



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

## 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"> <li>◦ Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg</li> </ul>

## 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 <a href="https://gkg-bamberg.de/service">https://gkg-bamberg.de/service</a> 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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut (SP13)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Musiktherapeutin und Musiktherapeut (SP16)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer (SP36)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG) (SP58)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre) (SP59)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation (SP60)</b>
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	

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61)</b>
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 einrichtungübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

#### Einrichtungübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungübergreifendes 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](http://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 krankenhauplanerischer 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"> <li>◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie ( 0103 )</li> <li>◦ Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie ( 0107 )</li> </ul>

#### 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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

### 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	

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ22	Intermediate Care Pflege	
<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
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"> <li>◦ Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie ( 1516 )</li> <li>◦ Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie ( 1518 )</li> <li>◦ Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie ( 1523 )</li> <li>◦ Wirbelsäulenchirurgie ( 3755 )</li> <li>◦ Visceralchirurgie ( 3757 )</li> </ul>

### 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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

**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 Rückenmarkhäute
5-036	7	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten
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 Sehnen Scheide
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

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

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
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	
<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar / Erläuterung</b>
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"> <li>◦ Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) ( 3160 )</li> </ul>

#### 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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

### 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  Nein  
 stationäre BG-Zulassung  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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

## 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	<a href="https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/">https://gkg-bamberg.de/klinik/steigerwaldklinik/</a>

## 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 krankenhausberechnet.	
Herzschrittmacher - Aggregatwechsel [09/2]	6	100,0	6	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Herzschrittmacher - Revision/Systemwechsel/Explantation [09/3]	5	120,0	5	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation [09/4]	7	114,3	6	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel [09/5]	5	100,0	5	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet.	
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.	
Neonatologie [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]

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>141800</b>
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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56003</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56004</b>
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

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56005</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56006</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
---------------------------	---

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56007</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
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
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56008</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56012</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56014</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>

Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH - Betriebsstätte Steigerwaldklinik Burgebrach

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56018</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56020</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56022</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56100</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56101</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56102</b>
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](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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56103</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56104</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56105</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56106</b>
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](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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56107</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56108</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56109</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff 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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56110</b>
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](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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56111</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56112</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56113</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56114</b>
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](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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56115</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56116</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56117</b>
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](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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>56118</b>
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](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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>58000</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>58002</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>58003</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>58004</b>
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



<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>101800</b>
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
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>101801</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>102001</b>
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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2194</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2195</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
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)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
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
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54143</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	

Sortierung

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>131801</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>131802</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>132001</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>132002</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>132003</b>
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	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51186</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52316</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52325</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>10271</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>191800_54120</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>191801_54120</b>
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</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><a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	54120
Sortierung	2

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>191914</b>
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

<b>Qualitätsindikator Kennzahl-ID</b>	<b>Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation 54003</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54013</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</p>



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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54120</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
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><a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>

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	<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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>231900</b>

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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232000_2005</b>
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	2005
Sortierung	1

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
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	<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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232009_50722</b>
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	50722
Sortierung	1

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232001_2006</b>
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	2006
Sortierung	1

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232002_2007</b>
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**  
**232007\_50778**

**Kennzahl-ID**

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 Einheit

nein

Bundesergebnis

0,91

Referenzbereich (bundesweit)

0,90 - 0,93

Vertrauensbereich (bundesweit)

120 / 9 / 8,70

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232010_50778</b>
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:  <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.            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:  <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>.</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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	

Bezug andere QS Ergebnisse  
Sortierung

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten).</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>232008_231900</b>
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	231900
Sortierung	1

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54029</b>
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

<b>Qualitätsindikator Kennzahl-ID</b>	<b>Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation 54030</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	
Risikoadjustierte Rate	
Bezug andere QS Ergebnisse	
Sortierung	

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

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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54042</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51404</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52315</b>
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	

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>121800</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>521801</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52326</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
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

<b>Qualitätsindikator</b>	<b>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)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
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.
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>521800</b>
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: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . 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
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>111801</b>
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: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> .
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](http://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

<b>Regionale_Pflichtversorgung</b>	
P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	2545
P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	299

#### Personalausstattung der Psychosomatik

<b>Berufsgruppe:</b>	<b>Stunden:</b>
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

<b>Allgemeine Berichtsdaten</b>	
Zeitraum:	Q4

#### Psychosomatik

##### Einrichtungs-Struktur

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

#### Personalausstattung der Psychosomatik

<b>Berufsgruppe:</b>	<b>Stunden:</b>
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