtlinie | Datenerfassung | | | Auswertung | | Hinweis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Basis C-1.1 im Qualitätsbericht | | Basis C-1.2 im Qualitätsbericht | | |
| QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie | Erfassung (Spezifikations-modul) | Soll-statistik | zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zählleistungsbereich) | Auswertungsmodul (Kürzel) | Auswertungsmodul (Langform) | |
| | LUTX | LUTX | - | LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation | |
| | LUTXFU | - | - | | | |
| | NLS | NLS | - | NLS | Nierenlebendspende | |
| | NLSFU | - | - | | | |
| Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | PCI | PCI_LKG | - | PCI | Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie | |
| Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen | NWIF | NWIF | - | WI-A | Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen ambulant) | |
| | | | - | WI-S | Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (einrichtungsbezogen stationär) | |

Diese Richtlini

**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.

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<br><br>>*Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht*<<br><br>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<br><br>>*Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer*<<br><br>ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von<br><br>>*Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortortkontaktdaten_Gesamtbericht*<<br><br>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.<br>• 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<br><br>>*Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301*<<br><br>sowie<br><br>>*Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301*<<br><br>unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>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.<br>• 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<br><br>>*Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10*<<br><br>unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>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 |
| 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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK*< |
| 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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*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<br><br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK*< |

| 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<br>>*Organisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*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<br>>*Organsisationseinheiten/Fachabteilungen*<<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br>wird überprüft, ob der Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK*< |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BVI/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Entwurf. Richtlinie 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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| 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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK*<br>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<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>und<br>>*Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/*<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK*<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Die Richtlinien-Version ist nicht rechtskraft.

| 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<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<*<br>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<br>*>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*<br>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<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*<br>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<br>*>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*<br>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<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*<br>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<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>und<br>*>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>in<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/<*<br>entsprechen in Summe nicht<br>*>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<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>wird mit dem Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>*>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

| 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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>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<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>und<br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>in<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/*<<br>entsprechen in Summe nicht<br>>*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<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>wird mit dem Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Richtlinien ist nicht 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<br><br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<br><br>und<br><br>>*Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<br><br>in<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal*<<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>>*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<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br><br>wird mit dem Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK*<<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>>*Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK*<<br><br>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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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<br><br>>*Externe_Qualitaetssicherung/Ergebnis/[Einzige_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit]/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator*<<br><br>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<br><br>>*Externe_Qualitaetssicherung/Ergebnis/[Einzige_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit]/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator*<<br><br>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)<br>• 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:<br><br>>*Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen*<.<br><br>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)<br>• 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:<br><br>>*Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen*<.<br><br>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<br><br>>*Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301*<<br><br>sowie<br><br>>*Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301*<<br><br>unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung*<<br><br>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<br><br>>*Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl*<<br><br>und<br><br>>*Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl*<<br><br>berechnet. Wenn die Gesamtanzahl 1 übersteigt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter<br><br>>*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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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 Auswahlliste "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.<br><br>Es wird geprüft, ob der Wert <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> unter<br><br>>*Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung*<<br><br>vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in<br><br>>*Erbrachte_Menge*<<br><br>ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (<Datenplatzhalter_Mindestmenge>) wird geprüft, ob ein Wert in<br><br>>*Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Ausnahme/MM_Schluessel*<<br><br>existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.<br><br>Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> : <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren:<br><br>"Lebertransplantation" : 20<br>"Nierentransplantation" : 25<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus" : 10<br>"Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" : 10<br>"Stammzelltransplantation" : 25<br>"Kniegelenk-Totalendoprothesen" : 50<br>"Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1" : 14 |

Dieser Entwurf 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<br><br>*>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*<br><br>stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.2 in<br><br>*>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*<br><br>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<br><br>*>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*.<br><br>Abgleich dieser Liste mit den Werten in<br><br>*>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<*.<br><br>Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte<br><br>*>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*<br><br>und<br><br>*>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer<***<br><br>ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von<br><br>***>Qualitaetsbericht/Krankenhaus/Standortortkontaktdaten_Gesamtbericht<***<br><br>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.<br>• 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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301<***<br><br>sowie<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301<***<br><br>unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>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.<br>• 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<br><br>***>Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10<***<br><br>unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br><br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** |

ist nicht m
Richtlinie

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br>***>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br>***>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br>***>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<br>***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organsisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>entspricht. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<***<br>müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br>wird überprüft, ob der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Richtlinien-Ver

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Regel ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese ist nicht mehr in Kra

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Regel ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Regel ist nicht mehr in Kraft

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<***<br>entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Seite ist nicht mehr in Kraft

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese ist nicht mehr in Kraft

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Richtlinien-Version

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/<***<br><br>entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<***<br><br>summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Anzahl_VK<***<br><br>ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Seite ist nicht mehr in Kraft

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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)<br>• 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:<br><br>***>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen<.***<br><br>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)<br>• 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:<br><br>***>Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen_Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen<.***<br><br>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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301/<***<br><br>sowie<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301/<***<br><br>unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<***<br><br>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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl<***<br><br>und<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl<***<br><br>berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 1 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<***<br><br>zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlgeschlagen. |
| 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" gemäß Mm-R | 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<***<br><br>vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in<br><br>***>Erbrachte_Menge<***<br><br>ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (Bold <Datenplatzhalter_Mindestmenge> wird geprüft, ob ein Wert in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Begruendung/MM_Schluessel<***<br><br>existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.<br>• Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren:<br>• Lebertransplantation : 20<br>• Nierentransplantation : 25<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus : 10<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas : 10<br>• Stammzelltransplantation : 25<br>• Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50<br>• Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1: 14 |

ft.
htlinien-Version ist n

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<***<br><br>stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.2 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<.***<br><br>Abgleich dieser Liste mit den Werten in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<.***<br><br>Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte<br><br>***>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<***<br><br>und<br><br>***>Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<***<br><br>wird ausgelesen. Ist die Angabe "Ja", werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<***<br><br>haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>"Ja" angegeben.<br>• Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.5 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefun*** | • 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<.***<br><br>• 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<.*** | Auslesen des Wertes<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<.***<br><br>Wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<***<br><br>überprüft. Wurde eine dieser Angaben mit "Ja" beantwortet, gilt der Test als fehlgeschlagen. |
| 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<***<br><br>jeweils größer oder gleich der Mindestmenge **<Datenplatzhalter_Mindestmengen>** des jeweiligen Leistungsbereichs **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<***<br><br>sind. Trifft dies zu, wird die Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>ausgelesen. Entspricht die Angabe nicht "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen.<br>• Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren:<br>• Lebertransplantation : 20<br>• Nierentransplantation : 25<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus : 10<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas : 10<br>• Stammzelltransplantation : 25<br>• Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50<br>• Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1 : 14 |

Version ist nicht m

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<***<br><br>ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>"Ja" angegeben.<br>• Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<.***<br><br>• 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<.***<br><br>• 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<.*** | Der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Gesamtergebnis_Prognosedarlegung<***<br><br>wird ausgelesen. Ist die Angabe "Nein", werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Pruefung_Landesverbaende<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<***<br><br>und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Uebergangsregelung<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<***<br><br>ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<***<br><br>noch wird unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<***<br><br>eine Angabe gemacht. | Wenn das Element<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<***<br><br>ausgewählt wurde muss mindestens ein Element unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<***<br><br>oder unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<***<br><br>vorhanden sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen Sie ggf. fehlende Elemente. | Es wird nach dem Element<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<***<br><br>gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<***<br><br>oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet<***<br><br>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet<***<br><br>gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1<***<br><br>oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1<***<br><br>oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2<***<br><br>oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3<***<br><br>vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht

**Anhang 4 zur Anlage Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2020**

**Hintergrund**

Die Plausibilisierung der Daten gemäß § 9 Qb-R dient der Qualitätssicherung des Verfahrens zur Erstellung und Lieferung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Damit soll sichergestellt werden, dass die Inhalte der gelieferten Dateien den Spezifikationen der Anlage der Qb-R entsprechen.

Die Schemaprüfung gemäß § 9 Absatz 1 Qb-R ist der Plausibilisierung vorangestellt und prüft im Wesentlichen Format- und Wertebereiche innerhalb der XML-Struktur. Damit bleiben mögliche inhaltliche Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten unentdeckt. Ziel der Plausibilisierung gemäß § 9 Absatz 2 Qb-R ist es, dass möglichst viele dieser Unstimmigkeiten noch vor dem Upload der Berichtsteile bei der Annahmestelle Qb durch ihre jeweilige übermittelnde Stelle geprüft und beseitigt werden können.

Hierzu wird vom G-BA ein internetbasierter Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst ist technisch in den Annahmeprozess der Annahmestelle Qb integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst für die übermittelnden Stellen im Zeitraum gemäß § 9 Absatz 2 Satz 2 Qb-R zugänglich.

**Grundsätzliches zur Umsetzung**

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in Form von Plausibilisierungsregeln. Dies erfolgt in dem vorliegenden Anhang 4 der Anlage der Qb-R gemäß den Vorgaben in § 9 Qb-R.

Jeder Plausibilisierung ist immer die Schemaprüfung vorangestellt. Erst wenn diese erfolgreich durchlaufen ist und damit eine formale Korrektheit des Datensatzes festgestellt wurde, wird der Plausibilisierungsdienst ausgeführt. Bei Fehlern im Datenschema endet der Prüfprozess mit einer entsprechenden Fehlermeldung aus der Schemaprüfung.

Das Regelwerk zur Plausibilisierung wird, im Sinne eines lernenden Systems, kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei werden Regeln, die erstmalig zum Einsatz kommen oder überarbeitet wurden explizit als „Pilot-Regeln“ gekennzeichnet.

**Darstellung der Regeln**

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

<u>Nummer</u>

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.

<u>Titel der Regel</u>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Regelkategorie

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

Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

Berichtsteil

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

Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

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

**„hart“:** Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle Qb kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

**„Pilot“:** Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden, sie können aufgehoben oder überarbeitet werden. Sofern eine Überarbeitung erfolgt, können sie im Folgejahr erneut als „Pilot-Regel“ angewendet oder als „harte“ bzw. „weiche“ Regel eingeführt werden.

Fehlermeldung

Im Fall einer Abweichung von der Regel erhält die übermittelnde Stelle eine Beschreibung des Fehlers bzw. im Rahmen einer „weichen“ Regel den Hinweis auf eine Auffälligkeit. Die konkreten Abweichungen werden automatisiert und analog zur definierten Prüflogik vom Plausibilisierungsdienst angezeigt. Dabei erhält die übermittelnde Stelle auch erste Hinweise zu den Datenfeldern, die gegebenenfalls korrigiert werden müssen.

Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die übermittelnde Stelle weitergehende Hinweise zu den Handlungsoptionen. Diese werden für jede Regelkategorie formuliert und automatisiert durch den Plausibilisierungsdienst ausgegeben.

Implementierungsvorschrift

Jede Regel wird auch „technisch“, d. h. mit konkretem Bezug zu den jeweils heranzuziehenden XML-Elementen gemäß Anhang 1 der Anlage der Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 eine eindeutige Kennzeichnung eines bestimmten XML-Elementes in der XML-Datei. XML-Elemente werden 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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.<br>• 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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301<*** sowie<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301<*** unter<br><br>***>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/kode-suche/opshtml2020/) 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.<br>• 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<br><br>***>Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10<*** unter<br><br>***>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/kode-suche/htmlgm2020/) 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 Anzahl 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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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 "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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** |
| 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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** entspricht. |
| 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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>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<br><br>***>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<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>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. |
| 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 operationstechnischen 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. |
| 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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>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<br>***>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>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<br>***>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<br>***>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>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<br>***>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>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<br>***>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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>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<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>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<br>***>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)<br>• 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:<br>***>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 (14,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (58 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet. |

Diese Qualitätsbericht-Version ist nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Entwurf.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen | Abgleich mit Vorjahreswerten | Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (61,22 ml/Patiententag) bzw. doppelten (244,86 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 61,22 ml/Patiententag)<br>• 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 244,86 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:<br><br>***>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 (61,22 ml/Patiententag) bzw. doppelten (244,86 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 2020 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Stammzellentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus", "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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301/<*** sowie<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301/<*** unter<br><br>***>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/62-492-2226/Mm-R_2020-07-16_iK-2020-08-13u2021-01-01_WZ-Seite-8.pdf Version vom 13.08.2020) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Stammzellentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus", "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<br><br>***>Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl<*** und<br><br>***>Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl<*** berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 1 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlgeschlagen. |
| 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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 Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.<br>• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Stammzelltransplantation" 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.<br>• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Kniegelenk-Totalendoprothesen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (50) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.<br>• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (14) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" 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 Begründung gemäß Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" anzugeben. | • Es wird geprüft, ob der Wert **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** unter<br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in<br>***>Erbrachte_Menge<*** ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (**<Datenplatzhalter_Mindestmenge>**) wird geprüft, ob ein Wert in<br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Begruendung/MM_Schluessel<*** existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.<br>• Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren:<br>• Lebertransplantation : 20<br>• Nierentransplantation : 25<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus : 10<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas : 10<br>• Stammzelltransplantation : 25<br>• Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50<br>• 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-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge) übereinstimmen. | C-5.1, C-5.2.1a | Hart | Der Wert für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*** stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.1a in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** überein. | Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt 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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<.*** Abgleich dieser Liste mit den Werten in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung<.*** Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte<br><br>***>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<*** und<br><br>***>Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/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-5.2.1a - C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet wurde. | C-5.2 | Hart | Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** ist der Standort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch wurde keines der Elemente C-5.2.1a bis C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet. | Bitte prüfen Sie, ob Ihre Angaben für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R unter C-5.2.1a bis C-5.2.1c korrekt sind. Sollte keines dieser Elemente mit "Ja" beantwortet werden, prüfen Sie bitte Ihre Angabe unter C-5.2.1, da der Standort in diesem Fall nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt wäre. | Der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** wird ausgelesen. Ist die Angabe "Ja", werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<*** 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-5.2.1c) in Kapitel C-5.2.1a (Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) sowie Kapitel C-5.2.1b (Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)) "Nein" bzw. "Rechtstreit anhängig" angegeben wurde. | C-5.2 | Weich | • Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<*** haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** "Ja" angegeben.<br>• Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<*** haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** "Ja" angegeben. | • Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1a nur "Nein" oder "Rechtstreit anhängig" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<.***<br>• Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1b nur "Nein" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<.*** | Auslesen des Wertes<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<.*** Wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** überprüft. Wurde mindestens eine dieser Angaben mit "Ja" beantwortet, gilt der Test als fehlgeschlagen. |

Diese Version ist nicht final. Entwurf.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 oder der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge jeweils größer oder gleich der Mindestmenge sind, bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a "Ja" ausgewählt wurde. | C-5.2 | Weich | Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1a sind die beiden Werte in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<*** jeweils größer oder gleich der Mindestmenge. Jedoch wurde bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a nicht "Ja" angegeben. | Sind der Wert der erreichten Leistungsmengen des Berichtsjahres oder der Wert der letzten zwei Quartale des Berichtsjahres und der ersten zwei des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres größer oder gleich den Mindestmengen, ist davon auszugehen, dass bei der bestätigten Prognose "Ja" angegeben werden muss. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe. | • Es wird geprüft, ob die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge<*** jeweils größer oder gleich der Mindestmenge des jeweiligen Leistungsbereichs unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung<*** sind. Trifft dies zu, wird die Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** ausgelesen. Entspricht die Angabe nicht "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen.<br>• Folgende **<Datenplatzhalter_Leistungsbereich>** : **<Datenplatzhalter_Mindestmenge>** sind zu kombinieren:<br>• Lebertransplantation : 20<br>• Nierentransplantation : 25<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus : 10<br>• Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas : 10<br>• Stammzelltransplantation : 25<br>• Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50<br>• 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 Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) die Angaben in den Kapiteln C-5.2.1a - C-5.2.1c verneint sind. | C-5.2 | Hart | • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** "Ja" angegeben.<br>• Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** "Ja" angegeben.<br>• Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<*** "Ja" angegeben. | • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1a "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<.***<br>• Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1b "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<.***<br>• Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1c "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<.*** | Der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr<*** wird ausgelesen. Ist die Angabe "Nein", werden die Angaben in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<*** und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ausnahmetatbestand<*** und<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<*** geprüft. Wird bei mindestens einem dieser Elemente "Ja" angegeben, dann gilt der Test als nicht bestanden. |
| 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 | Hart | Sie haben das Element<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** noch wird unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<*** eine Angabe gemacht. | Wenn das Element<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** ausgewählt wurde, muss mindestens ein Element unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** oder unter<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung<*** gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe<*** oder<br><br>***>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 | Hart | Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zur Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung unter<br><br>***>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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet<*** gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1<*** oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2<*** oder<br><br>***>Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3<*** vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden. |
| 66 | Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend) | Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aller Fachabteilungen ist. | A-11.2, B-X.11.2 | Pilot | Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner" 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 Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Die Werteangaben in den<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/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<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** |
| 67 | Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (A-Teil) | Anzahl des Personals (A-Teil) | Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte. | A-11.2 | Pilot | Die Felder<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** | Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen. | Der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 68 | Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil) | Anzahl des Personals (A-Teil) | Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte. | A-11.2 | Pilot | Die Felder<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br><br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/<*** entsprechen in Summe nicht<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** | Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen. | Der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 69 | Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. | Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend) | Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. aller Fachabteilungen ist. | A-11.2, B-X.11.2 | Pilot | Die Anzahl **<Datenplatzhalter>** der "Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc." 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 Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. Die Werteangaben in den<br><br>***>Organisationseinheiten/Fachabteilungen<*** dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten. | Für jede Fachabteilung<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung<*** wird überprüft, ob der Wert<br><br>***>Qualitaetsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** |

Entwurf - Version nicht rechtskräftig

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70 | Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. (A-Teil) | Anzahl des Personals (A-Teil) | Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte. | A-11.2 | Pilot | Die Felder<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** | Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen. | Der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 71 | Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil) | Anzahl des Personals (A-Teil) | Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte. | A-11.2 | Pilot | Die Felder<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** und<br>***>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** in<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/<*** entsprechen in Summe nicht<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** | Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen. | Der Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<*** wird mit dem Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<*** summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert<br>***>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachfrau_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<*** ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. |
| 72 | Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren | Wenn-Dann-Regel (kapitelintern) | Diese Regel überprüft, dass für einen Qualitätsindikator Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden. | C-1.2 | Pilot | Das Element<br>***>Ergebnis_Bewertung<*** ist nicht vorhanden, obwohl es sich bei dem QS-Ergebnis **<Datenplatzhalter_Ergebnis_ID>** um einen Qualitätsindikator handelt. | Wenn es sich bei dem angegebenen QS-Ergebnis um einen Qualitätsindikator handelt, müssen Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. | Für jedes QS-Ergebnis unter<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** und<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** wird das Element<br>***>Art_des_Wertes<*** ausgelesen. Ist der Wert = "QI" wird überprüft, ob das Element<br>***>Ergebnis_Bewertung<*** vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element<br>***>Ergebnis_Bewertung<*** nicht vorhanden ist. |
| 73 | Nicht-Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren | Wenn-Dann-Regel (kapitelintern) | Diese Regel überprüft, dass für QS-Ergebnisse, welche keine Qualitätsindikatoren sind, keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden. | C-1.2 | Pilot | Bei dem QS-Ergebnis **<Datenplatzhalter_Ergebnis_ID>** handelt es sich nicht um einen Qualitätsindikator, jedoch wurden Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht. | Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen Qualitätsindikator handelt, dürfen keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. | Für jedes QS-Ergebnis unter<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** und<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** wird das Element<br>***>Art_des_Wertes<*** ausgelesen. Ist der Wert nicht = "QI" wird überprüft, ob das Element<br>***>Ergebnis_Bewertung<*** vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element<br>***>Ergebnis_Bewertung<*** vorhanden ist. |
| 74 | Abgleich des rechnerischen Ergebnisses mit der Grundgesamtheit und den beobachteten Werten | Wenn-Dann-Regel (kapitelintern) | Diese Regel überprüft, dass wenn das rechnerische Ergebnis > "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, die Grundgesamtheit und die Anzahl der beobachteten Ereignisse auch > "0" sind. | C-1.2 | Pilot | Ausweislich Ihrer Angaben zum QS-Ergebnis **<Datenplatzhalter_Ergebnis_ID>** ist das rechnerische Ergebnis größer als "0", jedoch wurden keine Angaben zur Grundgesamtheit, sowie zu den beobachteten Ereignisses gemacht. | Wenn das rechnerische Ergebnis eines QS-Ergebnisses größer als "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, müssen die Werte der Grundgesamtheit, sowie zu den beobachteten Ereignissen auch größer als "0" sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. | Für jedes QS-Ergebnis unter<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** und<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** wird nach dem Vorhandensein des Elements<br>***>Fallzahl_Datenschutz<*** gesucht. Ist das Element nicht vorhanden, wird der Wert unter<br>***>Rechnerisches_Ergebnis<*** ausgelesen. Ist dieser Wert > "0", werden die Werte unter<br>***>Fallzahl/Grundgesamtheit<*** und<br>***>Fallzahl/Beobachtete_Ereignisse<*** ausgelesen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn die Werte nicht > "0" sind. |
| 75 | Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei O/E-Indikatoren | Wenn-Dann-Regel (kapitelintern) | Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird, wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. | C-1.2 | Pilot | Bei dem QS-Ergebnis **<Datenplatzhalter_Ergebnis_ID>** handelt es sich um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. | Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, wenn Fälle erbracht wurden - auch wenn der Datenschutz greift - und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. | Für jedes QS-Ergebnis unter<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** und<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** wird der Wert unter<br>***>Ergebnis_ID<*** ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein der Elemente<br>***>Fallzahl<*** oder<br>***>Fallzahl_Datenschutz<***, sowie<br>***>Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr<*** ungleich "S91" und "N01" gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element<br>***>Rechnerisches_Ergebnis<*** nicht angegeben wurde. |
| 76 | Angabe des rechnerischen Ergebnisses außer O/E-Indikatoren | Wenn-Dann-Regel (kapitelintern) | Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. | C-1.2 | Pilot | Bei dem QS-Ergebnis **<Datenplatzhalter_Ergebnis_ID>** handelt es sich nicht um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. | Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, sofern Fälle erbracht wurden, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. | Für jedes QS-Ergebnis unter<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Einzige_Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** und<br>***>Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/Auswertungseinheit/QS-Ergebnis<*** wird der Wert unter<br>***>Ergebnis_ID<*** ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein des Elements<br>***>Fallzahl<*** , sowie<br>***>Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr<*** ungleich "S91" und "N01" gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element<br>***>Rechnerisches_Ergebnis<*** nicht angegeben wurde. |
| 77 | Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung | Wenn-Dann-Regel | Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, auch eine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist. | C-5.1, C-5.2.1a | Pilot | Für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter<br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** eine Leistungsmenge größer "0" angegeben, jedoch liegen keine Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter<br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich<*** vor. | Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, muss dieser Leistungsbereich auch im Kapitel C-5.1 angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. | Auslesen aller Werte in<br>***>Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***. Ist ein Wert größer "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter<br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich<*** gesucht. Wird der Leitungsbereich nicht gefunden, gilt der Test als fehlgeschlagen. |

Diese Richtlinie ist ...

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 78 | Mindestmengen: Nicht-Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Null-Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung | Wenn-Dann-Regel | Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, keine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist. | C-5.1, C-5.2.1a | Pilot | Für den Leistungsbereich **<Datenplatzhalter>** gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<*** eine Leistungsmenge von "0" angegeben, jedoch liegen Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich<*** vor. | Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, darf dieser Leistungsbereiches im Kapitel C-5.1 nicht angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. | Auslesen aller Werte in<br><br>***>Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<***. Ist ein Wert gleich "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter<br><br>***>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich<*** gesucht. Wird der Leitungsbereich gefunden, gilt der Test als fehlgeschlagen. |

Diese Richtlinien-Version 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:<br>– Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation:<br>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.<br>– Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden:<br>Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben. |

Diese Richtlinien-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).<br>– 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.<br>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:<br>– Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation:<br>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.<br>– Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden:<br>Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben.<br>– 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).<br>– 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.<br><br>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,

Ab dem Berichtsjahr 2020 findet diese Anlage 3 und ihr Anhang keine Anwendung.

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.

Abdem Berichtsjahr 2016 finden die Regelungen des Stichtags Anwendung.

## 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**<br>(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**<br>(Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.) | |
|---|---|
| Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen? | ☐ Ja<br>☐ 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 |

Ab dem Berichtsjahr 2[illegible] findet die Anlage 3 und ihr Anhang [illegible] Anwendung.

| **4. Antrag auf Änderung der Positivliste**<br>(Hier können auch mehrere Optionen angekreuzt werden.) | |
|---|---|
| Antrag auf Aufnahme<br><br>(z. B. Aufnahme eines Krankenhauses, Standortes) | ☐ Wenn ja, welche: |
| Antrag auf Streichung<br><br>(z. B. Streichung eines Krankenhauses, Standortes) | ☐ Wenn ja, welche: |
| Andere Korrektur<br><br>(z. B. Änderung von IK, Name, Adresse, Sonstiges) | ☐ folgende Namensänderung:<br><br>☐ folgende IK-Änderung:<br><br>☐ folgende Adressänderung:<br><br>☐ folgende sonstige Änderung: |

Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr Anhang keine Anwendung.

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr Anhang keine Anwendung.

| 6. Beantragte Darstellung in der Positivliste | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Haupt-IK | SO-Nr. | Krankenhausname | Straße | Nr. | PLZ | Ort |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr Anhang keine Anwendung.

| **7. Belege/Nachweise**<br>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.<br><br>Folgende **Nachweise** sind beigefügt: |
| --- |
| |

*Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise und Beispielformulare, abrufbar unter https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/.*

Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr Anhang keine Anwendung.