

Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2014 – Änderungen gegenüber 2013

Stand: 18.05.2015

Hinweis: Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de

Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) stehen, so gelten die Qb-R!

Inhalt

Zu diesem Dokument	5
Leerzeichen in Textfeldern	5
Umbenennungen	5
Umsetzung in strukturierten Elementen statt Textfeldern	5
Allgemeines	6
Personen- und standortbezogene Kontaktdaten	6
<Kontakt_Person_lang>	6
<Kontakt_Person_kurz>	7
<Kontakt_Adresse>	7
<Kontakt_Zugang>	8
Abschnitt Datensatz	8
Element Producer	8
Abschnitt Einleitung	8
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	10
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	10
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	11
A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal	11
A-12 (alt) Alter Abschnitt „A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	12
A-12.1.1 Verantwortliche Person	13
A-12.1.2 Lenkungsgremium	13
A-12.2.1 Verantwortliche Person	14
A-12.2.2 Lenkungsgremium	14
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen	15
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	16
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	17
A-12.3.1 Hygienepersonal	17
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene	18
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	21

B-[X].11	Personelle Ausstattung	21
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	21
B-[X].11.2	Pflegepersonal	22
B-[X].11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	22
C	Qualitätssicherung.....	23
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	23
C-1.2.[Z]	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für.....	23
	Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2014	23
	Tabelle A – Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren	23
	Tabelle B – Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung	26
	Tabelle C – Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren	26
	Auswahllisten	31
A-12.2.3	„Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen"	31
	Bemerkung.....	31
	Neue Schlüssel	31
A-12.2.3.1	„Einsatz eines einrichtung-internen Fehlermeldesystems"	33
	Bemerkung.....	33
	Neue Schlüssel	33
A-12.2.3.2	„Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen"	34
	Bemerkung.....	34
	Neue Schlüssel	34
A-12.3.2	„Hygienebezogenes Risikomanagement"	35
	Bemerkung.....	35
	Neue Schlüssel	35
A-13	„Besondere apparative Ausstattung"	37
	Bemerkung.....	37
	Geänderte Schlüssel	37
B-[X].8	„Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“	39
	Bemerkung.....	39
	Neue Schlüssel	39

Zu diesem Dokument

Leerzeichen in Textfeldern

Zeichen werden immer inklusive Leerzeichen gezählt.

„Angaben unter ... sind jeweils auf n Zeichen begrenzt.“

bedeutet also

„Angaben unter ... sind jeweils auf n Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt“.

Umbenennungen

Umbenennungen von Elementen wurden soweit möglich vermieden, um Änderungen gering zu halten. Wo es der Verständlichkeit halber aber notwendig erschien, wurden Elemente auch umbenannt.

Umsetzung in strukturierten Elementen statt Textfeldern

An einigen Stellen war die Ausarbeitung von strukturierten Elementen anstelle von einfachen Textfeldern notwendig.

Allgemeines

Personen- und standortbezogene Kontaktdaten

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Angabe von personen- oder standortbezogenen Kontaktdaten werden diese standardisiert erfasst und an den entsprechenden Stellen im gesamten Bericht verwendet. Hierzu wurden die folgenden vier Elemente neu erstellt.

<Kontakt_Person_lang>

Dieses Element wird verwendet in folgenden Abschnitten:

- Einleitung (Verantwortlicher Erstellung, Verantwortlicher Krankenhausleitung)
- A-1 (Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung)
- A-12.1.1 (Verantwortliche Person Qualitätsmanagement)
- A-12.2.1 (Verantwortliche Person Risikomanagement)
- A-12.4 (Ansprechperson für das Beschwerdemanagement, Patientenfürsprecher)
- B-X.1 (Chefärzte)

Umsetzung:

<Kontakt_Person_lang>	
<Person>	1
Titel	0..1
Vorname	1
Nachname	1
Funktion_Arbeitsschwerpunkt	1
</Person>	
<Telefon>	1
Vorwahl	1
Rufnummer	1
Durchwahl	0..1
</Telefon>	
<Fax>	0..1
Vorwahl	1
Rufnummer	1
Durchwahl	0..1
</Fax>	
Email	1
</Kontakt_Person_lang>	

<Kontakt_Person_kurz>

Dieses Element wird verwendet in folgendem Abschnitt:

- A-12.3.1 (Vorsitzender der Hygienekommission)

Umsetzung:

<Kontakt_Person_kurz>	
<Person>	1
Titel	0..1
Vorname	1
Nachname	1
Funktion_Arbeitsschwerpunkt	1
</Person>	
<Telefon>	0..1
Vorwahl	1
Rufnummer	1
Durchwahl	0..1
</Telefon>	
<Fax>	0..1
Vorwahl	1
Rufnummer	1
Durchwahl	0..1
</Fax>	
Email	0..1
</Kontakt_Person_kurz>	

<Kontakt_Adresse>

Dieses Element wird verwendet in folgendem Abschnitt:

- A-1 (Kontaktdaten des Krankenhauses)

Umsetzung:

<Kontakt_Adresse>	
<Adresse>	1
Strasse	1
Hausnummer	0..1
Adresszusatz	0..1
</Adresse>	
Postfach	1
Postleitzahl	1
Ort	1
</Kontakt_Adresse>	

<Kontakt_Zugang>

Dieses Element wird verwendet in folgenden Abschnitten:

- A-1 (Kontaktdaten des Krankenhauses)
- B-X.1 (Zugänge)

Umsetzung:

<Kontakt_Zugang>	
Strasse	1
Hausnummer	1
Postleitzahl	1
Ort	1
URL_Zugang	0..1
</Kontakt_Zugang>	

Da das Feld **Hausnummer** in <Kontakt_Zugang> ein Pflichtfeld ist, muss für den Fall, dass keine Hausnummer existiert, ein Unterstrich „_“ angegeben werden. Dieses Zeichen darf bei Visualisierung der Daten nicht dargestellt werden.

Abschnitt Datensatz

Der Abschnitt wurde in die Einleitung verschoben.

Element Producer

Das Element wurde gelöscht. Stattdessen gibt es in der Einleitung ein neues, erweitertes Element <Software>.

Abschnitt Einleitung

In diesem Abschnitt wurden folgende Änderungen durchgeführt:

- der Abschnitt **<Datensatz>** wurde hierhin verschoben
- ein neuer Unterabschnitt **<Software>** enthält den Namen des Herstellers der Software zur Erstellung des XML sowie die verwendete Software mit Versionsangabe
- die für die **Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person** ist jetzt vom Typ **<Kontakt_Person_lang>**
- die für die **Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person** („Krankenhausleitung, vertreten durch ...“) ist jetzt vom Typ **<Kontakt_Person_lang>**

Umsetzung:

<Einleitung>	1
<Datensatz>	1
Datum	1
Uhrzeit	1
Sprache	1
</Datensatz>	

<Software>	1
Hersteller	1
Produktname	1
Version	1
</Software>	
<Verantwortlicher_Erstellung>	1
<Kontakt_Person_lang>	1
...	
</Kontakt_Person_lang>	
</Verantwortlicher_Erstellung>	
<Verantwortlicher_Krankenhausleitung>	1
<Kontakt_Person_lang>	1
...	
</Kontakt_Person_lang>	
<Verantwortlicher_Krankenhausleitung/>	
URL_Homepage_Krankenhaus	0..1
URL>Weitere_Informationen	0..1
<Weiterfuehrende_Links>	0..1
...	
</Weiterfuehrende_Links>	
</Einleitung>	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

In diesem Abschnitt wurden folgende Änderungen durchgeführt:

- die Hausanschrift des Krankenhauses ist jetzt vom Typ **<Kontakt_Zugang>**
- die optionale Postanschrift des Krankenhauses ist jetzt vom Typ **<Kontakt_Adresse>**
- die Angaben zur Leitung des Krankenhauses (Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung) mit Daten zur Erreichbarkeit sind jetzt vom Typ **<Kontakt_Person_lang>**
- Telefon, Fax, E-Mail und Internet-Adresse wurden gelöscht (Angaben zu Telefon, Fax und E-Mail sind jetzt über <Kontakt_Person_lang> möglich)

Umsetzung:

```

<Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend                1
  Name                                                       1
  IK                                                         1
  IK>Weitere                                                0..n
  Standortnummer                                           1
  <Kontakt_Zugang>                                         1
  ...
</Kontakt_Zugang>
  <Kontakt_Adresse>                                       0..1
  ...
</Kontakt_Adresse>
  <Aerztliche_Leitung>                                     1
    <Kontakt_Person_lang>                                 1..n
    ...
  </Kontakt_Person_lang>
</Aerztliche_Leitung>
  <Pflegedienstleitung>                                    1
    <Kontakt_Person_lang>                                 1..n
    ...
  </Kontakt_Person_lang>
</Pflegedienstleitung>
  <Verwaltungsleitung>                                    1
    <Kontakt_Person_lang>                                 1..n
    ...
  </Kontakt_Person_lang>
</Verwaltungsleitung>
</Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend
    
```

A-10 Gesamtfallzahlen

Die Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle (Vollstationäre Fallzahl + Teilstationäre Fallzahl + Ambulante Fallzahl) muss > 0 sein. Dies ist nicht über die Schemadatei prüfbar.

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die Angabe in Vollkräften von

- <Aerzte_ohne_Belegaerzte>
- <Fachaerzte>
- <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

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

A-11.2 Pflegepersonal

Die Angabe in Vollkräften von

- <Gesundheits_Krankenpfleger>
- <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>
- <Altenpfleger>
- <Pflegeassistenten>
- <Krankenpflegehelfer>
- <Pflegehelfer>
- <Operationstechnische_Assistenz>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

Die Anzahl der „Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen“ und der „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen“ muss im Rahmen von Rundungsungenauigkeiten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen. Dies ist nicht über die Schemadatei prüfbar.

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die Angabe in Vollkräften von

- <Therapeutisches_Personal>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

A-12 (alt) Alter Abschnitt „A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“

Der Abschnitt wurde gelöscht; er findet sich jetzt als Teil von A-12 (neu) wieder.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Dieser Abschnitt ist neu, außer dass <Hygienepersonal> (alt: A-11.4, neu: A-12.3.1) und <Beschwerdemanagement> (alt: A-14, neu: A-12.4) mit leichten Änderungen hierhin verschoben wurden.

Der Abschnitt enthält folgende Unterabschnitte:

- A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
- A-12.1 Qualitätsmanagement
- A-12.1.1 Verantwortliche Person
- A-12.1.2 Lenkungsgremium
- A-12.2 Klinisches Risikomanagement
- A-12.2.1 Verantwortliche Person
- A-12.2.2 Lenkungsgremium
- A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen
- A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
- A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
- A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements
- A-12.3.1 Hygienepersonal (alt: A-11.4)
- A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
- A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement (alt: A-14)

Umsetzung:

<Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>	1
<Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>	1
...	
</Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>	
<Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>	0..1
...	
</Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>	
<Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	0..1
...	
</Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	
<Lenkungsgremium_Risikomanagement>	0..1
...	
</Lenkungsgremium_Risikomanagement>	
<Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>	0..1

```

...
</Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>
<Einrichtungsinernes_Fehlermeldesystem> 0..1
...
</Einrichtungsinernes_Fehlermeldesystem>
<Einrichtungsuibergreifendes_Fehlermeldesystem> 0..1
...
</Einrichtungsuibergreifendes_Fehlermeldesystem>
<Hygienepersonal> 0..1
...
</Hygienepersonal>
<Hygienebezogenes_Risikomanagement> 0..1
...
</Hygienebezogenes_Risikomanagement>
<Beschwerdemanagement> 0..1
...
</Beschwerdemanagement>
</Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

```

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Dieser Abschnitt ist neu.

Die verantwortliche Person des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements ist als **<Kontakt_Person_lang>** anzugeben.

Umsetzung:

```

<Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement> 1
  <Kontakt_Person_lang> 1
  ...
  </Kontakt_Person_lang>
</Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>

```

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Dieser Abschnitt ist neu.

Falls es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema austauscht, sind folgende Angaben zu machen:

- beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche als Freitext, begrenzt auf 300 Zeichen
- Tagungsfrequenz des Gremiums mit den Auswahloptionen: **wöchentlich, monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf, andere Frequenz**

Umsetzung:

```

<Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement> 0..1
  <Lenkungsgremium> 1
  Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche 1

```

Tagungsfrequenz	1
</Lenkungsgremium>	
</Lenkungsgremium_Qualitätsmanagement>	

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Dieser Abschnitt ist neu.

Die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person ist als **<Kontakt_Person_lang>** anzugeben.

Auswahloptionen:

- **entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement:** die Software muss die Kontaktdaten aus A-12.1.1 übernehmen
- **eigenständige Position für Risikomanagement:** die Kontaktdaten der Person werden erfasst
- **keine Person benannt:** der Abschnitt wird weggelassen

Umsetzung:

<Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	0..1
<Kontakt_Person_lang>	1
...	
</Kontakt_Person_lang>	
</Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Dieser Abschnitt ist neu.

Falls es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht, sind folgende Angaben zu machen:

- beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche als Freitext, begrenzt auf 300 Zeichen
- Tagungsfrequenz des Gremiums mit den Auswahloptionen: **wöchentlich, monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf, andere Frequenz**

Auswahloptionen:

- **ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement:** die Software muss die entsprechenden Daten aus A-12.1.2 übernehmen
- **ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement:** die Daten werden erfasst
- **nein:** der Abschnitt wird weggelassen

Umsetzung:

<Lenkungsgremium_Risikomanagement>	0..1
<Lenkungsgremium>	1
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche	1
Tagungsfrequenz	1

```
</Lenkungsgremium>
</Lenkungsgremium_Risikomanagement>
```

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Dieser Abschnitt ist neu.

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind aus der **Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (A-12.2.3)** des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

Voraussetzung für die Angabe als Teil einer Gesamtdokumentation ist die Auswahl „Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation liegt vor“ mit der Angabe des Namens und letzten Aktualisierungsdatums. Diese Werte werden – wählt man bei den Zusatzangaben die Option „Teil der QM/RM-Dokumentation“ - entsprechend durch die Software übertragen.

Bei **RM01** sind als Zusatzangaben Name und Datum anzugeben.

Bei **RM04, RM05, RM06, RM07, RM08, RM09, RM11, RM14, RM15, RM16, RM17, RM18** gibt es alternativ die folgenden Auswahlmöglichkeiten bei den Zusatzangaben:

- **Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01):** die Software muss die entsprechenden Daten von RM01 übernehmen (im Element **<SOP>** (Standard Operating Procedures bzw. Verfahrensbeschreibungen))
- **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP und letzte Aktualisierung (Datum)** werden erfasst (im Element **<SOP>** (Standard Operating Procedures bzw. Verfahrensbeschreibungen))

Bei **RM10** gibt es die folgenden Auswahlmöglichkeiten bei den Zusatzangaben (Mehrfachangaben möglich) (Feld **Art** im Element **<Fallbesprechung_Konferenz>**):

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- Andere (hier ist Freitext, begrenzt auf 300 Zeichen, anzugeben)

Umsetzung:

```
<Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>                                0..1
  <Instrument_Massnahme>                                                1..n
    RM_Schluesse1                                                         1
    <Zusatzangaben_RM>                                                  0..1
      <SOP>                                                                1
        Name                                                              1
        Datum                                                             1
      </SOP>
      <Fallbesprechungen_Konferenzen>                                    1
```

<Fallbesprechung_Konferenz>	1..n
┌ Art	1
└ Andere	1
</Fallbesprechung_Konferenz>	
</Fallbesprechungen_Konferenzen>	
</Zusatzangaben_RM>	
</Instrument_Massnahme>	
</Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Dieser Abschnitt ist neu.

Falls in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt wird, sind folgende Angaben zu machen:

- existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet; wenn ja, dann ist die Tagungsfrequenz des Gremiums anzugeben mit den Auswahloptionen: **wöchentlich, monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf, andere Frequenz**
- umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit als Freitext, begrenzt auf 500 Zeichen

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

Bei **IF01** ist als Zusatzangabe das Datum der letzten Aktualisierung anzugeben.

Bei **IF02** und **IF03** ist als Zusatzangabe die Frequenz anzugeben mit den Auswahloptionen: **monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf**

Umsetzung:

<Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>	0..1
<Tagungsgremium>	0..1
Tagungsfrequenz	1
</Tagungsgremium>	
Massnahmen	1
<Fehlermeldesystem_intern>	1
<System_intern>	1..n
IF_Schlüssel	1
<Zusatzangaben_IF>	1
┌ Datum	1
└ Frequenz	1
</Zusatzangaben_IF>	
</System_intern>	
</Fehlermeldesystem_intern>	
</Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>	

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Dieser Abschnitt ist neu.

Falls das Krankenhaus zusätzlich zum internen Fehlermeldesystem auch ein einrichtungsübergreifendes (Critical Incident Reporting System/CIRS) nutzt, sind folgende Angaben zu machen:

- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem; wenn ja, dann ist die das genutzte System gemäß **Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ (A-12.2.3.2)** des Anhangs 2 anzugeben. Nimmt eine Einrichtung an verschiedenen (z. B. fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden. Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste enthalten, kann es unter „Sonstiges“ frei angegeben werden, begrenzt auf 300 Zeichen.
- existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet; wenn ja, dann ist die Tagungsfrequenz des Gremiums anzugeben mit den Auswahloptionen: **wöchentlich, monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf, andere Frequenz**

Umsetzung:

```

<Einrichtunguebergreifendes_Fehlermeldesystem>                                0..1
  <Fehlermeldesystem_uebergreifend>                                           1
    <System_uebergreifend>                                                     1..n
      EF_Schluessel                                                            1
      <EF_Sonstiges>                                                           1
        EF_Sonstiges_Schluessel                                               1
        Erlaeuterungen                                                         1
      </EF_Sonstiges>
    </System_uebergreifend>
  </Fehlermeldesystem_uebergreifend>
  <Tagungsgremium>                                                            0..1
    Tagungsfrequenz                                                            1
  </Tagungsgremium>
</Einrichtunguebergreifendes_Fehlermeldesystem>
    
```

A-12.3.1 Hygienepersonal

Dieser Abschnitt entspricht dem alten Abschnitt A-11.4.

Allerdings ist jetzt für den Fall, dass eine Hygienekommission eingerichtet wurde, statt des Elements **Vorsitzender_Hygienekommission** das Element **<Kontakt_Person_kurz>** anzugeben.

Umsetzung:

```

<Hygienepersonal>                                                            0..1
  <Krankenhausthygieniker>                                                  1
  ...
    
```

</Krankenhaushygieniker>	
<Hygienebeauftragte_Aerzte>	0..1
...	
</Hygienebeauftragte_Aerzte>	
<Hygienefachkraefte>	0..1
...	
</Hygienefachkraefte>	
<Hygienebeauftragte_Pflege>	0..1
...	
</Hygienebeauftragte_Pflege>	
<Hygienekommission_nicht_eingerichtet/>	1
<Kontakt_Person_kurz>	1
...	
</Kontakt_Person_kurz>	
</Hygienepersonal>	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Dieser Abschnitt ist neu.

Die hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion / zur Verbesserung der Patientensicherheit / zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus sind aus der **Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2)** des Anhangs 2 auszuwählen.

Soweit in der Auswahlliste vorgesehen, sind folgende Zusatzangaben zur Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu machen:

Bei **HM01** ist der Link anzugeben.

Bei **HM02** gibt es die folgenden Auswahlmöglichkeiten bei den Zusatzangaben (Mehrfachangaben möglich) (Feld **Name** im Element **<KISS_Modul>**):

- AMBU-KISS
- CDAD-KISS
- DEVICE-KISS
- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS
- NEO-KISS
- ONKO-KISS
- OP-KISS
- STATIONS-KISS
- SARI

Bei **HM03** ist der Name als Freitext anzugeben, begrenzt auf 300 Zeichen.

Bei **HM04** gibt es die folgenden Auswahlmöglichkeiten bei den Zusatzangaben (Feld **Teilnahme ASH**):

- Teilnahme (ohne Zertifikat)
- Zertifikat Bronze
- Zertifikat Silber
- Zertifikat Gold

Bei **HM05** ist als Zusatzangabe die Frequenz anzugeben mit den Auswahloptionen: **monatlich, quartalsweise, halbjährlich, jährlich, bei Bedarf**

Zusätzlich können zu jedem Aspekt freiwillige Erläuterungen ergänzt werden, begrenzt auf jeweils 300 Zeichen.

Umsetzung:

```

<Hygienebezogenes_Risikomanagement>                                0..1
  <Hygiene_Instrument_Massnahme>                                  1..n
    HM_Schluessel                                                1
    <Zusatzangaben_HM>                                           0..1
      URL_Bericht_zu_Infektionsraten                              1
      <Teilnahme_KISS>                                           1
        <KISS_Modul>                                             1..n
          Name                                                    1
        </KISS_Modul>
      </Teilnahme_KISS>
      Name                                                        1
      Teilnahme_ASH                                              1
      Frequenz                                                    1
    </Zusatzangaben_HM>
    Erlaeuterungen                                              0..1
  </Hygiene_Instrument_Massnahme>
</Hygienebezogenes_Risikomanagement>
    
```

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Dieser Abschnitt entspricht dem alten Abschnitt A-14 mit folgenden Änderungen:

- die Ansprechpartner sind jetzt vom Typ **<Kontakt_Person_lang>**
- die Patientenfürsprecher sind jetzt vom Typ **<Kontakt_Person_lang>**
- bei den anonymen Eingabemöglichkeiten (jetzt mit Häufigkeit 1) ist jetzt die Auswahl **<Anonyme_Eingabemöglichkeiten_existieren/>** mit der Häufigkeit 0..1 vorgesehen
- bei den anonymen Eingabemöglichkeiten sind die Personen, Telefon und E-Mail weggefallen (Erläuterungen und Link zum Kontaktformular sind geblieben)

Umsetzung:

```

<Beschwerdemanagement>                                          0..1
  <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>                          1
    
```

...	
</Strukturiertes_Beschwerdemanagement>	
<Schriftliches_Konzept>	1
...	
</Schriftliches_Konzept>	
<Umgang_muendliche_Beschwerden>	1
...	
</Umgang_muendliche_Beschwerden>	
<Umgang_schriftliche_Beschwerden>	1
...	
</Umgang_schriftliche_Beschwerden>	
<Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>	1
...	
</Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>	
<Ansprechpartner>	0..1
<Ansprechpersonen>	1
<Kontakt_Person_lang>	1..n
...	
</Kontakt_Person_lang>	
</Ansprechpersonen>	
URL	0..1
Erlaeuterungen	0..1
</Ansprechpartner>	
<Patientenfuersprecher>	0..1
<Fuersprechpersonen>	1
<Kontakt_Person_lang>	1..n
...	
</Kontakt_Person_lang>	
</Fuersprechpersonen>	
Erlaeuterungen	0..1
</Patientenfuersprecher>	
<Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>	1
<Anonyme_Eingabemoeglichkeiten_existieren/>	0..1
Erlaeuterungen	0..1
URL_Kontaktformular	0..1
</Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>	
<Patientenbefragungen>	1
...	
</Patientenbefragungen>	
<Einweiserbefragungen>	1
...	
</Einweiserbefragungen>	
</Beschwerdemanagement>	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

In diesem Abschnitt wurden folgende Änderungen durchgeführt:

- der Name des Chefarztes oder der Chefarztin wurde ersetzt durch **<Kontakt_Person_lang>**
- die Kontaktdaten (<Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen) wurden ersetzt durch **<Kontakt_Zugang>**
- Telefon, Fax, E-Mail und Internet-Adresse wurden mit den **<Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen** gelöscht (Angaben zu Telefon, Fax und E-Mail sind jetzt über <Kontakt_Person_lang> möglich)

Umsetzung:

<Organisationseinheit_Fachabteilung>	1..n
Gliederungsnummer	1
Name	1
<Chefaerzte>	0..1
<Kontakt_Person_lang>	1..n
...	
</Kontakt_Person_lang>	
</Chefaerzte>	
<Zugaenge>	0..1
<Kontakt_Zugang>	1..n
...	
</Kontakt_Zugang>	
</Zugaenge>	
<Fachabteilungsschluessel>	1..n
...	
</Fachabteilungsschluessel>	
...	
</Organisationseinheit_Fachabteilung>	

Des Weiteren sind jetzt Gliederungsnummern größer als 99 möglich.

B-[X].11 Personelle Ausstattung

Der Wertebereich des Elements **Fall_je_Anzahl** wurde von 10.000,00000 auf 1.000.000,00000 erweitert, da der bisherige Wertebereich zu klein war.

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die Angabe in Vollkräften von

- <Aerzte_ohne_Belegaerzte>

- <Fachaerzte>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Die Angabe in Vollkräften von

- <Gesundheits_Krankenpfleger>
- <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>
- <Altenpfleger>
- <Pflegeassistenten>
- <Krankenpflegehelfer>
- <Pflegehelfer>
- <Operationstechnische_Assistenz>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

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

Die Angabe in Vollkräften von

- <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>
- <Psychologische_Psychotherapeuten>
- <Diplom_Psychologen>
- <Klinische_Neuropsychologen>

kann jetzt mit bis zu 2 Nachkommastellen erfolgen.

C Qualitätssicherung

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

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

Bei der **Bewertung des Strukturierten Dialogs** wurde eine neue Bewertung U33 eingeführt (Kategorie U, Ziffer 33) und der Text von H20 (Kategorie H, Ziffer 20) wurde angepasst.

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2014

Tabelle A – Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Weggefallene Qualitätsindikatoren in Tabelle A

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n1-HSM-IMPL	209	Vorhofsondendislokation
09n1-HSM-IMPL	581	Ventrikelsondendislokation
09n1-HSM-IMPL	582	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
09n1-HSM-IMPL	583	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
09n2-HSM-AGGW	482	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
09n2-HSM-AGGW	483	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
09n2-HSM-AGGW	484	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
09n2-HSM-AGGW	1099	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
09n3-HSM-REV	494	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
09n3-HSM-REV	495	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n3-HSM-REV	496	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
09n3-HSM-REV	497	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
09n3-HSM-REV	584	Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
09n3-HSM-REV	585	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
09n4-DEFI-IMPL	50015	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
09n4-DEFI-IMPL	50016	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
09n4-DEFI-IMPL	50018	Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion
09n4-DEFI-IMPL	50019	Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion
09n5-DEFI-AGGW	50026	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
09n5-DEFI-AGGW	50027	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
09n5-DEFI-AGGW	50028	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
09n6-DEFI-REV	50037	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
09n6-DEFI-REV	50038	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
09n6-DEFI-REV	50039	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
09n6-DEFI-REV	50040	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
09n6-DEFI-REV	50042	Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion
09n6-DEFI-REV	50043	Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion
15n1-GYN-OP	665	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund
15n1-GYN-OP	666	Fehlende postoperative Histologie nach Konisation
18n1-MAMMA	303	Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung
21n3-KORO-PCI	399	Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	416	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	417	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
21n3-KORO-PCI	419	Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	2062	PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
21n3-KORO-PCI	2063	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"
21n3-KORO-PCI	2064	Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI
21n3-KORO-PCI	2073	Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI
21n3-KORO-PCI	11863	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
21n3-KORO-PCI	50829	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
NTX	50065	Keine behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

Neue Qualitätsindikatoren in Tabelle A

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n1-HSM-IMPL	52128	Eingriffsdauer
09n3-HSM-REV	51987	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
09n3-HSM-REV	51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
09n3-HSM-REV	51994	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff
09n4-DEFI-IMPL	52129	Eingriffsdauer
09n6-DEFI-REV	52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
09n6-DEFI-REV	52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff
16n1-GEBH	51797	Angabe eines pH-Wertes aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes
16n1-GEBH	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
18n1-MAMMA	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS
18n1-MAMMA	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
18n1-MAMMA	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
18n1-MAMMA	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
DEK	52008	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
DEK	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)
DEK	52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4
HCH-AORT-CHIR	52006	Intraprozedurale Komplikationen
HCH-AORT-KATH	51915	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Aortenklappenscore 2.0
HCH-AORT-KATH	51916	Intraprozedurale Komplikationen
HCH-AORT-KATH	52007	Gefäßkomplikationen
NEO	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Nekrotisierenden Enterokolitiden (NEC) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Tabelle B – Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle B ist zurzeit leer.

Tabelle C – Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Weggefallene Qualitätsindikatoren in Tabelle C

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n1-HSM-IMPL	52128	Eingriffsdauer
09n3-HSM-REV	10638	Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof
09n3-HSM-REV	10639	Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n3-HSM-REV	51987	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
09n3-HSM-REV	51988	Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
09n3-HSM-REV	51994	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff
09n4-DEFI-IMPL	52129	Eingriffsdauer
09n5-DEFI-AGGW	52003	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Pace/Sense-Sonde (1. oder 2. Ventrikelsonde)
09n6-DEFI-REV	52000	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
09n6-DEFI-REV	52001	Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff
09n6-DEFI-REV	52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff
16n1-GEBH	51797	Angabe eines pH-Wertes aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes
16n1-GEBH	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
18n1-MAMMA	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS
18n1-MAMMA	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
18n1-MAMMA	51369	Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung
18n1-MAMMA	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
18n1-MAMMA	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
21n3-KORO-PCI	2061	Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	50750	Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
DEK	52008	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)
DEK	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)
DEK	52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4
HCH-AORT-CHIR	52006	Intraprozedurale Komplikationen

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
HCH-AORT-KATH	51915	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Aortenklappenscore 2.0
HCH-AORT-KATH	51916	Intraprozedurale Komplikationen
HCH-AORT-KATH	52007	Gefäßkomplikationen
NEO	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Nekrotisierenden Enterokolitiden (NEC) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Neue Qualitätsindikatoren in Tabelle C

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n1-HSM-IMPL	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
09n1-HSM-IMPL	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion
09n2-HSM-AGGW	52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
09n3-HSM-REV	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
09n4-DEFI-IMPL	52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
09n4-DEFI-IMPL	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion
09n5-DEFI-AGGW	52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
09n6-DEFI-REV	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
09n6-DEFI-REV	52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
10n2-KAROT	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
15n1-GYN-OP	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
16n1-GEBH	52243	Kaiserschnittgeburten
16n1-GEBH	52244	Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden
16n1-GEBH	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten
16n1-GEBH	52254	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Müttern und Kindern die zusammen nach Hause entlassen wurden
18n1-MAMMA	52268	HER2/neu-Positivitätsrate
18n1-MAMMA	52273	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden
18n1-MAMMA	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
18n1-MAMMA	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
21n3-KORO-PCI	416	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	417	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
21n3-KORO-PCI	52256	Indikation zur isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund
21n3-KORO-PCI	52331	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	52332	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"
21n3-KORO-PCI	52333	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt
21n3-KORO-PCI	52341	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	52342	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
DEK	52326	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2
DEK	52327	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet

Leistungsbereich-ID	Indikator-ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
NEO	52262	Zunahme des Kopfumfangs

Auswahllisten

A-12.2.3 „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“

Bemerkung

Diese Auswahlliste ist neu.

Neue Schlüssel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (Mehrfachangaben möglich): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

A-12.2.3.1 „Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems“

Bemerkung

Diese Auswahlliste ist neu.

Neue Schlüssel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf

A-12.2.3.2 „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“

Bemerkung

Diese Auswahlliste ist neu.

Neue Schlüssel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	<i>(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>

A-12.3.2 „Hygienebezogenes Risikomanagement“

Bemerkung

Diese Auswahlliste ist neu.

Neue Schlüssel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<u>Auswahloptionen/Module:</u> - AMBU-KISS - CDAD-KISS - DEVICE-KISS - HAND-KISS - ITS-KISS - MRSA-KISS - NEO-KISS - ONKO-KISS - OP-KISS - STATIONS-KISS - SARI (Mehrfachangaben möglich)
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	<u>Auswahloptionen:</u> - Teilnahme (ohne Zertifikat) - Zertifikat Bronze - Zertifikat Silber - Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening	
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-13 „Besondere apparative Ausstattung“

Bemerkung

Diese alte Auswahlliste wird durch diese neue ersetzt.

Geänderte Schlüssel

Nr.	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	<i>z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i>
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja/Nein	<i>z. B. ECMO/ECLA</i>
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse		

Nr.	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten		<i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion</i>
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<i>Ja/Nein</i>	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<i>Ja/Nein</i>	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		<i>Ja/Nein</i>	

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

Bemerkung

In der Kopfzeile werden in der zweiten Spalte nach dem Wort „Richtlinie“ die Wörter „über die ambulante Behandlung im Krankenhaus“ eingefügt.

Nach der letzten Zeile werden folgende Zeilen angefügt:

Neue Schlüssel

Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20.02.2014	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK29	Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	