

Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses

**gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang
eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

(Vereinbarung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser)

vom 17. Oktober 2006,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 7258,
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

zuletzt geändert am 21. Juni 2007 (Anlagen),
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Beilage 202a
in Kraft getreten am 28. Oktober 2007

Diese Richtlinie/Verordnung ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziele des Qualitätsberichts

Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen

1. Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
2. eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
3. die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

§ 2 Zweck der Vereinbarung

(1) Zweck der Vereinbarung ist die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen nach § 137 SGB V zur Qualitätssicherung im Krankenhaus durch die Festlegung des Verfahrens und die inhaltliche Gestaltung der Struktur des Qualitätsberichts.

(2) Diese Vereinbarung regelt insbesondere den Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung

- der Anforderungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement),
- der Anforderungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V (Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität),
- sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände),

dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen.

(3) Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach dieser Vereinbarung nicht fristgerecht veröffentlichen, werden gemäß § 17c Abs. 2 Satz 8 KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen“ jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft.

§ 3 Inhalt, Umfang und Fortschreibung des Qualitätsberichts

(1) Der Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts werden in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung vorgegeben; die Ausfüllhinweise nach Anlage 2 sind zu beachten. Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung und werden regelmäßig überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.

(2) Bei der Fortschreibung der Anlagen sind insbesondere die Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V zu berücksichtigen.

§ 4 Empfängerkreis und Veröffentlichung

(1) Der Qualitätsbericht ist erstmals nach dieser Vereinbarung zum 31. Oktober 2007 für das Jahr 2006 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 31. August für das Vorjahr zu erstellen und an den Empfängerkreis zu übermitteln. Der Qualitätsbericht ist den Spitzen- und Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Patientenvertretern nach § 140f SGB V in elektronischer Fassung zur Verfügung zu stellen.

(2) Der Qualitätsbericht eines Krankenhauses gilt als vereinbarungsgemäß geliefert, wenn er

- fristgerecht übermittelt wurde und
- den vereinbarten formalen Vorgaben gemäß Anlage 1 entspricht.

Dem Krankenhaus ist die vereinbarungsgemäße Lieferung schriftlich zu bestätigen.

(3) Die vereinbarungsgemäß gelieferten Qualitätsberichte sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie vom Verband der privaten Krankenversicherung spätestens zum 30. November 2007 für das Jahr 2006 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 30. September im Internet zu veröffentlichen. Diese Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach dieser Vereinbarung auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. Diese können auch Informationen zur nicht vereinbarungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus oder zu nachweislich unvollständigen oder fehlerhaften Angaben umfassen. Werden solche zusätzlichen Informationen auf der Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber zu informieren.

(4) Mit der Publikation des Qualitätsberichts durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung im Internet steht der Qualitätsbericht allen weiteren potentiellen Empfängern zur Verfügung.

Die Publikation des Qualitätsberichts im Internet enthält gegebenenfalls eine technische Verknüpfung zu der Internet-Homepage des Krankenhauses, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(5) Der Qualitätsbericht ist in zwei Versionen zu übermitteln, zum einen in nicht veränderbarer Form (PDF-Datei) für die Veröffentlichung im Internet, zum anderen im einheitlichen XML-Format für die Verwendung in einer Datenbank gemäß den Vorgaben der Anlage 1.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01. Januar 2007 in Kraft.

Protokollnotiz

zu § 4 Abs. 1 der Vereinbarung nach 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser:

1. Eine gemeinsame Annahmestelle der Spitzen- und Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung nimmt die Qualitätsberichte von den Krankenhäusern entgegen. Diese Annahmestelle stellt die Qualitätsberichte der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses unverändert sowohl im PDF-Format wie im XML-Format – auf einem Speichermedium gebündelt – bis zum 30. November 2007 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils bis zum 30. September des maßgeblichen Jahres zur Verfügung. Die Qualitätsberichte sind von den Krankenhäusern nicht direkt an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.
Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses leitet die Qualitätsberichte unverändert an die nicht in der Vereinbarung genannten nach § 137 SGB V zu beteiligenden Organisationen (Bundesärztekammer, Deutscher Pflegerat) sowie an die Patientenvertreter nach § 140f SGB V und die Deutsche Krankenhausgesellschaft weiter.
2. Hat ein Krankenhaus den Qualitätsbericht nicht vereinbarungsgemäß geliefert, informiert die gemeinsame Annahmestelle der Spitzen- und Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung das Krankenhaus schriftlich über die Mängel, welche die nicht vereinbarungsgemäße Lieferung begründen. Gleichzeitig wird dem Krankenhaus eine Frist von 14 Tagen gegeben, die vereinbarungsgemäße Lieferung des Qualitätsberichts nachzuholen.

Anlagen

- | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|
| Anlage 1: | Anlage 1 zur Vereinbarung zum Qualitätsbericht | (Änderungsbeschluss vom 21.06.2007) |
| | Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung | (Änderungsbeschluss vom 21.06.2007) |
| | Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten | (Beschluss vom 21.02.2007) |
| Anlage 2: | Ausfüllhinweise | (Änderungsbeschluss vom 21.06.2007) |
| | Anhang 1 zu den Ausfüllhinweisen (Anlage 2) | (Beschluss vom 21.06.2007) |

Anlage 1

zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ¹

Stand: 21. Juni 2007

Ausfüllhinweis:

Der Qualitätsbericht ist in zwei Formaten, einer PDF-Datei und einer Datenbankversion, zu erstellen.

Für die **PDF-Datei** gelten folgende formale Vorgaben:

- die Einhaltung der Barrierefreiheit nach den Anforderungen der Barrierefreien Informationstechnik-Verordnung (BITV) der Prioritätsstufe 1,
- die jeweils vorgegebenen Seiten- bzw. Zeichenbegrenzungen,
- eine maximale Dateigröße von 5 MB,
- die Kompatibilität für die Adobe Reader Versionen ab 5.0 aufwärts.

Die **Datenbankversion** ist gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen. Der Vermerk „Datenbank“ kennzeichnet die Bereiche, die in die Datenbankversion aufgenommen werden sollen. ²

¹ Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

² Die Datenbankversion ist im XML-Format zu erstellen. Die Formatspezifikationen sind noch zu beschreiben und werden nach Beschlussfassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dieser Anlage als Anhang 1 beigefügt.

Einleitung

Ausfüllhinweis:

In der Einleitung soll das Krankenhaus kurz vorgestellt werden. Es besteht die Möglichkeit, an dieser Stelle ein Foto des Krankenhauses einzufügen. Darüber hinaus sollen hier folgende Angaben gemacht werden:

- Verantwortlicher für die Erstellung des Qualitätsberichts,
- Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Presse-Referent, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen), sofern diese nicht bei den Kontaktdaten des Krankenhauses oder der Fachabteilungen benannt werden,
- weiterführende Links (z.B. zur Homepage des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten etc.), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Text eingefügt werden.

Folgender Satz ist am Ende der Einleitung anzufügen:

„Die Krankenhausleitung, vertreten durch ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.“

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

Ausfüllhinweis:

Es wird empfohlen, die Angaben im Inhaltsverzeichnis als Hyperlink zu den entsprechenden Abschnitten zu gestalten.

A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-3	Standort(nummer).....	5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers.....	5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	6
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	6
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	8
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V ...	8
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses	9
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	10
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	10
B-[X].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung	11
B-[X].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	11
B-[X].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	12
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	12
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD	13
B-[X].7	Prozeduren nach OPS	14
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	15
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	16
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..	16

B-[X].11	Apparative Ausstattung	17
B-[X].12	Personelle Ausstattung	18
B-[X].12.1	Ärzte	18
B-[X].12.2	Pflegepersonal	19
B-[X].12.3	Spezielles therapeutisches Personal	19
C	Qualitätssicherung	20
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	20
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	20
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	21
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	21
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	22
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	23
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	23
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	24
D	Qualitätsmanagement	25
D-1	Qualitätspolitik	25
D-2	Qualitätsziele	25
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	26
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	26
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	27
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	27

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Änderungsbeschluss vom 21.06.2007)

Anhang 2: Auswahllisten (Beschluss vom 21.02.2007)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (vollständige Angaben zur Erreichbarkeit)

[Datenbank]

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

[Datenbank]

Ausfüllhinweis:

Wenn mehrere Institutskennzeichen vorhanden sind, sollen alle angegeben werden.

A-3 Standort(nummer)

[Datenbank]

Ausfüllhinweis:

Wenn zu einer IK-Nummer Qualitätsberichte für mehrere Standorte erstellt werden, ist hier die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben.

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

[Datenbank]

Name:

Art:

Ausfüllhinweis:

Die Art des Krankenhausträgers (freigemeinnützig, privat, öffentlich) ist entsprechend anzugeben.

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

[Datenbank]

- ja Universität:
- nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier soll das Krankenhaus eine Übersicht über die Fachabteilungen / Disziplinen bzw. Organisationseinheiten/Zentren in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm) geben.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

[Datenbank]

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

- ja nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

[Datenbank]

Nr.	Fachabteilungs- übergreifender Versorgungs- schwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungs- schwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS02	Perinatalzentrum	z.B. Gynäkologie, Pädiatrie	z.B. Betreuung von Risikoschwanger- schaften
.....
VS00	Sonstige	z.B. Unfallchirurgie, Neurochirurgie	z.B. Zentrum für Rückenmarksverletzte

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind“ die entsprechenden Fachabteilungen aufgeführt und in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

[Datenbank]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z.B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
.....
MP00	Sonstiges

Ausfüllhinweis:

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsübergreifenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

[Datenbank]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z.B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
	...	
SA00	Sonstiges	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Serviceangebote dargestellt werden.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier können stichpunktartige Freitextangaben (max. 2600 Zeichen ohne Leerzeichen) zu Forschungsschwerpunkten, akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen gemacht werden. Für weitere Informationen können Links zu den entsprechenden Internetseiten eingefügt werden.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

[Datenbank]

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

[Datenbank]

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

Ambulante Fallzahl:

Fallzählweise:

Quartalszählweise:

Patientenzählweise:

Sonstige Zählweise:

Ausfüllhinweis:

Bei der Angabe der Anzahl der ambulanten Fälle sind die im Krankenhaus verwendeten Zählweisen zu beachten und die Fallzahlen in die dafür vorgesehenen Felder einzutragen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

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

[Datenbank]

Ausfüllhinweis:

Für [X] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich.

Hinweis zur Datenbankversion:

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

Kontaktdaten:

[Datenbank]

[Datenbank]

Hauptabteilung

Belegabteilung

Gemischte Haupt- und Belegabteilung

B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

[Datenbank]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich X	Kommentar/Erläuterung
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z.B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
.....
VR00	Sonstige

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die zutreffenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

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

[Datenbank]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z.B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
....
MP00	Sonstiges

Ausfüllhinweis:

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/
Fachabteilung

[Datenbank]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar / Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z.B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
	...	
SA00	Sonstiges	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Serviceangebote dargestellt werden.

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

[Datenbank]

Stationäre Fallzahl:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Datenbank]

Rang	ICD-10 Ziffer* (3-stellig)	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Ausfüllhinweis:

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten ICD-Ziffern dreistellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche dreistellige ICD-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller ICD-Ziffern der Organisationseinheit/ Fachabteilung vierstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten ICD-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10 Ziffer (3-5-stellig)	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die ICD-Ziffer kann drei- bis fünfstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

B-[X].7 Prozeduren nach OPS

[Datenbank]

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/ Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Weitere Kompetenz-Prozeduren

OPS-301 Ziffer (4-6-stellig)	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Prozeduren darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die OPS-Ziffer kann vier- bis sechsstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

[Datenbank]

Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistung	Art der Ambulanz
		z.B. Hochschulambulanz (nach § 117 SGB V)
		...
		...
		...

Ausfüllhinweis:

Hier können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten über die Angabe der Art der Ambulanz sowie der angebotenen ambulanten Leistungen dargestellt werden. Sofern eine Hochschulambulanz nach § 117 SGB V, eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V vorhanden ist, ist dies in der Spalte „Art der Ambulanz“ anzugeben.

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

[Datenbank]

	OPS-301 Ziffer (4-stellig)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Absolute Fallzahl
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/ Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

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

[Datenbank]

- Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung
- nicht vorhanden

B-[X].11 Apparative Ausstattung

[Datenbank]

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar/ Erläuterung
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät	z.B. C-Bogen 24h-Notfall- verfügbarkeit ist gegeben/nicht gegeben.
AA00	Sonstige	

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die apparative Ausstattung der Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Dazu sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Gerät können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung (z.B. zu Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten) gemacht werden. In der Auswahlliste ist vermerkt, für welche Geräte Angaben zur 24h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche Geräte dargestellt werden. Der Schwerpunkt soll dabei auf relevanten Geräten („Großgeräten“) liegen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören (z.B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen), sind nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].12 Personelle Ausstattung

[Datenbank]

B-[X].12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/Ergänzung z.B. Weiterbildungsbefugnisse	Fachexpertise der Abteilung z.B. Fachgebietsbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	... Vollkräfte		z.B. Viszeralchirurgie
Davon Fachärzte	... Vollkräfte		
Belegärzte (nach § 121 SGB V) Personen		

Ausfüllhinweis:

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten.
 In der Spalte „Fachexpertise der Abteilung“ können die Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen gemäß der Auswahlliste in Anhang 2 angegeben werden.
 Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung angegeben werden. Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der zur Zeit gültigen Musterweiterbildungsordnung. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) können sinngemäß zugeordnet oder unter „Sonstiges“ angegeben werden.

Fortbildungsverpflichtung der Fachärzte im Krankenhaus:

Angaben gemäß § 6 Absatz 3 der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus, in welchem Umfang die Fortbildungspflichten der Fachärzte erfüllt wurden, sind erstmals im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2010 verpflichtend.

B-[X].12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Pflegekräfte insgesamt	... Vollkräfte	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	... Vollkräfte	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung) Vollkräfte	

Ausfüllhinweis:

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten.
 In der Spalte Erläuterung / Kommentar können Angaben zur Art der Fachweiterbildung und zu speziellen Pflegequalifikationen (z.B. Hygienefachkraft, Wundmanager, Stomatherapeut) gemacht werden.

B-[X].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP01	Altenpfleger	
SP07	Hebammen/Entbindungspfleger	
...	...	
SP00	Sonstiges Personal	

Ausfüllhinweis:

Wenn hier Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Personalqualifikationen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate [Datenbank]

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%) ³	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation			
Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nierentransplantation			
Nierenlebendspende			
Gesamt			

³ **Erläuterung:** Es ist eine vollständige Dokumentation (Dokumentationsrate 100%) gefordert. Bei einer Dokumentationsrate des Krankenhauses von unter 80 % sind Sanktionen vorgesehen.

Ausfüllhinweis:

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen gelöscht werden. Für die Kommentierung gilt eine Zeichenbegrenzung von insgesamt 2500 Zeichen.

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

[Datenbank]

1 Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	2 Kennzahlbezeichnung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/ Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung
LB 1: QI 1							
LB 1: QI 2							
LB 2: QI 1							
LB 2: QI 2							
...							

Ausfüllhinweis:

Es sind die jeweils korrekten laienverständlichen Bezeichnungen – wenn vorhanden – von Leistungsbereich und Qualitätsindikator (siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de) sowie die exakte Kennzahlbezeichnung (siehe Anhang 1 zu Anlage 2) anzugeben.

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

[Datenbank]

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

Leistungsbereich	Kommentar/Erläuterung
z.B. Neonatalerhebung	

Ausfüllhinweis:

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen.
Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

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

[Datenbank]

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an
folgenden DMP teil:

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

Ausfüllhinweis:

Disease-Management-Programme, an denen das Krankenhaus nicht teilnimmt, sollen aus
der Tabelle gelöscht werden.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Ausfüllhinweis:

Wenn Ergebnisse von sonstigen Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt werden, soll das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz erläutert werden (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft).

Wenn möglich sollten dazu folgende Angaben gemacht werden:

- Bezeichnung des Leistungsbereichs bzw. des Qualitätsindikators
- Messzeitraum
- Datenerhebung
- Rechenregeln
- Referenzbereiche
- Vergleichswerte
- Quellenangabe zu Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenz-Grundlage.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
 [Datenbank]

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2006)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2006)	Ausnahmeregelung (bitte ggf. ankreuzen und unter C6 erläutern)
Lebertransplantation	20		
Nierentransplantation	25		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10		
Stammzelltransplantation	25		
Knie-TEP	50		

Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche (ohne Angabe der OPS-Ziffern) aufzulisten.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der
Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
(Ausnahmeregelung)

[Datenbank]

Ausfüllhinweis:

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes (Ausnahmetatbestände gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V) zu benennen. Für diese Leistungen ist hier jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

Leistungsbereich (aus Spalte 1 der Tabelle unter C-5), bei dem die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde, mit Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes und Darstellung, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird:

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand	Ergänzende Maßnahmen der Qualitätssicherung

Ausfüllhinweis:

Die Tabelle ist für jeden betroffenen Leistungsbereich einzeln auszufüllen.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Ausfüllhinweis:

Unter Qualitätspolitik sind die übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung (Geschäftsführung/ Klinikvorstand) formell ausgedrückt wurden, zu verstehen.

Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation im Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen.

Qualitätsmanagementgrundsätze dienen als Grundlage für die Festlegung einer Qualitätspolitik.

In erster Linie können unter „Qualitätspolitik“ folgende Inhalte aufgeführt werden:

- Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission
- Qualitätsmanagementansatz/-grundsätze des Krankenhauses mit den Elementen:
 - Patientenorientierung,
 - Verantwortung und Führung,
 - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung,
 - Wirtschaftlichkeit,
 - Prozessorientierung,
 - Zielorientierung und Flexibilität,
 - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern,
 - kontinuierlicher Verbesserungsprozess.
- Umsetzung/Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

D-2 Qualitätsziele

Ausfüllhinweis:

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Ebenen des Krankenhauses. Sie machen den Qualitätsanspruch somit nachvollziehbar und transparent.

Hier sollen

- strategische/operative Ziele,
- Messung und Evaluation der Zielerreichung,
- Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

dargestellt werden.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen beziehen.

D-3 Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Hier sollen die QM-Strukturen (z.B. Organigramm/zentrales QM, Stabsstelle, Kommission, Konferenzen, berufsgruppenübergreifende Teams) und deren Einbindung in die Krankenhausleitung, die QM-Aufgaben und die dafür vorhandenen Ressourcen (personell, zeitlich, ohne Budget-Angaben) dargestellt werden.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Instrumente des Qualitätsmanagements sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. Die Instrumente des Qualitätsmanagements können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/ Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Beispiele:

- Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz)
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und Risikomanagement
- Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen
- Patienten-Befragungen
- Mitarbeiter-Befragungen
- Einweiser-Befragungen
- Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Ausfüllhinweis:

QM-Projekte sind einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen. Sie können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/ Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Wenn möglich sollen qualitätsorientierte Projekte systematisch dargelegt werden:

- Hintergrund des Problems,
- Ausmaß des Problems (Ist-Analyse),
- Zielformulierung,
- Maßnahmen und deren Umsetzung,
- Evaluation der Zielereichung.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Maßnahmen zur Bewertung des QM können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Hier können z. B. dargestellt werden:

- allgemeine Zertifizierungsverfahren,
- krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren,
- Excellence-Modelle,
- Peer Reviews,
- und/oder andere interne Selbstbewertungen.

Anhang 1 zu Anlage 1

zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Datensatzbeschreibung

Version 2006.1.1

Stand: 21. Juni 2007

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

1	Erläuterungen 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.....	5
2	Hinweise zur XML-Erzeugung.....	8
2.1	Kodierung in UTF-8 (<i>UTF-8 Encoding</i>).....	8
2.2	Schema-Validierung (<i>Schema Validation</i>).....	8
2.3	Bibliotheken und Komponenten (<i>Libraries and Components</i>).....	8
3	XML-Struktur - Übersicht.....	9
4	Element <Qualitätsbericht>.....	14
4.1	Element <Datensatz>.....	15
4.2	Element <Kontaktdaten>.....	16
4.2.1	Element <Hausanschrift>	16
4.2.2	Element <Postanschrift>.....	17
4.2.3	Element <Telefon>	17
4.2.4	Element <Fax>	17
4.3	Element <Krankenhaustraeger>	18
4.4	Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>.....	18
4.5	Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>.....	18
4.6	Element <Fallzahlen>.....	19
4.6.1	Element <Ambulante_Fallzahlen>.....	19
4.6.1.1	Element <Ambulante_Fallzahl>	20
4.7	Element <Institutionskennzeichen>.....	20
4.8	Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend.....	20
4.8.1	Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend	21
4.8.1.1	Element <Sonstiger> - VS Schlüssel	22
4.8.1.2	Element <Teilnehmende_Fachabteilungen>	22
4.9	Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	23
4.9.1	Element <Leistungsangebot>	23
4.9.1.1	Element <Sonstiger> - MP Schlüssel.....	24
4.10	Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>	24
4.10.1	Element <Serviceangebot>	25
4.10.1.1	Element <Sonstiger> - SA Schlüssel	26
4.11	Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>.....	27
4.11.1	Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>	27
4.11.1.1	Element <Fachabteilungsschlüssel>.....	29

4.11.1.1 - 1	Element <Sonstiger> - FA Schlüssel.....	29
4.11.1.2	Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen	30
4.11.1.2 - 1	Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen	30
4.11.1.2 - 1.1	Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel	31
4.11.1.3	Element <Hauptdiagnosen>.....	31
4.11.1.3 - 1	Element <Hauptdiagnose>	32
4.11.1.4	Element <Kompetenzdiagnosen>	32
4.11.1.4 - 1	Element <Kompetenzdiagnose>	33
4.11.1.5	Element <Prozeduren>	33
4.11.1.5 - 1	Element <Freiwillig> - Prozedur	34
4.11.1.5 - 2	Element <Verpflichtend> - Prozedur	34
4.11.1.5 - 2.1	Element <Prozedur>	34
4.11.1.6	Element <Kompetenzprozeduren>	34
4.11.1.6 - 1	Element <Prozedur> - Kompetenzprozeduren.....	35
4.11.1.7	Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>.....	35
4.11.1.7 - 1	Element <Ambulanz>	35
4.11.1.8	Element <Ambulante_Operationen>.....	36
4.11.1.8 - 1	Element <Freiwillig> - Ambulante Operation.....	36
4.11.1.8 - 2	Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation.....	36
4.11.1.8 - 2.1	Element <Ambulante_Operation>	37
4.11.1.9	Element <Apparative_Ausstattung>.....	37
4.11.1.9 - 1	Element <Geraet>	38
4.11.1.9 - 1.1	Element <Sonstiger> - AA Schlüssel	38
4.11.1.10	Element <Personelle_Ausstattung>.....	39
4.11.1.10 - 1	Element <Aerztliches_Personal>	40
4.11.1.10 - 1.1	Element <Hauptabteilung>	41
4.11.1.10 - 1.2	Element <Belegabteilung>	41
4.11.1.10 - 1.3	Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>.....	41
4.11.1.10 - 1.4	Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>	42
4.11.1.10 - 1.5	Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>.....	42
4.11.1.10 - 1.5.1	Element <Fachaerzte>	42
4.11.1.10 - 1.6	Element <Belegaerzte>	43
4.11.1.10 - 2	Element <Pflegekraefte>	43
4.11.1.10 - 2.1	Element <Insgesamt>.....	44
4.11.1.10 - 2.2	Element <Examiniert>	44
4.11.1.10 - 2.3	Element <Examiniert_mit_Fachweiterbildung>	45
4.11.1.10 - 3	Element <Aerztliche_Fachexpertise>.....	45

4.11.1.10 - 3.1	Element <Fachexpertise>.....	46
4.11.1.10 - 3.1.1	Element <Sonstiger> - AQ ZF Schlüssel.....	46
4.11.1.10 - 4	Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>.....	47
4.11.1.10 - 4.1	Element <Therapeutisches_Personal>.....	47
4.11.1.10 - 4.1.1	Element <Sonstiger> - SP Schlüssel.....	48
4.12	Element <Qualitaetssicherung>.....	48
4.12.1	Element <Vergleichende_QS>.....	49
4.12.1.1	Element <Leistungsbereich>.....	49
4.12.1.2	Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>.....	50
4.12.1.2 - 1	Element <Leistungsbereich> - herzchirurgische Leistungsbereiche	51
4.12.1.3	Element <Leistungsbereich_DEK>.....	52
4.12.1.4	Element <Gesamt>.....	53
4.12.2	Element <BQS_Kennzahlen>.....	54
4.12.2.1	Element <Uneingeschraenkt_Geeignet>.....	55
4.12.2.1 - 1	Element <Kennzahl> - uneingeschränkt geeignet.....	56
4.12.2.1 - 1.1	Element <Abgeschlossene_Bewertung> - uneingeschränkt geeigneter Qualitätsindikator.....	57
4.12.2.1 - 1.1.1	Element <Vertrauensbereich>.....	58
4.12.2.1 - 1.1.2	Element <Patienten_Quotient>.....	59
4.12.2.1 - 1.2	Element <Keine_Abgeschlossene_Bewertung>.....	59
4.12.2.2	Element <Eingeschraenkt_Empfohlen>.....	60
4.12.2.2 - 1	Element <Kennzahl> - eingeschränkt empfohlen.....	61
4.12.2.2 - 1.1	Element <Abgeschlossene_Bewertung> - eingeschränkt oder nicht empfohlener Qualitätsindikator.....	62
4.12.2.3	Element <Nicht_Empfohlen>.....	63
4.12.2.3 - 1	Element <Kennzahl> - nicht empfohlen.....	64
4.12.3	Element <QS_nach_Landesrecht>.....	65
4.12.3.1	Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht.....	65
4.12.4	Element <DMP>.....	66
4.12.4.1	Element <Teilnahme_DMP>.....	66
4.12.5	Element <Mindestmengen>.....	66
4.12.5.1	Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen.....	67
4.12.5.1 - 1	Element <Ausnahmeregelung>.....	67
5	Auswahllisten.....	68
5.1	BQS Schlüssel - Leistungsbereiche.....	68
5.2	BQS Schlüssel - herzchirurgische Leistungsbereiche.....	68

1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung

In diesem Dokument wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Qualitätsberichtes zu erstellen ist.

Was grundsätzlich bei der Erzeugung einer XML-Datei zu beachten ist, wird kurz im Abschnitt „2. Hinweise zur XML-Erzeugung“ erläutert. Unter Abschnitt „3. XML-Struktur - Übersicht“ wird der hierarchische Aufbau der XML-Struktur dargestellt. In dem folgenden Abschnitt „4. Element <Qualitätsbericht>“ werden, beginnend mit dem Rootelement, die einzelnen XML-Elemente im Detail beschrieben. Im Abschnitt „5. Auswahllisten“ werden die Auswahltabellen beschrieben, die sich nicht in Anlage 1 oder in dem Anhang 2 zu Anlage 1 der Vereinbarung zum Qualitätsbericht gemäß §137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 befinden.

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

1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente

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

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

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

In den Überschriften in Abschnitt 4, der Detailbeschreibung der XML-Elemente, wird in der Regel nur der Elementname des beschriebenen Containerelementes 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 Containerelementes aufgenommen.

1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen

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

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

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

1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen

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

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

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

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

- 1** genau einmal
- 1..n** mindestens einmal bis beliebig häufig
- 0..1** gar nicht oder genau einmal
- 0..n** gar nicht oder beliebig häufig

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

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

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

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

Schlüsselwort	Beschreibung
Kein Inhalt	Leeres XML-Element
Zeichenkette	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Bis zu 4.000 Zeichen werden verarbeitet.
Ziffern	Das XML-Element darf eine beliebige Anzahl von Ziffern [0-9] enthalten.
max. Zeichenanzahl	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Die maximale Zeichenanzahl ist auf die angegebene Anzahl begrenzt.
Format	<p>Der Inhalt des XML-Elementes muss dem angegebenen Format entsprechen. In den Formatangaben werden die folgenden Platzhalter genutzt.</p> <p>9 beliebige Ziffer [0-9] X beliebiger Buchstabe oder Ziffer Mit [] geklammerte Bereiche sind optional.</p> <p>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.</p> <p>Es gibt aber auch andere Formatangaben z.B. zum Datum oder der Uhrzeit. Diese sind selbsterklärend.</p>

Schlüsselwort	Beschreibung
Wertebereich	<p>In dem XML-Element ist der angegebene Wertebereich zulässig. Dieser kann nur aus ganzen Zahlen oder auch aus Zahlen mit einer bestimmten Anzahl von Nachkommastellen bestehen. Die Nachkommastellen sind optional, falls sie im Einzelfall nicht konkret verlangt werden.</p> <p>Wichtig: Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig.</p> <p>Bsp.: 0 .. 20.000 :</p> <p>In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig.</p> <p>Bsp.: 0,0..500,0</p> <p>In dem XML-Element sind die ganzen Zahlen zwischen 0 und 500 zulässig und die Zahlen mit einer Nachkommastelle zwischen 0,0 und 500,0.</p>
Auswahlliste	<p>In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert.</p> <p>Hinweis: Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.</p> <p>Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird eine Auswahlliste referenziert.</p>
Schlüsselauswahlliste	<p>In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Zusätzlich handelt es sich bei dem Inhalt um einen Schlüssel, der in allen gleichen Kindelementen eines gemeinsamen Elternelementes nur genau einmal vorkommen darf (Eindeutigkeit).</p> <p>Hinweis: Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.</p> <p>Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird ein Verweis auf die Auswahlliste angegeben.</p>
Schlüssel	<p>Bei dem Inhalt des XML-Elementes handelt es sich um einen Schlüssel, d.h. dieser Wert darf in diesem Zusammenhang nur genau einmal vorkommen.</p> <p>Dieses Schlüsselwort „Schlüssel“ kann auch zusätzlich zu einer Formatangabe oder einem Wertebereich angegeben werden.</p>
siehe [Abschnittsnummer]	<p>Bei dem XML-Element handelt es sich um ein Containerelement, auf dessen Beschreibung verwiesen wird.</p>

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 Container-elementes, angegeben.

Unter dem Elternelement eines XML-Elementes wird das Container-element verstanden, direkt unterhalb dem sich dieses Element befinden darf.

2 Hinweise zur XML-Erzeugung

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

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

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

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

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

2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*)

Um die Qualität der gelieferten XML-Daten zu erhöhen und unnötige Rückläufer bei der Abgabe der Qualitätsberichte zu vermeiden, sind die XML-Daten bereits im Vorfeld gegen das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereitgestellte Schema zu verproben (<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)

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

3 XML-Struktur - Übersicht

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

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

```
<Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> 0..1 siehe S.23
```

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

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

```
<Elementname/>
```

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

```
<Elementname>
```

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

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

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

```
[  
  <Keine_Erbracht />  
  <Freiwillig>  
    <Prozedur>  
  </Freiwillig>  
  <Verpflichtend>
```

<Qualitätsbericht>	1	siehe S.14
<Datensatz>	1	siehe S.15
<Kontakt Daten>	1	siehe S.16
<Hausanschrift>	1	siehe S.16
<Postanschrift>	0..1	siehe S.17
<Telefon>	0..1	siehe S.17
<Fax>	0..1	siehe S.17
</Kontakt Daten>		
<Krankenhaus Träger>	1	siehe S.18
<Akademisches_Lehrkrankenhaus>	0..1	siehe S.18
<Psychiatrisches_Krankenhaus>	0..1	siehe S.18
<Fallzahlen>	1	siehe S.19
<Ambulante_Fallzahlen>	1	siehe S.19
<Ambulante_Fallzahl>	1..4	siehe S.20
</Ambulante_Fallzahlen>		
<Keine_Ambulante_Fallzahlen/>	1	
</Fallzahlen>		
<Institutionskennzeichen>	1	siehe S.20
<Versorgungsschwerpunkte>	0..1	siehe S.20
<Versorgungsschwerpunkt>	1..n	siehe S.21
<Teilnehmende_Fachabteilungen>	1	siehe S.22
</Versorgungsschwerpunkt>		
</Versorgungsschwerpunkte>		
<Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	0..1	siehe S.23
<Leistungsangebot>	1..n	siehe S.23
</Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>		
<Nicht_Medizinische_Serviceangebote>	0..1	siehe S.24
<Serviceangebot>	1..n	siehe S.25
</Nicht_Medizinische_Serviceangebote>		
<Organisationseinheiten_Fachabteilungen>	1	siehe S.27
<Organisationseinheit_Fachabteilung>	1..n	siehe S.27
<Kontakt Daten>	0..1	siehe S.16
<Hausanschrift>	1	siehe S.16
<Postanschrift>	0..1	siehe S.17
<Telefon>	0..1	siehe S.17
<Fax>	0..1	siehe S.17
</Kontakt Daten>		
<Fachabteilungsschlüssel>	1..n	siehe S.29
<Versorgungsschwerpunkte>	0..1	siehe S.30
<Versorgungsschwerpunkt>	1..n	siehe S.30
</Versorgungsschwerpunkte>		
<Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	0..1	siehe S.23
<Leistungsangebot>	1..n	siehe S.23
</Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>		
<Nicht_Medizinische_Serviceangebote>	0..1	siehe S.24
<Serviceangebot>	1..n	siehe S.25
</Nicht_Medizinische_Serviceangebote>		
<Hauptdiagnosen>	1	siehe S.31
<Hauptdiagnose>	1..n	siehe S.32
</Hauptdiagnosen>		
<Keine_Hauptdiagnose/>	1	

<Kompetenzdiagnosen>	0..1	siehe S.32
<Kompetenzdiagnose>	1..n	siehe S.33
</Kompetenzdiagnosen>		
<Prozeduren>	1	siehe S.33
<Keine_Erbracht/>	1	
<Freiwillig>	1	siehe S.34
<Prozedur>	0..n	siehe S.34
</Freiwillig>		
<Verpflichtend>	1	siehe S.34
<Prozedur>	1..n	siehe S.34
</Verpflichtend>		
</Prozeduren>		
<Kompetenzprozeduren>	0..1	siehe S.34
<Prozedur>	1..n	siehe S.34
</Kompetenzprozeduren>		
<Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>	0..1	siehe S.35
<Ambulanz/>	1..n	siehe S.35
</Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>		
<Ambulante_Operationen>	1	siehe S.36
<Keine_Erbracht/>	1	
<Freiwillig>	1	siehe S.36
<Ambulante_Operation/>	0..n	siehe S.37
</Freiwillig>		
<Verpflichtend>	1	siehe S.36
<Ambulante_Operation>	1..n	siehe S.37
</Verpflichtend>		
</Ambulante_Operationen>		
<Apparative_Ausstattung>	0..1	siehe S.37
<Geraet>	1..n	siehe S.38
</Apparative_Ausstattung>		

Diese Richtlinien-Ver

<Personelle_Ausstattung>	1	siehe S.39
<Aerztliches_Personal>	1	siehe S.40
<Hauptabteilung>	1	siehe S.41
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.42
<Fachaerzte>	1	siehe S.42
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
</Hauptabteilung>		
<Belegabteilung>	1	siehe S.41
<Belegaerzte>	1	siehe S.43
</Belegabteilung>		
<Gemischte_Haupt_Belegabteilung>	1	siehe S.41
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.42
<Fachaerzte>	1	siehe S.42
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
<Belegaerzte>	1	siehe S.43
</Gemischte_Haupt_Belegabteilung>		
<Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>	1	siehe S.42
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.42
<Fachaerzte>	1	siehe S.42
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
<Belegaerzte>	1	siehe S.43
</Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>		
</Aerztliches_Personal>		
<Aerztliche_Fachexpertise>	0..1	siehe S.45
<Fachexpertise>	1..n	siehe S.46
</Aerztliche_Fachexpertise>		
<Pflegekraefte>	1	siehe S.43
<Insgesamt>	1	siehe S.44
<Examiniert>	1	siehe S.44
<Examiniert_mit_Fachweiterbildung>	1	siehe S.45
</Pflegekraefte>		
<Keine_Pflegekraefte/>	1	
<Spezielles_Therapeutisches_Personal>	0..1	siehe S.47
<Therapeutisches_Personal>	1..n	siehe S.47
</Spezielles_Therapeutisches_Personal>		
</Personelle_Ausstattung>		
</Organisationseinheit_Fachabteilung>		
</Organisationseinheiten_Fachabteilungen>		
<Qualitaetssicherung>	1	siehe S.48
<Vergleichende_QS>	0..1	siehe S.49
<Leistungsbereich>	0..20	siehe S.49
<Herzchirurgische_Leistungsbereiche>	0..1	siehe S.50
<Leistungsbereich>	1..3	siehe S.51
</Herzchirurgische_Leistungsbereiche>		
<Leistungsbereich_DEK>	0..1	siehe S.52
<Gesamt>	1	siehe S.53
</Vergleichende_QS>		

<BQS_Kennzahlen>	0..1	siehe S.54
<Uneingeschraenkt_Geeignet>	0..1	siehe S.55
<Kennzahl>	1..n	siehe S.56
[<Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.57
<Keine_Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.59
</Kennzahl>		
</Uneingeschraenkt_Geeignet>		
<Eingeschraenkt_Empfohlen>	0..1	siehe S.60
<Kennzahl>	1..n	siehe S.61
[<Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.62
<Keine_Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.59
<Kennzahl>		
</Eingeschraenkt_Empfohlen>		
<Nicht_Empfohlen>	0..1	siehe S.63
<Kennzahl>	1..n	siehe S.64
[<Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.62
<Keine_Abgeschlossene_Bewertung>	1	siehe S.59
<Kennzahl>		
</Nicht_Empfohlen>		
</BQS_Kennzahlen>		
<QS_nach_Landesrecht>	0..1	siehe S.65
<Leistungsbereich>	1..8	siehe S.65
</QS_nach_Landesrecht>		
<DMP>	0..1	siehe S.66
<Teilnahme_DMP>	1..6	siehe S.66
</DMP>		
<Mindestmengen>	0..1	siehe S.66
<Leistungsbereich>	1..6	siehe S.67
[<Ausnahmeregelung>	1	siehe S.67
<Keine_Ausnahmeregelung/>	1	
</Leistungsbereich>		
</Mindestmengen>		
</Qualitaetsversicherung>		
</Qualitaetsbericht>		

Diese Richtlinie

4 Element <Qualitätsbericht>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Datensatz	Informationen über den Datensatz.	1	siehe 4.1	-	
Krankenhaus_Name		1	Zeichenkette	A-1	
Kontaktdaten		1	siehe 4.2	A-1	
Standortnummer		1	Format: 99	A-3	
Krankenhaustraeger		1	siehe 4.3	A-4	
Akademisches_Lehrkrankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus handelt.	0..1	siehe 4.4	A-5	
Psychiatrisches_Krankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus handelt.	0..1	siehe 4.5	A-7	
Anzahl_Betten	Anzahl der Betten des Krankenhauses.	1	Wertebereich: 0 .. 20.000	A-12	
Fallzahlen	Fallzahlen des Krankenhauses.	1	siehe 4.6	A-13	
Institutionskennzeichen		1	siehe 4.7	A-2	
Versorgungsschwerpunkte	Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.	0..1	siehe 4.8	A-8	

Anhang 1 zu Anlage 1

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0..1	siehe 4.9	A-9	
Nicht_Medizinische_Serviceangebote	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.	0..1	siehe 4.10	A-10	
Organisationseinheiten_Fachabteilungen		1	siehe 4.11	B	
Qualitaetssicherung		1	siehe 4.12	C	

4.1 Element <Datensatz>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Datum	Erstellungsdatum des Datensatzes.	1	Format: YYYY-MM-DD	-	
Uhrzeit	Erstellungsurzeit des Datensatzes.	1	Format: HH:MM:SS	-	
Sprache	Im Datensatz verwendete Sprache.	1	Auswahlliste: „deutsch“	-	

4.2 Element <Kontaktdaten>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht> , 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hausanschrift		1	siehe 4.2.1	A-1	
Postanschrift		0..1	siehe 4.2.2	A-1	
Telefon		0..1	siehe 4.2.3	A-1	
Fax		0..1	siehe 4.2.4	A-1	
Email		0..1	Format: konto@maildomäne	A-1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
URL		0..1	Format: HTTP/HTTPS URL nach RFC 3305	A-1	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

4.2.1 Element <Hausanschrift>

Elternelemente: 4.2 Element <Kontaktdaten>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Strasse		0..1	Zeichenkette	A-1	
Hausnummer		0..1	Zeichenkette	A-1	
Postleitzahl		1	Format ¹ : 99999	A-1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1	

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

4.2.2 Element <Postanschrift>

Elternelemente: 4.2 Element <Kontaktdaten>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Postfachnummer		0..1	Zeichenkette	A-1	
Postleitzahl		1	Format ² : 99999	A-1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1	

4.2.3 Element <Telefon>

Elternelemente: 4.2 Element <Kontaktdaten>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1	

4.2.4 Element <Fax>

Elternelemente: 4.2 Element <Kontaktdaten>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1	

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

4.3 Element <Krankenhausträger>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhausträgers.	1	Zeichenkette	A-4	
Art	Art des Krankenhausträgers.	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-4): „freigemeinnützig“, „privat“, „öffentlich“, „sonstige“	A-4	

4.4 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Name_Universitaet	Name der Universität.	1	Zeichenkette	A-5	

4.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Versorgungsverpflichtung_Psychiatrie	Dieses Element ist einzufügen, falls eine regionale Versorgungspflicht für die Psychiatrie besteht.	0..1	kein Inhalt	A-7	

4.6 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 1.000.000	A-13	
Ambulante_Fallzahlen	Dieses Element ist anzugeben, falls ambulante Fallzahlen vorliegen.	1	siehe 4.6.1	A-13	
Keine_Ambulante_Fallzahlen	Dieses Element ist anzugeben, falls keine ambulanten Fallzahlen vorliegen.	1	Kein Inhalt	A-13	

4.6.1 Element <Ambulante_Fallzahlen>

Elternelemente: 4.6 Element <Fallzahlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ambulante_Fallzahl	Angabe ambulanter Fallzahlen nach einer bestimmten Zählweise.	1..4	siehe 4.6.1.1	A-13	

4.6.1.1 Element <Ambulante Fallzahl>

Elternelemente: 4.6.1 Element <Ambulante Fallzahlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Zaehlweise	Zählweise der ambulanten Fallzahl.	1	<i>Schlüsselauswahl</i> liste: „Fallzählweise“, „Quartalszählweise“, „Patientenzählweise“, „Sonstige Zählweise“	A-13	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Ambulante_Fallzahl> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Fallzahl		1	Wertebereich: 1.. 1.000.000	A-13	

4.7 Element <Institutionskennzeichen>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
IK	Institutionskennzeichen des Krankenhauses.	1..n	Format: 999999999	A-2	

4.8 Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses.	1..n	siehe 4.8.1	A-8	

4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: 4.8 Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VS_Schlüssel	Schlüssel-Nr. des fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkts des Krankenhauses.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses (A-8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme des sonstigen Schlüssels („VS00“) zulässig.	A-8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte, dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) nicht wiederholt werden.
Sonstiger	Falls es sich um einen sonstigen Versorgungsschwerpunkt handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 4.8.1.1	A-8	
Teilnehmende_Fachabteilungen	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnehmen.	1	siehe 4.8.1.2	A-8	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-8	

4.8.1.1 Element <Sonstiger> - VS Schlüssel

Elternelemente: 4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VS_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. Versorgungsschwerpunkt.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses (A-8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur die sonstige Schlüssel-Nr. („VS00“) zulässig.	A-8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Versorgungsschwerpunkts.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-8	(!) Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) nicht wiederholt werden.

4.8.1.2 Element <Teilnehmende_Fachabteilungen>

Elternelemente: 4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fachabteilung	Fachabteilung, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnimmt.	1..n	Zeichenkette	A-8	

4.9 Element <Medizinisch_PflegerischeLeistungsangebote>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht> , 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1..n	siehe 4.9.1	A-9, B-X.3	

4.9.1 Element <Leistungsangebot>

Elternelemente: 4.9 Element <Medizinisch_PflegerischeLeistungsangebote>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
MP_Schlussel	Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot (A-9 und B-X.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme des sonstigen Schlüssels („MP00“) zulässig.	A-9, B-X.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Für das Krankenhaus (unter A-9) angegebene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.3) nicht wiederholt werden.
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges, medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 4.9.1.1	A-9, B-X.3	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-9, B-X.3	

4.9.1.1 Element <Sonstiger> - MP Schlüssel

Elternelemente: 4.9.1 Element <Leistungsangebot>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
MP_Sonstiger_Schlussel	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot (A-9 und B-X.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur die sonstige Schlüssel-Nr. („MP00“) zulässig.	A-9, B-X.3	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsangebot> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-9, B-X.3	(!) Für das Krankenhaus (unter A-9) angegebene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.3) nicht wiederholt werden.

4.10 Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht> , 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Serviceangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Serviceangebot.	1..n	siehe 4.10.1	A-10, B-X.4	

4.10.1 Element <Serviceangebot>

Elternelemente: 4.10 Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
SA_Schlüssel	Schlüssel-Nr. des Serviceangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Serviceangebote (A-10 und B-X.4)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme des sonstigen Schlüssels („SA00“) zulässig.	A-10, B-X.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Serviceangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Für das Krankenhaus (unter A-10) angegebene Serviceangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.4) nicht wiederholt werden.
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges Serviceangebot handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	<i>siehe 4.10.1.1</i>	A-10, B-X.4	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-10, B-X.4	

4.10.1.1 Element <Sonstiger> - SA Schlüssel

Elternelemente: 4.10.1 Element <Serviceangebot>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
SA_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des Serviceangebots.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Serviceangebote (A-10 und B-X.4)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur die sonstige Schlüssel-Nr. („SA00“) zulässig.	A-10, B-X.4	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Serviceangebot> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Serviceangebots.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-10, B-X.4	(!) Für das Krankenhaus (unter A-10) angegebene Serviceangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (unter B-X.4) nicht wiederholt werden.

4.11 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Organisationseinheit_Fachabteilung		1..n	siehe 4.11.1	B-X	

4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elternelemente: 4.11 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Gliederungsnummer	In diesem Element wird die dem X (in B-X) entsprechende fortlaufende Nummerierung der Organisationseinheit / Fachabteilung angegeben.	1	Schlüssel, Wertebereich: 1 .. 99	B-X.1	
Name	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Zeichenkette	B-X.1	
Kontaktdaten	Kontaktdaten der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	siehe 4.2	B-X.1	
Stationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 100.000	B-X.5	
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	
Fachabteilungsschlüssel		1..n	siehe 4.11.1.1	B-X.1	

Anhang 1 zu Anlage 1

Elternelemente: 4.11 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Versorgungsschwerpunkte	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	siehe 4.11.1.2	B-X.2	
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	siehe 4.9	B.X-3	
Nicht_Medizinische_Serviceangebote	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	siehe 4.10	B.X-4	
Hauptdiagnosen	Hauptdiagnosen nach ICD.	1	siehe 4.11.1.3	B-X.6	
Keine_Hauptdiagnose	Dieses Element ist anzugeben, falls der Organisationseinheit / Fachabteilung keine Hauptdiagnosen nach ICD-10 zuzuordnen sind.	1	Kein Inhalt	B-X.6	
Kompetenzdiagnosen		0..1	siehe 4.11.1.4	B-X.6	
Prozeduren	Prozeduren nach OPS.	1	siehe 4.11.1.5	B-X.7	
Kompetenzprozeduren		0..1	siehe 4.11.1.6	B-X.7	
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten		0..1	siehe 4.11.1.7	B-X.8	
Ambulante_Operationen	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.	1	siehe 4.11.1.8	B-X.9	

Anhang 1 zu Anlage 1

Elternelemente: 4.11 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Apparative_Ausstattung		0..1	siehe 4.11.1.9	B-X.11	
Personelle_Ausstattung		1	siehe 4.11.1.10	B-X.12	

4.11.1.1 Element <Fachabteilungsschlüssel>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
FA_Schlüssel	Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Schlüssel, Format: 9999 Die Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) sind hier nicht zulässig.	B-X.1	
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 4.11.1.1 - 1	B-X.1	

4.11.1.1 - 1 Element <Sonstiger> - FA Schlüssel

Elternelemente: 4.11.1.1 Element <Fachabteilungsschlüssel>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
FA_Sonstiger_Schlüssel	Sonstiger Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Es sind nur Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) zulässig.	B-X.1	
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachabteilung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.1	

4.11.1.2 Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Versorgungsschwerpunkt	Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1..n	siehe 4.11.1.2 - 1	B-X.2	

4.11.1.2 - 1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen

Elternelemente: 4.11.1.2 Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VA_VU_Schlüssel	Schlüssel-Nr. des Versorgungsschwerpunkts der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung (B-X.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VS00“) zulässig.	B-X.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) nicht wiederholt werden.
Sonstiger	Falls es sich um einen sonstigen Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	siehe 4.11.1.2 - 1.1	B-X.2	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.2	

4.11.1.2 - 1.1 Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel

Elternelemente: 4.11.1.2 - 1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VA_VU_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Schlüssel-Nr. des Versorgungsschwerpunktes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung (B-X.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind nur die Sonstigen Schlüssel-Nr. („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VS00“) zulässig.	B-X.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Versorgungsschwerpunktes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.2	(!) Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) nicht wiederholt werden.

4.11.1.3 Element <Hauptdiagnosen>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hauptdiagnose	Hauptdiagnose nach ICD.	1..n	<i>siehe 4.11.1.3 - 1</i>	B-X.6	

4.11.1.3 - 1 Element <Hauptdiagnose>

Elternelemente: 4.11.1.3 Element <Hauptdiagnosen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	Format: X99[.9]	B.X-6	Die ICD-Ziffern sind hier gemäß Anlage 2 vierstellig anzugeben, es sei denn, der terminale Kode ist dreistellig, z.B. A09.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6.. 100.000	B.X-6	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B.X-6	

4.11.1.4 Element <Kompetenzdiagnosen>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kompetenzdiagnose		1..n	siehe 4.11.1.4 - 1	B-X.6	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.4 - 1 Element <Kompetenzdiagnose>

Elternelemente: 4.11.1.4 Element <Kompetenzdiagnosen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	Format: X99[.9X]	B.X-6	Die ICD-Ziffern können hier gemäß Anlage 2 drei- bis fünfstellig angegeben werden.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6.. 100.000	B.X-6	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B.X-6	

4.11.1.5 Element <Prozeduren>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Keine_Erbracht	Keine Prozeduren nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillig	Prozeduren nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 4.11.1.5 - 1	B-X.7	
Verpflichtend	OPS-Prozeduren wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 4.11.1.5 - 2	B-X.7	

4.11.1.5 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur

Elternelemente: 4.11.1.5 Element <Prozeduren>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	0..n	siehe 4.11.1.5 - 2.1	B-X.7	

4.11.1.5 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur

Elternelemente: 4.11.1.5 Element <Prozeduren>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1..n	siehe 4.11.1.5 - 2.1	B-X.7	

4.11.1.5 - 2.1 Element <Prozedur>

Elternelemente: 4.11.1.5 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur , 4.11.1.5 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 2 endstellig anzugeben.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.7	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.7	

4.11.1.6 Element <Kompetenzprozeduren>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1..n	siehe 4.11.1.6 - 1	B-X.7	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.6 - 1 Element <Prozedur> - Kompetenzprozeduren

Elternelemente: 4.11.1.6 Element <Kompetenzprozeduren>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern können hier gemäß Anlage 2 vier- bis sechsstellig angegeben werden.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.7	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.7	

4.11.1.7 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ambulanz	Ambulante Behandlungsmöglichkeit.	1..n	siehe 4.11.1.7 - 1	B-X.8	

4.11.1.7 - 1 Element <Ambulanz>

Elternelemente: 4.11.1.7 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen	Angebotene Leistungen.	0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.8	
Art	Art der Ambulanz.	0..1	Zeichenkette	B-X.8	

4.11.1.8 Element <Ambulante Operationen>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Keine_Erbracht	Keine ambulante Operation nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.9	
Freiwillig	Ambulante Operationen nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 4.11.1.8 - 1	B-X.9	
Verpflichtend	Ambulante Operationen nach OPS wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	siehe 4.11.1.8 - 2	B-X.9	

4.11.1.8 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation

Elternelemente: 4.11.1.8 Element <Ambulante Operationen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	0..n	siehe 4.11.1.8 - 2.1	B-X.9	

4.11.1.8 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation

Elternelemente: 4.11.1.8 Element <Ambulante Operationen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1..n	siehe 4.11.1.8 - 2.1	B-X.9	

4.11.1.8 - 2.1 Element <Ambulante_Operation>

Elternelemente: 4.11.1.8 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation , 4.11.1.8 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.9	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 2 endstellig anzugeben.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.9	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.9	

4.11.1.9 Element <Apparative_Ausstattung>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Geraet		1..n	siehe 4.11.1.9 - 1	B-X.11	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.9 - 1 Element <Geraet>

Elternelemente: 4.11.1.9 Element <Apparative Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
AA_Schluessel	Geräte-Schlüssel-Nr.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Apparative Ausstattung (B-X.11)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme des sonstigen Schlüssels („AA00“)zulässig.	B-X.11	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Geraet> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um ein sonstiges Gerät handelt.	1	<i>siehe 4.11.1.9 - 1.1</i>	B-X.11	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.11	

4.11.1.9 - 1.1 Element <Sonstiger> - AA Schlüssel

Elternelemente: 4.11.1.9 - 1 Element <Geraet>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
AA_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Geräte-Schlüssel-Nr.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Apparative Ausstattung (B-X.11)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur die sonstige Schlüssel-Nr. („AA00“) zulässig.	B-X.11	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Geraet> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Gerätebezeichnung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.11	

4.11.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elternelemente: 4.11.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Aerztliches_Personal		1	<i>siehe 4.11.1.10 - 1</i>	B-X.12.1	
Aerztliche_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0..1	<i>siehe 4.11.1.10 - 3</i>	B-X.12.1	
Pflegekraefte		1	<i>siehe 4.11.1.10 - 2</i>	B-X.12.2	
Keine_Pflegekraefte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Pflegekräfte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.12.2	
Spezielles_Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Pflegepersonal.	0..1	<i>siehe 4.11.1.10 - 4</i>	B-X.12.3	

Dieser Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

4.11.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>

Elternelemente: 4.11.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hauptabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 4.11.1.10 - 1.1	B-X.1, B-X.12.1	
Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 4.11.1.10 - 1.2	B-X.1, B-X.12.1	
Gemischte_Haupt_Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 4.11.1.10 - 1.3	B-X.1, B-X.12.1	
Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	siehe 4.11.1.10 - 1.4	B-X.1, B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.1 Element <Hauptabteilung>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.5	B-X.12.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.2 Element <Belegabteilung>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.6	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.5	B-X.12.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.12.1	
Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.6	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.4 Element <Nicht Bettenfuehrend_Abteilung>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.5	B-X.12.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.12.1	
Belegaerzte		1	siehe 4.11.1.10 - 1.6	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.5 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1.1 Element <Hauptabteilung> , 4.11.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung> , 4.11.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,1 .. 250,0	B-X.12.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.1	
Fachaerzte	Davon Fachärzte.	1	siehe 4.11.1.10 - 1.5.1	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.5.1 Element <Fachaerzte>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1.5 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl der Fachärzte von den Ärzten insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 250,0	B-X.12.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 1.6 Element <Belegärzte>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 1.2 Element <Belegabteilung> , 4.11.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung> , 4.11.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 250,0	B-X.12.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 2 Element <Pflegekraefte>

Elternelemente: 4.11.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Insgesamt	Pflegekräfte insgesamt.	1	siehe 4.11.1.10 - 2.1	B-X.12.2	
Examiniert	Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung).	1	siehe 4.11.1.10 - 2.2	B-X.12.2	
Examiniert_mit_Fachweiterbildung	Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung).	1	siehe 4.11.1.10 - 2.3	B-X.12.2	

4.11.1.10 - 2.1 Element <Insgesamt>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 2 Element <Pflegekräfte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl der Pflegekräfte insgesamt.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,1..500,0	B-X.12.2	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.2	

4.11.1.10 - 2.2 Element <Examiniert>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 2 Element <Pflegekräfte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung) von den Pflegekräften insgesamt.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..500,0	B-X.12.2	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.2	

4.11.1.10 - 2.3 Element <Examiniert_mit_Fachweiterbildung>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung) von den Pflegekräften insgesamt.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..500,0	B-X.12.2	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.2	

4.11.1.10 - 3 Element <Aerztliche_Fachexpertise>

Elternelemente: 4.11.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fachexpertise	Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung.	1..n	siehe 4.11.1.10 - 3.1	B-X.12.1	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.10 - 3.1 Element <Fachexpertise>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 3 Element <Aerztliche_Fachexpertise>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
AQ_ZF_Schlussel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Ärzte (B-X.12.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme der sonstigen Schlüssel („AQ00“, „ZF00“) zulässig.	B-X.12.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Fachexpertise> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um eine sonstige Fachexpertise handelt.	1	<i>siehe 4.11.1.10 - 3.1.1</i>	B-X.12.1	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.1	

4.11.1.10 - 3.1.1 Element <Sonstiger> - AQ ZF Schlüssel

Elternelemente: 4.11.1.10 - 3.1 Element <Fachexpertise>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
AQ_ZF_Sonstiger_Schlussel	Sonstige Schlüssel-Nr. Fachexpertise.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Ärzte (B-X.12.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind nur die sonstigen Schlüssel-Nr. („AQ00“, „ZF00“) zulässig.	B-X.12.1	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Fachexpertise> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachexpertise.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.12.1	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.10 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: 4.11.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal.	1..n	siehe 4.11.1.10 - 4.1	B-X.12.3	

4.11.1.10 - 4.1 Element <Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: 4.11.1.10 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
SP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des speziellen therapeutischen Personals.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal (B-X.12.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nr. mit Ausnahme des sonstigen Schlüssels („SP00“) zulässig.	B-X.12.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Therapeutisches_Personal> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um sonstiges speziell therapeutisches Personal handelt.	1	siehe 4.11.1.10 - 4.1.1	B-X.12.3	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	B-X.12.3	

Anhang 1 zu Anlage 1

4.11.1.10 - 4.1.1 Element <Sonstiger> - SP Schlüssel

Elternelemente: 4.11.1.10 - 4.1 Element <Therapeutisches Personal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
SP_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. für spezielles therapeutisches Personal.	1	Auswahlliste: Aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal (B-X.12.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur die sonstige Schlüssel-Nr. („SP00“) zulässig.	B-X.12.3	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Therapeutisches Personal> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen speziell therapeutischen Personals.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.12.3	

4.12 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: 4. Element <Qualitaetsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vergleichende_QS		0..1	siehe 4.12.1	C-1	
BQS_Kennzahlen		0..1	siehe 4.12.2	C-1.2	
QS_nach_Landesrecht		0..1	siehe 4.12.3	C-2	
DMP		0..1	siehe 4.12.4	C-3	
Mindestmengen		0..1	siehe 4.12.5	C-5, C-6	

4.12.1 Element <Vergleichende_QS>

Elternelemente: 4.12 Element <Qualitaessicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich		0..20	siehe 4.12.1.1	C-1.1	
Herzchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	siehe 4.12.1.2	C-1.1	
Leistungsbereich_DEK		0..1	siehe 4.12.1.3	C-1.1	
Gesamt		1	siehe 4.12.1.4	C-1.1	

4.12.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 4.12.1 Element <Vergleichende_QS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
BQS_Schluessel	BQS Schlüssel des Leistungsbereichs.	1	Schlüsselauswahlliste: 5.1 BQS Schlüssel - Leistungsbereiche	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Fallzahl		1	Wertebereich: 20..100.000	C-1.1	
Fallzahl_unter_20	Dieses Element ist einzufügen, falls die Fallzahl kleiner 20 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	

Anhang 1 zu Anlage 1

Elternelemente: 4.12.1 Element <Vergleichende_QS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 100,0	C-1.1	
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	(!) Für die Kommentierung aller Leistungsbereiche (inklusive der herzchirurgischen Leistungsbereiche, des Leistungsbereiches Dekubitusprophylaxe und der Gesamtangabe) gilt eine Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen.

4.12.1.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>

Elternelemente: 4.12.1 Element <Vergleichende_QS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der herzchirurgischen Leistungsbereiche, für welche eine gemeinsame Gesamtdokumentationsrate angegeben wird.	1..3	siehe 4.12.1.2 - 1	C-1.1	
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 100,0	C-1.1	

4.12.1.2 - 1 Element <Leistungsbereich> - herzchirurgische Leistungsbereiche

Elternelemente: 4.12.1.2 Element <Herzchirurgische Leistungsbereiche>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
BQS_Schlüssel	BQS Schlüssel des Leistungsbereichs.	1	<i>Schlüsselauswahl</i> liste: 5.2 BQS Schlüssel - herzchirurgische Leistungsbereiche	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	(!) Für die Kommentierung aller Leistungsbereiche (inklusive der herzchirurgischen Leistungsbereiche, des Leistungsbereiches Dekubitusprophylaxe und der Gesamtangabe) gilt eine Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen.

4.12.1.3 Element <Leistungsbereich_DEK>

Elternelemente: 4.12.1 Element <Vergleichende_QS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
BQS_Schluessel	BQS Schlüssel des Leistungsbereichs.	1	Es ist nur der Schlüssel „DEK“ zulässig. Der Leistungsbereich ist wie folgt beschrieben: „Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie, isolierte Koronarchirurgie“	C-1.1	
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	(!) Für die Kommentierung aller Leistungsbereiche (inklusive der herzchirurgischen Leistungsbereiche, des Leistungsbereiches Dekubitusprophylaxe und der Gesamtangabe) gilt eine Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen.

4.12.1.4 Element <Gesamt>

Elternelemente: 4.12.1 Element <Vergleichende_QS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fallzahl	Gesamte Fallzahl.	1	Wertebereich: 20..1.000.000	C-1.1	
Fallzahl_unter_20	Dieses Element ist einzufügen, falls die Fallzahl kleiner 20 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
Dokumentationsrate	Gesamte Dokumentationsrate in Prozent.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 100,0	C-1.1	
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	(!) Für die Kommentierung aller Leistungsbe- reiche (inklusive der herzchirurgischen Lei- stungsbereiche, des Lei- stungsbereiches Dekubi- tusprophylaxe und der Gesamtangabe) gilt eine Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen.

4.12.2 Element <BQS_Kennzahlen>

Elternelemente: 4.12 Element <Qualitaetssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Uneingeschraenkt_Geeignet	In diesem Element sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewerteten Qualitätsindikatoren anzugeben.	0..1	siehe 4.12.2.1	Anlage 2 C-1.2 A	(!) Die Aufführung der Qualitätsindikatoren laut Tabelle A im Anhang 1 zu Anlage 2 ist für die erbrachten Leistungsbe- reiche aus C-1.1 ver- pflichtend.
Eingeschraenkt_Empfohlen	In diesem Element können die vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung angegeben werden.	0..1	siehe 4.12.2.2	Anlage 2 C-1.2 B	Die Aufführung der Qualitätsindikatoren laut Tabelle B im Anhang 1 zu Anlage 2 wird für die erbrachten Leistungsbe- reiche aus C-1.1 empfo- hlen, ist aber freiwillig.
Nicht_Empfohlen	In diesem Element können die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlenen/noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewerteten Qualitätsindikatoren angegeben werden.	0..1	siehe 4.12.2.3	Anlage 2 C-1.2 C	Die Aufführung von wei- teren BQS- Qualitätsindikatoren laut Tabelle C im Anhang 1 zu Anlage 2 wird für die erbrachten Leistungsbe- reiche aus C-1.1 nicht empfohlen, ist jedoch freiwillig möglich.

4.12.2.1 Element <Uneingeschraenkt_Geeignet>

Elternelemente: 4.12.2 Element <BQS_Kennzahlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl	Angabe der Kennzahlen zu den als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewerteten Qualitätsindikatoren.	1..n	siehe 4.12.2.1 - 1	Anlage 2 C-1.2 A	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.12.2.1 - 1 Element <Kennzahl> - uneingeschränkt geeignet

Elternelemente: 4.12.2.1 Element <Uneingeschraenkt_Geeignet>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl_ID	Kennzahl-ID des Qualitätsindicators.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Anhang 1 zu Anlage 2 Tabelle A, Spalte Kennzahl-ID Die Eindeutigkeit der angegebenen Kennzahl-ID muss sich auf alle innerhalb des Containerelementes <BQS_Kennzahlen> angegebenen Kennzahlen erstrecken.	Anlage 2 C-1.2 A	
Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.	1	<i>siehe 4.12.2.1 - 1.1</i>	Anlage 2 C-1.2 A I	Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren ist verpflichtend.
Keine_Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.	1	<i>siehe 4.12.2.1 - 1.2</i>	Anlage 2 C-1.2 A II	

4.12.2.1 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - uneingeschränkt geeigneter Qualitätsindikator

Elternelemente: 4.12.2.1 - 1 Element <Kennzahl> - uneingeschränkt geeignet					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bewertung	Kein Strukturierter Dialog erforderlich/Bewertung der Kennzahl durch den strukturierten Dialog.	1	Auswahlliste: Siehe Anlage 2, unter C-1.2, Spalte 3 „Bewertungen“ befindet sich die Liste der Bewertungsschlüssel. Nur die Zahlen aus der Liste der Bewertungsschlüssel sind zulässig.	Anlage 2 C-1.2 A I	
Vertrauensbereich	Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95%-Vertrauensbereich.	0..1	siehe 4.12.2.1 - 1.1.1	Anlage 2 C-1.2 A I	
Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: alle reellen Zahlen	Anlage 2 C-1.2 A I	
Ergebnis_Nicht_Mitgeteilt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt (z.B. aufgrund einer geringen Fallzahl).	1	Kein Inhalt	Anlage 2 C-1.2 A I	

Anhang 1 zu Anlage 1

Elternelemente: 4.12.2.1 - 1 Element <Kennzahl> - uneingeschränkt geeignet					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Patienten_Quotient	Ergebnis des Krankenhauses als Zähler (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl zutrifft) und Nenner (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl untersucht wurde).	0..1	<i>siehe 4.12.2.1 - 1.1.2</i>	Anlage 2 C-1.2 A I	
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	Anlage 2 C-1.2 A I	

4.12.2.1 - 1.1.1 Element <Vertrauensbereich>

Elternelemente: 4.12.2.1 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - uneingeschränkt geeigneter Qualitätsindikator, 4.12.2.2 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - eingeschränkt oder nicht empfohlener Qualitätsindikator, 4.12.2.1 - 1.2 Element <Keine_Abgeschlossene_Bewertung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Untere_Grenze	Untere Grenze des Vertrauensbereichs in Prozent.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 100,0	Anlage 2 C-1.2	
Obere_Grenze	Obere Grenze des Vertrauensbereichs in Prozent.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 ... 100,0	Anlage 2 C-1.2	

4.12.2.1 - 1.1.2 Element <Patienten_Quotient>

Elternelemente: 4.12.2.1 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - uneingeschränkt geeigneter Qualitätsindikator, 4.12.2.2 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - eingeschränkt oder nicht empfohlener Qualitätsindikator, 4.12.2.1 - 1.2 Element <Keine_Abgeschlossene_Bewertung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element wird anstatt der beiden Elemente <Zaehler> und <Nenner> angegeben, falls die Anzahl eines der beiden Elemente kleiner oder gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	Anlage 2 C-1.2	
Zaehler	Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl zutrifft.	1	Wertebereich: 6..100.000	Anlage 2 C-1.2	
Nenner	Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl untersucht wurde.	1	Wertebereich: 6..100.000	Anlage 2 C-1.2	

4.12.2.1 - 1.2 Element <Keine_Abgeschlossene_Bewertung>

Elternelemente: 4.12.2.1 - 1 Element <Kennzahl> - uneingeschränkt geeignet, 4.12.2.2 - 1 Element <Kennzahl> - eingeschränkt empfohlen, 4.12.2.3 - 1 Element <Kennzahl> - nicht empfohlen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	Anlage 2 C-1.2 A II, C-1.2 B II, C-1.2 C II	

4.12.2.2 Element <Eingeschraenkt_Empfohlen>

Elternelemente: 4.12.2 Element <BQS_Kennzahlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl	Angabe der Kennzahlen zu den eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren/ Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.	1..n	siehe 4.12.2.2 - 1	Anlage 2 C-1.2 B	

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.12.2.2 - 1 Element <Kennzahl> - eingeschränkt empfohlen

Elternelemente: 4.12.2.2 Element <Eingeschraenkt_Empfohlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl_ID	Kennzahl-ID des Qualitätsindicators.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Anhang 1 zu Anlage 2 Tabelle B, Spalte Kennzahl-ID Die Eindeutigkeit der angegebenen Kennzahl-ID muss sich auf alle innerhalb des Containerelementes <BQS_Kennzahlen> angegebenen Kennzahlen erstrecken.	Anlage 2 C-1.2 B	
Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.	1	<i>siehe 4.12.2.2 - 1.1</i>	Anlage 2 C-1.2 B I	Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren wird empfohlen, ist aber freiwillig.
Keine_Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.	1	<i>siehe 4.12.2.1 - 1.2</i>	Anlage 2 C-1.2 B II	

4.12.2.2 - 1.1 Element <Abgeschlossene_Bewertung> - eingeschränkt oder nicht empfohlener Qualitätsindikator

Elternelemente: 4.12.2.2 - 1 Element <Kennzahl> - eingeschränkt empfohlen , 4.12.2.3 - 1 Element <Kennzahl> - nicht empfohlen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bewertung	Kein Strukturierter Dialog erforderlich/Bewertung der Kennzahl durch den Strukturierten Dialog.	0..1	Auswahlliste: Siehe Anlage 2, unter C-1.2, Spalte 3 „Bewertungen“ befindet sich die Liste der Bewertungsschlüssel. Nur die Zahlen aus der Liste der Bewertungsschlüssel sind zulässig.	Anlage 2 C-1.2 B I, C-1.2 C I	
Vertrauensbereich	Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95%-Vertrauensbereich.	0..1	siehe 4.12.2.1 - 1.1.1	Anlage 2 C-1.2 B I, C-1.2 C I	
Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator.	0..1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: alle reellen Zahlen	Anlage 2 C-1.2 B I, C-1.2 C I	
Patienten_Quotient	Ergebnis des Krankenhauses als Zähler (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl zutrifft) und Nenner (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl untersucht wurde).	0..1	siehe 4.12.2.1 - 1.1.2	Anlage 2 C-1.2 B I, C-1.2 C I	
Kommentar		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	Anlage 2 C-1.2 B I, C-1.2 C I	

4.12.2.3 Element <Nicht_Empfohlen>

Elternelemente: 4.12.2 Element <BQS_Kennzahlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl	Angabe der Kennzahlen zu nicht zur Veröffentlichung empfohlenen/noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewerteten Qualitätsindikatoren.	1..n	siehe 4.12.2.3 - 1	Anlage 2 C-1.2 C	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.12.2.3 - 1 Element <Kennzahl> - nicht empfohlen

Elternelemente: 4.12.2.3 Element <Nicht_Empfohlen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kennzahl_ID	Kennzahl-ID des Qualitätsindicators.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Anhang 1 zu Anlage 2 Tabelle C Spalte Kennzahl-ID Die Eindeutigkeit der angegebenen Kennzahl-ID muss sich auf alle innerhalb des Containerelementes <BQS_Kennzahlen> angegebenen Kennzahlen erstrecken.	Anlage 2 C-1.2 C	
Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.	1	<i>siehe 4.12.2.2 - 1.1</i>	Anlage 2 C-1.2 C I	Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren wird nicht empfohlen, ist jedoch freiwillig möglich.
Keine_Abgeschlossene_Bewertung	Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.	1	<i>siehe 4.12.2.1 - 1.2</i>	Anlage 2 C-1.2 C II	

4.12.3 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elternelemente: 4.12 Element <Qualitaetssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe des Leistungsbereiches, in dem an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilgenommen wird.	1..8	siehe 4.12.3.1	C-2	

4.12.3.1 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht

Elternelemente: 4.12.3 Element <QS_nach_Landesrecht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, der an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilnimmt.	1	Schlüsselauswahlliste: Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	C-2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). (!) Es sind nur die Leistungsbereiche des Bundeslandes gültig, in dem sich das Krankenhaus befindet.
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-2	

4.12.4 Element <DMP>

Elternelemente: 4.12 Element <Qualitaetssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Teilnahme_DMP	Disease-Management-Programm (DMP) an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1..6	siehe 4.12.4.1	C-3	

4.12.4.1 Element <Teilnahme_DMP>

Elternelemente: 4.12.4 Element <DMP>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des DMP.	1	Schlüsselauswahlliste: Werte der Spalte DMP der Tabelle „Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den folgenden DMP teil:“ in Anlage 1 Abschnitt C-3.	C-3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Teilnahme_DMP> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-3	

4.12.5 Element <Mindestmengen>

Elternelemente: 4.12 Element <Qualitaetssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die gemäß, der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung, Mindestmengen festgelegt sind.	1..6	siehe 4.12.5.1	C-5	

4.12.5.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen

Elternelemente: 4.12.5 Element <Mindestmengen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den Mindestmengen festgelegt sind.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V,, in Anlage 1 C-5.	C-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erbrachte_Menge	Im Berichtsjahr erbrachte Menge.	1	Wertebereich: 1..100.000	C-5	
Ausnahmeregelung	Angaben zur Ausnahmeregelung, die vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1	<i>siehe 4.12.5.1 - 1</i>	C-5, C-6	
Keine_Ausnahmeregelung	Dieses Element wird eingefügt, falls keine Ausnahmeregelung vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1	Kein Inhalt	C-5	

4.12.5.1 - 1 Element <Ausnahmeregelung>

Elternelemente: 4.12.5.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ausnahmetatbestand	Beschreibung des Ausnahmetatbestandes.	1	max. Zeichenanzahl: 500	C-6	
Massnahmen_QS	Ergänzende Maßnahmen der Qualitätssicherung.	1	max. Zeichenanzahl: 1500	C-6	

5 Auswahllisten

5.1 BQS Schlüssel - Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Schlüssel
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU
Cholezystektomie	12n1-CHOL
Geburtshilfe	16n1-GEBH
Gynäkologische Operationen	15n1-GYN-OP
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09n2-HSM-AGGW
Herzschrittmacher-Implantation	09n1-HSM-IMPL
Herzschrittmacher-Revision / Systemwechsel / Explantation	09n3-HSM-REV
Herztransplantation	HTX
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17n2-HÜFT-TEP
Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17n3-HÜFT-WECH
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17n1-HÜFT-FRAK
Karotis-Rekonstruktion	10n2-KAROT
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	17n5-KNIE-TEP
Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17n7-KNIE-WECH
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)	21n3-KORO-PCI
Mammachirurgie	18n1-MAMMA
Lebertransplantation	LTX
Leberlebendspende	LLS
Nierentransplantation	NTX
Nierenlebendspende	NLS

5.2 BQS Schlüssel - herzchirurgische Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Schlüssel
Aortenklappenchirurgie, isoliert	HCH-AORT
Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	HCH-KOMB
Koronarchirurgie, isoliert	HCH-KCH

Anhang 2 zu Anlage 1

zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Auswahllisten

Stand: 21. Februar 2007

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste "Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses" (A-8)

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS01	Brustzentrum		
VS02	Perinatalzentrum		
VS03	Schlaganfallzentrum		
VS04	Transplantationszentrum		
VS05	Traumazentrum		
VS06	Tumorzentrum		
VS07	Zentrum für angeborene und erworbene Fehlbildungen		
VS08	Zentrum für Gefäßmedizin		
VS09	Zentrum für Schwerbrandverletzte		
VS00	Sonstige		

Auswahlliste "Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot" (A-9 und B-X.3)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterung
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP04	Atemgymnastik	
MP05	Babyschwimmen	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	<i>z.B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i>
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	<i>z.B. Feldenkrais, Eurhythmie</i>
MP12	Bobath-Therapie	
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse	
MP20	Hippotherapie/ Therapeutisches Reiten	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP23	Kunsttherapie	
MP24	Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren	
MP29	Osteopathie/ Chiropraktik	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	<i>z.B. Nichtraucherurse, Koronarsportgruppe</i>

MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	<i>z.B. psychoonkologische Beratung</i>
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP38	Sehschule/ Orthoptik	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	<i>z.B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	<i>z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung</i>
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen	<i>z.B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i>
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	<i>z.B. Pflegevisiten, Pflegeexperten</i>
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP45	Stomatherapie und -beratung	
MP46	Traditionelle chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP50	Wochenbettgymnastik	
MP51	Wundmanagement	<i>z.B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	Sonstiges	

Auswahlliste "Serviceangebote" (A-10 und B-X.4)

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterung
	Räumlichkeiten	
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-In	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	Ausstattung der Patientenzimmer	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
	Verpflegung	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
	Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA22	Bibliothek	

SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA36	Schwimmbad	
SA37	Spielplatz	
SA38	Wäscheservice	
	Persönliche Betreuung	
SA39	Besuchsdienst/ "Grüne Damen"	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	
SA41	Dolmetscherdienste	<i>Sprache, ggf. Gebärdendolmetscher</i>
SA42	Seelsorge	
SA00	Sonstiges	

Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung / Organisationseinheit“ (B-X.2)

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/ Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	
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 Refraktionsfehlern	
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/ Erläuterung
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie (Bypasschirurgie)	

VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie (Klappenkorrektur, Klappenersatz)	
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatöreingriffe	
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 wg. Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern) und Folgeerkrankungen (z.B. Ulcus cruris/ offenes Bein)	
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/ Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/ Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	
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	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen (Aneurysma, Angiome, Kavernome)	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	

VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (z.B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronischer Wirbelsäulenschmerzen)	
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
	Allgemein	
VC55	Minimal-invasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimal-invasive endoskopische Operationen	
VC57	Plastisch rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie	Kommentar/ Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziiertes Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
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 Erythem	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	
VD10	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Haut und Unterhaut	
VD11	Spezialsprechstunde	
VD00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie	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 (Laparoskopie, Hysteroskopie)	
VG06	Gynäkologische Abdominalchirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginakarzinom)	
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	
VG15	Spezialsprechstunde	
VG00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/ Erläuterung
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie (Hörverbesserung, Implantierbare Hörgeräte)	

VH05	Cochlear Implantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik und -therapie	
	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	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
	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	
VH00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/ Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger 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 (Diabetes, Schilddrüse, ..)	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	
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	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von 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	

VI00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/ Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie sonstiger neurovaskulärer Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie entzündlicher ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie neuroimmunologischer Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie gutartiger Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von 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	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	
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	
VN00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/ Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie	Kommentar/ Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von 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-Darmtraktes	

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	
VK19	Kindertraumatologie	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (z.B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan Syndrom)	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten	
VK25	Neugeborenencreening (Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom)	
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	
VK00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie	Kommentar/ Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
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-, Kinder- u. Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP00	Sonstige	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/ Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren	
VR08	Fluoroskopie [Durchleuchtung] als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
	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	
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
	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	
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	
VR00	Sonstige	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie	Kommentar/ Erläuterung
VU01	Diagnostik und Therapie der tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie der Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie der Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimal-invasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimal-invasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU00	Sonstige	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	Kommentar/ Erläuterung
VS00	Sonstige	

Auswahlliste "Apparative Ausstattung" (B-X.11)

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät	
AA02	Audiometrie-Labor	
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
AA04	Bewegungsanalysesystem	
AA05	Bodyplethysmographie	
AA06	Brachytherapiegerät	
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	
AA12	Endoskop	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (z.B. ECMO/ECLA)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA16	Geräte zur Strahlentherapie	
AA17	Herzlungenmaschine	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	
AA19	Kipptisch (z.B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms)	
AA20	Laser	
AA21	Lithotripter (ESWL)	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA23	Mammographiegerät	

AA24	OP-Navigationsgerät	
AA25	Oszillographie	
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)	
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben/ nicht gegeben.
AA28	Schlaflabor	
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA30	SPECT (Single-Photon-Emissionscomputertomograph)	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammakamera (Szintillationskamera)	
AA33	Uroflow/ Blasendruckmessung	
AA00	Sonstige	

Auswahlliste „Ärzte“ (B-X.12.1)

Nr.	Facharztqualifikation	Kommentar / Ergänzung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
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	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	
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	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ46	Pathologie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
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	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ60	Urologie	
AQ00	Sonstige	
Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatric	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik	
ZF23	Magnetresonanztomographie	
ZF24	Manuelle Medizin / Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	
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	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	
ZF00	Sonstige	

Auswahlliste "Spezielles therapeutisches Personal" (B-X.12.3)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP01	Altenpfleger	
SP02	Arzthelfer	
SP03	Beleghebammen/-entbindungspfleger	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP06	Erzieher	
SP07	Hebammen/ Entbindungspfleger	
SP08	Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogen	
SP10	Hippotherapeuten	
SP11	Kinästhetikbeauftragte	
SP12	Kinästhetikmentoren	
SP13	Kunsttherapeuten	
SP14	Logopäden	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP16	Musiktherapeuten	
SP17	Oecotrophologen	
SP18	Orthopädietechniker	
SP19	Orthoptisten	
SP20	Pädagogen	
SP21	Physiotherapeuten	
SP22	Podologen	
SP23	Psychologen	
SP24	Psychotherapeuten	
SP25	Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogen	
SP27	Stomatherapeuten	
SP28	Wundmanager	
SP00	Sonstige	

Auswahlliste "Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht" (C-2)

Bundesland	Leistungsbereich
Baden-Württemberg	Neonatalerhebung
	Schlaganfall
Brandenburg	Neonatalerhebung
Bremen	Neonatalerhebung
Hamburg	Anästhesiologie
	Dekubitusprophylaxe
	Leistenhernie
	Neonatalerhebung
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)
Hessen	Prostataresektion
	Schlaganfall
	Neonatalerhebung
Niedersachsen	Schlaganfall
	Neonatalerhebung
Nordrhein-Westfalen	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)
	Neonatalerhebung
Rheinland-Pfalz	Appendektomie
Saarland	Neonatalerhebung
	Schlaganfall
	Neonatalerhebung
Sachsen	Neonatalerhebung
Schleswig-Holstein	Neonatalerhebung
Thüringen	Neonatalerhebung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 2

zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser¹

Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht

Stand: 21. Juni 2007

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

¹ Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Inhalt

I. Allgemeine Hinweise	4
1. Erläuterungen zur Berichtserstellung	4
Benennung des Qualitätsberichts	4
Betroffene Krankenhäuser	4
Krankenhäuser mit mehreren Standorten	4
Berichtszeitraum	5
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	5
Gliederung des Qualitätsberichts	5
Pflichtangaben versus freiwillige Angaben	6
Format und Umfang	6
Auswahllisten	7
II. Erläuterungen zu den Berichtsteilen A bis D	8
Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	8
A-3 Standort(nummer)	8
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	9
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie	9
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	9
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	11
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-12 Anzahl der Betten	12
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	12
Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	13
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	13
B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung	14
B-[X].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	15
B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	15
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	16
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD	17

B-[X].7	Prozeduren nach OPS	18
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	19
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	20
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	20
B-[X].11	Apparative Ausstattung	21
B-[X].12	Personelle Ausstattung	21
B-[X].12.1	Ärzte	22
B-[X].12.2	Pflegepersonal	23
B-[X].12.3	Spezielles therapeutisches Personal	24
Teil C: Qualitätssicherung		24
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	25
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate	25
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	26
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	30
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	30
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	31
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	31
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	32
Teil D: Qualitätsmanagement		32
D-1	Qualitätspolitik	33
D-2	Qualitätsziele	34
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	34
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	34
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	35
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	35

Anhang

Anhang 1 zu den Ausfüllhinweisen (Anlage 2) (Änderungsbeschluss vom 21.06.2007)

I. Allgemeine Hinweise

Ziel der Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht ist es, die Krankenhäuser bei der Erstellung der Qualitätsberichte entsprechend der inhaltlichen und formalen Vorgaben gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu unterstützen. Die Ausfüllhinweise greifen insbesondere erläuterungsbedürftige Punkte auf. Die bereits in Anlage 1 zu einzelnen Punkten enthaltenen Ausfüllhinweise wurden in die vorliegenden Ausfüllhinweise übernommen und sind durch eine Markierung hervorgehoben. Darüber hinaus werden in dieser Anlage zusätzliche Hinweise gegeben. Sofern weder in der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V noch in den Anlagen zu dieser Vereinbarung Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegen Art und Inhalt des Qualitätsberichts im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichtserstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Auf dem Deckblatt der PDF-Version des Qualitätsberichts ist die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006“ aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend der Vereinbarung zum Qualitätsbericht sind die Ausfüllhinweise von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern anwendbar, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) mit DRG oder nach Bundespflegeverordnung (BPfV) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht etwa von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten ist der Qualitätsbericht grundsätzlich je Standort zu erstellen. Dies gilt auch für fusionierte Krankenhäuser, die aus überwiegend ökonomischen Gesichtspunkten einen Zusammenschluss mehrerer, vormals eigenständiger Krankenhäuser vorgenommen haben, und für Krankenhausverbände im Sinne von Zusammenschlüssen nach wie vor eigenständiger Krankenhäuser. Unter einem Standort wird hierbei ein Betriebsteil verstanden, der als selbständiger Betrieb räumlich vom Hauptbetrieb entfernt und durch Aufgabenbereich oder Organisation eigenständig ist. Bei bis zu drei ausgelagerten Fachabteilungen oder bis zu drei ausgelagerten Funktionsbereichen eines Krankenhauses handelt es sich nicht um einen Standort im vorgenannten Sinne. Diese Fachabteilungen oder

Funktionsbereiche können entweder in den Qualitätsbericht des betroffenen Krankenhauses einbezogen werden oder einen eigenen Qualitätsbericht erstellen. Im Falle eines Krankenhausverbundes oder fusionierter Krankenhäuser mit mehreren Standorten innerhalb eines eng begrenzten Raumes, z. B. eines Stadtgebietes, bei dem an den einzelnen Standorten im Rahmen des Zusammenschlusses oder der Fusion Fachabteilungen, Kliniken oder Funktionsbereiche konzentriert wurden, so dass diese nur noch an einem der Standorte vorgehalten werden, ist es möglich, einen Qualitätsbericht für alle Standorte innerhalb des eng begrenzten Raumes gemeinsam zu erstellen.

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 Jahres, in dem der Qualitätsbericht erstellt und veröffentlicht wird (Erstellungsjahr), geschlossen wird, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die betreffende Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

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

In Teil D können nicht nur Maßnahmen des Qualitätsmanagements, die im Berichtsjahr durchgeführt wurden, Eingang finden, sondern auch Maßnahmen, die sich aus dem vorherigen Jahr in das Berichtsjahr oder in das Erstellungsjahr erstrecken bzw. im Erstellungsjahr stattfinden.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus vier 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 und
- Teil D über das Qualitätsmanagement.

Es wird empfohlen, die Angaben im Inhaltsverzeichnis als Hyperlink zu den entsprechenden Abschnitten zu gestalten.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang 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 Maximalgröße des PDF-Berichts und die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-6 Ausnahmetatbestände zur Mindestmengenvereinbarung). Wird ein Kapitel nicht ausgefüllt, **soll** in der PDF-Version ein entsprechender Hinweis („trifft nicht zu“/ „entfällt“) aufgenommen werden. Die in der Anlage 1 vorgegebene Nummerierung der einzelnen Kapitel ist in jedem Fall beizubehalten. An den Stellen, in denen in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/ „entfällt“ **verpflichtend** aufzunehmen ist (z. B. B-[X].6 Angabe von ICD 10-Ziffern), ist dies in den Ausfüllhinweisen jeweils vermerkt.

Die Felder „Kommentar/Erläuterung“ stehen für freiwillige Angaben zur Verfügung.

Hinweis zur Datenbankversion: 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.

Format und Umfang

Der Qualitätsbericht ist in zwei Formaten, einer PDF-Datei und einer Datenbankversion, zu erstellen.

Für die **PDF-Datei** gelten folgende formale Vorgaben:

- die Einhaltung der Barrierefreiheit nach den Anforderungen der Barrierefreien Informationstechnik-Verordnung (BITV) der Prioritätsstufe 1,
- die jeweils vorgegebenen Seiten- bzw. Zeichenbegrenzungen,
- eine maximale Dateigröße von 5 MB,
- die Kompatibilität für die Adobe Reader Versionen ab 5.0 aufwärts.

Es ist geplant, auf der Homepage des G-BA eine Anweisung zur Umsetzung der Barrierefreiheit der PDF-Version gemäß BITV zur Verfügung zu stellen. Gemäß BITV ist die Barrierefreiheit **nach bestem Bemühen** umzusetzen. Bei Schwierigkeiten mit der Umsetzung kann mit der Annahmestelle für die Qualitätsberichte Rücksprache gehalten werden. Ein alternatives,

barrierefreies Angebot wird in Form der Datenbank zur Verfügung stehen. In jedem Fall ist die Word-Datei, sofern Word als Grundlage zur Umwandlung in die PDF-Version verwendet wird, dem Programm entsprechend (z. B. mit Bildunterschriften, Formatierung von Absätzen und Überschriften) zu formatieren und anschließend auf elektronischem Wege (nicht durch Einscannen) in ein PDF-Dokument umzuwandeln.

Um den Umfang des Qualitätsberichts zweckmäßig zu begrenzen, sind an einigen Stellen Zeichenbegrenzungen vorgesehen. Es wird empfohlen, auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechpartner, etc.) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte. Wo Freitextangaben vorgesehen sind, sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Die Datenbankversion ist gemäß den in Anhang 1 zur Anlage 1 definierten Vorgaben im XML-Format zu erstellen. Der Vermerk „Datenbank“ in der Anlage 1 kennzeichnet die Bereiche, die in die Datenbankversion aufgenommen werden sollen.

Auswahllisten

Zu einigen Punkten (z. B. zu A-8, A-9, etc.) sind im Anhang 2 der Anlage 1 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten sollen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten dienen. Es besteht jedoch immer die Möglichkeit, zusätzliche Erläuterungen als Freitext anzugeben. Dieses System ist als „lernendes System“ angelegt, so dass durch eine Auswertung der Qualitätsberichte bestimmte, häufig wiederkehrende Freitextangaben für zukünftige Qualitätsberichte in die Auswahllisten aufgenommen, dagegen selten verwendete Angaben daraus gelöscht werden können.

II. Erläuterungen zu den Berichtsteilen A bis D

Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen ausreichende Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden (z. B. Postanschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Internet-Adresse). Verpflichtend ist die Angabe von Krankenhausname, PLZ und Ort der Hausanschrift. Die Postanschrift kann zusätzlich zur Hausanschrift optional angegeben werden.

Sofern ein Krankenhaus für mehrere Standorte einen einzigen Qualitätsbericht erstellt, sind die Kontaktdaten des Hauptstandortes anzugeben. In der PDF-Version können hier zusätzlich die Kontaktdaten der anderen im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellten Standorte angegeben werden.

Angaben zur Erreichbarkeit der Standorte können darüber hinaus jeweils im Abschnitt B „Organisationseinheiten/Fachabteilungen“ gemacht werden.

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Zur eindeutigen Identifikation des Krankenhauses ist mindestens ein Institutionskennzeichen (IK-Nummer) verpflichtend anzugeben.

Wenn mehrere Institutionskennzeichen vorhanden sind, sollen alle angegeben werden.

A-3 Standort(nummer)

Wenn zu einer IK-Nummer Qualitätsberichte für mehrere Standorte erstellt werden, ist hier die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben.

Zur Identifikation des Standortes, für den jeweils ein gesonderter Qualitätsbericht erstellt wird, ist dieser – zusätzlich zur Angabe des Institutionskennzeichens – mit einer laufenden Nummer, beginnend mit der Ziffer 01, zu versehen. Krankenhäuser, die nur einen Standort haben oder nur einen Qualitätsbericht für mehrere Standorte erstellen, geben hier 00 an.

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Die Art des Krankenhausträgers (freigemeinnützig, privat, öffentlich) ist entsprechend anzugeben.

Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei oben genannten Kategorien zuzuordnen ist, ist „Sonstiges“ anzugeben.

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es akademisches Lehrkrankenhaus ist. Falls ja, so ist die zugehörige Universität anzugeben.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Hier soll das Krankenhaus eine Übersicht über die Fachabteilungen/Disziplinen bzw. Organisationseinheiten/Zentren in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm) geben.

Die Organisationsstruktur ist nur in der PDF-Version darzustellen.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie

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

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsübergreifenden** Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind“ die entsprechenden Fachabteilungen aufgeführt und in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass all diejenigen Versorgungsschwerpunkte, die schon unter A-8 angegeben werden, nicht unter B-[X].2 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“

gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch den jeweiligen krankenhausindividuellen Versorgungsschwerpunkt ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Zum Beispiel:

Nr.	Fachabteilungs- übergreifender Versorgungs- schwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungs- schwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/Erläuterung
VS00	Sonstige	Unfallchirurgie, Neurochirurgie	Zentrum für Rückenmarksverletzte
VS00	Sonstige	Abteilung A, Abteilung B	Schwerpunkt X
oder:			
VS00	Zentrum für Rückenmarksverletzte	Unfallchirurgie, Neurochirurgie	Versorgung für die Region/Landkreis...
VS00	Schwerpunkt X	Abteilung A, Abteilung B

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsübergreifenden** medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

Satz 2 bedeutet, dass all diejenigen Leistungsangebote, die schon unter A-9 angegeben werden, nicht unter B-[X].3 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhäusindividuelle Leistungsangebot ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote des **Krankenhauses** darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Serviceangebote dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass all diejenigen Serviceangebote, die schon unter A-10 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhäusindividuelle Serviceangebot ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Hier können stichpunktartige Freitextangaben (max. 2.600 Zeichen ohne Leerzeichen) zu Forschungsschwerpunkten, akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen gemacht werden. Für weitere Informationen können Links zu den entsprechenden Internetseiten eingefügt werden.

„Ausbildung in anderen Heilberufen“ bezieht sich hier auf alle nicht-ärztlichen Berufe im pflegerischen oder therapeutischen Bereich. Beispielsweise können hier Angaben zu einer Krankenpflegeschule gemacht werden.

A-12 Anzahl der Betten

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach § 108/109 SGB V an. Das bedeutet, dass beispielsweise Reha-Betten nicht gezählt werden.

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Krankenhäuser, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. Teilstationäre Fälle werden hier nicht gezählt. Für die Regelung zur Fallzählung wurden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV 2006 (Fallpauschalenvereinbarung). Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 der FPV 2006 zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegeverordnung (BPfV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 zur Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 der BPfV).

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

Bei der Angabe der Anzahl der ambulanten Fälle sind die im Krankenhaus verwendeten Zählweisen zu beachten und die Fallzahlen in die dafür vorgesehenen Felder einzutragen.

Ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt (s. B-[X].9).

Unter „Fallzählweise“ wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten mit den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses, unter „Quartalszählweise“ die einmalige Zählung eines Patienten pro Quartal pro Organisationseinheit/Fachabteilung des Krankenhauses (unabhängig von der Zahl der Kontakte im Quartal) und unter „Patientenzählweise“ die Zählung der ambulanten Patienten des Krankenhauses pro Organisationseinheit/Fachabteilung (unabhängig von der Zahl der Kontakte) verstanden. Sofern im Krankenhaus eine weitere Zählweise angewendet wird, sind diese ambulanten Fälle unter

„Sonstige Zählweise“ anzugeben. In der PDF-Version können zur Erläuterung der „Sonstigen Zählweise“ nähere Angaben gemacht werden.

Mindestens eines der vier für die Anzahl der ambulanten Fälle vorgesehenen Felder ist verpflichtend auszufüllen. Wenn keine ambulanten Fälle erbracht wurden, ist in der PDF-Version „0“ in eines der Felder einzutragen. Die nicht verwendeten Felder können in der PDF-Version gelöscht werden. Es sind ganze Zahlen einzutragen. Existieren mehrere Zählweisen in unterschiedlichen Bereichen eines Krankenhauses, können die resultierenden Fallzahlen der einzelnen Bereiche in die entsprechenden Felder eingetragen werden.

Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

Für [X] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich.

Hinweis zur Datenbankversion:

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

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

Die Art der Abteilung (bettenführende Hauptabteilung, bettenführende Belegabteilung, bettenführende gemischte Haupt- und Belegabteilung) ist für diejenigen Organisationseinheiten/Fachabteilungen, die einer dieser drei Abteilungsarten zugeordnet werden können, verpflichtend anzugeben. Sofern es sich um eine nicht-bettenführende Abteilung handelt, ist die Angabe zur Art der Abteilung in der PDF-Version wegzulassen. In der Datenbankversion (siehe Anhang 1 zur Anlage 1) ist für diesen Fall die Angabe von „Nicht-bettenführend“ ohne weitere Untergliederung vorgesehen.

B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsbezogenen** Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die zutreffenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass hier unter B-X.2 nur diejenigen Versorgungsschwerpunkte angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-8 angegeben wurden.

Die Gliederung der Auswahlliste in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, d. h. aus der gesamten Auswahlliste zu B-X.2, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen. Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch den jeweiligen Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit/Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsbezogenen** medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

Satz 2 bedeutet, dass hier unter B-X.3 nur diejenigen Leistungsangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-9 angegeben wurden.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige Leistungsangebot der Organisationseinheit/Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote der **Organisationseinheit/
Fachabteilung** darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Serviceangebote dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass hier unter B-X.4 nur diejenigen Serviceangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-10 angegeben wurden.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige Serviceangebot der Organisationseinheit/Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Fachabteilungen, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. Teilstationäre Fälle sollen nicht mit in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet werden, können aber gesondert in der PDF-Version dargestellt werden. Für die Regelung zur Fallzählung wurden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV 2006 (Fallpauschalenvereinbarung), so dass nur Fälle, die unter A-13 gezählt werden, für die Fallzahl in einer Organisationseinheit/Fachabteilung berücksichtigt werden. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient nach extern entlassen/verlegt wurde.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach den Fußnoten 11 und 15 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 zur Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 der BPfIV), d. h. interne Verlegungen werden als ein neuer Fall der Fachabteilung/Organisationseinheit gezählt. Dadurch kann die Summe der Fälle aller Fachabteilungen/Organisationseinheiten die Fallzahl in A-13 übersteigen. Hierzu kann ein entsprechender Hinweis in der PDF-Version des Qualitätsberichts gegeben werden (z.B. „Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/Psychosomatik beruhen“).

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

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten ICD-Ziffern dreistellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche dreistellige ICD-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung vierstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten ICD-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Hauptdiagnosen ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Die Angabe der Hauptdiagnosen nach ICD-10 nach Häufigkeit ist verpflichtend. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine ICD-10-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen. ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

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

Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.²

Die in der PDF-Version und Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende Fallzahlangabe bei Fällen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der ICD-Ziffern sind die Informationen dieses Abschnitts in PDF- und Datenbankversion nicht ohne weiteres vergleichbar.

Weitere Kompetenzdiagnosen

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die ICD-Ziffer kann drei- bis fünfstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

² Wenn eine laienverständliche Übersetzung der Diagnosebezeichnungen bundeseinheitlich vorliegt, soll diese verwendet werden.

Auch Organisationseinheiten/Fachabteilungen, die aufgrund der Zählweise gemäß Ausfüllhinweis zu B-[X].5 ihr Diagnosespektrum nur unzureichend abbilden können, haben an dieser Stelle die Möglichkeit, weitere relevante Diagnosen (Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen) abzubilden. Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzdiagnosen ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur Diagnosen dargestellt werden, die noch nicht in der Liste der Hauptdiagnosen der PDF-Version in gleicher Weise genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

B-[X].7 Prozeduren nach OPS

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Außer für die genannten Ausnahmen ist die Angabe der Prozeduren nach OPS nach Häufigkeit verpflichtend. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine OPS-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben.

Die absolute Fallzahl ist die Anzahl des jeweiligen OPS in der jeweiligen Fachabteilung. Die OPS-Zählung erfolgt jeweils bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden. OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

Operative Organisationseinheiten/Fachabteilungen können sich in der PDF-Datei auf die Darstellung der OPS-Ziffern ausschließlich auf der Grundlage des Kapitels 5 („Operationen“) des OPS-Katalogs beschränken, wenn dieses die Relevanz der Leistungsdarstellung verbessert.

Weitere Kompetenzprozeduren

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Prozeduren darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die OPS-Ziffer kann vier- bis sechsstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzprozeduren ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur Prozeduren dargestellt werden, die noch nicht in gleicher Weise in obiger Liste der Prozeduren der PDF-Version genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten über die Angabe der Art der Ambulanz sowie der angebotenen ambulanten Leistungen dargestellt werden. Sofern eine Hochschulambulanz nach § 117 SGB V, eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V vorhanden ist, ist dies in der Spalte „Art der Ambulanz“ anzugeben.

Es können grundsätzlich alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung, dargestellt werden. Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen, Privatambulanzen), sollte ein entsprechender Hinweis unter „Art der Ambulanz“ aufgenommen werden. Bei Leistungen gemäß §§ 116, 116a, 116b SGB V kann die gesetzliche Grundlage ebenfalls in der Spalte „Art der Ambulanz“ angegeben werden. Die Spalte „Bezeichnung der Ambulanz“ soll die krankenhausesindividuelle Bezeichnung aufführen (z. B. „Poliklinik für Augenerkrankungen“). In der Spalte „Angebotene Leistungen“ können insbesondere spezielle Leistungsangebote der Ambulanz (z. B. Katarakt-Sprechstunde) genannt werden.

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

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Außer für die genannten Ausnahmen ist die Angabe der ambulanten Operationen nach Häufigkeit verpflichtend. Wurden in der Fachabteilung/Organisationseinheit keine ambulanten Operationen durchgeführt, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage 1 des Vertrags nach § 115b Abs. 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 Kataloges ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage 1 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) aufgeführt sind. Die Leistungen des Abschnitts 3 des Kataloges (ohne OPS-Zuordnung) können unter B-[X].8 dargestellt werden.

OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

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

Hier soll angegeben werden, ob in der Organisationseinheit/Fachabteilung ein Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden ist, ob eine stationäre BG-Zulassung vorliegt oder ob beides nicht vorhanden ist.

B-[X].11 Apparative Ausstattung

An dieser Stelle ist die apparative Ausstattung der Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Dazu sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Gerät können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung (z. B. zu Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten) gemacht werden. In der Auswahlliste ist vermerkt, für welche Geräte Angaben zur 24h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche Geräte dargestellt werden. Der Schwerpunkt soll dabei auf relevanten Geräten („Großgeräten“) liegen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören (z. B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen), sind nicht anzugeben.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext möglichst mit umgangssprachlichen Bezeichnungen in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausespezifische Gerät ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

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 Hinweis in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ aufzunehmen (z. B. „MRT in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen“).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12 Personelle Ausstattung

Die Angaben zur personellen Ausstattung sind verpflichtend. Organisationseinheiten/Fachabteilungen, denen kein ärztliches bzw. pflegerisches Personal zuzuordnen ist, geben jeweils bei „Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)“ bzw. „Pflegerkräfte insgesamt“ in der PDF-Version „0“ an; in diesem Fall entfallen die übrigen Angaben zur personellen Ausstattung. Ärztliches und 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 werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

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

B-[X].12.1 Ärzte

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten.

In der Spalte „Fachexpertise der Abteilung“ können die Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen gemäß der Auswahlliste in Anhang 2 angegeben werden. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung angegeben werden. Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der zurzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) können sinngemäß zugeordnet oder unter „Sonstiges“ angegeben werden.

Die Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten erfolgt, indem die für jeden Beschäftigten vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einem Vollzeitbeschäftigten gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden. Zum Beispiel ergeben

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

Sofern die gewünschte Angabe zur „Fachexpertise der Abteilung“ nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch die jeweilige krankenhausespezifische Fachexpertise ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

B-[X].12.2 Pflegepersonal

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten. In der Spalte Erläuterung/Kommentar können Angaben zur Art der Fachweiterbildung und zu speziellen Pflegequalifikationen (z. B. Hygienefachkraft, Wundmanager, Stomatherapeut) gemacht werden.

Hier sind Angaben zu drei unterschiedlichen, nach steigendem Ausbildungsgrad definierten Gruppen von Pflegepersonal zu machen:

- 1) alle beschäftigten Pflegekräfte der Fachabteilung/Organisationseinheit aller Ausbildungsgrade,
- 2) Pflegekräfte mit mindestens 3-jähriger Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- 3) Pflegekräfte, die zusätzlich zur unter 2 genannten 3-jährigen Ausbildung eine der Fachabteilung/Organisationseinheit entsprechende Fachweiterbildung haben.

Das bedeutet, dass Gruppe 3 eine Teilmenge der Gruppe 2 darstellt, und Gruppe 2 Teilmenge der Gruppe 1 ist. Für Hinweise zu Pflegekräften, die über einen relevanten Studienabschluss verfügen, z. B. Diplom-Pflegewirte, und in einer bestimmten Organisationseinheit/Fachabteilung tätig sind, ist die Spalte "Kommentar/Erläuterung" zu den Gruppen 1), 2) oder 3) zu nutzen.

Die Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten erfolgt, indem die für jeden Beschäftigten vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einem Vollzeitbeschäftigten gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden. Zum Beispiel ergeben

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

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagement oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten

mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, kann dies in der Spalte "Kommentar/Erläuterung" zu "Pflegekräfte insgesamt" angegeben werden und wird nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet.

B-[X].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Wenn hier Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Personalqualifikationen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausindividuelle spezielle therapeutische Personal ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

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

Teil C: Qualitätssicherung

Hier ist die Teilnahme des Krankenhauses an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren), einer externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, der Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V, an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung sowie die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V darzustellen.

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen gelöscht werden. Für die Kommentierung gilt eine Zeichenbegrenzung von insgesamt 2.500 Zeichen.

Die Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen bezieht sich auf die Zeichenzahl einschließlich Leerzeichen.

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung³ (BQS-Verfahren) teilnimmt, ist hier verpflichtend anzugeben, wie hoch die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) und die Dokumentationsrate im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr war. Für Leistungsbereiche mit Fallzahlen < 20 ist keine Fallzahl anzugeben. In der PDF-Version ist stattdessen die Angabe „< 20“ zu machen.

Gemäß der Systematik des BQS-Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden. Da die Angabe von Dokumentationsraten von über 100 % mit einer vollständigen Dokumentation gleichzusetzen und für den Laien schwer verständlich ist, ist in diesem Fall „100,0 %“ einzutragen.

Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) isolierte Aortenklappenchirurgie, 2) kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und 3) isolierte Koronarchirurgie ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben. In diesem Fall ist folgende Fußnote in der PDF-Version aufzunehmen: „Für die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.“

Für den Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe ist keine Fallzahl und keine Dokumentationsrate anzugeben. In der PDF-Version ist folgende erklärende Fußnote zu verwenden: „Da das BQS-Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.“

Sofern das Krankenhaus keine Leistungen erbringt, die eine Teilnahme am BQS-Verfahren gestatten, ist unter C-1.1 ein entsprechender Satz aufzunehmen, z. B. „Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.“

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

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

Es sind die jeweils korrekten laienverständlichen Bezeichnungen – wenn vorhanden – von Leistungsbereich und Qualitätsindikator (siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de) sowie die exakte Kennzahlbezeichnung (siehe Anhang 1 zu Anlage 2) anzugeben.

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren berücksichtigt, inwieweit

- Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung geeignet sind (A, B oder C) und
- die Bewertung durch den Strukturierten Dialog⁴ bereits vorliegt (I oder II),

und ist deshalb **wie folgt zu gliedern:**

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Die Aufführung der Qualitätsindikatoren laut Tabelle A (siehe Anhang 1 zu Anlage 2) für die erbrachten Leistungsbereiche aus C-1.1 ist verpflichtend.

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren ist verpflichtend.

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle (C-1.2) ausgeschlossen, um Falschinformationen und Fehlinterpretationen zu verhindern.

³ Eine Liste der einbezogenen Leistungsbereiche findet sich auf der Homepage der BQS unter www.bqs-online.de unter der Rubrik → BQS-Leistungsbereiche → Erfassungsjahr.

⁴ gemäß der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung)

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Die Aufführung der Qualitätsindikatoren laut Tabelle B (siehe Anhang 1 zu Anlage 2) für die erbrachten Leistungsbereiche aus C-1.1 wird empfohlen, ist aber freiwillig.

C-1.2 B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren wird empfohlen, ist aber freiwillig.

C-1.2 B.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle (C-1.2) ausgeschlossen, um Falschinformationen und Fehlinterpretationen zu verhindern.

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene/noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren

Die Aufführung von weiteren BQS-Qualitätsindikatoren laut Tabelle C (siehe Anhang 1 zu Anlage 2) für die erbrachten Leistungsbereiche aus C-1.1 wird nicht empfohlen, ist jedoch freiwillig möglich.

C-1.2 C.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Die Ergebnisdarstellung zu diesen Qualitätsindikatoren wird nicht empfohlen, ist jedoch freiwillig möglich.

C-1.2 C.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle (C-1.2) ausgeschlossen, um Falschinformationen und Fehlinterpretationen zu verhindern.

Für die Darstellung der Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren sind die fettgedruckten Überschriften zu C-1.2 A, C-1.2 B und C-1.2 C in der PDF-Version als Überschrift zu den drei Abschnitten zu verwenden. Entsprechend sind auch die Unterabschnitte C-1.2 A.I, C-1.2 A.II, C-1.2 B.I, C-1.2 B.II, C-1.2 C.I und C-1.2 C.II in der PDF-Version mit den oben angegebenen fettgedruckten Überschriften zu versehen. Unabhängig von der eigentlichen Veröffentlichung von Ergebnisdaten ist die formale Aufführung des Abschnittes C-1.2 A mit den Unterabschnitten C-1.2 A.I und C-1.2 A.II verpflichtend. Die Aufführung des Abschnittes C-1.2

B mit den Unterabschnitten C-1.2 B.I und C-1.2 B.II sowie des Abschnittes C-1.2 C mit den Unterabschnitten C-1.2 C.I und C-1.2 C.II ist freiwillig.

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt in PDF- und Datenbankversion. In der PDF-Version ist die Darstellung für die einzelnen Unterabschnitte C-1.2 A.I, C-1.2 A.II, C-1.2 B.I, C-1.2 B.II, C-1.2 C.I und C-1.2 C.II jeweils in einer eigenen Tabelle pro Unterabschnitt wie folgt vorzunehmen:

1	2	3	4	5	6	7	8
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler / Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/ Erläuterung
LB 1: QI 1							
LB 1: QI 2							
LB 2: QI 1							
LB 2: QI 2							
...							

- In der Spalte 1 „Leistungsbereich und Qualitätsindikator“ ist die jeweils korrekte laienverständliche Bezeichnung – wenn vorhanden – von Leistungsbereich und Qualitätsindikator (siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de) zu übernehmen. Wenn keine laienverständlichen Bezeichnungen vorhanden sind, ist die Bezeichnung des Leistungsbereichs und des Qualitätsindikators aus den Tabellen in Anhang 1 zu Anlage 2 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Kennzahlbezeichnung“ ist die eindeutige Bezeichnung der Kennzahl aus den Tabellen in Anhang 1 zu Anlage 2 zu übernehmen.
- In der Spalte 3 „Bewertung durch Strukt. Dialog“ ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste⁵ ist die zutreffende Zahl einzutragen:

- 8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturiertes Dialog erforderlich
- 1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft
- 6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft
- 2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

⁵ Die aufgeführten Schlüssel (mit Ausnahme von Schlüssel 8) sind dem Berichtsformat des Berichts der Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung über den Strukturierten Dialog entnommen. Sofern Unsicherheiten bei der Zuordnung bestehen, kann der korrekte Schlüssel bei der BQS oder der zuständigen Landesgeschäftsstelle erfragt werden.

- 3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet
- 4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet
- 5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft
- 9 = Sonstiges (In diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen.)
- 0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

In der PDF-Version ist diese die Spalte 3 erläuternde Liste für den Leser am Ende des Abschnitts C-1.2 einzufügen.

- In der Spalte 4 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 5 „Ergebnis“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. In der PDF-Version ist zusätzlich ggf. die Einheit anzugeben.
- In der Spalte 6 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl zutrifft) und Nenner (= Anzahl der Patienten, für die die Kennzahl untersucht wurde) einzutragen. Aus Datenschutzgründen ist hier keine Angabe zu machen, wenn Zähler oder Nenner ≤ 5 sind.
- In der Spalte 7 „Referenzbereich“ ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator, ggf. unter Angabe der Einheit, einzutragen. Wurde auf Bundesebene kein Referenzbereich festgelegt, ist „nicht festgelegt“ einzutragen.
- In der Spalte 8 „Kommentar/Erläuterung“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 1.000 Zeichen aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Bundes- oder Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator dargestellt werden oder können Hinweise auf weiterführende Informationen an anderer Stelle, z. B. Links auf die eigene Homepage, aufgenommen werden.

Für die Qualitätsindikatoren unter C-1.2 A und C-1.2 B sind nicht in jedem Fall Daten für die Spalten 4 und 6 vorhanden. Für die Qualitätsindikatoren unter C-1.2 C sind nicht in jedem Fall Daten für die Spalten 3 bis 7 vorhanden. In diesem Fall ist in der PDF-Version „trifft nicht zu“ oder „entfällt“ einzutragen. Falls für die Qualitätsindikatoren unter C-1.2 A und C-1.2 B dem Krankenhaus kein Ergebnis mitgeteilt wurde (z. B. auf Grund geringer Fallzahl), ist in der PDF-Fassung in das entsprechende Feld der Spalte 5 einzutragen: „Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.“

Abweichend davon ist für diejenigen Qualitätsindikatoren, für die noch keine Bewertung durch den Strukturierten Dialog vorliegt (Unterabschnitte C-1.2 A.II, C-1.2 B.II und C-1.2 C.II) die Spalte 3 in der PDF-Version mit „0“ auszufüllen und eine Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen. Die Spalten 4 bis 7 sind deshalb wegzulassen, wenn die Qualitätsindikatoren aufgeführt werden, wobei unter C-1.2 A.II die Aufführung der Qualitätsindikatoren verpflichtend ist.

Tabelle A: siehe Anhang 1 zu Anlage 2

Tabelle B: siehe Anhang 1 zu Anlage 2

Tabelle C: siehe Anhang 1 zu Anlage 2

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

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen. Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

Es bestehen möglicherweise ergänzende verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene. Hier gibt das Krankenhaus zunächst an, ob auf der Landesebene über die nach § 137 SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anhang 2 zur Anlage 1 vereinbart wurden. Sollte dies der Fall sein, so listet das Krankenhaus die Leistungsbereiche im Weiteren auf und kann zu jedem Leistungsbereich einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen. Die Angabe beschränkt sich auf Leistungsbereiche, an denen das Krankenhaus teilnimmt. Nimmt das Krankenhaus nicht an den ergänzenden verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene teil, so ist hier der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

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

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

Disease-Management-Programme, an denen das Krankenhaus nicht teilnimmt, sollen aus der Tabelle gelöscht werden.

Gemäß § 137f SGB V werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter C-3 gibt das Krankenhaus gemäß der vorgegebenen Tabelle nur die Disease-Management-Programme (DMP) an, an denen es teilgenommen hat, und kann zu jedem DMP einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. der Fachgesellschaften, freiwillige BQS-Verfahren) dargestellt werden. Es sollen vor allem Verfahren, die einem datengestützten Vergleich von Krankenhäusern dienen, genannt werden. Qualitätsmanagementverfahren können unter D-4, D-5 sowie D-6 dargestellt werden. Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Wenn Ergebnisse von sonstigen Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt werden, soll das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz erläutert werden (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft).

Wenn möglich sollten dazu folgende Angaben gemacht werden:

- Bezeichnung des Leistungsbereichs bzw. des Qualitätsindikators
- Messzeitraum
- Datenerhebung
- Rechenregeln
- Referenzbereiche
- Vergleichswerte
- Quellenangabe zu Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenz-Grundlage.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche (ohne Angabe der OPS-Ziffern) aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung (Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte

Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist. Sollten Leistungen erbracht worden sein, obwohl die erforderliche Mindestmenge unterschritten wurde, ist in der rechten Spalte ein Kreuz als Hinweis auf weitere Erläuterungen zu den Ausnahmetatbeständen oder Landesvoten einzutragen.

Spalte 1: Leistungsbereich entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist für das Berichtsjahr vorgegeben.

Spalte 2: Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend der im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenvereinbarung ist vorgegeben.

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

Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus bei in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen gemäß C-6 ein Kreuz und macht weitere Angaben dazu unter C-6.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes (Ausnahmetatbestände gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V) zu benennen. Für diese Leistungen ist hier jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

Die Tabelle ist für jeden betroffenen Leistungsbereich einzeln auszufüllen.

Wurde die erforderliche Leistungsmenge an keiner Stelle unterschritten und kamen keine Ausnahmetatbestände zur Anwendung, sind hier keine Angaben zu machen. Es ist unter der Kapitelüberschrift C-6 „entfällt“ oder „nicht zutreffend“ einzutragen.

Teil D: Qualitätsmanagement

Orientiert an der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wird im Teil D das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement krankenhausespezifisch beschrieben. Teil D ist im Unterschied zu den Teilen A bis C weniger standardisiert und gibt den Krankenhäusern Spielräume in der Themenauswahl und

Themendarstellung. Konkret sollen die folgenden Themenbereiche in Teil D des Qualitätsberichts Berücksichtigung finden:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsziele
- Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Instrumente des Qualitätsmanagements
- Qualitätsmanagementprojekte
- Bewertung des Qualitätsmanagements

D-1 Qualitätspolitik

Unter Qualitätspolitik sind die übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung (Geschäftsführung/Klinikvorstand) formell ausgedrückt wurden, zu verstehen.

Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation im Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen.

Qualitätsmanagementgrundsätze dienen als Grundlage für die Festlegung einer Qualitätspolitik.

In erster Linie können unter „Qualitätspolitik“ folgende Inhalte aufgeführt werden:

- Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission
- Qualitätsmanagementansatz/-grundsätze des Krankenhauses mit den Elementen:
 - Patientenorientierung,
 - Verantwortung und Führung,
 - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung,
 - Wirtschaftlichkeit,
 - Prozessorientierung,
 - Zielorientierung und Flexibilität,
 - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern,
 - kontinuierlicher Verbesserungsprozess.
- Umsetzung/Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z. B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Ebenen des Krankenhauses. Sie machen den Qualitätsanspruch somit nachvollziehbar und transparent.

Hier sollen

- strategische/operative Ziele,
- Messung und Evaluation der Zielerreichung,
- Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

dargestellt werden.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen beziehen.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hier sollen die QM-Strukturen (z. B. Organigramm/zentrales QM, Stabsstelle, Kommission, Konferenzen, berufsgruppenübergreifende Teams) und deren Einbindung in die Krankenhausleitung, die QM-Aufgaben und die dafür vorhandenen Ressourcen (personell, zeitlich, ohne Budget-Angaben) dargestellt werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. Die Instrumente des Qualitätsmanagements können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Beispiele:

- Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz)
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und Risikomanagement
- Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen

- Patienten-Befragungen
- Mitarbeiter-Befragungen
- Einweiser-Befragungen
- Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

QM-Projekte sind einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen. Sie können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Wenn möglich sollen qualitätsorientierte Projekte systematisch dargelegt werden:

- Hintergrund des Problems,
- Ausmaß des Problems (Ist-Analyse),
- Zielformulierung,
- Maßnahmen und deren Umsetzung,
- Evaluation der Zielerreichung.

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Maßnahmen zur Bewertung des QM können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Hier können z. B. dargestellt werden:

- allgemeine Zertifizierungsverfahren,
- krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren,
- Excellence-Modelle,
- Peer Reviews,
- und/oder andere interne Selbstbewertungen.

Das Krankenhaus hat hier die Möglichkeit, die Beteiligung an Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements darzustellen. Dabei sollen die jeweiligen Maßnahmen

kurz vorgestellt und ihre Bedeutung für die Versorgungsqualität und das Qualitätsmanagement hervorgehoben werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu den Ausfüllhinweisen (Anlage 2)

zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Tabelle A:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete BQS-Qualitätsindikatoren

Tabelle B:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren

Stand: 21. Juni 2007

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle A:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete BQS-Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Cholezystektomie	2	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	2006/12n1-CHOL/44783
	3	Erhebung eines histologischen Befundes	Erhebung eines histologischen Befundes	2006/12n1-CHOL/44800
	7	Reinterventionsrate	Reinterventionsrate	2006/12n1-CHOL/44927
Geburtshilfe	3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	2006/16n1-GEBH/68383
	4	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	2006/16n1-GEBH/737
	10	Antenatale Kortikosteroidtherapie	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	2006/16n1-GEBH/49523
Gynäkologische Operationen	7	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	2006/15n1-GYN-OP/47637
	9	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	2006/15n1-GYN-OP/50554
Herzschrittmacher-Implantation	1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	2006/09n1-HSM-IMPL/9962
	3	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	2006/09n1-HSM-IMPL/75973
	5	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Leitlinienkonforme Indikationsstellung und leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	2006/09n1-HSM-IMPL/76124
	8	Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	2006/09n1-HSM-IMPL/11255
			Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	2006/09n1-HSM-IMPL/11264
		Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	2006/09n1-HSM-IMPL/11265	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	Endoprothesenluxation	Endoprothesenluxation	2006/17n2-HÜFT-TEP/45013
	8	Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion	2006/17n2-HÜFT-TEP/45108
	11	Reinterventionen wegen Komplikation	Reinterventionen wegen Komplikation	2006/17n2-HÜFT-TEP/45059
Karotis-Rekonstruktion	1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	2006/10n2-KAROT/9556
	2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	2006/10n2-KAROT/9559
	7	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	2006/10n2-KAROT/68415
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	7	Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion	2006/17n5-KNIE-TEP/47390
	10	Reinterventionen wegen Komplikation	Reinterventionen wegen Komplikation	2006/17n5-KNIE-TEP/45059
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1	Indikation zur Koronarangiographie Ischämiezeichen	Indikation zur Koronarangiographie Ischämiezeichen	2006/21n3-KORO-PCI/43757
	3	Indikation zur PCI	Indikation zur PCI	2006/21n3-KORO-PCI/69889
	4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h	2006/21n3-KORO-PCI/69891
Koronarchirurgie, isoliert	5	Letalität	Letalität: Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach logistischem KCH-SCORE	2006/HCH-KCH/66781
Mammachirurgie	2	Postoperatives Präparatröntgen	Postoperatives Präparatröntgen	2006/18n1-MAMMA/46200
	3	Hormonrezeptoranalyse	Hormonrezeptoranalyse	2006/18n1-MAMMA/46201
	5	Angabe Sicherheitsabstand	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	2006/18n1-MAMMA/68100
			Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	2006/18n1-MAMMA/68098

Tabelle B:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Ambulant erworbene Pneumonie	1	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Alle Patienten	2006/PNEU/68123
	2	Antimikrobielle Therapie	Antimikrobielle Therapie: Ausschluss von Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	2006/PNEU/68897
	7	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien	Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien: Alle Patienten, die regulär entlassen wurden	2006/PNEU/68914
	8	Klinische Stabilitätskriterien	Klinische Stabilitätskriterien: Alle Patienten, die regulär entlassen wurden und vollständig gemessenen Stabilitätskriterien	2006/PNEU/68138
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-17n1-HÜFT-FRAK/48915
			Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-17n1-HÜFT-FRAK/50656
Pflege: Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-HCH/48915
			Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-HCH/50656
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-ORTHO/48915
			Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Knie und Hüfte: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-ORTHO/50656
Geburtshilfe	6	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	2006/16n1-GBBH/811

Diese Richtlinie ist ein Verbot für die Veröffentlichung

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Ambulant erworbene Pneumonie	1	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Ausschluss von Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	2006/PNEU/68895
			Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Alle Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden	2006/PNEU/69908
	3	Frühmobilisation	Frühmobilisation: Alle Patienten der Risikoklasse 1 (0 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)	2006/PNEU/69913
			Frühmobilisation: Alle Patienten der Risikoklasse 2 (1 bis 2 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)	2006/PNEU/69915
	4	Verlaufskontrolle CRP	Verlaufskontrolle CRP: Patienten mit Verweildauer >= 4 Tage	2006/PNEU/68130
	5	Anpassung Diagnostik / Therapie	Anpassung Diagnostik / Therapie: Alle Patienten der Risikoklasse 2 (1 bis 2 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)	2006/PNEU/69923
			Anpassung Diagnostik / Therapie: Alle Patienten der Risikoklasse 3 (3 bis 4 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)	2006/PNEU/69925
	6	PEEP bei maschineller Beatmung	PEEP bei maschineller Beatmung: Alle Patienten, die ausschließlich invasiv beatmet werden	2006/PNEU/69939
	9	Stationäre Pflegeeinrichtung	Stationäre Pflegeeinrichtung: Alle Patienten, deren Aufnahme nicht aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgte	2006/PNEU/68147
	10	Krankenhaus-Letalität	Krankenhaus-Letalität: Alle Patienten der Risikoklasse 3 (3 bis 4 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)	2006/PNEU/69952
Krankenhaus-Letalität: Alle Patienten			2006/PNEU/68149	
Krankenhaus-Letalität: Alle Patienten der Risikoklasse 1 (0 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)			2006/PNEU/69948	
Krankenhaus-Letalität: Alle Patienten der Risikoklasse 2 (1 bis 2 erfüllte Kriterien nach CRB-65-Score)			2006/PNEU/69950	
Aortenklappenchirurgie, isoliert	1	Postoperative Mediastinitis	Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax	2006/HCH-AORT/28245
			Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit Risikoklasse 0 oder Risikoklasse 1	2006/HCH-AORT/76329
	2	Postoperative Retentionsstörung	Postoperative Retentionsstörung	2006/HCH-AORT/47907
	3	Neurologische Komplikationen	Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses zwischen > 24 h bis <= 72 h	2006/HCH-AORT/47916
			Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses > 72 h	2006/HCH-AORT/47917
	4	Letalität	Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit Notfall- oder Notfall(Reanimation/ultima ratio)Operationen	2006/HCH-AORT/28272
			Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97% bei Patienten mit vollständiger Dokumentation zum EuroSCORE	2006/HCH-AORT/47954
			Letalität: 30-Tage-Letalität: Follow-up-Rate	2006/HCH-AORT/47942
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation	2006/HCH-AORT/28270
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert an der Aortenklappe operiert wurden	2006/HCH-AORT/28269
Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97%			2006/HCH-AORT/47944	

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Cholezystektomie	1	Indikation	Indikation	2006/12n1-CHOL/48332
	4	Eingriffsspezifische Komplikationen	Eingriffsspezifische Komplikationen: Mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation	2006/12n1-CHOL/76479
			Eingriffsspezifische Komplikationen: Okklusion oder Durchtrennung des DHC	2006/12n1-CHOL/64980
	5	Postoperative Wundinfektionen	Postoperative Wundinfektionen: bei allen Patienten	2006/12n1-CHOL/44819
			Postoperative Wundinfektionen: bei Patienten mit Risikoklasse 0	2006/12n1-CHOL/44843
	6	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen: bei allen Patienten	2006/12n1-CHOL/44891
			Allgemeine postoperative Komplikationen: bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	2006/12n1-CHOL/44892
			Allgemeine postoperative Komplikationen: bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation	2006/12n1-CHOL/44893
8	Letalität	Letalität: Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3)	2006/12n1-CHOL/44932	
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei hüftgelenknaher Femurfraktur	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-17n1-HÜFT-FRAK/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-17n1-HÜFT-FRAK/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-17n5-KNIE-TEP/70310

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-17n7-KNIE-WECH/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-17n7-KNIE-WECH/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-17n7-KNIE-WECH/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-17n7-KNIE-WECH/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe Gesamt	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-GESAMT/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-GESAMT/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-GESAMT/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-GESAMT/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe in der Herzchirurgie	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-HCH/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-HCH/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei isolierter Aortenklappenchirurgie	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-HCH-AORT/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-HCH-AORT/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-HCH-AORT/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-HCH-AORT/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei isolierter Koronarchirurgie	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KCH/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KCH/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-HCH-KCH/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KCH/70310

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindicators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei kombinierter Koronar- und Aortenklappenchirurgie	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KOMB/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KOMB/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-HCH-KOMB/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-HCH-KOMB/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei orthopädisch-unfallchirurgischen Eingriffen	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung	2006/DEK-INDIREKT/50656
			Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	2006/DEK-INDIREKT/48915
	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-INDIREKT/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-INDIREKT/70310
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei elektiver Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenk	2	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden	2006/DEK-ORTHO/48922
	3	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4	Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4: Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung	2006/DEK-ORTHO/70310
Geburtshilfe	1	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG	2006/16n1-GEBH/626
	2	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea	2006/16n1-GEBH/676
	5	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert:	2006/16n1-GEBH/733
	7	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	2006/16n1-GEBH/70302
	8	Dammriss Grad III oder IV	Dammriss Grad III oder IV: bei spontanen Einlingsgeburten	2006/16n1-GEBH/830
			Dammriss Grad III oder IV: bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie	2006/16n1-GEBH/841
			Dammriss Grad III oder IV: bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie	2006/16n1-GEBH/36084
	9	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen: bei Spontangeburt	2006/16n1-GEBH/872
			Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen: bei vaginal-operativer Entbindung	2006/16n1-GEBH/880
			Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen: bei Sectio caesarea	2006/16n1-GEBH/883
	10	Antenatale Kortikosteroidtherapie	Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten	2006/16n1-GEBH/45548
Antenatale Kortikosteroidtherapie: bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag			2006/16n1-GEBH/49521	
11	Mütterliche Todesfälle	Mütterliche Todesfälle	2006/16n1-GEBH/50604	

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Gynäkologische Operationen	1	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen: ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	2006/15n1-GYN-OP/47589
			Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen: alle Patientinnen	2006/15n1-GYN-OP/8986
	2	Organverletzungen bei Hysterektomie	Organverletzungen bei Hysterektomie: alle Patientinnen	2006/15n1-GYN-OP/47608
			Organverletzungen bei Hysterektomie: ohne Entlassungsdiagnose Karzinom, Endometriose und ohne Voroperation	2006/15n1-GYN-OP/47612
	3	Dauerkatheter	Dauerkatheter: bei Adnektomie oder Hysterektomie	2006/15n1-GYN-OP/66233
	4	Indikation bei Ovaryingriffen	Indikation bei Ovaryingriffen: fehlende Histologie	2006/15n1-GYN-OP/47596
			Indikation bei Ovaryingriffen: Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder histologischer Normalbefund als führender histologischer Befund	2006/15n1-GYN-OP/66595
	5	Organerhaltung bei Ovaryingriffen	Organerhaltung bei Ovaryingriffen: Alter <= 40 Jahre	2006/15n1-GYN-OP/47601
6	Konisation	Konisation: fehlende Malignitätskriterien	2006/15n1-GYN-OP/66238	
		Konisation: fehlende Histologie	2006/15n1-GYN-OP/66239	
8	Indikation bei Hysterektomie	Indikation bei Hysterektomie	2006/15n1-GYN-OP/47654	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats: VDD oder DDD: unter 4 Jahre	2006/09n2-HSM-AGGW/11026
			Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats: Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit	2006/09n2-HSM-AGGW/68199
			Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats: VDD oder DDD: über 6 Jahre	2006/09n2-HSM-AGGW/36070
			Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats: AAI oder VVI: unter 4 Jahre	2006/09n2-HSM-AGGW/11025
			Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats: AAI oder VVI: über 6 Jahre	2006/09n2-HSM-AGGW/36069
	2	Eingriffsdauer	Eingriffsdauer	2006/09n2-HSM-AGGW/15623
	3	Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	2006/09n2-HSM-AGGW/11057
	4	Reizschwellenbestimmung	Reizschwellenbestimmung: Vorhofsonden	2006/09n2-HSM-AGGW/19813
Reizschwellenbestimmung: Ventrikelsonden			2006/09n2-HSM-AGGW/19816	
5	Amplitudenbestimmung	Amplitudenbestimmung: Vorhofsonden	2006/09n2-HSM-AGGW/19819	
		Amplitudenbestimmung: Ventrikelsonden	2006/09n2-HSM-AGGW/19822	
Herzschrittmacher-Implantation	2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei kardialer Resynchronisationstherapie (CRT)	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei kardialer Resynchronisationstherapie (CRT)	2006/09n1-HSM-IMPL/75962
	4	Leitlinienkonforme Systemwahl bei kardialer Resynchronisationstherapie (CRT)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei kardialer Resynchronisationstherapie (CRT)	2006/09n1-HSM-IMPL/76122
	6	Eingriffsdauer	Eingriffsdauer: DDD	2006/09n1-HSM-IMPL/11284
			Eingriffsdauer: VVI	2006/09n1-HSM-IMPL/11141
	7	Durchleuchtungszeit	Durchleuchtungszeit: VVI	2006/09n1-HSM-IMPL/15819
			Durchleuchtungszeit: DDD	2006/09n1-HSM-IMPL/15821
	9	Intrakardiale Signalamplituden	Intrakardiale Signalamplituden: Vorhofsonden	2006/09n1-HSM-IMPL/19619
			Intrakardiale Signalamplituden: Ventrikelsonden	2006/09n1-HSM-IMPL/19621
	10	Letalität	Letalität	2006/09n1-HSM-IMPL/11267
	Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/-Explantation	1	Indikation zur Revision (1)	Indikation zur Revision (1): Systemumwandlungen
2		Indikation zur Revision (2)	Indikation zur Revision (2): Schrittmacher-Taschenprobleme	2006/09n3-HSM-REV/26047
3		Indikation zur Revision (3)	Indikation zur Revision (3): Sondenprobleme	2006/09n3-HSM-REV/26065
4		Indikation zur Revision (4)	Indikation zur Revision (4): Infektion	2006/09n3-HSM-REV/50626
5		Perioperative Komplikationen	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	2006/09n3-HSM-REV/26101
			Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	2006/09n3-HSM-REV/26104
			Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	2006/09n3-HSM-REV/26083
6		Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden	Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden: Vorhofsonden	2006/09n3-HSM-REV/26115
			Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden: Ventrikelsonden	2006/09n3-HSM-REV/26118
7		Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden	Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden: Vorhofsonden	2006/09n3-HSM-REV/26121
			Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden: Ventrikelsonden	2006/09n3-HSM-REV/26124
8		Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden	Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden: Vorhofsonden	2006/09n3-HSM-REV/19647
			Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden: Ventrikelsonden	2006/09n3-HSM-REV/19655

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindicators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Herztransplantation	1	In-Hospital-Letalität	In-Hospital-Letalität	2006/HTX/65737
	2	30-Tage-Letalität	30-Tage-Letalität	2006/HTX/68522
	3	1-Jahres-Überleben	1-Jahres-Überleben	2006/HTX/68395
	4	2-Jahres-Überleben	2-Jahres-Überleben	2006/HTX/77114
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	Indikation	2006/17n2-HÜFT-TEP/68817
	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	2006/17n2-HÜFT-TEP/44535
	3	Postoperative Beweglichkeit	Postoperative Beweglichkeit: postoperative Beweglichkeit dokumentiert	2006/17n2-HÜFT-TEP/44413
			Postoperative Beweglichkeit: postoperative Beweglichkeit von mindestens von 0/0/70	2006/17n2-HÜFT-TEP/44977
	4	Gefähigkeit bei Entlassung	Gefähigkeit bei Entlassung	2006/17n2-HÜFT-TEP/44978
	5	Gefäßläsion oder Nervenschaden	Gefäßläsion oder Nervenschaden	2006/17n2-HÜFT-TEP/73838
	6	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	2006/17n2-HÜFT-TEP/45106
	9	Wundhämatome / Nachblutungen	Wundhämatome / Nachblutungen	2006/17n2-HÜFT-TEP/45036
	10	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen	2006/17n2-HÜFT-TEP/45138
	12	Letalität	Letalität	2006/17n2-HÜFT-TEP/45060
Hüft-Totalendoprothesen- und komponentenwechsel	1	Indikation	Indikation	2006/17n3-HÜFT-WECH/46080
	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	2006/17n3-HÜFT-WECH/46083
	3	Gefähigkeit bei Entlassung	Gefähigkeit bei Entlassung	2006/17n3-HÜFT-WECH/46112
	4	Gefäßläsion oder Nervenschaden	Gefäßläsion oder Nervenschaden	2006/17n3-HÜFT-WECH/73838
	5	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	2006/17n3-HÜFT-WECH/46134
	6	Endoprothesenluxation	Endoprothesenluxation	2006/17n3-HÜFT-WECH/46136
	7	Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion: alle Patienten	2006/17n3-HÜFT-WECH/46137
	8	Wundhämatome / Nachblutungen	Wundhämatome / Nachblutungen	2006/17n3-HÜFT-WECH/46161
	9	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen	2006/17n3-HÜFT-WECH/46181
	10	Reinterventionen wegen Komplikation	Reinterventionen wegen Komplikation	2006/17n3-HÜFT-WECH/46184
	11	Letalität	Letalität	2006/17n3-HÜFT-WECH/46185
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1	Präoperative Verweildauer	Präoperative Verweildauer: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44186
			Präoperative Verweildauer: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/65962
	2	Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur	Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur: Patienten unter 65 J. und mit Fraktur Garden I oder II	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44222
			Wahl des Operationsverfahrens bei medialer Schenkelhalsfraktur: Patienten über 80 Jahre mit Fraktur Garden III oder IV	2006/17n1-HÜFT-FRAK/68001
	3	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66110
			Perioperative Antibiotikaprophylaxe: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44337
	4	Gefähigkeit bei Entlassung	Gefähigkeit bei Entlassung: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/72710
			Gefähigkeit bei Entlassung: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/72658
	5	Gefäßläsion oder Nervenschaden	Gefäßläsion oder Nervenschaden: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/73797
			Gefäßläsion oder Nervenschaden: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/73806
	6	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/73802
			Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/73810
	7	Endoprothesenluxation	Endoprothesenluxation: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44256
			Endoprothesenluxation: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66041
	8	Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44257
			Postoperative Wundinfektion: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66043
	9	Wundhämatome / Nachblutungen	Wundhämatome / Nachblutungen: bei pertrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66159
Wundhämatome / Nachblutungen: bei Schenkelhalsfraktur			2006/17n1-HÜFT-FRAK/44329	

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindicators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
	10	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66551
			Allgemeine postoperative Komplikationen: bei perthrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66570
	11	Reinterventionen wegen Komplikation	Reinterventionen wegen Komplikation: bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44334
			Reinterventionen wegen Komplikation: bei perthrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66106
	12	Letalität	Letalität: bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44359
			Letalität: bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44360
			Letalität: bei Patienten mit ASA 1 bis 2 bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44362
			Letalität: bei Patienten mit ASA 3 bei Schenkelhalsfraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/44363
			Letalität: bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung bei perthrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66148
			Letalität: bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung bei perthrochantärer Fraktur	2006/17n1-HÜFT-FRAK/66150
Letalität: bei Patienten mit ASA 1 bis 2 bei perthrochantärer Fraktur			2006/17n1-HÜFT-FRAK/66153	
Letalität: bei Patienten mit ASA 3 bei perthrochantärer Fraktur			2006/17n1-HÜFT-FRAK/66155	
Kerotis-Rekonstruktion	3	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I: Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose \geq 75% (NASCET)	2006/10n2-KAROT/9563
	4	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II: Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose \geq 75% (NASCET)	2006/10n2-KAROT/9567
	5	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I: Patienten mit einem Stenosegrad von \geq 70% (NASCET)	2006/10n2-KAROT/9568
	6	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II: Patienten mit einem Stenosegrad von 50 bis 69% (NASCET)	2006/10n2-KAROT/9569
	7	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I	2006/10n2-KAROT/68413
	8	Schwere Schlaganfälle oder Tod	Schwere Schlaganfälle oder Tod: Beobachtete Rate unter allen Patienten	2006/10n2-KAROT/9574
Schwere Schlaganfälle oder Tod: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II			2006/10n2-KAROT/68430	
Schwere Schlaganfälle oder Tod: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II			2006/10n2-KAROT/68432	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	Indikation	2006/17n5-KNIE-TEP/44534
	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	2006/17n5-KNIE-TEP/44535
	3	Postoperative Beweglichkeit	Postoperative Beweglichkeit: Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 90 Grad	2006/17n5-KNIE-TEP/65532
			Postoperative Beweglichkeit: postoperative Beweglichkeit dokumentiert	2006/17n5-KNIE-TEP/72761
	4	Gehfähigkeit bei Entlassung	Gehfähigkeit bei Entlassung	2006/17n5-KNIE-TEP/47366
	5	Gefäßläsion oder Nervenschaden	Gefäßläsion oder Nervenschaden	2006/17n5-KNIE-TEP/73715
	6	Fraktur	Fraktur	2006/17n5-KNIE-TEP/47388
	8	Wundhämatome / Nachblutungen	Wundhämatome / Nachblutungen	2006/17n5-KNIE-TEP/45036
	9	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen	2006/17n5-KNIE-TEP/45138
	11	Letalität	Letalität	2006/17n5-KNIE-TEP/45060
Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Indikation	Indikation	2006/17n7-KNIE-WECH/47863
	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	2006/17n7-KNIE-WECH/47869
	3	Gehfähigkeit bei Entlassung	Gehfähigkeit bei Entlassung	2006/17n7-KNIE-WECH/47366
	4	Gefäßläsion oder Nervenschaden	Gefäßläsion oder Nervenschaden	2006/17n7-KNIE-WECH/73713
	5	Fraktur	Fraktur	2006/17n7-KNIE-WECH/47388
	6	Postoperative Wundinfektion	Postoperative Wundinfektion: alle Patienten	2006/17n7-KNIE-WECH/47390
	7	Wundhämatome/Nachblutungen	Wundhämatome/Nachblutungen	2006/17n7-KNIE-WECH/45036
	8	Allgemeine postoperative Komplikationen	Allgemeine postoperative Komplikationen	2006/17n7-KNIE-WECH/45138
	9	Reinterventionen wegen Komplikation	Reinterventionen wegen Komplikation	2006/17n7-KNIE-WECH/45059
	10	Letalität	Letalität	2006/17n7-KNIE-WECH/45060

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	1	Postoperative Mediastinitis	Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax	2006/HCH-KOMB/48060
			Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit Risikoklasse 0	2006/HCH-KOMB/48075
	2	Postoperative Retentionsstörung	Postoperative Retentionsstörung	2006/HCH-KOMB/47907
	3	Neurologische Komplikationen	Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses zwischen > 24 h bis <= 72 h	2006/HCH-KOMB/47916
			Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses > 72 h	2006/HCH-KOMB/47917
	4	Letalität	Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation	2006/HCH-KOMB/28270
			Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97% bei Patienten mit vollständiger Dokumentation zum EuroSCORE	2006/HCH-KOMB/47954
			Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97%	2006/HCH-KOMB/47944
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit Notfall- oder Notfall(Reanimation/ultima ratio)Operationen	2006/HCH-KOMB/28272
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden	2006/HCH-KOMB/28269
			Letalität: 30-Tage-Letalität: Follow-up-Rate	2006/HCH-KOMB/47942
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2	Indikation zur Koronarangiographie Therapieempfehlung	Indikation zur Koronarangiographie Therapieempfehlung	2006/21n3-KORO-PCI/69882
	4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI	2006/21n3-KORO-PCI/69893
	5	MACCE	MACCE: Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	2006/21n3-KORO-PCI/43892
			MACCE: Patienten mit PCI	2006/21n3-KORO-PCI/43907
			MACCE: Patienten mit Erst-Standard-PCI	2006/21n3-KORO-PCI/69811
			MACCE: Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	2006/21n3-KORO-PCI/73854
	6	Todesfälle	Todesfälle: Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	2006/21n3-KORO-PCI/65801
			Todesfälle: Patienten mit PCI	2006/21n3-KORO-PCI/65817
			Todesfälle: Patienten mit Erst-Standard-PCI	2006/21n3-KORO-PCI/69869
			Todesfälle: Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	2006/21n3-KORO-PCI/73884
	7	Durchleuchtungsdauer	Durchleuchtungsdauer: Median (min) aller PCI	2006/21n3-KORO-PCI/69895
			Durchleuchtungsdauer: Median (min) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	2006/21n3-KORO-PCI/66692
	8	Kontrastmittelmenge	Kontrastmittelmenge: Median (ml) aller Einzeitig-PCI	2006/21n3-KORO-PCI/44009
			Kontrastmittelmenge: Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	2006/21n3-KORO-PCI/44005
Kontrastmittelmenge: Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)			2006/21n3-KORO-PCI/44001	
Koronarchirurgie, isoliert	1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	2006/HCH-KCH/28243
	2	Postoperative Mediastinitis	Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax	2006/HCH-KCH/28245
			Postoperative Mediastinitis: bei Patienten mit Risikoklasse 0 oder Risikoklasse 1	2006/HCH-KCH/76329
	3	Postoperative Retentionsstörung	Postoperative Retentionsstörung	2006/HCH-KCH/47907
	4	Neurologische Komplikationen	Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses zwischen > 24 h bis <= 72 h	2006/HCH-KCH/47916
			Neurologische Komplikationen: bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses > 72 h	2006/HCH-KCH/47917
	5	Letalität	Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit Notfall- oder Notfall(Reanimation/ultima ratio)-Operationen	2006/HCH-KCH/28272
			Letalität: Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach logistischem EuroSCORE	2006/HCH-KCH/66772

Leistungsbereich	LfdNr	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bezeichnung der Qualitätskennzahl	Kennzahl ID
			Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97% bei Patienten mit vollständiger Dokumentation zum EuroSCORE	2006/HCH-KCH/47954
			Letalität: 30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97%	2006/HCH-KCH/47944
			Letalität: 30-Tage-Letalität: Follow-up-Rate	2006/HCH-KCH/47942
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	2006/HCH-KCH/28269
			Letalität: Verhältnis der beobachteten In-Hospital-Letalität zur erwarteten In-Hospital-Letalität nach logistischem KCH-SCORE	2006/HCH-KCH/66755
			Letalität: In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation	2006/HCH-KCH/70419
			Letalität: Verhältnis der beobachteten In-Hospital-Letalität zur erwarteten In-Hospital-Letalität nach logistischem EuroSCORE	2006/HCH-KCH/65560
Mammachirurgie	1	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien: Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien	2006/18n1-MAMMA/46196
			Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien: Präoperative histologische Diagnostik	2006/18n1-MAMMA/68529
	4	Angabe pT, pN und M	Angabe pT, pN und M	2006/18n1-MAMMA/46202
	6	Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	2006/18n1-MAMMA/46208
	7	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	2006/18n1-MAMMA/46209
	8	Anzahl Lymphknoten	Anzahl Lymphknoten	2006/18n1-MAMMA/46210
	9	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	2006/18n1-MAMMA/46212
	10	Meldung an Krebsregister	Meldung an Krebsregister	2006/18n1-MAMMA/46230
	11	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	2006/18n1-MAMMA/46231
Lebertransplantation	1	Letalität	Letalität: In-Hospital-Letalität	2006/LTX/73669
	2	Tod durch operative Komplikationen	Tod durch operative Komplikationen	2006/LTX/73677
	3	Postoperative Komplikationen	Postoperative Komplikationen: Postoperative Verweildauer oberhalb der 75%-Perzentile als Surrogatparameter	2006/LTX/73679
Leberlebenspende	1	Tod des Spenders	Tod des Spenders	2006/LLS/76446
	2	Lebertransplantation beim Leberlebenspender erforderlich	Lebertransplantation beim Leberlebenspender erforderlich	2006/LLS/73654
	3	Operative oder allgemeine Komplikationen	Operative oder allgemeine Komplikationen: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikationen	2006/LLS/73658
			Operative oder allgemeine Komplikationen: Allgemeine behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikationen	2006/LLS/73666
Operative oder allgemeine Komplikationen: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikationen			2006/LLS/73656	
Nierentransplantation	1	In-Hospital-Letalität	In-Hospital-Letalität	2006/NTX/73559
	2	Funktionsaufnahme des Transplantats	Funktionsaufnahme des Transplantats: Nach postmortalen Organspende	2006/NTX/74511
			Funktionsaufnahme des Transplantats: Nach Lebendorganspende	2006/NTX/74513
	3	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung: Nach postmortalen Organspende	2006/NTX/74518
			Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung: Nach Lebendorganspende	2006/NTX/74520
	4	Operative Komplikationen	Operative Komplikationen	2006/NTX/73572
	5	Behandlungsbedürftige Abstoßung	Behandlungsbedürftige Abstoßung: Während des stationären Aufenthaltes	2006/NTX/73588
6	Komplikationen der immunsuppressiven Therapie (Infektion)	Komplikationen der immunsuppressiven Therapie (Infektion): Während des stationären Aufenthaltes	2006/NTX/73593	
Nierenlebenspende	1	Spenderüberleben	Spenderüberleben: In-Hospital-Letalität	2006/NLS/73683
	2	Spendernierenfunktion	Spendernierenfunktion: Bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt	2006/NLS/73685
	3	Qualitative Nierenfunktion	Qualitative Nierenfunktion: Bei Entlassung aus dem stationären Aufenthalt	2006/NLS/73691
	4	Operative oder allgemeine postoperative Komplikationen	Operative oder allgemeine postoperative Komplikationen	2006/NLS/73692