

Jahresauswertung 2019  
Herzschrittmacher-Revision/  
-Systemwechsel/-Explantation  
09/3 (09/1, 09/2)

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26  
Anzahl Datensätze Gesamt: 338  
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18310-L116711-P54851

Jahresauswertung 2019  
Herzschrittmacher-Revision/  
-Systemwechsel/-Explantation  
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26  
Anzahl Datensätze Gesamt: 338  
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18310-L116711-P54851

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>							
2019/09n3-HSM-REV/121800							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)			0,89%	<= 3,10%	innerhalb	1,94%	6
2019/09n3-HSM-REV/52315							
QI: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			0,49%	<= 3,00%	innerhalb	2,70%	9
2019/09n3-HSM-REV/51404							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			1,08	<= 4,34	innerhalb	1,39	12

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2019/09n3-HSM-REV/850339 <b>Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen</b>			3,68%	<= 11,71%	innerhalb	1,62%	18

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## **Verbindliche Kennzahlen**

---

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)  
Transparenzkennzahlen (TKez)  
ergänzende Kennzahlen (EKez)  
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt "Beschlüsse" ersichtlich ist.

## **Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte**

---

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt wurden, bezieht sich diese Auswertung nur auf Patientinnen und Patienten, die 2019 aufgenommen und 2019 entlassen wurden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 sind daher mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

**Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/09n3-HSM-REV/121800

**Referenzbereich:** <= 3,10%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			4 / 338	1,18%
<b>Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)<sup>1</sup></b>			3 / 338	0,89%
Vertrauensbereich				0,30% - 2,58%
Referenzbereich		<= 3,10%		<= 3,10%
Kardiopulmonale Reanimation			0 / 338	0,00%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 338	0,30%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 338	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 338	0,00%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 338	0,30%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			2 / 338	0,59%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			2 / 338	0,59%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 338	0,00%
postoperative Wundinfektion			0 / 338	0,00%
Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 338	0,30%

<sup>1</sup> kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

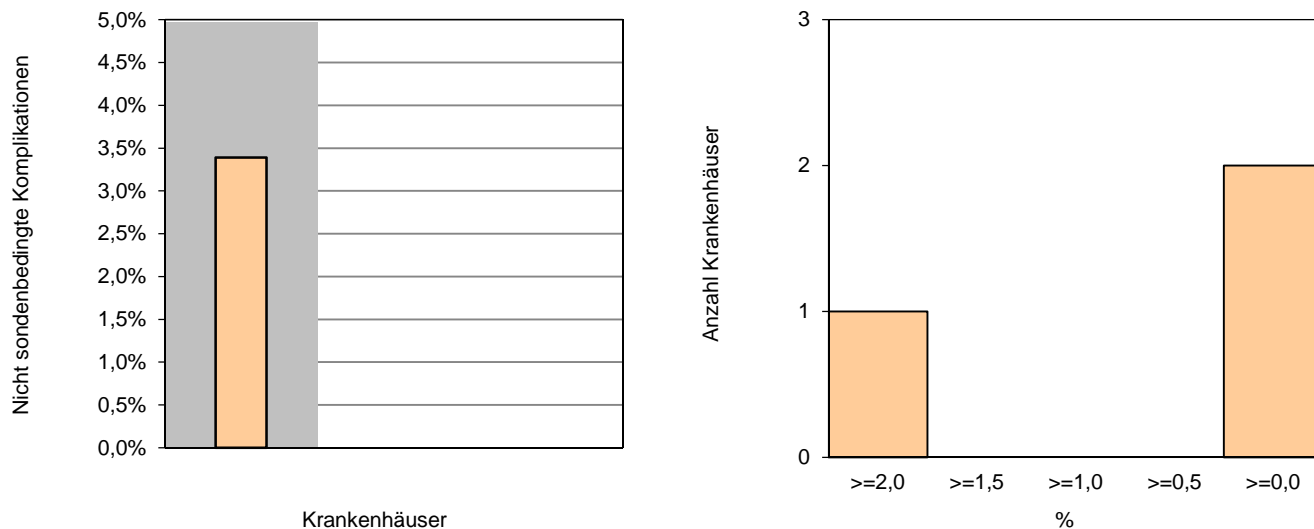
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)<sup>2</sup></b> Vertrauensbereich			8 / 413	1,94% 0,98% - 3,78%

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

<sup>2</sup> kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

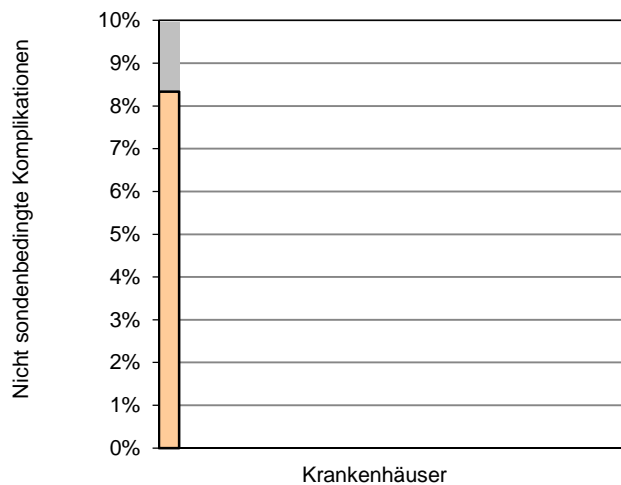
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/121800]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. postoperative Wundinfektionen) an allen Patientinnen und Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				3,39

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,33

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2019/09n3-HSM-REV/52315  
**Referenzbereich:** <= 3,00%

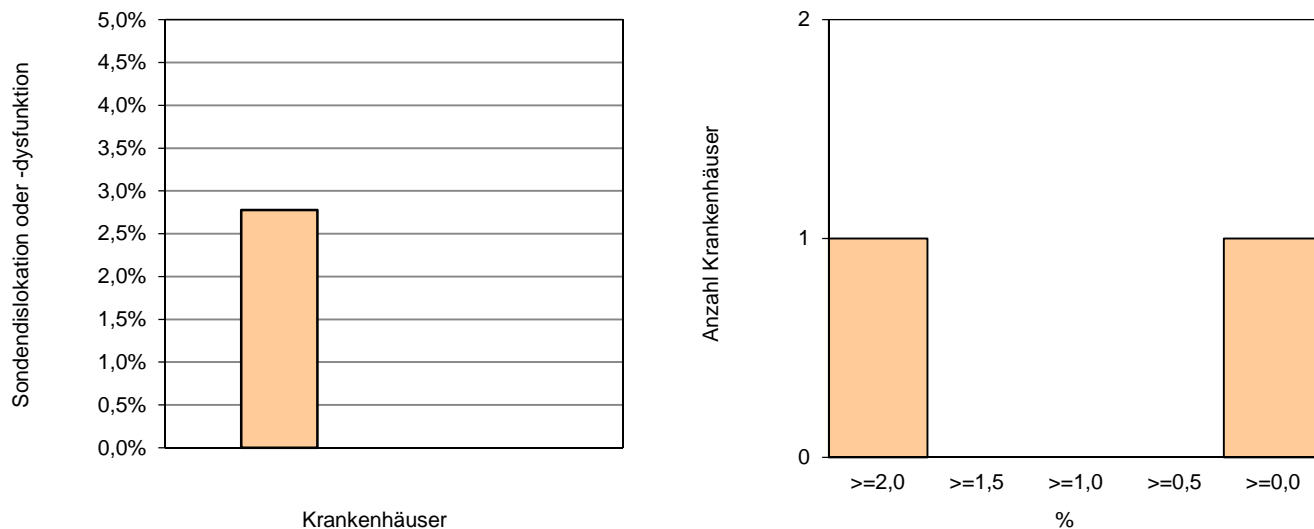
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde</b>			1 / 206	0,49%
Vertrauensbereich				0,09% - 2,70%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			0 / 89	0,00%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			1 / 150	0,67%
<b>Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation</b>			1 / 206	0,49%
Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 89	0,00%
Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			1 / 150	0,67%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde			1 / 143	0,70%
linksventrikuläre Sonde			0 / 10	0,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion</b>			0 / 206	0,00%
Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 89	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 150	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde			0 / 143	0,00%
linksventrikuläre Sonde			0 / 10	0,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde</b>			7 / 259	2,70%
Vertrauensbereich				1,32% - 5,47%

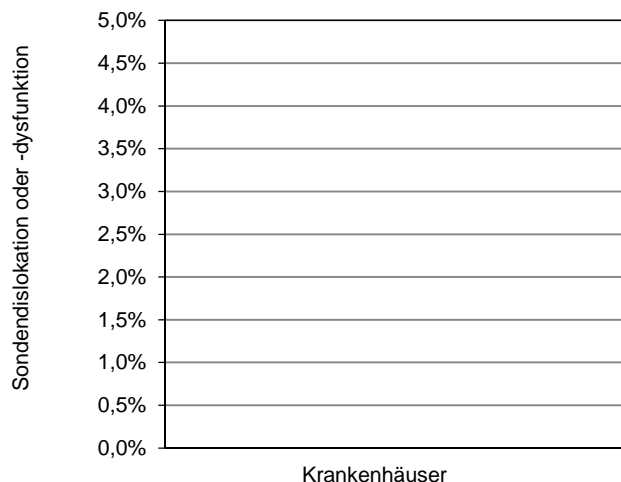
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/52315]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an  
 allen Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				1,39				2,78

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen**

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus  
**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2019/09n3-HSM-REV/51404  
**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression  
**Referenzbereich:** <= 4,34 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		5 / 338 1,48%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		4,61 / 338 1,36%
O - E		0,12%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E <sup>3</sup>		1,08
Vertrauensbereich		0,46 - 2,50
Referenzbereich	<= 4,34	<= 4,34

<b>Vorjahresdaten<sup>4</sup></b>	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		10 / 413 2,42%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		7,19 / 413 1,74%
O - E		0,68%
O/E <sup>3</sup>		1,39
Vertrauensbereich		0,76 - 2,53

<sup>1</sup> KKez O\_51404: Beobachtete Rate an Todesfällen.

<sup>2</sup> KKez E\_51404: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

<sup>3</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

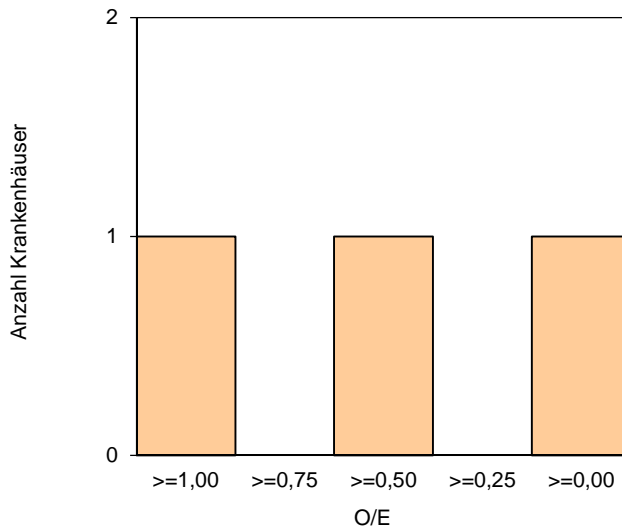
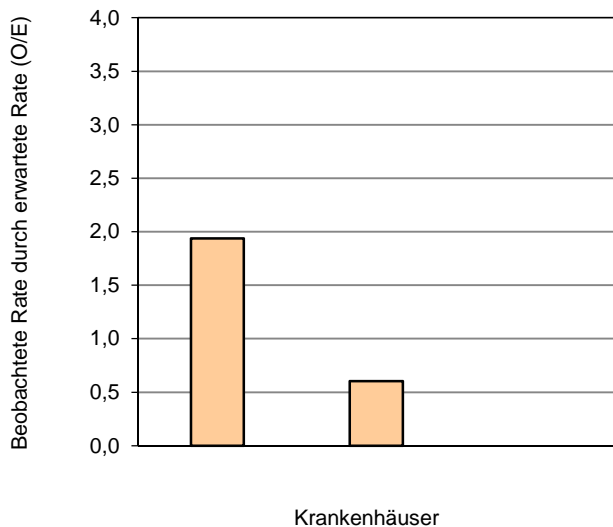
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

<sup>4</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

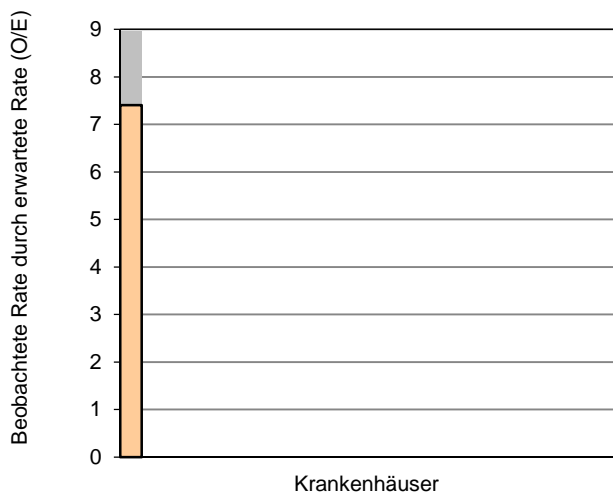
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/51404]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patientinnen und Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,60				1,94

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,41

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52305 in 09/1 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

### 09/1 - Qualitätsindikator: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System</li> <li>- Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde</li> <li>- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus</li> <li>- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus</li> </ul>
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2019/09n1-HSM-IMPL/52305

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen <sup>1</sup> : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52305 in der Auswertung 09/1			

<sup>1</sup> Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)

**Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52305 des Leistungsbereiches 09/1 einfließen**

**Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen <sup>1</sup> : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			398 / 433	91,92%

<sup>1</sup> Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)

## Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52307 in 09/2 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

### 09/2 - Qualitätsindikator: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

**Qualitätsziel:** Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

**Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52307 in der Auswertung 09/2			



**Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52307 des Leistungsbereiches 09/2 einfließen**

**Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof-, rechtsventrikulären und linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			505 / 526	96,01%

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde

**AK-ID:** 2019/09n3-HSM-REV/850339

**Referenzbereich:** <= 11,71% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 52305, 52307, 52315

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde <sup>1</sup>			7 / 190	3,68%
Vertrauensbereich				1,80% - 7,41%
Referenzbereich		<= 11,71%		<= 11,71%

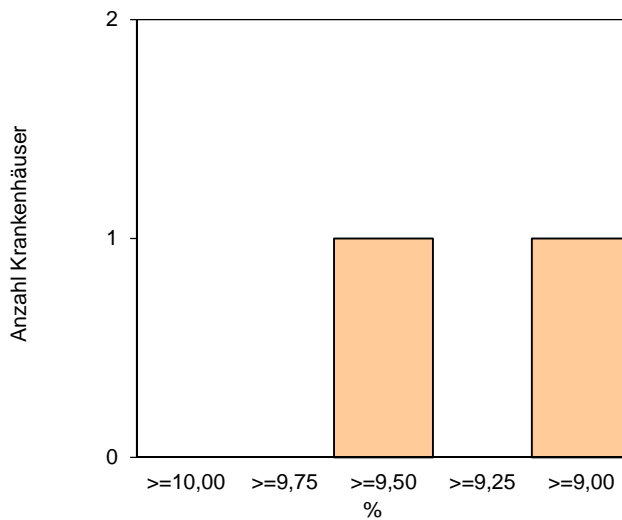
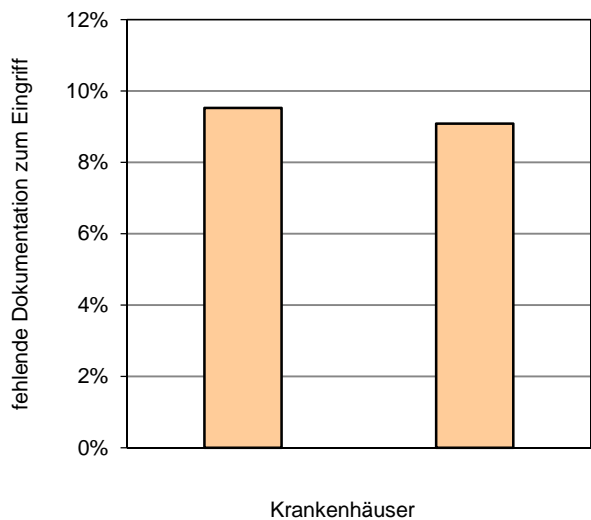
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde			4 / 247	1,62%
Vertrauensbereich				0,63% - 4,09%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850339, AK-ID 2019/09n3-HSM-REV/850339]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde an allen Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen ohne Explantation oder Stilllegung der betroffenen Sonde**

**Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2**



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,09				9,31				9,52

Jahresauswertung 2019  
Herzschrittmacher-Revision/  
-Systemwechsel/-Explantation  
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26  
Anzahl Datensätze Gesamt: 338  
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18310-L116711-P54851

### Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			101	29,88	93	22,52
2. Quartal			93	27,51	107	25,91
3. Quartal			74	21,89	110	26,63
4. Quartal			70	20,71	103	24,94
Gesamt			338		413	

<sup>1</sup> Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

### Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			338		413	
Median				1,00		2,00
Mittelwert				3,73		4,14
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			338		413	
Median				2,00		2,00
Mittelwert				4,12		4,72
<b>Stationärer Aufenthalt (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			338		413	
Median				4,00		5,00
Mittelwert				7,85		8,85

### OPS 2019<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
4	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5	5-378.22	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem

### OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-378.72	66	19,53	5-378.32	88	21,31
2				5-378.32	56	16,57	5-378.b3	60	14,53
3				5-378.b3	52	15,38	5-378.62	51	12,35
4				5-378.62	45	13,31	5-378.72	49	11,86
5				5-378.22	24	7,10	5-378.22	31	7,51

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
3	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
6	I48.2	Vorhofflimmern, permanent
7	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
8	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				T82.1	157	46,45	T82.1	203	49,15
2				Z45.00	145	42,90	Z45.00	162	39,23
3				Z95.0	129	38,17	Z95.0	160	38,74
4				I10.00	122	36,09	I10.00	142	34,38
5				I44.2	74	21,89	Z92.1	100	24,21
6				I48.2	66	19,53	E11.90	85	20,58
7				Z92.1	63	18,64	I44.2	82	19,85
8				E11.90	61	18,05	I48.2	81	19,61

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

**Patienten**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			338 / 338		413 / 413	
< 20 Jahre			0 / 338	0,00	0 / 413	0,00
20 - 29 Jahre			1 / 338	0,30	0 / 413	0,00
30 - 39 Jahre			0 / 338	0,00	4 / 413	0,97
40 - 49 Jahre			3 / 338	0,89	5 / 413	1,21
50 - 59 Jahre			10 / 338	2,96	22 / 413	5,33
60 - 69 Jahre			47 / 338	13,91	51 / 413	12,35
70 - 79 Jahre			123 / 338	36,39	152 / 413	36,80
80 - 89 Jahre			133 / 338	39,35	159 / 413	38,50
>= 90 Jahre			21 / 338	6,21	20 / 413	4,84
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			338		413	
Median				79,00		78,00
Mittelwert				77,62		76,45
<b>Geschlecht</b>						
männlich			195	57,69	220	53,27
weiblich			143	42,31	193	46,73
unbestimmt			0	0,00	0	0,00



### Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, gesunder Patient			11	3,25	13	3,15
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			161	47,63	165	39,95
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			160	47,34	216	52,30
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			6	1,78	19	4,60
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

### Indikation zur Revision/Explantation von Sonden

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Indikation zum Eingriff am Aggregat</b>						
keine aggregatbezogene Indikation			176	52,07	208	50,36
Batterieerschöpfung			109	32,25	119	28,81
Fehlfunktion/Rückruf			7	2,07	5	1,21
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisions- operation/eines System- wechsels			20	5,92	39	9,44
sonstige aggregatbezogene Indikation			26	7,69	42	10,17
<b>Taschenproblem</b>						
kein Taschenproblem			283	83,73	350	84,75
Taschenhämatom			5	1,48	2	0,48
Aggregatperforation			7	2,07	7	1,69
Infektion			23	6,80	30	7,26
sonstiges Taschenproblem			20	5,92	24	5,81
<b>Sondenproblem</b>						
ja			226	66,86	286	69,25
nein			112	33,14	127	30,75

**Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden</b>						
<b>Indikation zur Revision/Explantation der Vorhoffsonde</b>						
Dislokation			45 / 226	19,91	54 / 286	18,88
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			14 / 226	6,19	16 / 286	5,59
fehlerhafte Konnektion			1 / 226	0,44	1 / 286	0,35
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			0 / 226	0,00	1 / 286	0,35
Oversensing			2 / 226	0,88	3 / 286	1,05
Undersensing			2 / 226	0,88	0 / 286	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			10 / 226	4,42	14 / 286	4,90
Infektion			25 / 226	11,06	27 / 286	9,44
Myokardperforation			2 / 226	0,88	3 / 286	1,05
Rückruf/Sicherheitswarnung <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
wachstumsbedingte Sondenrevision <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
Sonstige			7 / 226	3,10	18 / 286	6,29

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

**Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden</b>						
<b>Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde</b>						
Dislokation			26 / 226	11,50	32 / 286	11,19
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			26 / 226	11,50	34 / 286	11,89
fehlerhafte Konnektion			0 / 226	0,00	1 / 286	0,35
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			3 / 226	1,33	6 / 286	2,10
Oversensing			4 / 226	1,77	5 / 286	1,75
Undersensing			5 / 226	2,21	7 / 286	2,45
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			56 / 226	24,78	75 / 286	26,22
Infektion			28 / 226	12,39	31 / 286	10,84
Myokardperforation			9 / 226	3,98	8 / 286	2,80
Rückruf/Sicherheitswarnung <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
wachstumsbedingte Sondenrevision <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
Sonstige			3 / 226	1,33	13 / 286	4,55
<b>Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde</b>						
Dislokation			1 / 226	0,44	2 / 286	0,70
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 226	0,44	1 / 286	0,35
fehlerhafte Konnektion			0 / 226	0,00	0 / 286	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			0 / 226	0,00	0 / 286	0,00
Oversensing			0 / 226	0,00	0 / 286	0,00
Undersensing			0 / 226	0,00	0 / 286	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			5 / 226	2,21	1 / 286	0,35
Infektion			2 / 226	0,88	6 / 286	2,10
Myokardperforation			0 / 226	0,00	0 / 286	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
wachstumsbedingte Sondenrevision <sup>1</sup>			0 / 226	0,00	-	-
Sonstige			3 / 226	1,33	1 / 286	0,35

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

**Operation**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff</b>						
stationär, eigene Institution			217	64,20	276	66,83
stationär, andere Institution			110	32,54	131	31,72
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			1	0,30	1	0,24
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			10	2,96	5	1,21
<b>Eingriffe nach OPS</b>						
(5-378.0*) Aggregatentfernung			25	7,40	32	7,75
(5-378.1*) Sondenentfernung			13	3,85	17	4,12
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			33	9,76	42	10,17
(5-378.3*) Sondenkorrektur			64	18,93	111	26,88
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			22	6,51	32	7,75
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			7	2,07	12	2,91
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			58	17,16	74	17,92
(5-378.7*) Sondenwechsel			76	22,49	66	15,98
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			0	0,00	1	0,24
(5-378.b*) Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator			64	18,93	63	15,25
(5-378.c*) Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator			1	0,30	0	0,00

### Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden</b>						
ja			294	86,98	350	84,75
nein, da Explantation			44	13,02	63	15,25
<b>aktives System nach dem Eingriff</b>						
VVI			82 / 294	27,89	115 / 350	32,86
AAI			1 / 294	0,34	1 / 350	0,29
DDD			192 / 294	65,31	216 / 350	61,71
VDD			1 / 294	0,34	0 / 350	0,00
CRT-System mit einer Vorhofsonde			11 / 294	3,74	15 / 350	4,29
CRT-System ohne Vorhofsonde			5 / 294	1,70	2 / 350	0,57
sonstiges <sup>1</sup>			2 / 294	0,68	1 / 350	0,29
<b>Schrittmacher-Aggregat</b>						
<b>Art des Vorgehens</b>						
kein Eingriff am Aggregat			125 / 294	42,52	151 / 350	43,14
Neuimplantation			121 / 294	41,16	148 / 350	42,29
Neuplatzierung			27 / 294	9,18	33 / 350	9,43
sonstiges			21 / 294	7,14	18 / 350	5,14

<sup>1</sup> In der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schrittmachersonden Vorhof</b>						
<b>Art des Vorgehens</b>						
kein Eingriff an der Sonde			117 / 207	56,52	132 / 233	56,65
Neuimplantation			55 / 207	26,57	51 / 233	21,89
Neuplatzierung			30 / 207	14,49	41 / 233	17,60
Reparatur			0 / 207	0,00	1 / 233	0,43
sonstiges			4 / 207	1,93	7 / 233	3,00
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			176		205	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,83		0,76
<= 1,5 V			171 / 176	97,16	202 / 205	98,54
> 1,5 - 2,5 V			3 / 176	1,70	2 / 205	0,98
> 2,5 V			2 / 176	1,14	1 / 205	0,49
<b>Reizschwelle nicht gemessen</b>			27 / 205	13,17	27 / 232	11,64
wegen Vorhofflimmerns			20 / 205	9,76	15 / 232	6,47
aus anderen Gründen			7 / 205	3,41	12 / 232	5,17
<b>P-Wellen-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			195		209	
Median				2,60		3,00
Mittelwert				2,89		3,51
<b>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen</b>			10 / 206	4,85	21 / 232	9,05
wegen Vorhofflimmerns fehlender			6 / 206	2,91	7 / 232	3,02
Vorhofeigenrhythmus			0 / 206	0,00	3 / 232	1,29
aus anderen Gründen			4 / 206	1,94	11 / 232	4,74

**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ventrikel</b>						
<b>Rechtsventrikuläre Sonde</b>						
<b>Art des Vorgehens</b>						
kein Eingriff an der Sonde			148 / 293	50,51	151 / 349	43,27
Neuimplantation			105 / 293	35,84	131 / 349	37,54
Neuplatzierung			34 / 293	11,60	59 / 349	16,91
Reparatur			0 / 293	0,00	1 / 349	0,29
sonstiges			4 / 293	1,37	6 / 349	1,72
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			286		337	
Median				0,70		0,60
Mittelwert				0,74		0,68
<= 1,2 V			270 / 286	94,41	325 / 337	96,44
> 1,2 - 2,5 V			15 / 286	5,24	12 / 337	3,56
> 2,5 V			1 / 286	0,35	0 / 337	0,00
<b>Reizschwelle nicht gemessen</b>			5 / 291	1,72	11 / 348	3,16
<b>R-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			255		293	
Median				11,50		10,60
Mittelwert				12,04		11,36
<b>R-Amplitude nicht gemessen</b>			30 / 291	10,31	53 / 348	15,23
kein Eigenrhythmus			25 / 291	8,59	43 / 348	12,36
aus anderen Gründen			5 / 291	1,72	10 / 348	2,87



**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Linksventrikuläre Sonde</b>						
<b>Art des Vorgehens</b>						
kein Eingriff an der Sonde			7 / 18	38,89	12 / 18	66,67
Neuimplantation			8 / 18	44,44	5 / 18	27,78
Neuplatzierung			0 / 18	0,00	0 / 18	0,00
Reparatur			0 / 18	0,00	0 / 18	0,00
sonstiges			2 / 18	11,11	0 / 18	0,00
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			15		14	
Median				1,10		1,20
Mittelwert				1,24		1,20
<= 1,2 V			9 / 15	60,00	8 / 14	57,14
> 1,2 bis 2,5 V			5 / 15	33,33	6 / 14	42,86
> 2,5 V			1 / 15	6,67	0 / 14	0,00
<b>Reizschwelle nicht gemessen</b>			2 / 17	11,76	3 / 17	17,65

**Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schrittmachersystem</b>						
<b>explantiertes System</b>						
VVI			30 / 174	17,24	25 / 219	11,42
AAI			2 / 174	1,15	5 / 219	2,28
DDD			128 / 174	73,56	172 / 219	78,54
VDD			4 / 174	2,30	1 / 219	0,46
CRT-System mit einer Vorhofsonde			3 / 174	1,72	10 / 219	4,57
CRT-System ohne Vorhofsonde			3 / 174	1,72	3 / 219	1,37
sonstiges			3 / 174	1,72	2 / 219	0,91

**Peri- bzw. postoperative Komplikationen**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation</b>			4	1,18	15	3,63
kardiopulmonale Reanimation			0 / 4	0,00	1 / 15	6,67
interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 4	25,00	1 / 15	6,67
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 4	0,00	0 / 15	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 4	0,00	0 / 15	0,00
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 4	25,00	1 / 15	6,67
<b>Sondendislokation</b>			2 / 4	50,00	6 / 15	40,00
Vorhof			0 / 2	0,00	2 / 6	33,33
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			1 / 2	50,00	4 / 6	66,67
linksventrikuläre Sonde			1 / 2	50,00	0 / 6	0,00
beide			0 / 2	0,00	0 / 6	0,00

**Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sondendysfunktion</b>			0 / 4	0,00	1 / 15	6,67
Vorhof			0 / 0		0 / 1	0,00
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			0 / 0		1 / 1	100,00
linksventrikuläre Sonde			0 / 0		0 / 1	0,00
beide			0 / 0		0 / 1	0,00
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach den KISS-Definitionen)			0 / 4	0,00	0 / 15	0,00
<b>sonstige interventionspflichtige Komplikation</b>			1 / 4	25,00	6 / 15	40,00

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			266	78,70	336	81,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	7,99	27	6,54
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,30	1	0,24
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			18	5,33	15	3,63
07: Tod			5	1,48	10	2,42
08: Verlegung nach § 14			1	0,30	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			11	3,25	11	2,66
10: in Pflegeeinrichtung			8	2,37	13	3,15
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,30	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- |  |   |
|--|---|
| 01 Behandlung regulär beendet  | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                               | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen   |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet   | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br>voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus  | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr<br>(für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen<br>einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) |   |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung   |   |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  |   |
| 11 Entlassung in ein Hospiz  |   |

## Leseanleitung

### 1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein „oder“ als logisches, d. h. inklusives „oder“ zu verstehen im Sinne von „und/oder“.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org).

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

## 2. Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

## 3. Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag „nicht definiert“.

### 3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

#### Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15,00\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15,00\%$  gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

#### Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2019.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten „Sentinel Event“-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich „Sentinel Event“ aufgeführt.

### 3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

**Beispiele:**

Referenzbereich:  $\leq 2,50\%$   
5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)  
10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (auffällig)

**Hinweis:**

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,50\%$   
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).  
Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$   
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).  
Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

### 4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle „Vorjahresdaten“ erläutert.

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.



## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

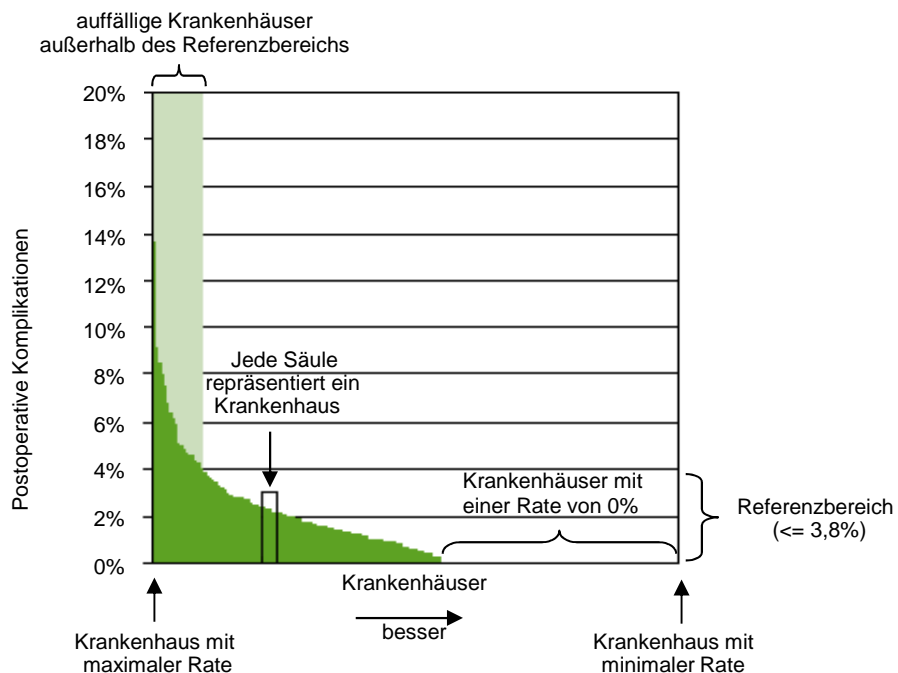
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

**Beispiel:**

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen  
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



## 5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

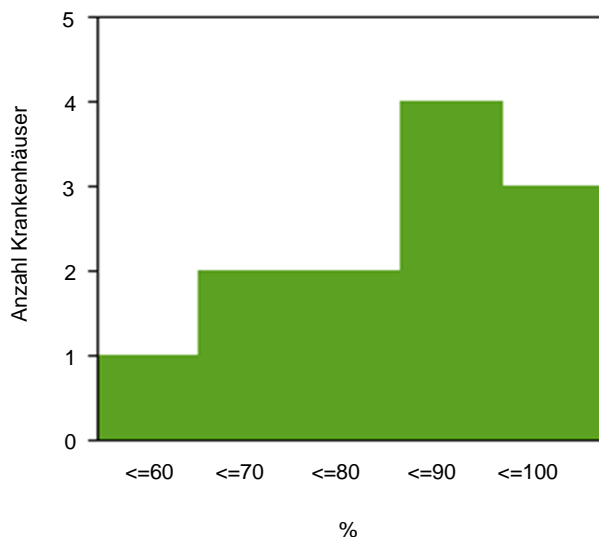
### Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen  
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten  
 Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse:  $\leq 60\%$
2. Klasse:  $> 60\%$  bis  $\leq 70\%$
3. Klasse:  $> 70\%$  bis  $\leq 80\%$
4. Klasse:  $> 80\%$  bis  $\leq 90\%$
5. Klasse:  $> 90\%$  bis  $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

## 6. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

## 7. Sonstiges

### 7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

### 7.2 Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

### 7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

### 7.4 Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

## 8. Glossar

### Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

### AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

### Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

### Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

### Qualitätsindikator/Gruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

### **Statistische Maßzahlen**

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### **Verbindliche Kennzahlen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen (EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

### **Verhältniszahl**

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

### **Vertrauensbereich**

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.