



Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2023

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.12 am 02.01.2025 um 14:44 Uhr erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 5 |
| Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses | 8 |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 8 |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers | 9 |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 9 |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 10 |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung | 11 |
| A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit | 11 |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 12 |
| A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus | 12 |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 12 |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 13 |
| A-11.1 Ärzte und Ärztinnen | 13 |
| A-11.2 Pflegepersonal | 13 |
| A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik | 16 |
| A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal | 16 |
| A-11.3.2 Genesungsbegleitung | 17 |
| A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal | 17 |
| A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 22 |
| A-12.1 Qualitätsmanagement | 22 |
| A-12.2 Klinisches Risikomanagement | 22 |
| A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 24 |
| A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 26 |
| A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit | 27 |
| A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 30 |
| A-13 Besondere apparative Ausstattung | 30 |
| A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V | 31 |
| 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 31 |
| 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung | 31 |
| 14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 31 |
| Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 32 |
| B-[1].1 Innere Medizin | 32 |
| B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 32 |
| B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 33 |
| B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 35 |

| | |
|--|----|
| B-[1].6 Diagnosen nach ICD | 35 |
| B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 41 |
| B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 44 |
| B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 44 |
| B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 44 |
| B-[1].11 Personelle Ausstattung | 45 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 45 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 45 |
| B-[2].1 Allgemeine Chirurgie | 48 |
| B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 49 |
| B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 50 |
| B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 52 |
| B-[2].6 Diagnosen nach ICD | 52 |
| B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 55 |
| B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 60 |
| B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 60 |
| B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 61 |
| B-[2].11 Personelle Ausstattung | 62 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 62 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 62 |
| B-[3].1 Psychosomatik/Psychotherapie | 65 |
| B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 65 |
| B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 66 |
| B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 66 |
| B-[3].6 Diagnosen nach ICD | 66 |
| B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 66 |
| B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 67 |
| B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 67 |
| B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 67 |
| B-[3].11 Personelle Ausstattung | 68 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 68 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 68 |
| B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 69 |
| B-[4].1 Anästhesie und Intensivmedizin | 71 |
| B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 71 |
| B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 72 |
| B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 72 |
| B-[4].6 Diagnosen nach ICD | 72 |

| | |
|--|-----|
| B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 72 |
| B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 72 |
| B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 72 |
| B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 72 |
| B-[4].11 Personelle Ausstattung | 73 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 73 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 73 |
| B-[5].1 Spezielle Schmerztherapie | 75 |
| B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 75 |
| B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 76 |
| B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 76 |
| B-[5].6 Diagnosen nach ICD | 76 |
| B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 76 |
| B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 76 |
| B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 76 |
| B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 76 |
| B-[5].11 Personelle Ausstattung | 77 |
| B-11.1 Ärztinnen und Ärzte | 77 |
| B-11.2 Pflegepersonal | 77 |
| Teil C - Qualitätssicherung | 79 |
| C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 79 |
| C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | 79 |
| C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse] | 82 |
| C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 229 |
| C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 230 |
| C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 230 |
| C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 230 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr | 230 |
| C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr | 230 |
| C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung") | 230 |
| C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V | 230 |
| C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr | 231 |
| C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): | 232 |
| C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 235 |

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Einleitungstext

Die Steigerwaldklinik Burgebrach wird seit 1995 unter der Trägerschaft der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH (GKG) nach gemeinnützigen und wirtschaftlichen Grundsätzen geführt. Die Klinik ist als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit modernster Medizintechnik ausgestattet. Neben einer modernen medizinischen Versorgung gehören auch Seelsorge und Fürsorge zur ganzheitlichen Betreuung unserer Patient*innen. Qualifizierte pflegerische Betreuung in Verbindung mit hohen Leistungsstandards bei Unterkunft und Verpflegung erleichtern in einer familiären Atmosphäre den Krankenhausaufenthalt. Wahlleistungspatient*innen stehen bestens ausgestattete Privatstationen mit besonderem Service zur Verfügung. Die Steigerwaldklinik Burgebrach hat sich im Juli 2022 erfolgreich zum EndoProthetikZentrum (EPZ) zertifiziert. Im EPZ Steigerwaldklinik Burgebrach arbeitet unsere unfallchirurgisch-orthopädische Fachabteilung der Steigerwaldklinik, unser MVZ Burgebrach und eine niedergelassenen Praxis in Bamberg übergreifend zusammen.

Der strukturierte Qualitätsbericht entspricht den gesetzlichen Anforderungen und deren Vorgaben zur Offenlegung der wesentlichen Prozess-, Ergebnis- und Strukturkennziffern.

Transparenz und Vergleichbarkeit

Der strukturierte Qualitätsbericht bietet den Patient*innen, niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenkassen einen Überblick über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Der Qualitätsbericht unterstützt Patient*innen und niedergelassene Ärzt*innen, für den Fall eines notwendigen stationären Aufenthaltes das optimale Krankenhaus zu finden.

Qualitätsmanagement

Zusätzlich ist in der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem nach EFQM implementiert. In deutschlandweiter Vorreiterrolle erhielt in 2004 die

Steigerwaldklinik als zweites deutsches Krankenhaus im Akutbereich die Urkunde „Committed to Excellence“ von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) überreicht. Es folgte in 2013 die erfolgreiche Zertifizierung aller Unternehmenseinheiten nach den EFQM Grundsätzen. 2019 hat sich die GKG den hohen Anforderungen eines Excellence-Verfahrens gestellt. Deutschlandweit ist die GKG Bamberg die erste Organisation aus dem Gesundheitswesen, welche sich nach dem erneuerten EFQM-Modell 2020 begutachten ließ. Im Assessmentverfahren 2022 wurde eine hohe Anerkennung für Spitzenleistungen mit "Recognised for Excellence 4 Stars" erreicht. Die 2022 erfolgte Zertifizierung zum EndoProthetikZentrum und die in diesem Rahmen eingeführte des Patient Blood Management (PBM) garantierten eine qualitativ hohe medizinische Versorgung.

Kooperationen

Als Gründungsmitglied der Klinik-Kompetenz-Bayern eG (KKB) unterstützt die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH seit 2011 den freiwilligen Verbund von zwischenzeitlich 34 Trägern mit 66 leistungsstarken kommunalen und freigemeinnützigen Kliniken in Bayern. Ziel der eingetragenen Genossenschaft ist die effektive Vernetzung der kommunalen Kliniken. Die Klinik-Kompetenz-Bayern ist eine Denk- und Innovationsplattform für zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Klinik- und Versorgungskonzepte. Sie ist Dienstleister für die Mitgliedskliniken mit einem breiten und hochwertigen Angebot an Dienstleistungen für ein modernes Klinikmanagement und als Sprachrohr für die Interessen kommunaler Kliniken in Bayern, auch durch Kooperation mit anderen Verbänden und Organisationen in und außerhalb Bayerns, die gleiche Ziele verfolgen. Den Mitgliedskliniken wird ein kollegialer praxisnaher Wissenstransfer in diversen Projektgruppen und Foren angeboten. Mit rund 14179 Betten im akutstationären Bereich und 213 Reha-Betten ist die Klinik-Kompetenz Bayern eG ein starker Kooperationspartner.

Ein weiterer wichtiger Partner der Gemeinnützigen Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH ist die Gesundheitsregionplus Bamberg. Die Gesundheitsregionplus Bamberg ist eine Arbeitsgemeinschaft (AG) der Stadt und Landkreis Bamberg und regionalen Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Die AG unterstützt Experten aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Wirtschaft sowie Forschung und zeigt auf, wie zukunftsfähige regionale Projekte umgesetzt werden können. Die Region Bamberg ist mit dem Qualitätssiegel „Gesundheitsregion Bayern Plus“ ausgezeichnet. Das Siegel steht für innovative Vernetzung zur Vorsorge und medizinischen Versorgung.

Unter der Trägerschaft der Ärztegenossenschaft Gesundheitsnetz Region Bamberg eG wird die Bereitschaftspraxis Burgebrach geführt. Die Bereitschaftspraxis ist direkt auf dem Gelände der Steigerwaldklinik in Burgebrach angesiedelt. Sie bietet für die Bevölkerung des östlichen Landkreises eine optimierte medizinische Behandlung im Krankheitsfall außerhalb der normalen Öffnungszeiten der niedergelassenen Arztpraxen. Die wichtige Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie die optimale Ressourcennutzung werden durch die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzt*innen mit den Klinikärzten*innen durch die Nähe zur Klinik sichergestellt.

Durch Kooperationsverträge mit weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. dem Universitätsklinikum Erlangen oder dem Traumazentrum Bamberg bieten die Kliniken des Landkreises Bamberg vor Ort weitere hochspezialisierte medizinische Leistungen in den Bereichen der Kardiologie und Orthopädie an.

Konsiliarische Leistungen niedergelassener Kollegen*innen in den Kliniken ergänzen die erfolgreiche Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Diese erweitern durch konsiliarische Leistungen in den Bereichen Orthopädie, Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Onkologie die Angebote der Kliniken im Landkreis Bamberg.

Das JuraFit der Juraklinik Scheßlitz nimmt als Trainingsstützpunkt am MoSi®-Projekt (Mobilität und Sicherheit im Alter) teil. MoSi® ist ein Trainings- und Präventionsangebot für Menschen mit Gangunsicherheit und ist eine Initiative Gesund.Leben.Bayern des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.

Mit der Aufnahme der GKG in das Programm "Beste Landpartie Allgemeinmedizin, kurz BeLA" bietet die Steigerwaldklinik als Lehrkrankenhaus gemeinsam mit Lehrpraxen niedergelassener Allgemeinmediziner*innen des Landkreises Bamberg eine hochwertige medizinische Fachausbildung im Praktischen Jahr für Allgemeinmedizin an.

Die Beteiligung der GKG an der Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH fördert die Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen Bereichen der Hospizarbeit, Palliativpflege und Palliativmedizin. Anfang 2019 gründeten die GKG gemeinsam mit dem Hospizverein Bamberg und weiteren Partnern die Franken Hospiz Bamberg gemeinnützige GmbH. Gegenstand ist der Betrieb eines stationären und teilstationären Kinder-, Jugend- und Erwachsenenospizes für junge Menschen mit der Diagnose einer lebensbegrenzenden Erkrankung.

Zur Sicherung der Nachwuchsgewinnung in Pflegeberufen ist die GKG seit 2020 eigenständiger Ausbildungsbetrieb. Eine Beteiligung an der Bamberger Bildungszentrum für Altenhilfe gGmbH und weitere Kooperationen im Ausbildungsverbund Bamberg garantieren eine qualitativ hochwertige Ausbildung unserer zukünftigen Pflegekräfte.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

| | |
|----------|-----------------------|
| Name | Matthias Opel |
| Position | QMB |
| Telefon | 09546 / 88 - 222 |
| Fax | 09546 / 88 - 200 |
| E-Mail | m.opel@gkg-bamberg.de |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

| | |
|----------|---------------------------|
| Name | Udo Kunzmann |
| Position | Geschäftsführer |
| Telefon | 09542 / 779 - 111 |
| Fax | 09542 / 779 - 199 |
| E-Mail | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

Weiterführende Links

| | |
|-------------------------------|--|
| URL zur Homepage | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |
| URL für weitere Informationen | http://www.gkg-bamberg.de |
| Weitere Links | <ul style="list-style-type: none">◦ http://www.klinik-kompetenz-bayern.de (Klinik-Kompetenz-Bayern)◦ http://www.hospiz-akademie.de (Hospiz-Akademie Bamberg gGmbH)◦ http://www.gesundheitsnetzregionbamberg.de (Gesundheitsnetz Region Bamberg eG)◦ http://www.bamberg.gesundheitsregion-plus.de (Gesundheitsregion plus Bamberg) |

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

| | |
|-------------------------|---|
| Name | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH |
| Institutionskennzeichen | 260940256 |
| Hausanschrift | Oberend 29 96110 Scheßlitz |
| Postanschrift | Oberend 29 96110 Scheßlitz |
| Telefon | 09542 / 779 - 0 |
| E-Mail | info@gkg-bamberg.de |
| Internet | http://www.gkg-bamberg.de |

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------|---------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Michael Zachert | Ärztlicher Direktor | 09546 / 88 - 210 | 09546 / 88 - 201 | m.zachert@gkg-bamberg.de |

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|----------------|---------------------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| Herbert Pflaum | zentraler Pflegedienstleiter | 09546 / 88 - 224 | 09546 / 88 - 200 | h.pflaum@gkg-bamberg.de |

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|--------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Udo Kunzmann | Geschäftsführer | 09542 / 779 - 111 | 09542 / 779 - 199 | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

| | |
|---|--|
| Name | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach |
| Institutionskennzeichen | 260940256 |
| Standortnummer aus dem Standortverzeichnis | 772341000 |
| alte Standortnummer | 01 |
| Hausanschrift | Am Eichelberg 1 96138 Burgebrach |
| Postanschrift | Am Eichelberg 1 96138 Burgebrach |
| Internet | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------|---------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Michael Zachert | Ärztlicher Direktor | 09546 / 88 - 210 | 09546 / 88 - 201 | m.zachert@gkg-bamberg.de |

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|----------------|---------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------|
| Herbert Pflaum | zentraler Pflegedienstleiter | 09546 / 88 - 224 | 09546 / 88 - 200 | h.pflaum@gkg- bamberg.de |

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

| Name | Position | Telefon | Fax | E-Mail |
|----------------|---|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| Udo Kunzmann | Geschäftsführer | 09542 / 779 - 111 | 09542 / 779 - 199 | u.kunzmann@gkg- bamberg.de |
| Sebastian Götz | stv. Geschäftsführer / Betriebsleiter Kliniken | 09546 / 88 - 513 | 09546 / 88 - 200 | s.goetz@gkg- bamberg.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------|---|
| Name | Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH |
| Art | öffentlich |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| | |
|-----------------|---|
| Lehrkrankenhaus | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| MP01 | Akupressur | |
| MP02 | Akupunktur | |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie | |
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) | |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung | |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege | |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege | |
| MP21 | Kinästhetik | |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung | durch die Pflegeberatung von Mediteam (im Gesundheitszentrum direkt an der Steigerwaldklinik) |
| MP23 | Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie | |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage | |
| MP25 | Massage | |
| MP27 | Musiktherapie | |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie | |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen | |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | Progressive Muskelentspannung |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | im Gesundheitszentrum direkt an der Steigerwaldklinik |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP51 | Wundmanagement | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | z. B. Informationsveranstaltungen, Vortragsreihen, Teilnahme an Ausbildungsbörsen, Messen, Ferienangeboten, BoysDay, KKB-Infotage |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | mit den zum Unternehmensverbund gehörenden Pflegeeinrichtungen und einem ambulanten Pflegedienst |

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Leistungsangebot | URL | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-----|---|
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | auf räumlich getrennter Privatstation |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | auf Wunsch bzw. bei medizinischer Notwendigkeit |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | auf räumlich getrennter Privatstation |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | | es finden regelmäßig katholische und evangelische Gottesdienste statt |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | | Fachärztliche Vortragsreihen |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | | |
| NM68 | Abschiedsraum | | |
| NM69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | | Gebührenfreie Parkplätze, kostenloses Fernsehen und Nachmittagskaffee. Unter https://gkg-bamberg.de/service stehen Wahlleistungsbroschüren zum Download. |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Name | Margit Selig |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Patientenfürsprecherin |
| Telefon | 09546 / 88 - 277 |
| Fax | 09546 / 88 - 200 |
| E-Mail | patientensprecher.stw@gkg-bamberg.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | |
| BF24 | Diätische Angebote | Ernährungsberatung |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | |
| BF40 | Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage | |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | |

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr. | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|---|
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | durch Bereitstellung von praktischen Ausbildungseinsätzen |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | in Kooperation mit der Bamberger Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) | durch Bereitstellung von praktischen Ausbildungseinsätzen |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 118

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

| | |
|---|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 5575 |
| Teilstationäre Fallzahl | 58 |
| Ambulante Fallzahl | 5810 |
| Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 42,58 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 6,27 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 36,31 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 42,58 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 23,99 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,86 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 18,13 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 23,99 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|-----------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
|-----------------|---|

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

davon Fachärzte und Fachärztinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 76,90 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 16,69 |

| | |
|---|-------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 60,21 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 76,90 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 19,70 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,33 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 14,37 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 19,70 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 2,61 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,61 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,61 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,88 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,88 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,88 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0 |
| Ambulante Versorgung | 0 |
| Stationäre Versorgung | 0 |

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 3,57 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 3,57 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 3,57 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,16 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,16 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,16 |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 4,33 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,11 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 4,33 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,00 |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 0,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,25 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,25 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,25 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,25 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,25 |

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 1,33 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,33 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,33 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | | |
|---|------|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,33 | inkl. CTA |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,33 | |
| Ambulante Versorgung | 0,00 | |
| Stationäre Versorgung | 1,33 | |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|---|-------|
| Anzahl Vollkräfte (gesamt) | 25,76 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 24,54 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 25,76 |

davon ohne Fachabteilungszuordnung

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 21,60 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,22 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 20,38 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 21,60 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,94 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,94 |

Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,46 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,46 |

Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,73 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,73 |

Physiotherapeuten

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |

Sozialpädagogen

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Spezielles therapeutisches Personal | Diätassistentin und Diätassistent (SP04) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,50 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut (SP13) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,52 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,52 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,52 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Musiktherapeutin und Musiktherapeut (SP16) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,50 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,50 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 8,65 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,40 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 7,25 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 8,65 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,94 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,94 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 2,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,46 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,46 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 2,10 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,32 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,10 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 1,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,08 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,43 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,51 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,83 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,79 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,62 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer (SP36) |
|--|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |

| | |
|---|------|
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 5,48 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,83 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,65 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,48 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 3,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,40 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,11 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 3,51 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 4,35 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,35 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 4,35 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG) (SP58) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 0,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,73 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,73 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) (SP59) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 0,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,51 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,51 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation (SP60) |
|---|---|
| Anzahl Vollkräfte | 1,69 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,69 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,69 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

| Spezielles therapeutisches Personal | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61) |
|---|--|
| Anzahl Vollkräfte | 1,36 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,08 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,28 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,36 |
| Kommentar/ Erläuterung | |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Name | Matthias Opel |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Verwaltungsleiter, QM-Koordinator |
| Telefon | 09546 88 222 |
| Fax | 09546 88 200 |
| E-Mail | m.opel@gkg-bamberg.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| | |
|--|--|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | QM-Steuerkreis alle zwei Wochen für die Gesamtorganisation |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | andere Frequenz |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Name | Udo Kunzmann |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführer |
| Telefon | 09542 779 111 |
| Fax | 09542 779 100 |
| E-Mail | u.kunzmann@gkg-bamberg.de |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die
sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement
austauscht?

| | |
|--|------------------|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführung |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|--|
| RM02 | Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen | |
| RM03 | Mitarbeiterbefragungen | |
| RM04 | Klinisches Notfallmanagement | Statut der zentralen Notaufnahme. Jährliche Notfallschulungen der Mitarbeiter. 2024-06-17 |
| RM05 | Schmerzmanagement | Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement des DNQP 2023-11-29 |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Nationaler Expertenstandard Sturzprophylaxe des DNQP 2023-11-29 |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|--|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe es DNQP 2023-11-29 |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Empfehlungen zur Vorgehensweisen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen in somatischen Krankenhäusern 2011-10-19 |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Organisationsrichtlinie für die Umsetzung des MPG und die MPBetreibV 2022-12-01 |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen | <input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | TMDA 2020 2023-12-15 |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | OP-Sicherheitscheckliste 2023-03-10 |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | OP-Sicherheitscheckliste 2023-03-10 |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Anästhesiologische Standards im Aufwachraum nach DGAI Pflegestandard OP; VA_Anae_AWR 2023-03-10 |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Entlassungsmanagement 2023-03-24 |

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Ja
Fehlermeldesystem?

Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ja
Ereignisse regelmäßig bewertet?

Tagungsfrequenz bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. Schulung Pflegedienst zum Thema Haftungsfragen
sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung
der Patientensicherheit

Einrichtunginterne Fehlermeldesysteme

| Nr. | Einrichtungsternes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen | bei Bedarf |

| Nr. | Einrichtungsinernes Fehlermeldesystem | Zusatzangaben |
|------|--|---------------|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | quartalsweise |

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| | |
|---|--|
| Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz | bei Bedarf |

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

| Nummer | Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem |
|--------|--|
| EF00 | Sonstiges www.üfms.de, Kubicum GmbH |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| | |
|---|--|
| Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen | 1 |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 3 |
| Hygienefachkräfte (HFK) | 2 |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 8 |
| Eine Hygienekommission wurde eingerichtet | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Tagungsfrequenz der Hygienekommission | halbjährlich |

Vorsitzender der Hygienekommission

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Name | Michael Zachert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 09546 88 210 |
| Fax | 09546 88 201 |
| E-Mail | m.zachert@gkg-bamberg.de |

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

| | |
|---|--|
| Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | |
|---|--|
| Hygienische Händedesinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Beachtung der Einwirkzeit | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfschutzhülse | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

| | |
|---|--|
| Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Standard Liegedauer ZVK

| | |
|---|--|
| Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

| | |
|--|--|
| Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

Der Standard thematisiert insbesondere

| | |
|---|--|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe? | teilweise |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

| | |
|--|--|
| Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
|--|--|

Der interne Standard thematisiert insbesondere

| | |
|--|--|
| Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion | <input checked="" type="checkbox"/> ja |
| Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

| | |
|---|--|
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen | 20,78 ml/Patiententag |
| Ist eine Intensivstation vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen | 99,45 ml/Patiententag |

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html) ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr. | Hygienebezogene Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/ Erläuterung |
|------|---|---|------------------------|
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Regionales Netzwerk ÖGD; Hygienetzwerk Oberfranken; KKB Hygienezirkel | |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | jährlich | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | jährlich | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. ja

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden ja

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden ja

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert ja

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Ja

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Ja

| | | |
|---|--|---|
| Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Patientenbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | |
| Einweiserbefragungen | <input checked="" type="checkbox"/> ja | tw. durch persönliche Gespräche und Befragungen |

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|---------------|-------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|
| Matthias Opel | QMB | 09546 88 222 | 09546 88 200 | m.opel@gkg-bamberg.de |

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

| Name | Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Telefon | Fax | E-Mail |
|--------------|-------------------------------|--------------|-----|--------------------------------------|
| Margit Selig | Patientenfürsprecherin | 09546 88 277 | | patientensprecher.swk@gkg-bamberg.de |

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? ja – Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Name | Michael Zachert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Telefon | 09546 88 210 |
| Fax | 09546 88 201 |
| E-Mail | m.zachert@gkg-bamberg.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|-----------------------|
| Anzahl Apotheker | 2 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 5 |
| Kommentar/ Erläuterung | über externe Apotheke |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation

- Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

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

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|--|---------------------------------|--|
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | | |
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) | | |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung) | Entlassmanagement 2023-03-24 | Medikationsprozess ist im Krankenhausinformationssystem integriert |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|--|--|-----------------------|
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | DA zur Verordnung und Ausgabe von Medikamenten 2023-04-26 | |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware) | | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | ☑ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal ☑ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen | z. B. bei Zytostatika |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | ☑ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) ☑ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Software mit Freigabe- und Plausibilitätsprüfung | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | ☑ Fallbesprechungen ☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung ☑ Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) | |

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|---|---|-------------|
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten | |

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

ja

In der zentralen Notaufnahmen werden Mitarbeiter zu Vorgehensweisen bei Missbrauch und Gewalt sensibilisiert

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Ja

| Nr. | Instrument / Maßnahme | Zusatzangaben | Erläuterung |
|------|------------------------------------|---------------|-------------|
| SK01 | Informationsgewinnung zur Thematik | | |

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------------|------|---|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA (X) | | Ja | |
| AA08 | Computertomograph (CT) (X) | | Ja | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | | Ja | |
| AA21 | Lithotripter (ESWL) | | Nein | |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT) (X) | | Ja | in Betriebsstätte Juraklinik Scheßlitz in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen |
| AA50 | Kapselendoskop | | Nein | über das Medizinische Versorgungszentrum Burgebrach |
| AA57 | Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren | | Ja | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | | Nein | |

| Nr. | Vorhandene Geräte | Umgangssprachliche Bezeichnung | 24h | Kommentar / Erläuterung |
|------|------------------------|--------------------------------|-----|-------------------------|
| AA72 | 3D-Laparoskopie-System | | Ja | |

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet.

| Notfallstufe des Krankenhauses | Umstand der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe | Modul der speziellen Notfallversorgung |
|--------------------------------|---|--|
| Stufe 1 | Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe | |

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausesplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Innere Medizin

Angaben zur Fachabteilung

| | |
|---|--|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Innere Medizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103) ◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107) |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Sören Maaß |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt |
| Telefon | 09546 / 88 - 240 |
| Fax | 09546 / 88 - 203 |
| E-Mail | s.maass@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Markus Hoffmann |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Kardiologie / In Kooperation mit der Kardiologie der Medizinischen Klinik 2 des Universitätsklinikums Erlangen |
| Telefon | 09546 / 88 - 250 |
| Fax | 09546 / 88 - 259 |
| E-Mail | m.hoffmann@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| | |
|---|--|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Kommentar/Erläuterung | |

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VC05 | Schrittmachereingriffe | |
| VC06 | Defibrillatoreingriffe | |
| VC10 | Eingriffe am Perikard | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VD02 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assozierten 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 | |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen | |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | |
| VD11 | Spezialsprechstunde | |
| VD17 | Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen | |
| VD19 | Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie) | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VH01 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres | |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres | |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie | |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege | |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege | |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen | |
| VH12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege | |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von 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 | |
| VH18 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich | |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge | |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen | |
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | z. B. Herzkatheter |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|--------------------------------|
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VI21 | Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI35 | Endoskopie | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns | |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| 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 der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| VP00 | Alkoholentgiftungstherapien (offener Entzug) | |
| 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 | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR06 | Endosonographie | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren | |
| VR14 | Optische laserbasierte Verfahren | |
| VR15 | Arteriographie | |
| VR16 | Phlebographie | |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologien |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologien |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologien |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2970 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|------------------------|
| I50 | 231 | Herzinsuffizienz |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| I48 | 202 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern |
| I25 | 198 | Chronische ischämische Herzkrankheit |
| I20 | 189 | Angina pectoris |
| I10 | 133 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| K29 | 118 | Gastritis und Duodenitis |
| J44 | 103 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit |
| J18 | 95 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet |
| E86 | 94 | Volumenmangel |
| I21 | 76 | Akuter Myokardinfarkt |
| R55 | 72 | Synkope und Kollaps |
| A09 | 59 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| R07 | 57 | Hals- und Brustschmerzen |
| I11 | 56 | Hypertensive Herzkrankheit |
| K59 | 56 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| J20 | 55 | Akute Bronchitis |
| K57 | 44 | Divertikelkrankheit des Darmes |
| F10 | 40 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| J12 | 39 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert |
| D12 | 38 | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus |
| K92 | 38 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems |
| N39 | 38 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| T78 | 33 | Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert |
| I47 | 29 | Paroxysmale Tachykardie |
| J06 | 25 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege |
| N13 | 25 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| I26 | 19 | Lungenembolie |
| I49 | 18 | Sonstige kardiale Arrhythmien |
| R42 | 18 | Schwindel und Taumel |
| B99 | 17 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| R10 | 17 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| R06 | 16 | Störungen der Atmung |
| D50 | 15 | Eisenmangelanämie |
| K64 | 15 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose |
| K80 | 15 | Cholelithiasis |
| A08 | 14 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen |
| E11 | 14 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| J10 | 14 | Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren |
| Z45 | 13 | Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes |
| H81 | 12 | Störungen der Vestibularfunktion |
| J22 | 12 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet |
| K22 | 12 | Sonstige Krankheiten des Ösophagus |
| K26 | 12 | Ulcus duodeni |
| K52 | 12 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| M54 | 12 | Rückenschmerzen |
| J15 | 11 | Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert |
| J45 | 11 | Asthma bronchiale |
| K25 | 11 | Ulcus ventriculi |
| D64 | 10 | Sonstige Anämien |
| I95 | 10 | Hypotonie |
| J69 | 10 | Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| F45 | 9 | Somatoforme Störungen |
| I42 | 9 | Kardiomyopathie |
| K21 | 9 | Gastroösophageale Refluxkrankheit |
| K31 | 9 | Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums |
| K50 | 9 | Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn] |
| K70 | 9 | Alkoholische Leberkrankheit |
| A49 | 8 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| K56 | 8 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| K85 | 8 | Akute Pankreatitis |
| R05 | 8 | Husten |
| R40 | 8 | Somnolenz, Sopor und Koma |
| A04 | 7 | Sonstige bakterielle Darminfektionen |
| I44 | 7 | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock |
| I63 | 7 | Hirnfarkt |
| N20 | 7 | Nieren- und Ureterstein |
| E87 | 6 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts |
| I35 | 6 | Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten |
| K55 | 6 | Gefäßkrankheiten des Darmes |
| M79 | 6 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| R09 | 6 | Sonstige Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen |
| Z09 | 6 | Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen |
| C61 | 5 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| I31 | 5 | Sonstige Krankheiten des Perikards |
| I34 | 5 | Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten |
| J90 | 5 | Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert |
| J93 | 5 | Pneumothorax |
| N10 | 5 | Akute tubulointerstitielle Nephritis |
| N17 | 5 | Akutes Nierenversagen |
| N18 | 5 | Chronische Nierenkrankheit |
| R00 | 5 | Störungen des Herzschlages |
| R33 | 5 | Harnverhaltung |
| R63 | 5 | Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen |
| R85 | 5 | Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Verdauungsorganen und Bauchhöhle |
| A41 | 4 | Sonstige Sepsis |
| B02 | 4 | Zoster [Herpes zoster] |
| B37 | 4 | Kandidose |
| D46 | 4 | Myelodysplastische Syndrome |
| D61 | 4 | Sonstige aplastische Anämien |
| E10 | 4 | Diabetes mellitus, Typ 1 |
| I51 | 4 | Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit |
| I83 | 4 | Varizen der unteren Extremitäten |
| J84 | 4 | Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten |
| L03 | 4 | Phlegmone |
| Q21 | 4 | Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten |
| R04 | 4 | Blutung aus den Atemwegen |
| R11 | 4 | Übelkeit und Erbrechen |
| C25 | < 4 | Bösartige Neubildung des Pankreas |
| D51 | < 4 | Vitamin-B12-Mangelanämie |
| G40 | < 4 | Epilepsie |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| I27 | < 4 | Sonstige pulmonale Herzkrankheiten |
| I33 | < 4 | Akute und subakute Endokarditis |
| I40 | < 4 | Akute Myokarditis |
| I64 | < 4 | Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet |
| I89 | < 4 | Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten |
| J16 | < 4 | Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert |
| K51 | < 4 | Colitis ulcerosa |
| L08 | < 4 | Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut |
| N30 | < 4 | Zystitis |
| R18 | < 4 | Aszites |
| R31 | < 4 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie |
| R51 | < 4 | Kopfschmerz |
| R53 | < 4 | Unwohlsein und Ermüdung |
| S06 | < 4 | Intrakranielle Verletzung |
| T75 | < 4 | Schäden durch sonstige äußere Ursachen |
| A16 | < 4 | Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert |
| A46 | < 4 | Erysipel [Wundrose] |
| C15 | < 4 | Bösartige Neubildung des Ösophagus |
| C20 | < 4 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| C24 | < 4 | Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege |
| C34 | < 4 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge |
| C50 | < 4 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] |
| C91 | < 4 | Lymphatische Leukämie |
| D70 | < 4 | Agranulozytose und Neutropenie |
| F12 | < 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide |
| F33 | < 4 | Rezidivierende depressive Störung |
| I67 | < 4 | Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten |
| I70 | < 4 | Atherosklerose |
| J01 | < 4 | Akute Sinusitis |
| J40 | < 4 | Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet |
| K20 | < 4 | Ösophagitis |
| K63 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Darmes |
| K74 | < 4 | Fibrose und Zirrhose der Leber |
| K83 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Gallenwege |
| K91 | < 4 | Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| M02 | < 4 | Reaktive Arthritiden |
| M05 | < 4 | Seropositive chronische Polyarthritiden |
| M10 | < 4 | Gicht |
| M35 | < 4 | Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes |
| M47 | < 4 | Spondylose |
| R13 | < 4 | Dysphagie |
| R17 | < 4 | Hyperbilirubinämie, mit oder ohne Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert |
| R20 | < 4 | Sensibilitätsstörungen der Haut |
| R50 | < 4 | Fieber sonstiger und unbekannter Ursache |
| R60 | < 4 | Ödem, anderenorts nicht klassifiziert |
| S32 | < 4 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S72 | < 4 | Fraktur des Femurs |
| T17 | < 4 | Fremdkörper in den Atemwegen |
| T18 | < 4 | Fremdkörper im Verdauungstrakt |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| T45 | < 4 | Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert |
| T65 | < 4 | Toxische Wirkung sonstiger und nicht näher bezeichneter Substanzen |
| T67 | < 4 | Schäden durch Hitze und Sonnenlicht |
| T82 | < 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T88 | < 4 | Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert |
| A15 | < 4 | Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert |
| A26 | < 4 | Erysipeloid |
| A48 | < 4 | Sonstige bakterielle Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| A51 | < 4 | Frühsyphilis |
| A69 | < 4 | Sonstige Spirochäteninfektionen |
| A92 | < 4 | Sonstige durch Moskitos [Stechmücken] übertragene Viruskrankheiten |
| A98 | < 4 | Sonstige hämorrhagische Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| B00 | < 4 | Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex] |
| B27 | < 4 | Infektiöse Mononukleose |
| B36 | < 4 | Sonstige oberflächliche Mykosen |
| C18 | < 4 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| C40 | < 4 | Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten |
| C56 | < 4 | Bösartige Neubildung des Ovars |
| C67 | < 4 | Bösartige Neubildung der Harnblase |
| C78 | < 4 | Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane |
| C79 | < 4 | Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |
| C80 | < 4 | Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation |
| C90 | < 4 | Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen |
| C92 | < 4 | Myeloische Leukämie |
| D01 | < 4 | Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane |
| D13 | < 4 | Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems |
| D37 | < 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane |
| D48 | < 4 | Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen |
| D52 | < 4 | Folsäure-Mangelanämie |
| D59 | < 4 | Erworbene hämolytische Anämien |
| E05 | < 4 | Hyperthyreose [Thyreotoxikose] |
| E53 | < 4 | Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes |
| E85 | < 4 | Amyloidose |
| E88 | < 4 | Sonstige Stoffwechselstörungen |
| F11 | < 4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide |
| F32 | < 4 | Depressive Episode |
| F41 | < 4 | Andere Angststörungen |
| F91 | < 4 | Störungen des Sozialverhaltens |
| G43 | < 4 | Migräne |
| G44 | < 4 | Sonstige Kopfschmerzsyndrome |
| G45 | < 4 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome |
| G61 | < 4 | Polyneuritis |
| G71 | < 4 | Primäre Myopathien |
| H70 | < 4 | Mastoiditis und verwandte Zustände |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| I13 | < 4 | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit |
| I30 | < 4 | Akute Perikarditis |
| I45 | < 4 | Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen |
| I46 | < 4 | Herzstillstand |
| I61 | < 4 | Intrazerebrale Blutung |
| I71 | < 4 | Aortenaneurysma und -dissektion |
| J00 | < 4 | Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen] |
| J03 | < 4 | Akute Tonsillitis |
| J11 | < 4 | Grippe, Viren nicht nachgewiesen |
| J13 | < 4 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae |
| J14 | < 4 | Pneumonie durch Haemophilus influenzae |
| J38 | < 4 | Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert |
| J86 | < 4 | Pyothorax |
| J96 | < 4 | Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert |
| K04 | < 4 | Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes |
| K06 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Gingiva und des zahnlosen Alveolarkammes |
| K30 | < 4 | Funktionelle Dyspepsie |
| K43 | < 4 | Hernia ventralis |
| K75 | < 4 | Sonstige entzündliche Leberkrankheiten |
| L02 | < 4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| L23 | < 4 | Allergische Kontaktdermatitis |
| L50 | < 4 | Urtikaria |
| L89 | < 4 | Dekubitalgeschwür und Druckzone |
| M17 | < 4 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M32 | < 4 | Systemischer Lupus erythematodes |
| N15 | < 4 | Sonstige tubulointerstitielle Nierenkrankheiten |
| N23 | < 4 | Nicht näher bezeichnete Nierenkolik |
| N40 | < 4 | Prostatahyperplasie |
| N50 | < 4 | Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane |
| N81 | < 4 | Genitalprolaps bei der Frau |
| Q23 | < 4 | Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe |
| R19 | < 4 | Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R26 | < 4 | Störungen des Ganges und der Mobilität |
| R46 | < 4 | Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen |
| R56 | < 4 | Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert |
| R57 | < 4 | Schock, anderenorts nicht klassifiziert |
| R59 | < 4 | Lymphknotenvergrößerung |
| R93 | < 4 | Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Körperstrukturen |
| S27 | < 4 | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe |
| S50 | < 4 | Oberflächliche Verletzung des Unterarmes |
| S82 | < 4 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| T80 | < 4 | Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken |
| T83 | < 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt |
| T84 | < 4 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| T85 | < 4 | Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate |
| Z08 | < 4 | Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung |

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 9-984 | 830 | Pflegebedürftigkeit |
| 1-275 | 669 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung |
| 8-837 | 620 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
| 1-632 | 456 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 3-200 | 437 | Native Computertomographie des Schädels |
| 8-83b | 384 | Zusatzinformationen zu Materialien |
| 3-222 | 323 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 1-710 | 315 | Ganzkörperplethysmographie |
| 8-930 | 298 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-052 | 296 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-225 | 288 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 1-440 | 271 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 1-650 | 267 | Diagnostische Koloskopie |
| 8-640 | 210 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus |
| 8-98g | 190 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 8-800 | 178 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 3-202 | 167 | Native Computertomographie des Thorax |
| 1-279 | 146 | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen |
| 8-561 | 145 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 1-266 | 117 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt |
| 3-990 | 100 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 8-83c | 97 | Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention |
| 8-831 | 95 | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße |
| 5-452 | 80 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 8-810 | 72 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 5-469 | 68 | Andere Operationen am Darm |
| 3-031 | 66 | Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie |
| 1-444 | 64 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 3-035 | 62 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 3-207 | 62 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 1-653 | 55 | Diagnostische Proktoskopie |
| 8-706 | 51 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 1-273 | 42 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung |
| 8-179 | 40 | Andere therapeutische Spülungen |
| 3-203 | 37 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-824 | 37 | Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel |
| 1-791 | 34 | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| 8-701 | 33 | Einfache endotracheale Intubation |
| 3-825 | 32 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 5-513 | 27 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen |
| 1-620 | 25 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 8-152 | 25 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 1-844 | 24 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 5-377 | 24 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders |
| 1-900 | 23 | Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik |
| 3-220 | 23 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 8-713 | 20 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 5-493 | 19 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 1-654 | 17 | Diagnostische Rektoskopie |
| 8-132 | 17 | Manipulationen an der Harnblase |
| 8-812 | 17 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 8-771 | 16 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 1-497 | 15 | Transvenöse oder transarterielle Biopsie |
| 1-631 | 15 | Diagnostische Ösophagogastroskopie |
| 3-843 | 15 | Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP] |
| 5-378 | 15 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators |
| 8-83d | 15 | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
| 8-900 | 15 | Intravenöse Anästhesie |
| 3-820 | 14 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel |
| 5-900 | 13 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 8-133 | 13 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters |
| 8-144 | 13 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 8-718 | 13 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung |
| 8-982 | 13 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 1-242 | 12 | Audiometrie |
| 1-610 | 12 | Diagnostische Laryngoskopie |
| 1-611 | 12 | Diagnostische Pharyngoskopie |
| 1-642 | 12 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege |
| 1-651 | 12 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 1-712 | 11 | Spiroergometrie |
| 1-853 | 11 | Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle |
| 3-206 | 11 | Native Computertomographie des Beckens |
| 5-449 | 11 | Andere Operationen am Magen |
| 8-153 | 11 | Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle |
| 1-612 | 10 | Diagnostische Rhinoskopie |
| 3-205 | 10 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 1-207 | 9 | Elektroenzephalographie [EEG] |
| 6-002 | 9 | Applikation von Medikamenten, Liste 2 |
| 8-500 | 9 | Tamponade einer Nasenblutung |
| 8-854 | 9 | Hämodialyse |
| 1-20a | 8 | Andere neurophysiologische Untersuchungen |
| 1-630 | 8 | Diagnostische Ösophagoskopie |
| 1-760 | 8 | Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung |
| 3-13b | 8 | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) |
| 5-482 | 8 | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums |
| 8-700 | 8 | Offenhalten der oberen Atemwege |
| 1-711 | 7 | Bestimmung der CO-Diffusionskapazität |
| 1-717 | 7 | Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials |
| 3-055 | 7 | Endosonographie der Gallenwege und der Leber |
| 3-221 | 7 | Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 5-572 | 7 | Zystostomie |
| 3-228 | 6 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 1-208 | 5 | Registrierung evozierter Potenziale |
| 5-934 | 5 | Verwendung von MRT-fähigem Material |
| 1-842 | 4 | Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese] |
| 3-828 | 4 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 5-489 | 4 | Andere Operation am Rektum |
| 6-004 | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 4 |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 8-192 | 4 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde |
| 8-987 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 3-201 | < 4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-800 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels |
| 3-823 | < 4 | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-82a | < 4 | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-388 | < 4 | Naht von Blutgefäßen |
| 5-451 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes |
| 5-526 | < 4 | Endoskopische Operationen am Pankreasgang |
| 5-892 | < 4 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 8-148 | < 4 | Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben |
| 1-424 | < 4 | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark |
| 1-445 | < 4 | Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt |
| 1-652 | < 4 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma |
| 1-790 | < 4 | Polysomnographie |
| 3-053 | < 4 | Endosonographie des Magens |
| 3-054 | < 4 | Endosonographie des Duodenums |
| 3-701 | < 4 | Szintigraphie der Schilddrüse |
| 3-703 | < 4 | Szintigraphie der Lunge |
| 3-802 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 3-803 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Herzens |
| 3-804 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens |
| 5-311 | < 4 | Temporäre Tracheostomie |
| 5-431 | < 4 | Gastrostomie |
| 6-001 | < 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 1 |
| 6-007 | < 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 7 |
| 8-020 | < 4 | Therapeutische Injektion |
| 8-123 | < 4 | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters |
| 8-550 | < 4 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung |
| 8-914 | < 4 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie |
| 8-932 | < 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 8-98h | < 4 | Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst |
| 1-276 | < 4 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme |
| 1-316 | < 4 | pH-Metrie des Ösophagus |
| 1-415 | < 4 | Biopsie ohne Inzision an der Gesichtshaut |
| 1-690 | < 4 | Diagnostische Bronchoskopie und Tracheoskopie durch Inzision und intraoperativ |
| 3-030 | < 4 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel |
| 3-051 | < 4 | Endosonographie des Ösophagus |
| 3-056 | < 4 | Endosonographie des Pankreas |
| 3-224 | < 4 | Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel |
| 3-602 | < 4 | Arteriographie des Aortenbogens |
| 3-806 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-821 | < 4 | Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel |
| 3-826 | < 4 | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 3-994 | < 4 | Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik |
| 5-210 | < 4 | Operative Behandlung einer Nasenblutung |
| 5-380 | < 4 | Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen |
| 5-399 | < 4 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-433 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-541 | < 4 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 5-711 | < 4 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) |
| 5-98c | < 4 | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme |
| 6-005 | < 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 5 |
| 6-006 | < 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 6 |
| 8-011 | < 4 | Intrathekale und intraventrikuläre Applikation von Medikamenten durch Medikamentenpumpen |
| 8-100 | < 4 | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie |
| 8-101 | < 4 | Fremdkörperentfernung ohne Inzision |
| 8-125 | < 4 | Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde |
| 8-158 | < 4 | Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes |
| 8-159 | < 4 | Andere therapeutische perkutane Punktion |
| 8-541 | < 4 | Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren |
| 8-542 | < 4 | Nicht komplexe Chemotherapie |
| 8-607 | < 4 | Hypothermiebehandlung |
| 8-642 | < 4 | Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus |
| 8-836 | < 4 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention |
| 8-839 | < 4 | Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße |

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebote Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | | |

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|---|
| 1-650 | 465 | Diagnostische Koloskopie |
| 1-275 | 176 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung |
| 1-444 | 162 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 5-452 | 37 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 1-279 | 4 | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen |
| 5-377 | < 4 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders |
| 5-378 | < 4 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators |
| 8-123 | < 4 | Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters |

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 18,69 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,19 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 15,50 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 18,69 |
| Fälle je VK/Person | 158,90850 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 7,30 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,78 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,52 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 7,30 |
| Fälle je VK/Person | 406,84931 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie | |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 31,28 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 5,39 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 25,89 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 31,28 |
| Fälle je VK/Person | 94,94884 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|--|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,02 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |

| | |
|---|------------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,02 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,02 |
| Fälle je VK/Person | 2911,76470 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,38 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,38 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,38 |
| Fälle je VK/Person | 7815,78947 |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | | |
|---|------------|-----------------------------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,36 | inkl. 0,5 Altenpflegehelfer |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,36 | |
| Ambulante Versorgung | 0,00 | |
| Stationäre Versorgung | 2,36 | |
| Fälle je VK/Person | 1258,47457 | |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,93 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,82 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,11 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,93 |
| Fälle je VK/Person | 1538,86010 |

Medizinische Fachangestellte

| | | |
|--|------------|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,63 | |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 | |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,63 | |
| Ambulante Versorgung | 0,00 | |
| Stationäre Versorgung | 1,63 | |
| Fälle je VK/Person | 1822,08588 | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | | 38,50 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ02 | Diplom | |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|--------------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ12 | Notfallpflege | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP08 | Kinästhetik | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |

B-[2].1 Allgemeine Chirurgie

Angaben zur Fachabteilung

| | |
|---|--|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Allgemeine Chirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie (1516) ◦ Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie (1518) ◦ Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie (1523) ◦ Wirbelsäulenchirurgie (3755) ◦ Visceralchirurgie (3757) |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Michael Zachert |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt |
| Telefon | 09546 / 88 - 210 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | m.zachert@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Christoph Rösch |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Schwerpunkt Phlebologie |
| Telefon | 09546 / 88 - 210 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | c.roesch@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Michael Stahl |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Schwerpunkt Unfallchirurgie |
| Telefon | 09546 / 88 - 210 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | m.stahl@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Name | Dr. med. Franz Ertl |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Schwerpunkt Orthopädie |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|----------------------|---|
| Telefon | 09546 / 88 - 210 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | f.ertl@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Steffen Amend |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie |
| Telefon | 09546 / 88 - 210 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | s.amend@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ja
 Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die
 Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V
 Kommentar/Erläuterung

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein) |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | z. B. Schilddrüsenchirurgie |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | z. B. Vertebroplastie, Kyphoplastie |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | z. B. CTS, Sulcus ulnaris |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | z. B. Karpaltunnelsyndrom, Sulcus-Ulnaris-Syndrom |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | BG-Sprechstunde, orthopädische und unfallchirurgische Sprechstunde |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | Bandscheiben / Spinalkanalstenosen |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | z. B. Schulter, Knie, Sprunggelenk |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | Tracheotomie |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|---|
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| VC71 | Notfallmedizin | Thorax-Drainagen |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde | z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen |
| VD12 | Dermatochirurgie | z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | VAC-Therapie |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |
| VI20 | Intensivmedizin | interdisziplinäre Intensivstation |
| VK00 | angeborene Leistenhernien | |
| VK32 | Kindertraumatologie | |
| VN00 | Knorpelrekonstruktionen, Achskorrekturen | |
| VN23 | Schmerztherapie | in Kooperation mit dem MVZ Burgebrach |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | Umstellungsosteotomien |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| 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 | |
| VO14 | Endoprothetik | z. B. Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen |
| VO15 | Fußchirurgie | z. B. Vorfußkorrekturen, Hallux valgus, Hammerzehe |
| VO16 | Handchirurgie | z. B. CTS, schnellende Finger, Dupuytren |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | z. B. Endoprothetik, Rotatorenmanschette |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | z. B. Kreuzband, Meniskus, Knorpeltherapie |
| VO21 | Traumatologie | z. B. Bandverletzungen, Meniskus |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR06 | Endosonographie | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | |
| VR15 | Arteriographie | |

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen |
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | in Kooperation mit einem niedergelassenen Radiologen |

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2322 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| M17 | 303 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] |
| M16 | 275 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] |
| K40 | 225 | Hernia inguinalis |
| S06 | 199 | Intrakranielle Verletzung |
| K80 | 108 | Cholelithiasis |
| I83 | 86 | Varizen der unteren Extremitäten |
| K57 | 70 | Divertikelkrankheit des Darmes |
| M51 | 62 | Sonstige Bandscheibenschäden |
| M48 | 59 | Sonstige Spondylopathien |
| M54 | 56 | Rückenschmerzen |
| K35 | 46 | Akute Appendizitis |
| S72 | 43 | Fraktur des Femurs |
| T84 | 43 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate |
| K43 | 41 | Hernia ventralis |
| R10 | 35 | Bauch- und Beckenschmerzen |
| S82 | 31 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| S42 | 30 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes |
| K64 | 29 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose |
| A46 | 27 | Erysipel [Wundrose] |
| S32 | 27 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens |
| S22 | 26 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule |
| K56 | 24 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie |
| S52 | 23 | Fraktur des Unterarmes |
| T81 | 21 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert |
| E04 | 20 | Sonstige nichttoxische Struma |
| C20 | 19 | Bösartige Neubildung des Rektums |
| L03 | 17 | Phlegmone |
| L02 | 15 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel |
| K59 | 14 | Sonstige funktionelle Darmstörungen |
| S76 | 12 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels |
| S80 | 12 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels |
| C18 | 10 | Bösartige Neubildung des Kolons |
| K42 | 10 | Hernia umbilicalis |
| M47 | 9 | Spondylose |
| I70 | 8 | Atherosklerose |
| K60 | 8 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion |
| N62 | 8 | Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse] |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| S13 | 8 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe |
| S30 | 8 | Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S70 | 8 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels |
| E11 | 7 | Diabetes mellitus, Typ 2 |
| M25 | 7 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert |
| S92 | 7 | Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk] |
| A09 | 6 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs |
| D34 | 6 | Gutartige Neubildung der Schilddrüse |
| K81 | 6 | Cholezystitis |
| L05 | 6 | Pilonidalzyste |
| B02 | 5 | Zoster [Herpes zoster] |
| F45 | 5 | Somatoforme Störungen |
| K61 | 5 | Abszess in der Anal- und Rektalregion |
| K66 | 5 | Sonstige Krankheiten des Peritoneums |
| S83 | 5 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes |
| G62 | 4 | Sonstige Polyneuropathien |
| K44 | 4 | Hernia diaphragmatica |
| L98 | 4 | Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert |
| M46 | 4 | Sonstige entzündliche Spondylopathien |
| M50 | 4 | Zervikale Bandscheibenschäden |
| M79 | 4 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert |
| N13 | 4 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie |
| N20 | 4 | Nieren- und Ureterstein |
| S02 | 4 | Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen |
| S20 | 4 | Oberflächliche Verletzung des Thorax |
| C73 | < 4 | Bösartige Neubildung der Schilddrüse |
| D12 | < 4 | Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus |
| K21 | < 4 | Gastroösophageale Refluxkrankheit |
| K50 | < 4 | Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn] |
| L89 | < 4 | Dekubitalgeschwür und Druckzone |
| M43 | < 4 | Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens |
| M87 | < 4 | Knochennekrose |
| A08 | < 4 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen |
| C16 | < 4 | Bösartige Neubildung des Magens |
| C21 | < 4 | Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals |
| E05 | < 4 | Hyperthyreose [Thyreotoxikose] |
| G90 | < 4 | Krankheiten des autonomen Nervensystems |
| I71 | < 4 | Aortenaneurysma und -dissektion |
| I89 | < 4 | Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten |
| K26 | < 4 | Ulcus duodeni |
| K29 | < 4 | Gastritis und Duodenitis |
| K31 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum |
| K55 | < 4 | Gefäßkrankheiten des Darmes |
| K63 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Darmes |
| K65 | < 4 | Peritonitis |
| L30 | < 4 | Sonstige Dermatitis |
| M00 | < 4 | Eitrige Arthritis |
| M23 | < 4 | Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] |
| M65 | < 4 | Synovitis und Tenosynovitis |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| M70 | < 4 | Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck |
| M71 | < 4 | Sonstige Bursopathien |
| M72 | < 4 | Fibromatosen |
| N39 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems |
| N83 | < 4 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri |
| R52 | < 4 | Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert |
| S36 | < 4 | Verletzung von intraabdominalen Organen |
| S43 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels |
| S53 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens |
| S81 | < 4 | Offene Wunde des Unterschenkels |
| S93 | < 4 | Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes |
| T85 | < 4 | Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate |
| A04 | < 4 | Sonstige bakterielle Darminfektionen |
| A49 | < 4 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| B99 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten |
| C19 | < 4 | Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang |
| C57 | < 4 | Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane |
| C61 | < 4 | Bösartige Neubildung der Prostata |
| C78 | < 4 | Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane |
| C85 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms |
| D25 | < 4 | Leiomyom des Uterus |
| G95 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Rückenmarkes |
| I10 | < 4 | Essentielle (primäre) Hypertonie |
| I20 | < 4 | Angina pectoris |
| I87 | < 4 | Sonstige Venenkrankheiten |
| J98 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Atemwege |
| K25 | < 4 | Ulcus ventriculi |
| K36 | < 4 | Sonstige Appendizitis |
| K45 | < 4 | Sonstige abdominale Hernien |
| K52 | < 4 | Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis |
| K62 | < 4 | Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums |
| K70 | < 4 | Alkoholische Leberkrankheit |
| K76 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Leber |
| K82 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Gallenblase |
| K83 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Gallenwege |
| K85 | < 4 | Akute Pankreatitis |
| K91 | < 4 | Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert |
| L90 | < 4 | Atrophische Hautkrankheiten |
| L97 | < 4 | Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert |
| M13 | < 4 | Sonstige Arthritis |
| M22 | < 4 | Krankheiten der Patella |
| M42 | < 4 | Osteochondrose der Wirbelsäule |
| M80 | < 4 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur |
| N23 | < 4 | Nicht näher bezeichnete Nierenkolik |
| N28 | < 4 | Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert |
| N43 | < 4 | Hydrozele und Spermatozele |

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|---|
| N49 | < 4 | Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert |
| N61 | < 4 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] |
| N76 | < 4 | Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva |
| N80 | < 4 | Endometriose |
| Q83 | < 4 | Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse] |
| R02 | < 4 | Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert |
| R19 | < 4 | Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen |
| R51 | < 4 | Kopfschmerz |
| R74 | < 4 | Abnorme Serumenzymwerte |
| S00 | < 4 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes |
| S01 | < 4 | Offene Wunde des Kopfes |
| S27 | < 4 | Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe |
| S35 | < 4 | Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S39 | < 4 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens |
| S40 | < 4 | Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes |
| S41 | < 4 | Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes |
| S51 | < 4 | Offene Wunde des Unterarmes |
| S66 | < 4 | Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand |
| S71 | < 4 | Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels |
| T18 | < 4 | Fremdkörper im Verdauungstrakt |
| T21 | < 4 | Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes |
| T24 | < 4 | Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß |
| T82 | < 4 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen |
| T87 | < 4 | Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind |

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|---|
| 8-561 | 787 | Funktionsorientierte physikalische Therapie |
| 8-925 | 621 | Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring |
| 9-984 | 355 | Pflegebedürftigkeit |
| 5-822 | 331 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-820 | 300 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-932 | 275 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 3-200 | 261 | Native Computertomographie des Schädels |
| 5-530 | 244 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 5-032 | 215 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis |
| 3-225 | 207 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 8-930 | 153 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes |
| 3-203 | 144 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 5-900 | 141 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 5-800 | 134 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes |
| 5-511 | 119 | Cholezystektomie |
| 5-839 | 119 | Andere Operationen an der Wirbelsäule |
| 8-831 | 119 | Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße |
| 5-385 | 113 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-984 | 104 | Mikrochirurgische Technik |
| 5-98c | 102 | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme |
| 3-205 | 101 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 5-831 | 92 | Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 5-916 | 88 | Temporäre Weichteildeckung |
| 5-859 | 80 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 5-469 | 76 | Andere Operationen am Darm |
| 8-190 | 63 | Spezielle Verbandstechniken |
| 8-800 | 63 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat |
| 8-915 | 63 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie |
| 5-455 | 52 | Partielle Resektion des Dickdarmes |
| 5-470 | 50 | Appendektomie |
| 5-790 | 50 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-534 | 49 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5-794 | 49 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 3-990 | 43 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| 3-206 | 42 | Native Computertomographie des Beckens |
| 3-222 | 42 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel |
| 5-829 | 42 | Andere gelenkplastische Eingriffe |
| 5-536 | 40 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 5-823 | 40 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk |
| 5-896 | 40 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 1-650 | 34 | Diagnostische Koloskopie |
| 5-832 | 34 | Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 5-069 | 31 | Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen |
| 5-493 | 30 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 8-192 | 30 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde |
| 5-892 | 29 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut |
| 3-207 | 28 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 8-810 | 28 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 8-910 | 28 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie |
| 5-821 | 27 | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk |
| 5-061 | 23 | Hemithyreoidektomie |
| 8-98g | 19 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 5-802 | 18 | Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes |
| 8-812 | 18 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen |
| 5-793 | 17 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 1-620 | 16 | Diagnostische Tracheobronchoskopie |
| 1-654 | 16 | Diagnostische Rektoskopie |
| 5-490 | 16 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 5-894 | 16 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 1-632 | 15 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 3-823 | 14 | Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 8-179 | 14 | Andere therapeutische Spülungen |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 1-694 | 13 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 5-83b | 13 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule |
| 3-802 | 12 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark |
| 8-201 | 12 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |
| 8-701 | 12 | Einfache endotracheale Intubation |
| 5-039 | 11 | Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen |
| 5-484 | 11 | Rektumresektion unter Sphinktererhaltung |
| 5-572 | 11 | Zystostomie |
| 5-869 | 11 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen |
| 5-895 | 11 | Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 5-934 | 11 | Verwendung von MRT-fähigem Material |
| 1-444 | 10 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt |
| 5-535 | 10 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 5-541 | 10 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums |
| 3-202 | 9 | Native Computertomographie des Thorax |
| 5-542 | 9 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand |
| 5-033 | 8 | Inzision des Spinalkanals |
| 5-465 | 8 | Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas |
| 5-467 | 8 | Andere Rekonstruktion des Darmes |
| 5-784 | 8 | Knochentransplantation und -transposition |
| 5-787 | 8 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-884 | 8 | Mammareduktionsplastik |
| 5-985 | 8 | Lasertechnik |
| 8-178 | 8 | Therapeutische Spülung eines Gelenkes |
| 8-191 | 8 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen |
| 8-706 | 8 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung |
| 1-440 | 7 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 5-035 | 7 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute |
| 5-036 | 7 | Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkshäuten |
| 5-454 | 7 | Resektion des Dünndarmes |
| 5-460 | 7 | Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff |
| 5-491 | 7 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 5-792 | 7 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-902 | 7 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle |
| 1-900 | 6 | Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik |
| 3-035 | 6 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung |
| 5-062 | 6 | Andere partielle Schilddrüsenresektion |
| 5-399 | 6 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-462 | 6 | Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffs |
| 5-492 | 6 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |
| 5-539 | 6 | Verschluss anderer abdominaler Hernien |
| 5-543 | 6 | Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe |
| 5-806 | 6 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes |
| 5-850 | 6 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 8-020 | 6 | Therapeutische Injektion |
| 1-651 | 5 | Diagnostische Sigmoidoskopie |
| 3-828 | 5 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-030 | 5 | Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule |
| 5-448 | 5 | Andere Rekonstruktion am Magen |
| 5-531 | 5 | Verschluss einer Hernia femoralis |
| 5-782 | 5 | Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe |
| 5-804 | 5 | Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat |
| 5-835 | 5 | Knochenersatz an der Wirbelsäule |
| 5-836 | 5 | Spondylodese |
| 5-855 | 5 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide |
| 8-176 | 5 | Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss |
| 8-718 | 5 | Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung |
| 1-266 | 4 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt |
| 1-653 | 4 | Diagnostische Proktoskopie |
| 1-710 | 4 | Ganzkörperplethysmographie |
| 3-052 | 4 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] |
| 3-228 | 4 | Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel |
| 3-82a | 4 | Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel |
| 5-063 | 4 | Thyreoidektomie |
| 5-463 | 4 | Anlegen anderer Enterostomata |
| 5-546 | 4 | Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum |
| 5-611 | 4 | Operation einer Hydrocele testis |
| 5-811 | 4 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-824 | 4 | Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität |
| 5-983 | 4 | Reoperation |
| 6-002 | 4 | Applikation von Medikamenten, Liste 2 |
| 8-144 | 4 | Therapeutische Drainage der Pleurahöhle |
| 8-152 | 4 | Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax |
| 8-159 | 4 | Andere therapeutische perkutane Punktion |
| 8-210 | 4 | Brisement force |
| 8-700 | 4 | Offenhalten der oberen Atemwege |
| 8-987 | 4 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] |
| 1-316 | < 4 | pH-Metrie des Ösophagus |
| 1-317 | < 4 | pH-Metrie des Magens |
| 1-551 | < 4 | Biopsie an der Leber durch Inzision |
| 1-717 | < 4 | Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials |
| 1-854 | < 4 | Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels |
| 5-452 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes |
| 5-485 | < 4 | Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung |
| 5-501 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion) |
| 5-538 | < 4 | Verschluss einer Hernia diaphragmatica |
| 5-549 | < 4 | Andere Bauchoperationen |
| 5-810 | < 4 | Arthroskopische Gelenkoperation |
| 5-840 | < 4 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 5-865 | < 4 | Amputation und Exartikulation Fuß |
| 5-866 | < 4 | Revision eines Amputationsgebietes |
| 5-891 | < 4 | Inzision eines Sinus pilonidalis |
| 5-897 | < 4 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |
| 8-631 | < 4 | Neurostimulation |
| 1-844 | < 4 | Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle |
| 3-13b | < 4 | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) |
| 3-220 | < 4 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 3-805 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Beckens |
| 3-826 | < 4 | Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel |
| 5-389 | < 4 | Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen |
| 5-451 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes |
| 5-466 | < 4 | Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata |
| 5-471 | < 4 | Simultane Appendektomie |
| 5-482 | < 4 | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums |
| 5-489 | < 4 | Andere Operation am Rektum |
| 5-540 | < 4 | Inzision der Bauchwand |
| 5-780 | < 4 | Inzision am Knochen, septisch und aseptisch |
| 5-783 | < 4 | Entnahme eines Knochentransplantates |
| 5-78a | < 4 | Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese |
| 5-796 | < 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-797 | < 4 | Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus |
| 5-812 | < 4 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-830 | < 4 | Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule |
| 5-852 | < 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-854 | < 4 | Rekonstruktion von Sehnen |
| 5-913 | < 4 | Entfernung oberflächlicher Hautschichten |
| 5-921 | < 4 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen |
| 8-132 | < 4 | Manipulationen an der Harnblase |
| 8-640 | < 4 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus |
| 8-771 | < 4 | Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation |
| 8-854 | < 4 | Hämodialyse |
| 8-900 | < 4 | Intravenöse Anästhesie |
| 8-914 | < 4 | Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie |
| 8-917 | < 4 | Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie |
| 1-493 | < 4 | Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben |
| 1-586 | < 4 | Biopsie an Lymphknoten durch Inzision |
| 1-695 | < 4 | Diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ |
| 1-842 | < 4 | Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese] |
| 1-859 | < 4 | Andere diagnostische Punktion und Aspiration |
| 3-201 | < 4 | Native Computertomographie des Halses |
| 3-223 | < 4 | Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel |
| 3-611 | < 4 | Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax |
| 3-806 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems |
| 3-808 | < 4 | Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße |
| 3-825 | < 4 | Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel |
| 3-843 | < 4 | Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP] |
| 5-311 | < 4 | Temporäre Tracheostomie |
| 5-402 | < 4 | Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff |
| 5-433 | < 4 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens |
| 5-435 | < 4 | Partielle Magenresektion (2/3-Resektion) |
| 5-445 | < 4 | Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren] |
| 5-456 | < 4 | (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie |
| 5-464 | < 4 | Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma |
| 5-468 | < 4 | Intraabdominale Manipulation am Darm |
| 5-496 | < 4 | Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates |
| 5-519 | < 4 | Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen |
| 5-545 | < 4 | Verschluss von Bauchwand und Peritoneum |

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 5-569 | < 4 | Andere Operationen am Ureter |
| 5-590 | < 4 | Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe |
| 5-704 | < 4 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik |
| 5-710 | < 4 | Inzision der Vulva |
| 5-786 | < 4 | Osteosyntheseverfahren |
| 5-79a | < 4 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese |
| 5-807 | < 4 | Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke |
| 5-851 | < 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-853 | < 4 | Rekonstruktion von Muskeln |
| 5-856 | < 4 | Rekonstruktion von Faszien |
| 5-883 | < 4 | Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma |
| 5-995 | < 4 | Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) |
| 8-100 | < 4 | Fremdkörperentfernung durch Endoskopie |
| 8-133 | < 4 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters |
| 8-137 | < 4 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter] |
| 8-779 | < 4 | Andere Reanimationsmaßnahmen |
| 8-821 | < 4 | Immunadsorption und verwandte Verfahren |
| 8-836 | < 4 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention |
| 8-931 | < 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes |
| 8-932 | < 4 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes |
| 8-982 | < 4 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 8-98h | < 4 | Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst |

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | | | |
| AM08 | Notfallambulanz (24h) | | | |
| AM09 | D-Arzt- /Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | über das angeschlossene MVZ ab 2022 | | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | | |

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|---|
| 5-385 | 489 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen |
| 5-530 | 76 | Verschluss einer Hernia inguinalis |
| 5-812 | 60 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken |
| 5-534 | 52 | Verschluss einer Hernia umbilicalis |
| 5-811 | 48 | Arthroskopische Operation an der Synovialis |
| 5-787 | 34 | Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-056 | 20 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven |
| 5-490 | 17 | Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion |
| 5-493 | 16 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden |
| 8-201 | 14 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese |

| OPS-Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------|--------|--|
| 5-840 | 11 | Operationen an Sehnen der Hand |
| 5-841 | 11 | Operationen an Bändern der Hand |
| 5-897 | 11 | Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis |
| 5-859 | 10 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln |
| 5-399 | 9 | Andere Operationen an Blutgefäßen |
| 5-492 | 9 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals |
| 5-790 | 9 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese |
| 5-535 | 6 | Verschluss einer Hernia epigastrica |
| 5-788 | 6 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes |
| 5-855 | 4 | Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide |
| 5-491 | < 4 | Operative Behandlung von Analfisteln |
| 5-800 | < 4 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes |
| 5-536 | < 4 | Verschluss einer Narbenhernie |
| 5-795 | < 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-863 | < 4 | Amputation und Exartikulation Hand |
| 5-900 | < 4 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut |
| 1-694 | < 4 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) |
| 5-401 | < 4 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße |
| 5-469 | < 4 | Andere Operationen am Darm |
| 5-531 | < 4 | Verschluss einer Hernia femoralis |
| 5-612 | < 4 | Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe |
| 5-711 | < 4 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) |
| 5-793 | < 4 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 5-796 | < 4 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen |
| 5-806 | < 4 | Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes |
| 5-849 | < 4 | Andere Operationen an der Hand |
| 5-850 | < 4 | Inzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-851 | < 4 | Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-852 | < 4 | Exzision an Muskel, Sehne und Faszie |
| 5-902 | < 4 | Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle |

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden Ja

stationäre BG-Zulassung Ja

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 12,80 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 12,30 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 12,80 |
| Fälle je VK/Person | 181,40625 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 7,10 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,50 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 6,60 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 7,10 |
| Fälle je VK/Person | 327,04225 |

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie | |
| AQ07 | Gefäßchirurgie | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003) | |
| ZF31 | Phlebologie | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003) | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 17,61 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 3,13 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 14,48 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 17,61 |
| Fälle je VK/Person | 131,85689 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,08 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,08 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,08 |
| Fälle je VK/Person | 29025,00000 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,87 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,87 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,87 |
| Fälle je VK/Person | 2668,96551 |

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

| | |
|---|-------------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,05 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,05 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,05 |
| Fälle je VK/Person | 46440,00000 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,40 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,40 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,40 |
| Fälle je VK/Person | 1658,57142 |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|---|------------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,22 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,22 |
| Fälle je VK/Person | 1903,27868 |

| | |
|--|-------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |
|--|-------|

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------------|--|--------------------------------|
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst | |
| PQ12 | Notfallpflege | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ21 | Casemanagement | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |

B-[3].1 Psychosomatik/Psychotherapie

Angaben zur Fachabteilung

| | |
|---|--|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Psychosomatik/Psychotherapie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3100 |
| Art der Abteilung | Hauptabteilung |
| Weitere Fachabteilungsschlüssel | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3160) |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Christoph Lehner |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt |
| Telefon | 09546 / 88 - 510 |
| Fax | 09546 / 88 - 511 |
| E-Mail | c.lehner@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| | |
|---|--|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Kommentar/Erläuterung | |

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VP00 | Essstörungen, psychosomatische Kardiologie, Traumazentrierte Therapie, psychosomatische Diabetologie | |
| 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 | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 283 |
| Teilstationäre Fallzahl | 58 |

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

| ICD-10-GM-Ziffer | Fallzahl | Offizielle Bezeichnung |
|------------------|----------|--|
| F33 | 207 | Rezidivierende depressive Störung |
| F32 | 38 | Depressive Episode |
| F41 | 14 | Andere Angststörungen |
| F45 | 9 | Somatoforme Störungen |
| F43 | 6 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| F31 | < 4 | Bipolare affektive Störung |
| F40 | < 4 | Phobische Störungen |
| F60 | < 4 | Spezifische Persönlichkeitsstörungen |
| F25 | < 4 | Schizoaffektive Störungen |
| F42 | < 4 | Zwangsstörung |
| F44 | < 4 | Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] |

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| OPS-301 Ziffer | Anzahl | Offizielle Bezeichnung |
|----------------|--------|--|
| 9-649 | 5936 | Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen |
| 9-626 | 346 | Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-607 | 6 | Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-641 | < 4 | Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 1-440 | < 4 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas |
| 1-632 | < 4 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie |
| 1-900 | < 4 | Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik |
| 3-207 | < 4 | Native Computertomographie des Abdomens |
| 9-640 | < 4 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | | | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | | |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | | | |

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|--|-------------------------------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung | <input type="checkbox"/> Nein |

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 4,72 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 3,72 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 4,72 |
| Fälle je VK/Person | 59,95762 |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 3,22 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,22 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 3,22 |
| Fälle je VK/Person | 87,88819 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |
| AQ53 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| AQ60 | Urologie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF13 | Homöopathie (aus MWBO 2018 entfernt) | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|----------|
| Anzahl Vollkräfte | 8,31 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 2,84 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 5,47 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 8,31 |
| Fälle je VK/Person | 34,05535 |

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

| | |
|--|------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,51 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |

| | |
|---|-----------|
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,51 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,51 |
| Fälle je VK/Person | 187,41721 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,63 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,63 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,63 |
| Fälle je VK/Person | 449,20634 |

Medizinische Fachangestellte

| | |
|--|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 1,31 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 1,31 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 1,31 |
| Fälle je VK/Person | 216,03053 |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereichs | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |
| PQ12 | Notfallpflege | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| Nr. | Zusatzqualifikation | Kommentar / Erläuterung |
| ZP20 | Palliative Care | |

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,94 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,94 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,94 |
| Fälle je VK/Person | 301,06382 |

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 2,46 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 2,46 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 2,46 |
| Fälle je VK/Person | 115,04065 |

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,73 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,73 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,73 |
| Fälle je VK/Person | 387,67123 |

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,78 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,78 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,78 |
| Fälle je VK/Person | 362,82051 |

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

| | |
|---|-----------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,62 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,62 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,62 |
| Fälle je VK/Person | 456,45161 |

B-[4].1 Anästhesie und Intensivmedizin

Angaben zur Fachabteilung

| | |
|--|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Anästhesie und Intensivmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3700 |
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Thomas Eberlein |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt Anästhesie |
| Telefon | 09546 / 88 - 290 |
| Fax | 09546 / 88 - 201 |
| E-Mail | t.eberlein@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Oliver Kuckein |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leiter Intensivstation mit Zentral- und Notfallaufnahme |
| Telefon | 09546 / 88 - 251 |
| Fax | 09546 / 88 - 149 |
| E-Mail | o.kuckein@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

| | |
|---|--|
| Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| Kommentar/Erläuterung | |

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|-------------------------|
| VI00 | Palliativmedizinischer Konsiliardienst | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VX00 | alle Anästhesien | |

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar / Erläuterung | interdisziplinäre Abteilung der Chirurgie und Inneren Medizin |

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM07 | Privatambulanz | | | |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | | |

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|--|-------------------------------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung | <input type="checkbox"/> Nein |

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,71 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,58 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,13 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,71 |
| Fälle je VK/Person | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 5,71 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 1,58 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 4,13 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 5,71 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| AQ41 | Neurochirurgie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003) | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |
| Fälle je VK/Person | |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

B-[5].1 Spezielle Schmerztherapie

Angaben zur Fachabteilung

| | |
|--|--------------------------------|
| Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | Spezielle Schmerztherapie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3753 |
| Art der Abteilung | Nicht bettenführende Abteilung |

Chefärztinnen/-ärzte

| | |
|-------------------------------|---|
| Name | Dr. med. Thomas Eberlein |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Chefarzt |
| Telefon | 09546 / 88 - 341 |
| Fax | 09546 / 88 - 351 |
| E-Mail | t.eberlein@gkg-bamberg.de |
| Strasse / Hausnummer | Am Eichelberg 1 |
| PLZ / Ort | 96138 Burgebrach |
| URL | https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/ |

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ja
 Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die
 Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar/Erläuterung

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote | Kommentar / Erläuterung |
|------|--------------------------------|---|
| VX00 | Spezielle Schmerztherapie | Leistungen der Schmerztherapie werden als Teilgebiet der Chirurgie erbracht |

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

| | |
|-------------------------|--------------------------------|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Kommentar / Erläuterung | keine bettenführende Abteilung |

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz | Angebotene Leistungen | Kommentar / Erläuterung |
|------|--|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | | | |

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

| | |
|--|-------------------------------|
| Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden | <input type="checkbox"/> Nein |
| stationäre BG-Zulassung | <input type="checkbox"/> Nein |

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

| | |
|---|------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,66 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,66 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,66 |
| Fälle je VK/Person | |

davon Fachärztinnen und Fachärzte

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,66 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,66 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,66 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 40,00 |

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

| | |
|--------------------|---|
| Anzahl Personen | 0 |
| Fälle je VK/Person | |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) | Kommentar / Erläuterung |
|------|---|-------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| AQ41 | Neurochirurgie | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar / Erläuterung |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003) | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

| | |
|--|-------|
| Anzahl Vollkräfte | 0,00 |
| Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | 0,00 |
| Ambulante Versorgung | 0,00 |
| Stationäre Versorgung | 0,00 |
| Fälle je VK/Person | |
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal | 38,50 |

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Herzschrittmacher - Implantation [09/1] | 26 | 119,2 | 24 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet. | |
| Herzschrittmacher - Aggregatwechsel [09/2] | 6 | 100,0 | 6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet. | |
| Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation [09/3] | 5 | 120,0 | 5 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet. | |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation [09/4] | 7 | 114,3 | 6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet. | |
| Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel [09/5] | 5 | 100,0 | 5 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet. | |
| Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation [09/6] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Karotis-Revaskularisation [10/2] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Gynäkologische Operationen [15/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS |
|--|----------|-------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Geburtshilfe [16/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung [17/1] | 75 | 104,0 | 22 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Mammachirurgie [18/1] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Cholezystektomie [CHE] | 212 | 100,0 | 106 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Dekubitusprophylaxe [DEK] | 161 | 102,5 | 79 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Herzchirurgie [HCH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herzchirurgie: Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_CHIR] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herzchirurgie: Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe [HCH_AK_KATH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herzchirurgie: Koronarchirurgische Operation [HCH_KC] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herzchirurgie: Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_CHIR] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Herzchirurgie: Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe [HCH_MK_KATH] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Hüftendoprothesenversorgung [HEP] | 496 | 102,0 | 303 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenimplantation [HEP_IMP] | 485 | 102,1 | 294 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel [HEP_WE] | 14 | 85,7 | 6 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen [HTXM_MKU] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen: Herztransplantation [HTXM_TX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Knieendoprothesenversorgung [KEP] | 528 | 100,2 | 310 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenimplantation [KEP_IMP] | 507 | 99,8 | 299 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel [KEP_WE] | 21 | 109,5 | 10 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |

| Leistungsbereich | Fallzahl | Dokumentationsrate in % | Anzahl Datensätze Standort | Kommentar des Krankenhauses | Kommentar der Datenannahmestelle DeQS |
|---|----------|-------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Leberlebenspende [LLS] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Lebertransplantation [LTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation [LUTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Neonatalogie [NEO] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Nierenlebenspende [NLS] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) [PCI_LKG] | 741 | 101,6 | 710 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Ambulant erworbene Pneumonie [PNEU] | 289 | 100,7 | 162 | Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet. | |
| Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation [PNTX] | 0 | | 0 | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. | |

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für: [Ergebnisse]

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt |
| Kennzahl-ID | 141800 |
| Leistungsbereich | Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,34 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,23 % - 0,50 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 43,45 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Kennzahl-ID | 56003 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 79,67 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 73,47 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 79,20 % - 80,13 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |
| Kennzahl-ID | 56004 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,85 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 3,57 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,70 % - 2,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 7 / 0 |

| | |
|---|--|
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,01 % - 29,24 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56005 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☒ 1,35 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,91 - 0,92 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 450 / 449214 / 673229,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,66 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,57 - 0,74 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56006 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,18 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 0,96 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 26444 / 47972,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,55 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,03 - 1,06 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|---------------------------|---|

| Kennzahl-ID | 56007 |
|---|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Einheit | nein |
| Bundesergebnis | 0,92 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,27 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,93 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 264 / 518259 / 902580,46 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,57 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,47 - 0,66 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 56008 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,19 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☒ 0,14 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,18 % - 0,20 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56012 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,07 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,00 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 56014 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 94,19 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,79 % - 95,23 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 8 / 8 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 73,78 % - 99,99 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|---------------------------|--|
| | |

| Kennzahl-ID | 56018 |
|--|---|
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,03 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,01 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56020 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,32 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,02 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 223 / 5 / 5,89 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,85 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,32 - 1,86 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56022 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,10 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,02 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 10 / 4 / 1,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,18 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,74 - 5,18 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56100 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,13 |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,07 - 1,21 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 33 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,63 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,05 - 6,04 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56101 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,10 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,42 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,76 - 2,46 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle |
| Kennzahl-ID | 56102 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,88 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 Punkte - 0,88 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 58 |
| Rechnerisches Ergebnis | 87,07 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,40 Punkte - 94,34 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen |
| Kennzahl-ID | 56103 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,88 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 Punkte - 0,89 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 87,89 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 84,77 Punkte - 90,69 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten |
| Kennzahl-ID | 56104 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,88 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 Punkte - 0,88 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 89,38 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 87,56 Punkte - 91,06 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten |
| Kennzahl-ID | 56105 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,85 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 Punkte - 0,85 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 87,32 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 85,86 Punkte - 88,70 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert |
| Kennzahl-ID | 56106 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,75 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,74 Punkte - 0,75 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 85,10 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,17 Punkte - 87,83 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert |
| Kennzahl-ID | 56107 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,90 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 Punkte - 0,90 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,62 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 88,02 Punkte - 98,66 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 56108 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,81 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 Punkte - 0,81 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 89,74 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 85,50 Punkte - 93,32 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 56109 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,84 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 Punkte - 0,84 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 81,49 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 76,29 Punkte - 86,18 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen |
| Kennzahl-ID | 56110 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,91 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,91 Punkte - 0,92 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 15 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,56 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,94 Punkte - 99,74 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 56111 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,79 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,79 Punkte - 0,79 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 85,25 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,10 Punkte - 88,19 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 56112 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,62 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,62 Punkte - 0,62 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 76,06 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 71,40 Punkte - 80,57 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung |
| Kennzahl-ID | 56113 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,49 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,49 Punkte - 0,50 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 42,16 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 27,34 Punkte - 57,70 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen |
| Kennzahl-ID | 56114 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,92 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 Punkte - 0,93 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 19 |
| Rechnerisches Ergebnis | 92,50 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 77,93 Punkte - 99,43 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel |
| Kennzahl-ID | 56115 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,78 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,78 Punkte - 0,78 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 83,75 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 76,67 Punkte - 89,76 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde |
| Kennzahl-ID | 56116 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | Punkte |
| Bundesergebnis | 0,93 Punkte |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 Punkte - 0,93 Punkte |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 115 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,76 Punkte |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,79 Punkte - 98,14 Punkte |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 56117 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 85 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,28 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,87 - 1,88 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 56118 |
| Leistungsbereich | Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Referenzbereich (bundesweit) | In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 33 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,31 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,89 - 1,88 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf

Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Gemäß DeQS-Richtlinie erfolgte für das Berichtsjahr 2023 für die QI der Patientenbefragung kein Stellungnahmeverfahren.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 58000 |
| Leistungsbereich | Entfernung der Gallenblase |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 3,34 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | U62 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 58002 |
| Leistungsbereich | Entfernung der Gallenblase |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 3,00 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 106 / 0 / 1,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,53 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 58003 |
| Leistungsbereich | Entfernung der Gallenblase |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,63 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 58004 |
| Leistungsbereich | Entfernung der Gallenblase |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,22 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 101800 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,77 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,78 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,74 - 0,79 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 24 / 0 / 1,69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,96 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 101801 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,89 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,60 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 % - 0,96 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 24 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 13,80 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 102001 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,97 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,30 % - 97,52 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | |
| Rechnerisches Ergebnis | |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N01 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2194 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,51 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,02 |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|--|----------------------------------|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2195 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | ja |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 5,45 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,79 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 25 / 0 / 0,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 39,82 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 51191 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 3,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,85 - 0,96 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 24 / 0 / 0,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 15,99 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 52305 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,45 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,38 % - 96,52 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 94 / 93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,94 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,22 % - 99,81 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
- Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
- Risikoadjustierte Rate
- Bezug andere QS Ergebnisse
- Sortierung

| Qualitätsindikator | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 52311 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 4,59 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,14 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

-
- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
-
- Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
-
- Risikoadjustierte Rate
-
- Bezug andere QS Ergebnisse
-
- Sortierung

| Qualitätsindikator | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 54143 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,93 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 10,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,80 % - 3,07 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 20 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 16,11 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 131801 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,64 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☒ 2,20 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,61 - 0,68 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 6 / 0 / 0,59 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 3,95 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 131802 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,86 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,74 % - 0,99 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 6 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 39,03 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 132001 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,68 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,99 - 1,14 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5 / 0 / 0,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 20,01 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 132002 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 5,76 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,25 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5 / 0 / 0,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 112,50 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|---|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde |
| Kennzahl-ID | 132003 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,34 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 94,83 % - 95,79 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 51186 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,10 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1,31 |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|--|
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 6 / 0 / 0,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 155,98 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten |
| Kennzahl-ID | 52316 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,01 % |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|--|----------------------------------|
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,88 % - 97,13 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 14 / 14 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 78,47 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebe-
 steht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
- Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
- Risikoadjustierte Rate
- Bezug andere QS Ergebnisse
- Sortierung

| Qualitätsindikator | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 52325 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,94 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 5,63 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,10 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 6 / 0 / 0,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 56,37 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 10271 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,49 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,00 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 310 / 5 / 3,69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,35 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,49 - 2,91 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 191800_54120 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | KKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,47 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,40 - 1,54 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

54120

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID

191801_54120

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Typ des Ergebnisses

KKez

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,21 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,16 - 1,27 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 54120 |
| Sortierung | 2 |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 191914 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator Kennzahl-ID | Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation 54003 |
|--|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 8,96 % |

| | |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 8,75 % - 9,17 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54012 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,41 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,00 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 295 / 4 / 4,69 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,85 |

| | |
|---|--|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,33 - 2,16 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 4,32 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

-
- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
-
- Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
-
- Risikoadjustierte Rate
-
- Bezug andere QS Ergebnisse
-
- Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54015 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,35 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,32 - 1,37 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,34 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 4,00 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,30 - 1,38 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 273 / 4 / 2,81 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,42 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,56 - 3,60 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,36 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 3,29 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,30 - 1,42 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Der Leistungserbringer wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen und zur internen Analyse der rechnerischen Auffälligkeit aufgefordert.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,11 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,58 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,08 - 1,15 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54019 |

| | |
|--|--|
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,86 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 273 / 5 / 5,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,85 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,36 - 1,95 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> |

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54120 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,31 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,59 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,27 - 1,35 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | H99 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Der Leistungserbringer wurde auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen und zur internen Analyse der rechnerischen Auffälligkeit aufgefordert.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
 Risikoadjustierte Rate
 Bezug andere QS Ergebnisse
 Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54028 |
| Leistungsbereich | Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,43 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 4,44 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,36 - 1,51 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 307 / 0 / 1,29 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 2,93 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 2006 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|--|
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,99 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,95 % - 99,02 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 160 / 160 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,66 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Kennzahl-ID | 2007 |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,07 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,84 % - 98,27 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind |
| Kennzahl-ID | 231900 |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 15,88 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 15,76 % - 16,00 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 162 / 21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 12,96 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 8,64 % - 19,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|--|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt |
|---------------------------|--|

| Kennzahl-ID | 232000_2005 |
|---|--|
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,92 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,88 % - 98,96 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 124 / 124 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,00 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 2005 |
| Sortierung | 1 |

| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2005 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,94 % |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,91 % - 98,98 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 162 / 162 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,68 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| | |
|---------------------------|---|
| Qualitätsindikator | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt |
| Kennzahl-ID | 232009_50722 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,41 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,34 % - 96,48 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 124 / 124 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,00 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 50722 |
| Sortierung | 1 |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt |
| Kennzahl-ID | 232001_2006 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,96 % |

| | |
|---|---|
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,92 % - 99,00 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 123 / 123 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 96,97 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 2006 |
| Sortierung | 1 |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt |
| Kennzahl-ID | 232002_2007 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,99 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,73 % - 98,22 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

2007

Sortierung

1

Qualitätsindikator

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID

232007_50778

Leistungsbereich

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Typ des Ergebnisses

EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

Bundesergebnis

0,91

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

0,90 - 0,93

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

120 / 9 / 8,70

Rechnerisches Ergebnis

1,03

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

0,55 - 1,88

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

50778

Sortierung

1

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 232010_50778 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|---|---|
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,85 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,82 - 0,87 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 33 / 4 / 3,63 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,10 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,44 - 2,49 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 50778 |
| Sortierung | 2 |

| Qualitätsindikator | Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 50722 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,49 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,43 % - 96,55 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 161 / 161 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 97,67 % - 100,00 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p> |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |

Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 50778 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 1,69 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 0,91 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 153 / 13 / 12,33 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,62 - 1,74 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 232008_231900 |
| Leistungsbereich | Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Typ des Ergebnisses | EKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 15,03 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 14,90 % - 15,17 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 124 / 12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 9,68 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 5,62 % - 16,16 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | 231900 |
| Sortierung | 1 |

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54029 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,95 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,94 - 1,04 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 22 / 0 / 0,35 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 9,22 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator Kennzahl-ID | Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation 54030 |
|---|---|
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 8,80 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 8,58 % - 9,02 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator Kennzahl-ID | Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) 54033 |
|---|--|
| | |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,91 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 54042 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,34 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,74 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,31 - 1,36 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 22 / 4 / 2,43 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,65 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,66 - 3,49 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
|--|---|
| Kennzahl-ID | 54046 |
| Leistungsbereich | Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,97 - 1,03 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 51404 |
| Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

| | |
|--|----------------------------------|
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 4,51 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,78 - 1,05 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5 / 0 / 0,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 60,00 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| Qualitätsindikator | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 52315 |
| Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,77 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,58 % - 1,02 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 4 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 48,99 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 121800 |
| Leistungsbereich | Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,88 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,70 % - 1,10 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 43,45 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3) |
| Kennzahl-ID | 521801 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,06 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,06 % - 0,06 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5522 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,07 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2) |
| Kennzahl-ID | 52326 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,37 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,37 % - 0,37 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5522 / 18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,33 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,21 % - 0,51 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Risikoadjustierte Rate
Bezug andere QS Ergebnisse
Sortierung

| | |
|--|--|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Kennzahl-ID | 52009 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | |
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | ☐ 2,27 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,06 |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5522 / 19 / 26,87 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,71 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,45 - 1,10 |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Risikoadjustierte Rate

Bezug andere QS Ergebnisse

Sortierung

| | |
|---|---|
| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4) |
| Kennzahl-ID | 52010 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,00 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,00 % - 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 5522 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 0,07 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | R10 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben. |
|---|--|
| Kennzahl-ID | 521800 |
| Leistungsbereich | Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen |
| Typ des Ergebnisses | TKez |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 % - 0,01 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | Datenschutz |
| Rechnerisches Ergebnis | Datenschutz |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | Datenschutz |
| Ergebnis im Berichtsjahr | |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

| Qualitätsindikator | Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |
|---|---|
| Kennzahl-ID | 111801 |
| Leistungsbereich | Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden) |
| Typ des Ergebnisses | QI |
| Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA | DeQS |
| Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus | nein |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,14 % |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,09 % - 0,23 % |
| Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl) | 6 / 0 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,00 % |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 % - 39,03 % |
| Ergebnis im Berichtsjahr | N02 |
| Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . |
| Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen | |
| Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses | |
| Risikoadjustierte Rate | |
| Bezug andere QS Ergebnisse | |
| Sortierung | |

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

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

| Bundesland | Leistungsbereich | nimmt teil | Kommentar / Erläuterung |
|------------|------------------|------------|-------------------------|
| Bayern | Schlaganfall | ja | |

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

keine Angaben

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Ausnahmetatbestand | Kommentar/Erläuterung |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50 | 243 | | |

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

| | |
|---|-------------------------------|
| Leistungsbereich | Kniegelenk-Totalendoprothesen |
| Leistungsberechtigung für das Prognosejahr | ja |
| Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge | 243 |
| Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge | 301 |
| Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt | ja |
| Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) | |
| Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt | |

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

| | |
|--|----|
| Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 34 |
| Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt | 25 |
| Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben | 25 |

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der

Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---------|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (B4) | Nacht | 100,00 | 0 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (B 1/2) | Nacht | 33,33 | 0 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (B4) | Tag | 100,00 | 0 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (B 1/2) | Tag | 100,00 | 0 | |
| Innere Medizin | Innere Medizin, Kardiologie | Station Innere (B3) | Nacht | 100,00 | 0 | |
| Innere Medizin | Innere Medizin, Kardiologie | Station Innere (B3) | Tag | 100,00 | 0 | |

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---------|---------------------------------|-----------|
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (B 1/2) | Nacht | 32,05 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Interdisziplinär (B 1/2) | Tag | 78,08 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (B4) | Nacht | 99,18 | |
| Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin | Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie | Station Intensiv (B4) | Tag | 100,00 | |

| Fachabteilung | Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentar |
|----------------|-----------------------------|---------------------|---------|---------------------------------|-----------|
| Innere Medizin | Innere Medizin, Kardiologie | Station Innere (B3) | Tag | 76,44 | |
| Innere Medizin | Innere Medizin, Kardiologie | Station Innere (B3) | Nacht | 71,23 | |

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

Allgemeine Daten zum Bericht

| | |
|-----------------|-----------|
| Berichtsjahr: | 2023 |
| IK: | 260940256 |
| Standortnummer: | 772341000 |

Quartal 1

| Allgemeine Berichtsdaten | |
|--------------------------|----|
| Zeitraum: | Q1 |

Psychosomatik

Einrichtungs-Struktur

| Regionale_Pflichtversorgung | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|--|
| Keine regionale Pflichtversorgung | | | | |
| Strukturangaben der Stationen | | | | |
| Stationsbezeichnung | Planbetten mit vollstationärer Versorgung | Planplätze mit teilstationärer Versorgung | Stationstyp | Schwerpunkt der Behandlung |
| Station 5 Psychosomatik | 30 | 8 | E = elektive offene Station | P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung |
| Behandlungsbereich: | | | | Behandlungsumfang: |
| P1 = Psychosomatik - Psychotherapie | | | | 9 |
| P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | | | | 2850 |
| P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär | | | | 379 |

Personalausstattung der Psychosomatik

| Berufsgruppe: | Stunden: |
|--|----------|
| Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 2159 |
| Pflegefachpersonen | 2903 |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 1823 |
| Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 949 |
| Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 247 |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 285 |

Quartal 2

Allgemeine Berichtsdaten

| | |
|-----------|----|
| Zeitraum: | Q2 |
|-----------|----|

Psychosomatik

Einrichtungs-Struktur

| Regionale_Pflichtversorgung | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|--|
| Keine regionale Pflichtversorgung | | | | |
| Strukturangaben der Stationen | | | | |
| Stationsbezeichnung | Planbetten mit vollstationärer Versorgung | Planplätze mit teilstationärer Versorgung | Stationstyp | Schwerpunkt der Behandlung |
| Station 5 Psychosomatik | 30 | 8 | E = elektive offene Station | P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung |
| Behandlungsbereich: | | | | Behandlungsumfang: |
| P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | | | | 2602 |
| P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär | | | | 461 |

Personalausstattung der Psychosomatik

| Berufsgruppe: | Stunden: |
|--|----------|
| Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 1690 |
| Pflegefachpersonen | 2963 |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 1402 |
| Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 775 |
| Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 177 |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 197 |

Quartal 3

Allgemeine Berichtsdaten

| | |
|-----------|----|
| Zeitraum: | Q3 |
|-----------|----|

Psychosomatik

Einrichtungs-Struktur

| Regionale_Pflichtversorgung | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-----------------------------|--|
| Keine regionale Pflichtversorgung | | | | |
| Strukturangaben der Stationen | | | | |
| Stationsbezeichnung | Planbetten mit vollstationärer Versorgung | Planplätze mit teilstationärer Versorgung | Stationstyp | Schwerpunkt der Behandlung |
| Station 5 Psychosomatik | 30 | 8 | E = elektive offene Station | P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung |
| Behandlungsbereich: | | | | Behandlungsumfang: |
| P1 = Psychosomatik - Psychotherapie | | | | 13 |

| Regionale_Pflichtversorgung | |
|--|------|
| P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | 2545 |
| P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär | 299 |

Personalausstattung der Psychosomatik

| Berufsgruppe: | Stunden: |
|--|-----------------|
| Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 1936 |
| Pflegefachpersonen | 3203 |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 1408 |
| Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 780 |
| Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 228 |
| Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | 244 |

Quartal 4

| Allgemeine Berichtsdaten | |
|---------------------------------|----|
| Zeitraum: | Q4 |

Psychosomatik

Einrichtungs-Struktur

| Regionale_Pflichtversorgung | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|
| Keine regionale Pflichtversorgung | | | | |
| Strukturangaben der Stationen | | | | |
| Stationsbezeichnung | Planbetten mit vollstationärer Versorgung | Planplätze mit teilstationärer Versorgung | Stationstyp | Schwerpunkt der Behandlung |
| Station 5 Psychosomatik | 30 | 8 | E = elektive offene Station | P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung |
| Behandlungsbereich: | | | | Behandlungsumfang: |
| P1 = Psychosomatik - Psychotherapie | | | | 13 |
| P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung | | | | 2699 |
| P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär | | | | 348 |

Personalausstattung der Psychosomatik

| Berufsgruppe: | Stunden: |
|--|-----------------|
| Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 1993 |
| Pflegefachpersonen | 3013 |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | 1715 |
| Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | 1147 |
| Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | 234 |

Berufsgruppe:

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Stunden:

237

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

trifft nicht zu / entfällt