

Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 578
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18311-L117183-P55047

Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 578
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18311-L117183-P55047

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

| Qualitätsindikator/Kennzahl | Fälle Krankenhaus 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz- bereich | Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr ² | Seite |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055 QI: Leitlinienkonforme Indikation | | | 86,51% | >= 90,00% | außerhalb | - | 15 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005 QI: Leitlinienkonforme Systemwahl | | | 98,09% | >= 90,00% | innerhalb | 96,73% | 31 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/52131 QI: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln | | | 93,52% | >= 60,00% | innerhalb | 93,55% | 44 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/131801 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt | | | 0,69 | <= 2,76 | innerhalb | 0,60 | 47 |

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl | Fälle Krankenhaus 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz- bereich | Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr² | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/52316 | | | | | | | |
| QI: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | | | | | | | |
| | | | 96,50% | >= 90,00% | innerhalb | 96,47% | 50 |
| Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts | | | | | | | |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/131802 | | | | | | | |
| QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) | | | | | | | |
| | | | 1,21% | <= 2,50% | innerhalb | 1,18% | 53 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/52325 | | | | | | | |
| QI: Sondendislokation oder -dysfunktion | | | | | | | |
| | | | 0,54% | <= 3,00% | innerhalb | 0,31% | 56 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/131803 | | | | | | | |
| TKez: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden | | | | | | | |
| | | | 75,86% | - | - | 71,34% | 59 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/51186 | | | | | | | |
| QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen | | | | | | | |
| | | | 0,82 | <= 4,71 | innerhalb | 1,30 | 61 |

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator/Kennzahl | Fälle Krankenhaus 2019 | Ergebnis Krankenhaus 2019 | Ergebnis Gesamt 2019 | Referenz- bereich | Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr ² | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/132001 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up) | | | 0,99 | <= 2,77 | innerhalb | - | 63 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/132002 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up) | | | 0,37 | <= 4,12 | innerhalb | - | 65 |

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² 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 ¹ Gesamt | Ergebnis Gesamt Vorjahr ² | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/850313 Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“ | | | 0,87% | <= 3,97% | innerhalb | 1,18% | 72 |
| 2019/09n4-DEFI-IMPL/851903 Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt | | | 0,18% | <= 2,00% | - | 0,48% | 74 |

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

² 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.

Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Implantierbare Defibrillatoren“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Einrichtung berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, 9/4, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Die FU-Indikatoren 2191 im Modul 9/1 und 132000 im Modul 9/4 wurden vom IQTIG ausgesetzt.

Weitere Informationen finden Sie in der Anlage 3 der QSKH-Richtlinie.

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.

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr des IQTIG vom 29.04.2020
 Angaben zur Leitlinie finden Sie auf den ausführlichen Seiten zu den Qualitätsindikatoren.

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|---|------------------|---------------------|
| QI 1: 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055 | | |
| 1.1 Leitlinienkonforme Indikation | | 500 / 578 86,51% |
| 1.2 Keine leitlinienkonforme Indikation | | 78 / 578 13,49% |
| 1.3 Sekundärprävention | | |
| 1.3.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Sekundärprävention | | 160 / 578 27,68% |
| 1.3.1.1 Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik | | 142 / 578 24,57% |
| 1.3.1.2 Sekundärprävention nach Synkope | | 21 / 578 3,63% |
| 1.3.1.3 Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie (nicht behandelbar, ohne Symptomatik) | | 130 / 578 22,49% |

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|---------------------|
| 1.4 Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion | | |
| 1.4.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion | | 388 / 578 67,13% |
| 1.5 Prävention bei Kardiomyopathie | | |
| 1.5.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathie | | 157 / 578 27,16% |
| 1.5.1.1 Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) | | 154 / 578 26,64% |
| 1.5.1.2 Prävention bei Hypertroper Kardiomyopathie (HCM) | | 3 / 578 0,52% |

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|---|------------------|------------------|
| 1.6 Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen | | |
| 1.6.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen | | 5 / 578 0,87% |
| 1.6.1.1 Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS) | | 4 / 578 0,69% |
| 1.6.1.2 Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS) | | 0 / 578 0,00% |
| 1.6.1.3 Prävention bei Brugada-Syndrom | | 1 / 578 0,17% |
| 1.6.1.4 Prävention bei catecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT) | | 0 / 578 0,00% |
| 1.7 Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes | | |
| 1.7.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes | | 0 / 578 0,00% |

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|---------------------|
| QI 2: 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005 | | |
| 2.1 Leitlinienkonforme Systemwahl | | 566 / 577 98,09% |
| 2.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl | | 11 / 577 1,91% |
| 2.3 CRT-Indikation | | |
| 2.3.1 CRT-Indikation SIN | | 174 / 577 30,16% |
| 2.3.2 CRT-Indikation SM/DE NOVO | | 195 / 577 33,80% |
| 2.3.3 CRT-Indikation SM/UPGRADE | | 10 / 577 1,73% |
| 2.3.4 CRT-Indikation AF | | 146 / 577 25,30% |

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|---------------------|
| 2.4 Systemwahl VVI | | 234 / 577 40,55% |
| 2.4.1 VVI-1: Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern | | 49 / 234 20,94% |
| 2.4.2 VVI-2 ¹ : nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern | | 183 / 234 78,21% |
| 2.4.3 Leitlinienkonforme Systemwahl VVI | | 232 / 234 99,15% |
| 2.4.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VVI | | 2 / 234 0,85% |
| 2.5 Systemwahl DDD | | 123 / 577 21,32% |
| 2.5.1 Leitlinienkonforme Systemwahl DDD | | 120 / 123 97,56% |
| 2.5.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl DDD | | 3 / 123 2,44% |

¹ **und (nicht** CRT-Indikation (SIN oder SM/UPGRADE)
oder (CRT-Indikation SIN **und nicht**
 intraventrikuläre Leitungsstörungen:
 Linksschenkelblock oder QRS-Komplex 120 bis < 130 ms))
und nicht hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|---------------------|
| 2.6 Systemwahl VDD | | 18 / 577 3,12% |
| 2.6.1 Leitlinienkonforme Systemwahl VDD | | 17 / 18 94,44% |
| 2.6.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VDD | | 1 / 18 5,56% |
| 2.7 Systemwahl subkutaner ICD | | 27 / 577 4,68% |
| 2.7.1 Leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD | | 26 / 27 96,30% |
| 2.7.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD | | 1 / 27 3,70% |
| 2.8 Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde | | 159 / 577 27,56% |
| 2.8.1 Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation AF | | 6 / 159 3,77% |
| 2.8.2 nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation SIN, SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE | | 150 / 159 94,34% |
| 2.8.3 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde | | 156 / 159 98,11% |
| 2.8.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde | | 3 / 159 1,89% |


Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

| Beschreibung | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|---|------------------|-------------------|
| 2.9 Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde | | 16 / 577 2,77% |
| 2.9.1 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde | | 15 / 16 93,75% |
| 2.9.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde | | 1 / 16 6,25% |

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Indikation

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 17 bis 30

| | |
|-------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatorenimplantation |
| Grundgesamtheit: | Alle Patientinnen und Patienten |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055 |
| Referenzbereich: | >= 90,00% |

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation Vertrauensbereich Referenzbereich | |  | 500 / 578 | 86,51% 83,48% - 89,05% >= 90,00% |
| Patientinnen und Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie ^{1 2} | | | 78 / 578 | 13,49% |

 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

¹ Deneke et al. 2017: Kommentar zu den ESC-Leitlinien 2015 „Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes“. Kardiologie 11(1): 27-43. DOI: 10.1007/s12181-016-0115-z.

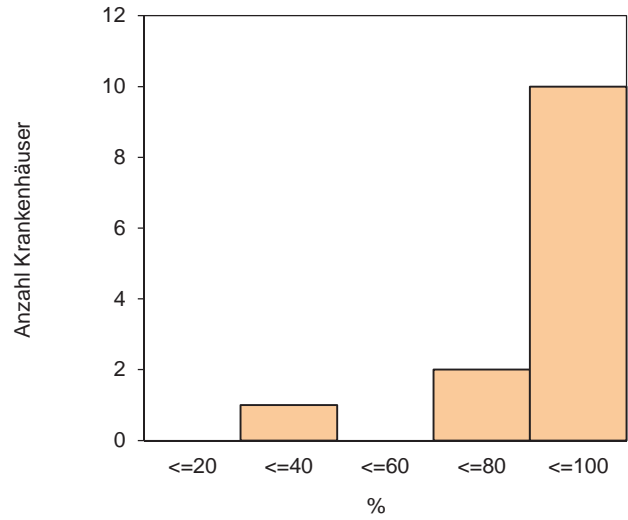
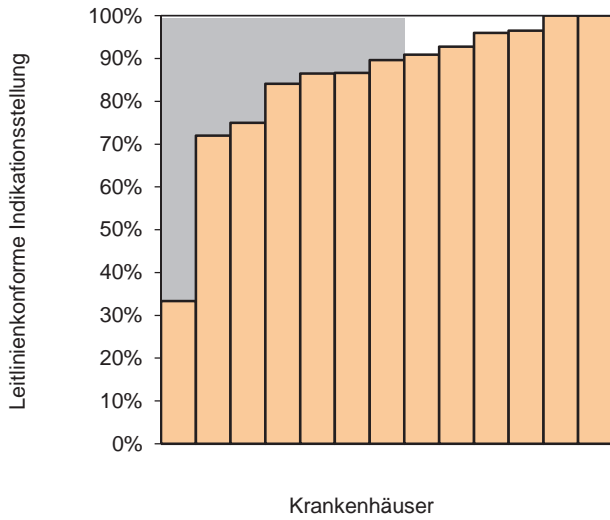
² Priori et al. 2015: 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

| Vorjahresdaten ³ | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation Vertrauensbereich | - | - | - | - |

³ Aufgrund der Verwendung neuer Datenfelder in der Rechenregel sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

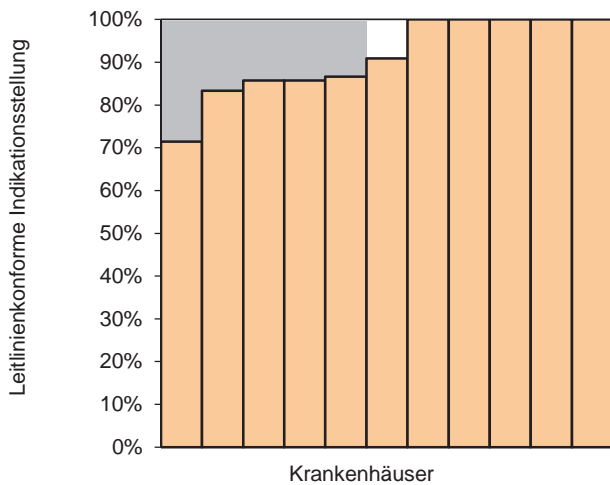
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation an allen Patientinnen und Patienten**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|-------|--------|-----|--------|
| | 33,33 | | 72,00 | 84,09 | 89,66 | 96,00 | 100,00 | | 100,00 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|--------|--------|-----|--------|
| | 71,43 | | 83,33 | 85,71 | 90,91 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sekundärprävention

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eines der Kriterien zur Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammer-tachykardie mit klinischer Symptomatik, nach Synkope oder bei anhaltender Kammertachykardie (nicht behandelbar) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Sekundärprävention | | | 160 / 578 | 27,68% |

| Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie | | | | |
| UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch) | | | | |
| UND NICHT WPW-Syndrom | | | | |
| UND NICHT reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie | | | | |
| UND NICHT behandelbare idiopathische Kammertachykardie | | | | |
| UND NICHT indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 142 / 578 | 24,57% |

| Sekundärprävention nach Synkope | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) UND (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%) ODER (KHK mit Myokardinfarkt UND NICHT indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn UND Kammertachykardie induzierbar)) UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 21 / 578 | 3,63% |

| Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie nicht behandelbar, ohne Symptomatik | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) <i>UND NICHT</i> indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn <i>UND NICHT</i> WPW-Syndrom <i>UND NICHT</i> reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie <i>UND NICHT</i> behandelbare idiopathische Kammertachykardie <i>UND</i> Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten <i>UND NICHT</i> ASA-Klasse 5 | | | 130 / 578 | 22,49% |

Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion

| Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger) <i>UND NICHT</i> Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD <= 40 Tage <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt <i>UND</i> ((KHK <i>ODER</i> Herzerkrankung * Ischämische Kardiomyopathie) <i>UND</i> Herzinsuffizienz * NYHA I <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 30% <i>ODER</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> (Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III <i>ODER</i> Herzinsuffizienz * NYHA IV <i>UND</i> CRT-Indikation)) <i>UND</i> Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten <i>UND NICHT</i> ASA-Klasse 5 | | | 388 / 578 | 67,13% |

Prävention bei Kardiomyopathie

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eines der Kriterien Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) oder Hypertropher Kardiomyopathie (HCM) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathien | | | 157 / 578 | 27,16% |

| Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| <p>Herzerkrankung * Dilatative Kardiomyopathie (DCM)</p> <p>UND (((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)</p> <p>ODER (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)</p> <p>UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch)))</p> <p>UND NICHT WPW-Syndrom UND NICHT reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie)</p> <p>ODER (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%) UND (Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III</p> <p>ODER (Herzinsuffizienz * NYHA IV</p> <p>UND CRT-Indikation)) UND optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger)))</p> <p>UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten</p> <p>UND NICHT ASA-Klasse 5</p> | | | 154 / 578 | 26,64% |

| Prävention bei Hypertropher Kardiomyopathie (HCM) | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) | | | | |
| ODER Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner) >= 4 | | | | |
| ODER Risiko für einen plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) >= 4 nicht berechnet *da Leistungssportler *wegen Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom)) | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 3 / 578 | 0,52% |

Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eines der Kriterien Prävention bei langem QT-Syndrom, kurzem QT-Syndrom, Brugada-Syndrom oder katecholaminerger polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei angeborenen primären Arrhythmie- syndromen | | | 5 / 578 | 0,87% |

| Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS) | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * langes QT-Syndrom (LQTS) | | | | |
| UND ((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)) | | | | |
| ODER (Betablocker und/oder Ivabradin) | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope))) | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 4 / 578 | 0,69% |

| Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS) | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * kurzes QT-Syndrom (SQTS) | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)) | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 0 / 578 | 0,00% |

| Prävention bei Brugada-Syndrom | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * Brugada-Syndrom | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) | | | | |
| ODER Kammerflimmern induzierbar | | | | |
| ODER (spontanes Brugada-Typ-1-EKG | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope))) | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 1 / 578 | 0,17% |

| Prävention bei katecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT) | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) | | | | |
| UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation | | | | |
| ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Synkope) | | | | |
| UND (Betablocker und/oder Ivabradin) | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 0 / 578 | 0,00% |

Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes

| Sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten | | | | |
| Herzerkrankung * short-coupled torsade de pointes VT | | | | |
| UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten | | | | |
| UND NICHT ASA-Klasse 5 | | | 0 / 578 | 0,00% |

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Systemwahl


Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD), CRT-System oder subkutanem ICD


Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005

Referenzbereich: >= 90,00%

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD Vertrauensbereich Referenzbereich | |  | 566 / 577 | 98,09% |
| | | >= 90,00% | | 96,62% - 98,93% >= 90,00% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl | | | 11 / 577 | 1,91% |

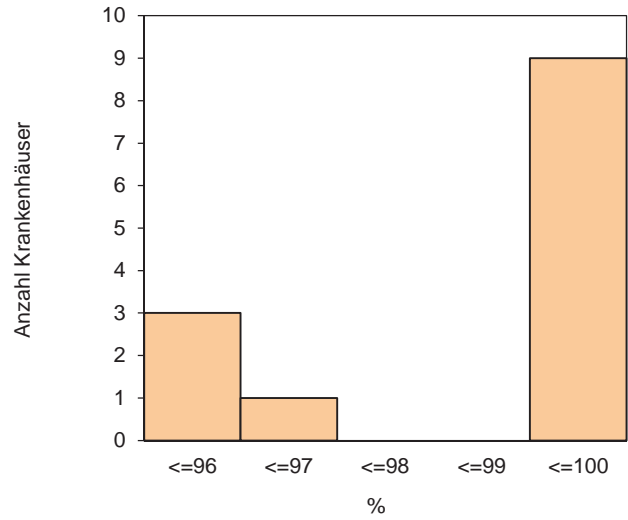
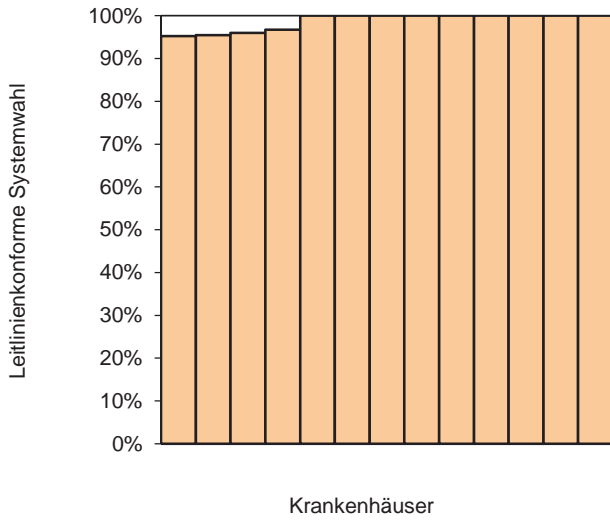
 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

| Vorjahresdaten ¹ | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD Vertrauensbereich | |  | 651 / 673 | 96,73% |
| | | | | 95,10% - 97,83% |

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

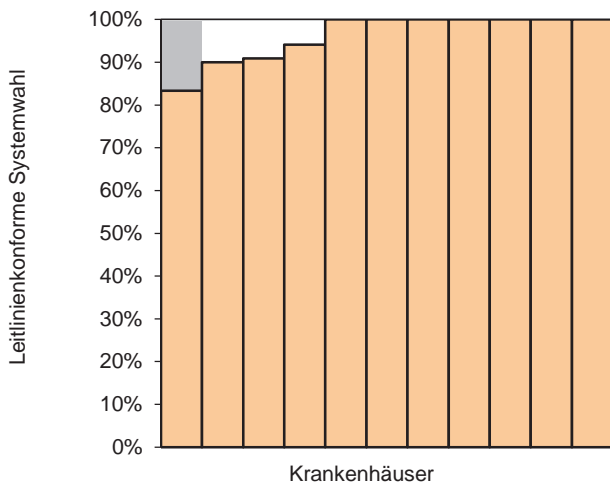
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD an allen Patientinnen und Patienten mit
 implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD), CRT-System oder subkutanem ICD**

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



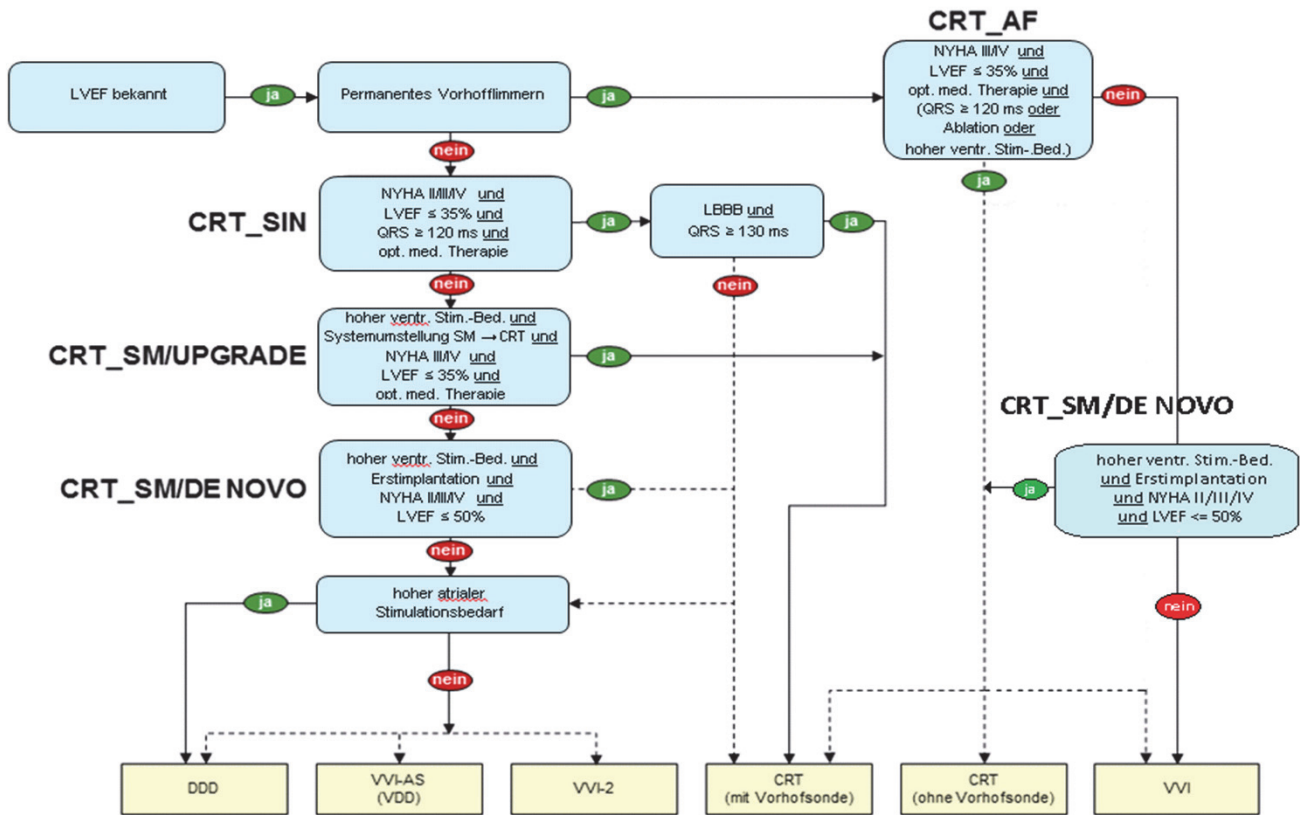
| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|--------|--------|-----|--------|
| | 95,24 | | 95,45 | 96,77 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|--------|--------|-----|--------|
| | 83,33 | | 90,00 | 90,91 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Implantierbare Defibrillatoren: Leitlinienkonforme Systemwahl

Quelle: modifiziert übernommen aus: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2019 (QIDB): Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, IQTIG - Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

CRT-INDIKATION

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| CRT-INDIKATION SIN | | | | |
| Herzinsuffizienz * NYHA II, III, IV | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% | | | | |
| UND QRS-Komplex >= 120 ms | | | | |
| UND optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie | | | 174 / 577 | 30,16% |

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| CRT-Indikation SM/DE NOVO NICHT Systemumstellung Schrittmacher- zu CRT-D-System OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc, 5-378.d7 und 5-378.d8 UND Herzinsuffizienz * NYHA II, III, IV UND linkshenrikuläre Ejektionsfraktion <= 50% UND erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40% | | | 195 / 577 | 33,80% |

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| CRT-Indikation SM/UPGRADE Systemumstellung Schrittmacher- zu CRT-D-System OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc, 5-378.d7 und 5-378.d8 <i>UND</i> Herzinsuffizienz * NYHA, III, IV <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40% <i>UND</i> optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie | | | 10 / 577 | 1,73% |

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| CRT-Indikation AF Herzinsuffizienz * NYHA III, IV <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie <i>UND</i> (QRS-Komplex >= 120 ms <i>ODER</i> AV-Block * AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation <i>ODER</i> erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40%) | | | 146 / 577 | 25,30% |

SYSTEMWAHL VVI

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit VVI | | | 234 / 577 | 40,55% |
| davon | | | | |
| 1) Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | 49 / 234 | 20,94% |
| 2) NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| UND (NICHT (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE) | | | | |
| ODER (CRT-Indikation SIN UND (NICHT intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock ODER QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms))) | | | | |
| UND NICHT hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | 183 / 234 | 78,21% |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VVI | | | 232 / 234 | 99,15% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VVI | | | 2 / 234 | 0,85% |

SYSTEMWAHL DDD

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit DDD | | | 123 / 577 | 21,32% |
| davon | | | | |
| <i>NICHT</i> Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| <i>UND</i> <i>(NICHT</i> (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE) | | | | |
| <i>ODER</i> (CRT-Indikation SIN <i>UND</i> <i>(NICHT</i> intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock | | | | |
| <i>ODER</i> QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms))) | | | | |
| <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl DDD | | | 120 / 123 | 97,56% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl DDD | | | 3 / 123 | 2,44% |

SYSTEMWAHL VDD

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit VDD | | | 18 / 577 | 3,12% |
| davon | | | | |
| <i>NICHT</i> Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| <i>UND</i> <i>(NICHT</i> (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE) | | | | |
| <i>ODER</i> (CRT-Indikation SIN <i>UND</i> <i>(NICHT</i> intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock <i>ODER</i> QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms))) | | | | |
| <i>UND NICHT</i> hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit | | | | |
| <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VDD | | | 17 / 18 | 94,44% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VDD | | | 1 / 18 | 5,56% |

SYSTEMWAHL subkutaner ICD

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit subkutanem ICD | | | 27 / 577 | 4,68% |
| davon | | | | |
| <i>NICHT</i> (CRT-Indikation AF oder SIN oder SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE) | | | | |
| <i>UND NICHT</i> (hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit <i>ODER</i> erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40%) | | | | |
| <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD | | | 26 / 27 | 96,30% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD | | | 1 / 27 | 3,70% |

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM MIT EINER VORHOFSONDE

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit CRT-System mit einer Vorhofsonde | | | 159 / 577 | 27,56% |
| davon | | | | |
| 1) Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| UND (CRT-Indikation AF ODER CRT-Indikation SM/DE NOVO) | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | 6 / 159 | 3,77% |
| 2) NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| UND (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE oder SM/DE NOVO) | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | 150 / 159 | 94,34% |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinien- konformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde | | | 156 / 159 | 98,11% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde | | | 3 / 159 | 1,89% |

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM OHNE VORHOFSONDE

| Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit CRT-System ohne Vorhofsonde | | | 16 / 577 | 2,77% |
| davon | | | | |
| Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern | | | | |
| UND (CRT-Indikation AF ODER CRT-Indikation SM/DE NOVO) | | | | |
| UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt | | | | |
| Patientinnen und Patienten mit leitlinien- konformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde | | | 15 / 16 | 93,75% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde | | | 1 / 16 | 6,25% |

Qualitätsindikator: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/52131

Referenzbereich: >= 60,00%

| Eingriffsdauer | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|-----------|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer | | | | |
| - bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI) | | | | |
| - bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) | | | | |
| - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems | | | | |
| - bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel | | | 765 / 818 | 93,52% |
| Vertrauensbereich | | | | 91,62% - 95,01% |
| Referenzbereich | | >= 60,00% | | >= 60,00% |
| davon | | | | |
| Eingriffsdauer in 09/4 ¹ | | | 510 / 550 | 92,73% |
| Eingriffsdauer in 09/5 ² | | | 255 / 268 | 95,15% |

| Vorjahresdaten ³ | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer | | | | |
| - bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI) | | | | |
| - bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) | | | | |
| - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems | | | | |
| - bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel | | | 899 / 961 | 93,55% |
| Vertrauensbereich | | | | 91,82% - 94,93% |
| davon | | | | |
| Eingriffsdauer in 09/4 ¹ | | | 583 / 631 | 92,39% |
| Eingriffsdauer in 09/5 ² | | | 316 / 330 | 95,76% |

¹ KKez 61537_52131

² KKez 61538_52131

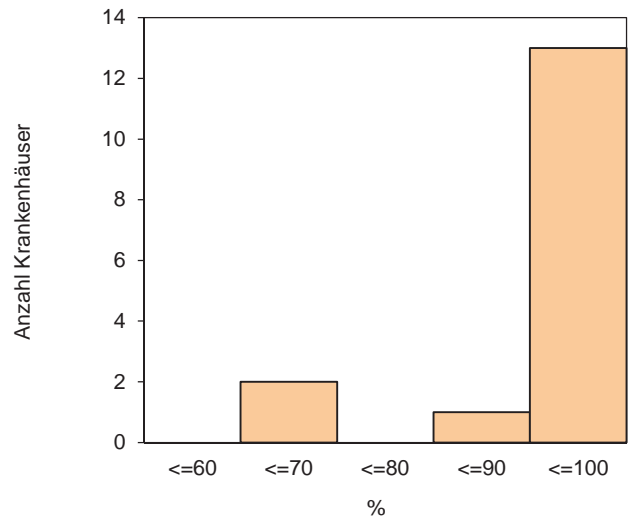
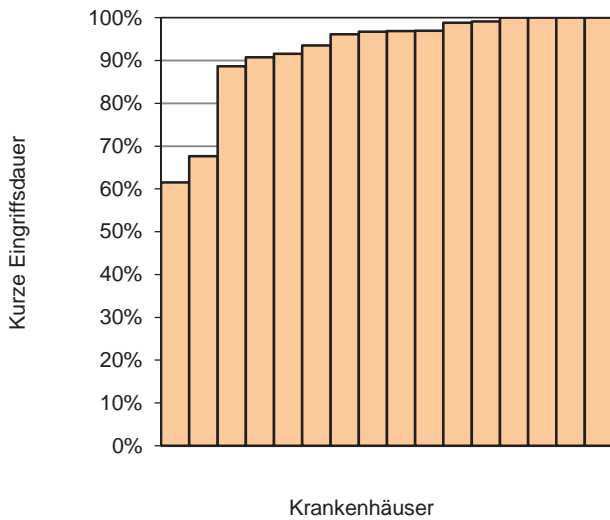
³ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

| Eingriffsdauer | Krankenhaus 2019 | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|-----|----------------------|
| | Einkammer- system (VVI) | Zweikammer- system (VDD, DDD) | CRT | Aggregat- Wechsel |
| bis 60 min | | | | |
| 61 bis 90 min | | | | |
| 91 bis 120 min | | | | |
| 121 bis 180 min | | | | |
| > 180 min | | | | |
| Anzahl gültiger Angaben Median (in min) | | | | |

| Eingriffsdauer | Gesamt 2019 | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------|
| | Einkammer- system (VVI) | Zweikammer- system (VDD, DDD) | CRT | Aggregat- Wechsel |
| bis 60 min | 211 / 234 90,17% | 103 / 141 73,05% | 37 / 175 21,14% | 255 / 268 95,15% |
| 61 bis 90 min | 21 / 234 8,97% | 28 / 141 19,86% | 61 / 175 34,86% | 0 / 268 0,00% |
| 91 bis 120 min | 2 / 234 0,85% | 6 / 141 4,26% | 40 / 175 22,86% | 1 / 268 0,37% |
| 121 bis 180 min | 0 / 234 0,00% | 3 / 141 2,13% | 30 / 175 17,14% | 1 / 268 0,37% |
| > 180 min | 0 / 234 0,00% | 1 / 141 0,71% | 7 / 175 4,00% | 0 / 268 0,00% |
| Anzahl gültiger Angaben Median (in min) | 234 40,00 | 141 50,00 | 175 90,00 | 268 28,00 |

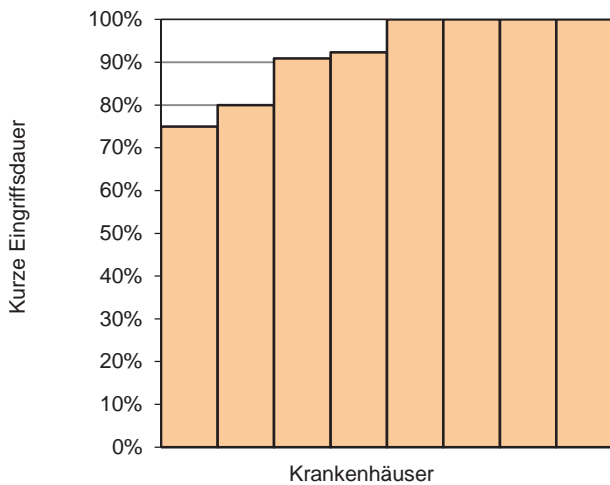
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52131]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI), bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD,DDD), bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems und bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel an allen Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD,DDD) oder CRT-System sowie allen Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-------|-------|--------|-------|--------|-----|--------|
| | 61,54 | | 67,65 | 91,16 | 96,82 | 99,57 | 100,00 | | 100,00 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-----|-------|--------|--------|-----|-----|--------|
| | 75,00 | | | 85,45 | 96,15 | 100,00 | | | 100,00 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt

| | |
|--|--|
| Qualitätsziel: | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Grundgesamtheit: | Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/131801 |
| Methode der Risikoadjustierung: | Logistische Regression |
| Referenzbereich: | <= 2,76 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) |

| | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|-----------------------|
| Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System | | |
| beobachtet (O) ¹ | | 50 / 549 9,11% |
| vorhergesagt (E) ² | | 72,71 / 549 13,24% |
| O - E | | -4,14% |

¹ KKez O_131801: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System.

² KKez E_131801: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für Q-ID 131801.

| | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|-------------|
| Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System | | |
| O/E ³ | | 0,69 |
| Vertrauensbereich | | 0,53 - 0,89 |
| Referenzbereich | <= 2,76 | <= 2,76 |

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 10% kleiner als erwartet.

| Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018 |
|--|------------------|-----------------------|
| beobachtet (O) ² | | 50 / 628 7,96% |
| vorhergesagt (E) ³ | | 82,84 / 628 13,19% |
| O - E | | -5,23% |
| O/E ⁴ Vertrauensbereich | ■ | 0,60 0,46 - 0,78 |

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez_O_131801: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System.

³ KKez_E_131801: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 131801.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde zur erwarteten Rate.

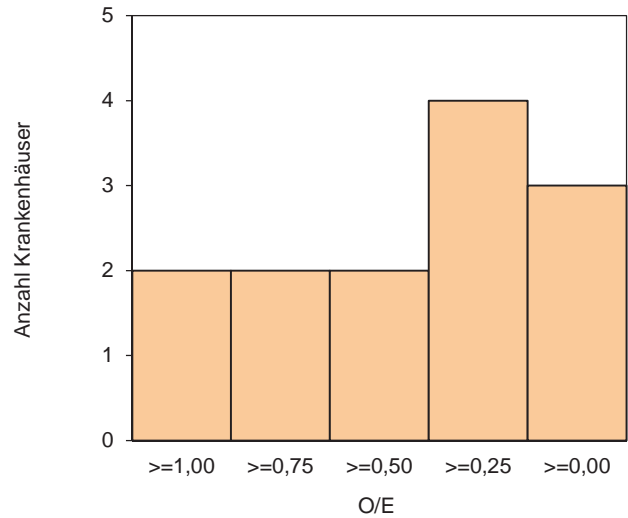
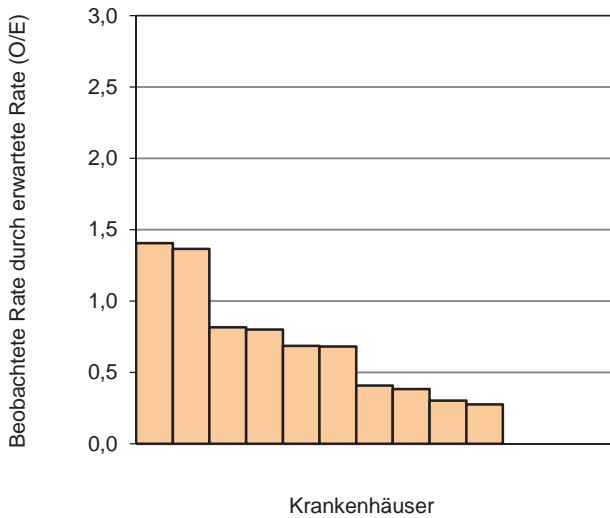
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 10% kleiner als erwartet.

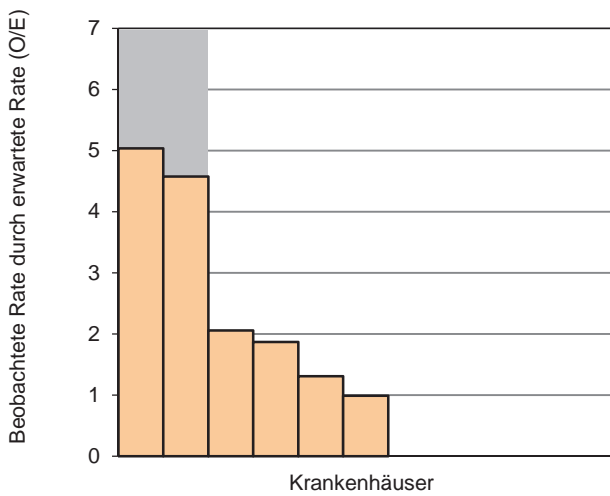
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/131801]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 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 | | 0,00 | 0,28 | 0,41 | 0,80 | 1,37 | | 1,41 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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 | 0,99 | 2,06 | 4,58 | | 5,04 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

| | |
|-------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen |
| Grundgesamtheit: | <p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/52316 |
| Referenzbereich: | >= 90,00% |

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ 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 | | | 1.792 / 1.857 | 96,50% |
| | | >= 90,00% | 95,56% - 97,24% | >= 90,00% |
| davon | | | | |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4 ² | | | 1.571 / 1.629 | 96,44% |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 ³ | | | 221 / 228 | 96,93% |

¹ 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).

² KKez 52317_52316

³ KKez 52323_52316

| Vorjahresdaten ¹ | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|---------------|---------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ² 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 | | | 2.156 / 2.235 | 96,47% 95,62% - 97,15% |
| davon | | | | |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4 ³ | | | 1.889 / 1.952 | 96,77% |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 ⁴ | | | 267 / 283 | 94,35% |

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

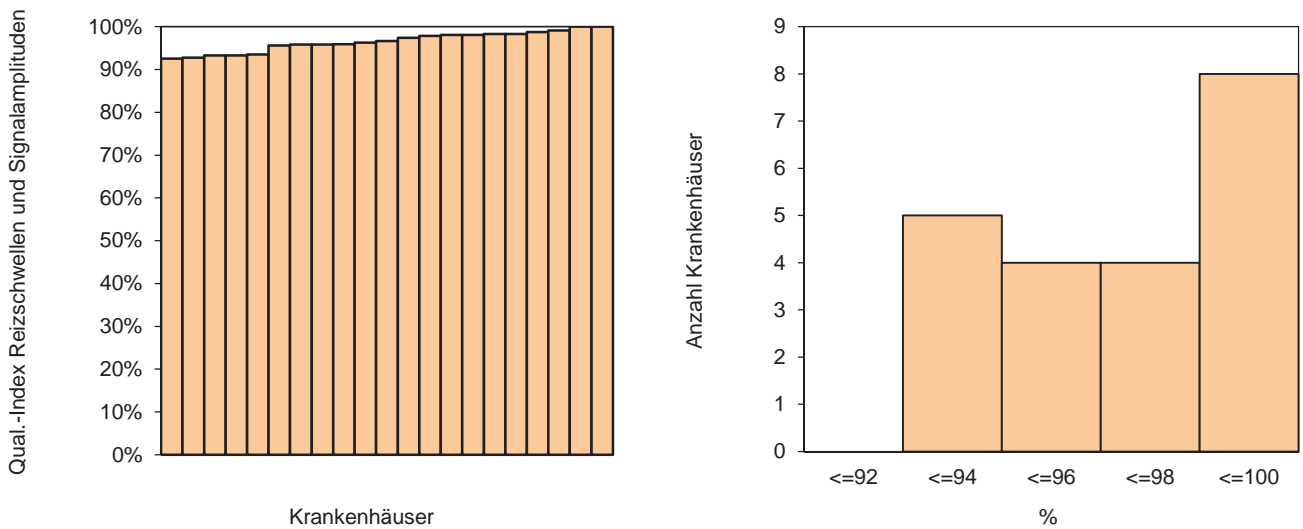
² Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

³ KKez 52317_52316

⁴ KKez 52323_52316

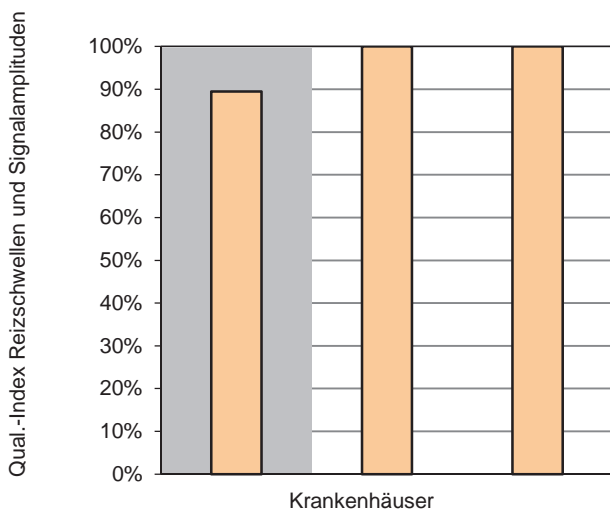
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52316]:
Anteil von Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen (Ergebnisse liegen innerhalb von definierten Akzeptanzbereichen) an allen erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich 09/4 und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich 09/6, für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|--------|
| | 92,59 | 92,79 | 93,33 | 95,65 | 96,67 | 98,31 | 99,16 | 100,00 | 100,00 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|-------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|--------|
| | 89,47 | | | | 100,00 | | | | 100,00 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2019/09n4-DEFI-IMPL/131802

Referenzbereich: <= 2,50%

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|----------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation | | | 10 / 578 | 1,73% |
| Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)¹ | | | 7 / 578 | 1,21% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,59% - 2,48% |
| Referenzbereich | | <= 2,50% | | <= 2,50% |
| Kardiopulmonale Reanimation | | | 0 / 578 | 0,00% |
| Interventionspflichtiger Pneumothorax | | | 4 / 578 | 0,69% |
| Interventionspflichtiger Hämatothorax | | | 0 / 578 | 0,00% |
| Interventionspflichtiger Perikarderguss | | | 0 / 578 | 0,00% |
| Interventionspflichtiges Taschenhämatom | | | 1 / 578 | 0,17% |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion | | | 3 / 578 | 0,52% |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation | | | 3 / 578 | 0,52% |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion | | | 0 / 578 | 0,00% |
| postoperative Wundinfektion | | | 0 / 578 | 0,00% |
| Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen | | | 3 / 578 | 0,52% |

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

| Vorjahresdaten ¹ | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)² Vertrauensbereich | | | 8 / 677 | 1,18% 0,60% - 2,31% |

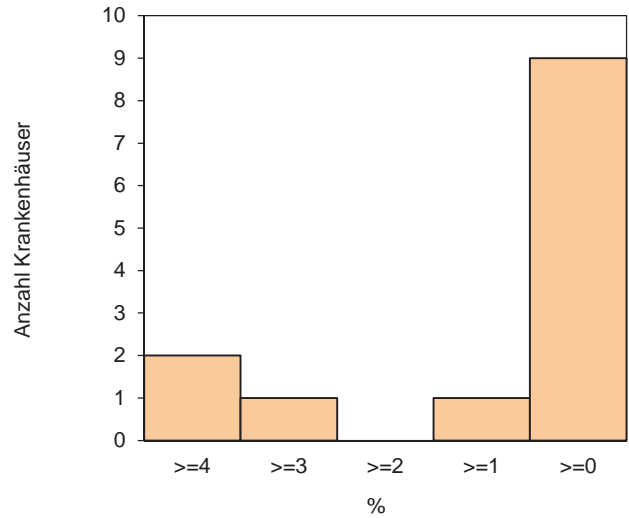
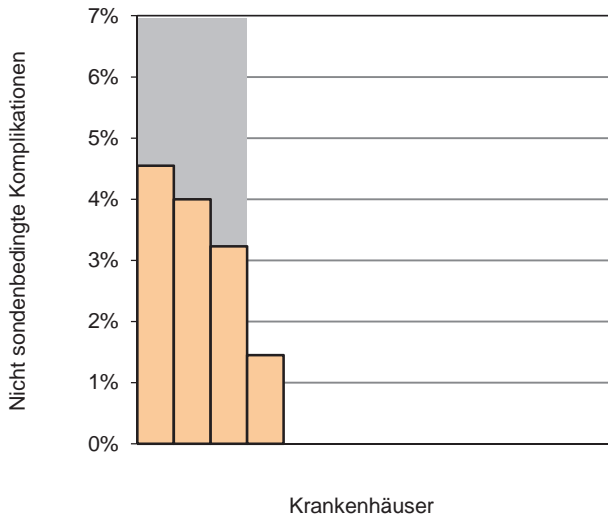
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/131802]:

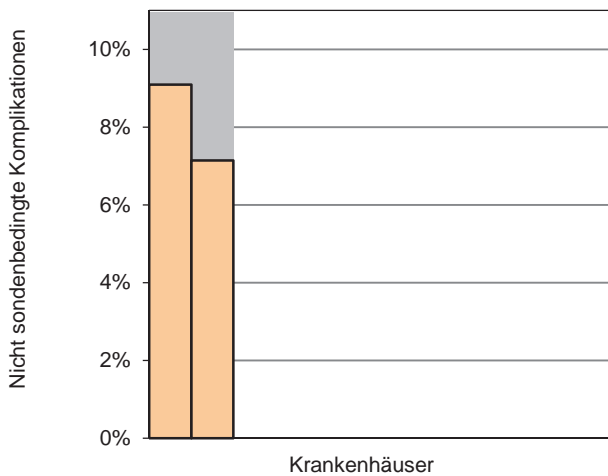
Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Patientinnen und Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 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 | 0,00 | 0,00 | 1,45 | 4,00 | | 4,55 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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 | 7,14 | | 9,09 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sondendislokation oder -dysfunktion

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/52325

Referenzbereich: <= 3,00%

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|----------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion¹ | | | 3 / 551 | 0,54% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,19% - 1,59% |
| Referenzbereich | | <= 3,00% | | <= 3,00% |
| Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde | | | 1 / 300 | 0,33% |
| Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde | | | 2 / 551 | 0,36% |
| Sondendislokation oder -dysfunktion einer anderen Defibrillationssonde | | | 0 / 551 | 0,00% |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation¹ | | | 3 / 551 | 0,54% |
| Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde | | | 1 / 300 | 0,33% |
| Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde | | | 2 / 551 | 0,36% |
| Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde | | | 1 / 551 | 0,18% |
| linksventrikuläre Sonde | | | 1 / 178 | 0,56% |
| weitere Ventrikelsonde | | | 0 / 0 | |
| andere Defibrillationssonde | | | 0 / 551 | 0,00% |

¹ Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion¹ | | | 0 / 551 | 0,00% |
| Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde | | | 0 / 300 | 0,00% |
| Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde | | | 0 / 551 | 0,00% |
| Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde | | | 0 / 551 | 0,00% |
| linksventrikuläre Sonde | | | 0 / 178 | 0,00% |
| weitere Ventrikelsonde | | | 0 / 0 | |
| andere Defibrillationssonde | | | 0 / 551 | 0,00% |

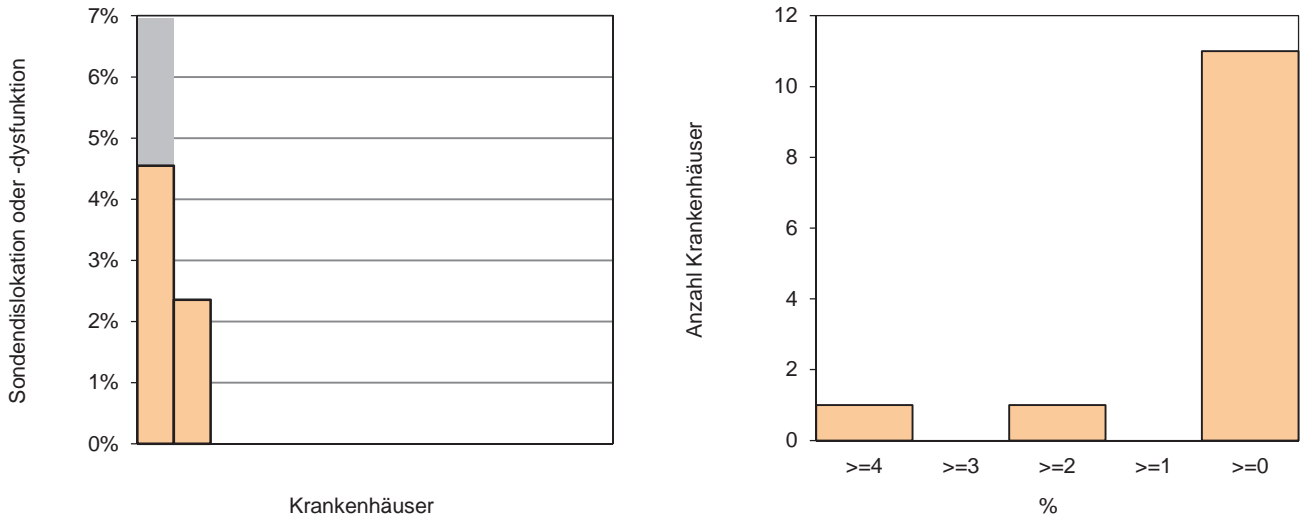
| Vorjahresdaten² | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion¹ Vertrauensbereich | | | 2 / 635 | 0,31% 0,09% - 1,14% |

¹ Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

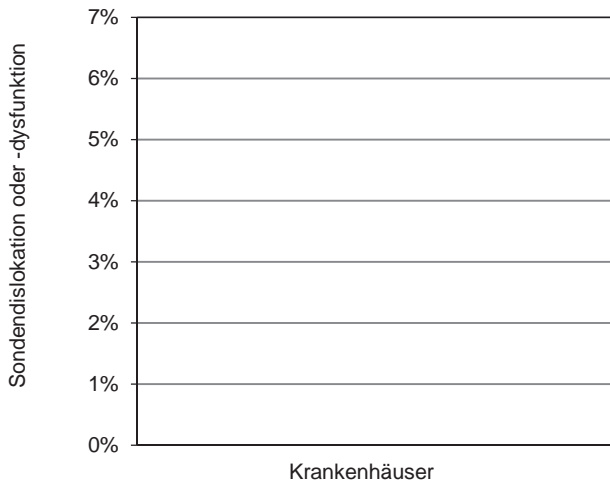
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52325]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 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 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,35 | | 4,55 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/131803

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|---------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden Vertrauensbereich | | | 418 / 551 | 75,86% 72,12% - 79,25% |

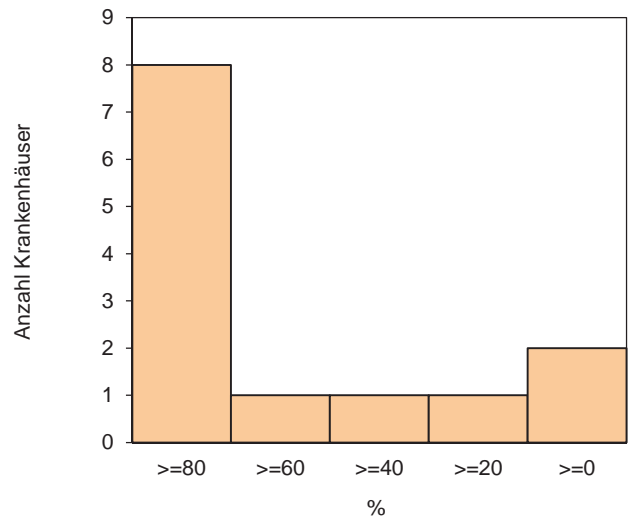
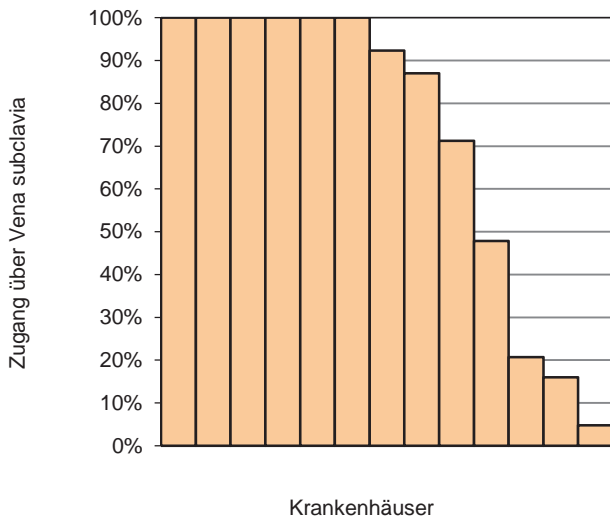
| Vorjahresdaten² | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|---------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden Vertrauensbereich | | | 453 / 635 | 71,34% 67,70% - 74,72% |

¹ Ausschluss: Patientinnen und Patienten mit S-ICD-System

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

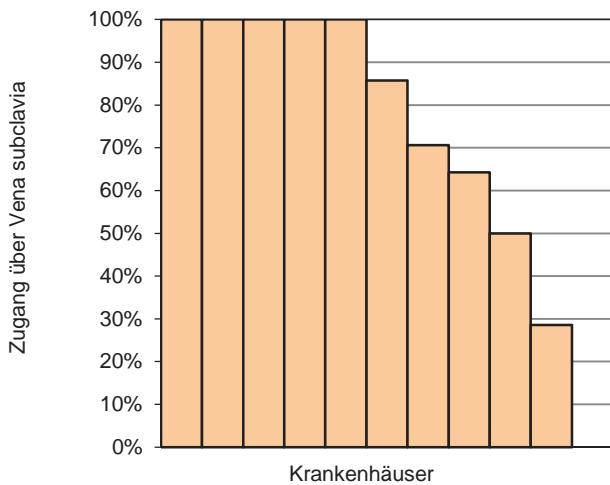
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_TKez_131803, Kennzahl-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/131803]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System)**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|-------|-------|--------|--------|--------|-----|--------|
| | 4,76 | | 16,00 | 47,83 | 92,31 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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 | | 28,57 | 50,00 | 85,71 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

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: 2019/09n4-DEFI-IMPL/51186
Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression
Referenzbereich: <= 4,71 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

| verstorbene Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|---------------------|
| beobachtet (O) ¹ | | 3 / 578 0,52% |
| vorhergesagt (E) ² | | 3,67 / 578 0,64% |
| O - E | | -0,12% |

| verstorbene Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2019 | Gesamt 2019 |
|--|------------------|-------------|
| O/E ³ | | 0,82 |
| Vertrauensbereich | | 0,28 - 2,38 |
| Referenzbereich | <= 4,71 | <= 4,71 |

| Vorjahresdaten ⁴ verstorbene Patientinnen und Patienten | Krankenhaus 2018 | Gesamt 2018 |
|---|------------------|---------------------|
| beobachtet (O) ¹ | | 6 / 677 0,89% |
| vorhergesagt (E) ² | | 4,63 / 677 0,68% |
| O - E | | 0,20% |
| O/E ³ | | 1,30 |
| Vertrauensbereich | | 0,60 - 2,81 |

¹ KKez O_51186: Beobachtete Rate an Todesfällen.

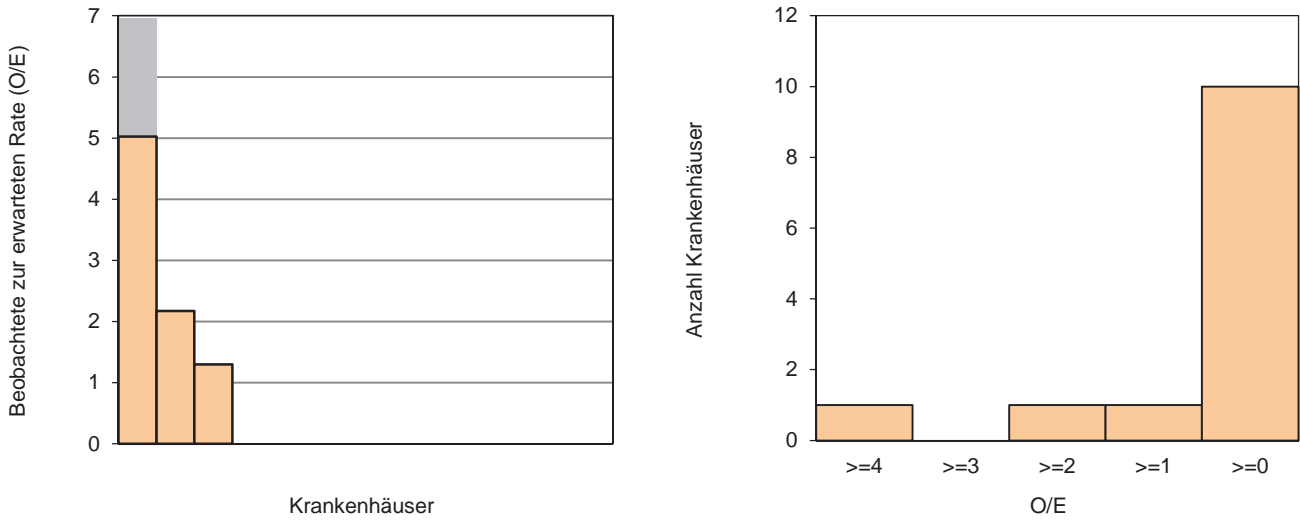
² KKez E_51186: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 51186.

³ 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.

⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

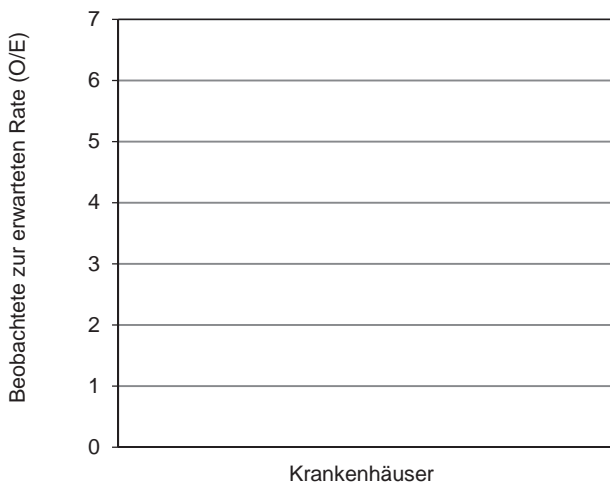
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/51186]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei allen Patientinnen und Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 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 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,17 | | 5,03 |

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator)

| | |
|--|--|
| Qualitätsziel: | Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator |
| Grundgesamtheit: | Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2018), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator (Follow-up) |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/132001 |
| Methode der Risikoadjustierung: | Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten |
| Referenzbereich: | $\leq 2,77$ (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund) |

| Auswertungszeitpunkt: 2019 | Krankenhaus | Gesamt |
|---|---|----------------------|
| Ereignisse im Beobachtungszeitraum¹ | | |
| beobachtet (O) ² | | 27 / 595 0,99% |
| vorhergesagt (E) ³ | | 27,40 / 595 0,99% |
| O/E ⁴ |  | 0,99 |
| Vertrauensbereich | | 0,68 - 1,42 |
| Referenzbereich | $\leq 2,77$ | $\leq 2,77$ |

¹ Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.

² KKez_O_132001: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

³ KKez_E_132001: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 132001.

⁴ Verhältnis der beobachteten Anzahl an Ereignissen zur erwarteten Anzahl an Ereignissen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl an Ereignissen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

| Auswertungszeitpunkt: 2018 ¹ | Krankenhaus | Gesamt |
|---|-------------|--------|
| Ereignisse im Beobachtungszeitraum² | | |
| beobachtet (O) ³ | - | - |
| vorhergesagt (E) ⁴ | - | - |
| O/E ⁵ | - | - |
| Vertrauensbereich | - | - |

¹ Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

² Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.

³ KKez O_132001: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

⁴ KKez E_132001: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 132001.

⁵ Verhältnis der beobachteten Anzahl an Ereignissen zur erwarteten Anzahl an Ereignissen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl an Ereignissen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up-Indikator)

| | |
|--|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator |
| Grundgesamtheit: | Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2018), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator (Follow-up) |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/132002 |
| Methode der Risikoadjustierung: | Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und Geschlecht des Patienten |
| Referenzbereich: | <= 4,12 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) |

| Auswertungszeitpunkt: 2019 | Krankenhaus | Gesamt |
|---|-------------|---------------------|
| Ereignisse im Beobachtungszeitraum¹ | | |
| beobachtet (O) ² | | 3 / 595 0,37% |
| vorhergesagt (E) ³ | | 8,08 / 595 0,37% |
| O/E ⁴ | █ | 0,37 |
| Vertrauensbereich | | 0,13 - 1,08 |
| Referenzbereich | <= 4,12 | <= 4,12 |

¹ Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.

² KKez O_132002: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

³ KKez E_132002: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 132002.

⁴ Verhältnis der beobachteten Anzahl an Ereignissen zur erwarteten Anzahl an Ereignissen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl an Ereignissen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Anzahl an Ereignissen ist 10% kleiner als erwartet.

| Auswertungszeitpunkt: 2018 ¹ | Krankenhaus | Gesamt |
|---|-------------|--------|
| Ereignisse im Beobachtungszeitraum² | | |
| beobachtet (O) ³ | - | - |
| vorhergesagt (E) ⁴ | - | - |
| O/E ⁵ | - | - |
| Vertrauensbereich | - | - |

¹ Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

² Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt.

³ KKez O_132002: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

⁴ KKez E_132002: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 132002.

⁵ Verhältnis der beobachteten Anzahl an Ereignissen zur erwarteten Anzahl an Ereignissen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl an Ereignissen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4 und 09/5

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52131 in 09/4 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/4 und 09/5 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 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/4 - Qualitätsindikator: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

| | |
|-------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst kurze Eingriffsdauer |
| Grundgesamtheit: | Alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5) |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/52131 |

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|--|---|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI), bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD), bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems oder bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel | Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52131 in der Auswertung 09/4 | | | |

Berechnung der Fälle, die aus 09/4 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52131 des Leistungsbereiches 09/4 einfließen

| | |
|-------------------------|--|
| Grundgesamtheit: | Alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System |
|-------------------------|--|

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI), bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) oder bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems | | | 510 / 550 | 92,73% |

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52316 in 09/4 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/4 und 09/6 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 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/4 - Qualitätsindikator: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

| | |
|-------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen |
| Grundgesamtheit: | <p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n4-DEFI-IMPL/52316 |

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|--|---|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ 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 52316 in der Auswertung 09/4 | | | |

¹ 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 09/4 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52316 des Leistungsbereiches 09/4 einfließen

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
 - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|---------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ 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 | | | 1.571 / 1.629 | 96,44% |

¹ 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 09/4, 09/5 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52321 in 09/5 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/4, 09/5 und 09/6 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 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/5 - Qualitätsindikator: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

| | |
|-------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden |
| Grundgesamtheit: | <p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) und bei linksventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4), Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/4) - Reizschwelle der Ventrikelsonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden) - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/4) - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/4) |
| Art des Wertes: | Qualitätsindikator |
| Indikator-ID: | 2019/09n5-DEFI-AGGW/52321 |

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|--|---|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich | Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52321 in der Auswertung 09/5 | | | |

Berechnung der Fälle, die aus 09/4 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52321 des Leistungsbereiches 09/5 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4):
 - Reizschwelle der Ventrikelsonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|---|-------------|---------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen | | | 168 / 168 | 100,00% |

Auffälligkeitskriterium: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten
AK-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/850313
Referenzbereich: <= 3,97% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 50055

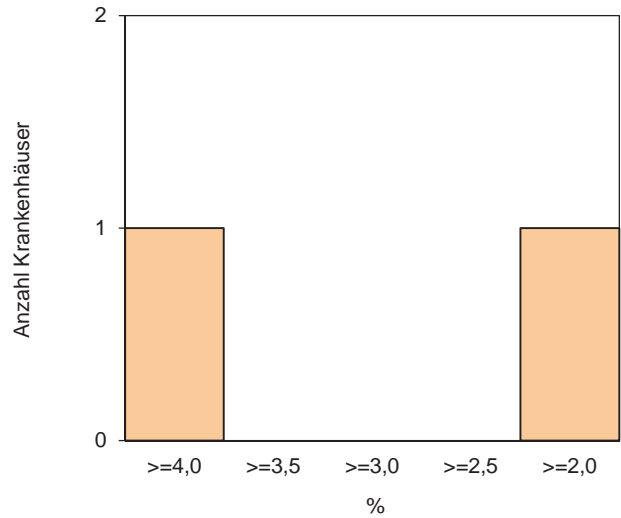
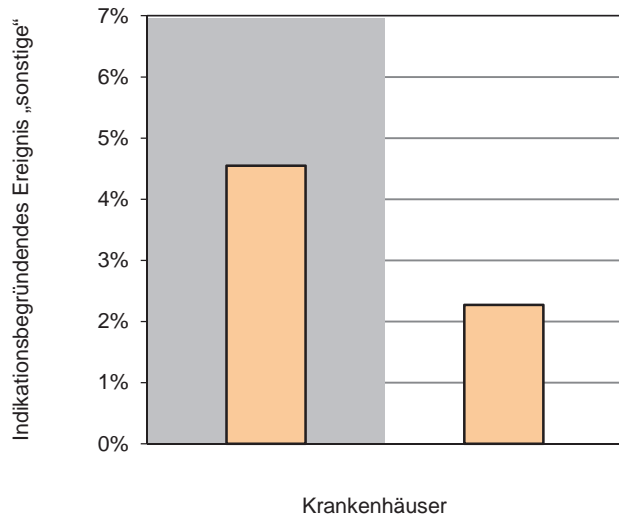
| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|----------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ ¹ | | | 5 / 578 | 0,87% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,37% - 2,01% |
| Referenzbereich | | <= 3,97% | | <= 3,97% |

| Vorjahresdaten² | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ | | | 8 / 677 | 1,18% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,60% - 2,31% |

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850313, AK-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/850313]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ an allen Patientinnen und Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max |
|--|------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|------|
| | 2,27 | | | | 3,41 | | | | 4,55 |

Auffälligkeitskriterium: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System

AK-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/851903

Referenzbereich: <= 2,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 131801

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | |
|--|------------------|----------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde ¹ | | | 1 / 550 | 0,18% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,03% - 1,02% |
| Referenzbereich | | <= 2,00% | | <= 2,00% |

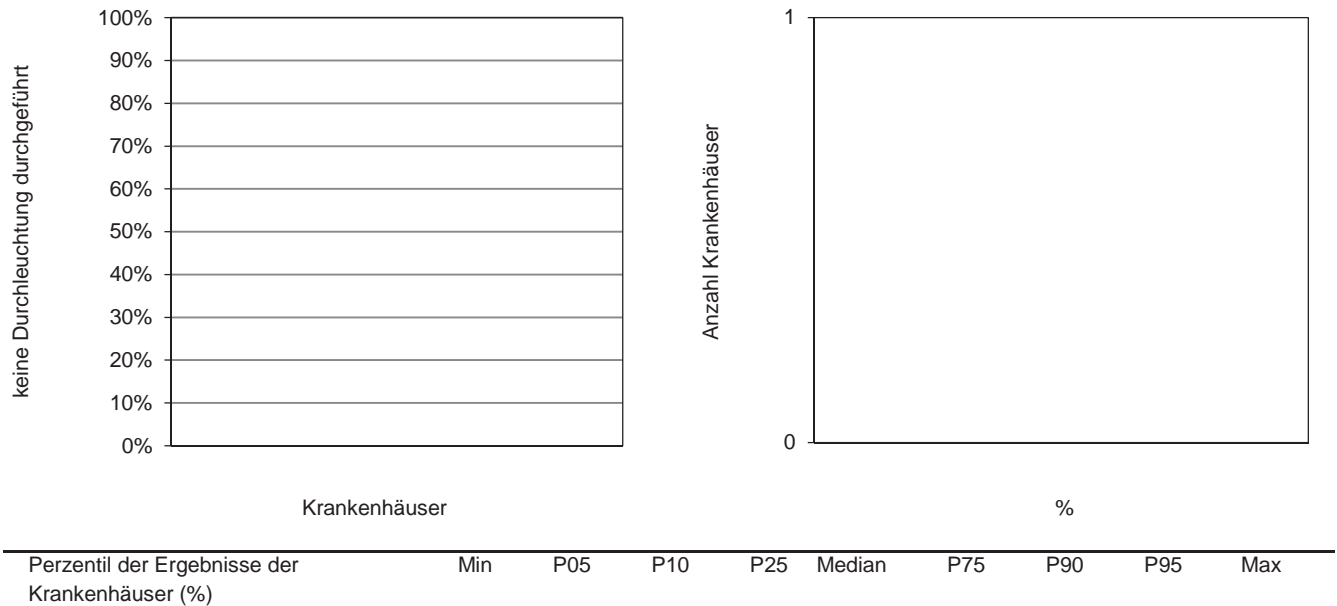
| Vorjahresdaten² | Krankenhaus 2018 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde | | | 3 / 631 | 0,48% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,16% - 1,39% |

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² AK im Vorjahr nicht berechnet

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_851903, AK-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/851903]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde an allen Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 578
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18311-L117183-P55047

Basisdaten

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 138 | 23,88 | 185 | 27,33 |
| 2. Quartal | | | 176 | 30,45 | 174 | 25,70 |
| 3. Quartal | | | 141 | 24,39 | 175 | 25,85 |
| 4. Quartal | | | 123 | 21,28 | 143 | 21,12 |
| Gesamt | | | 578 | 100,00 | 677 | 100,00 |

¹ 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 | |
| Präoperative Verweildauer (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 578 | | 677 | |
| Median | | | 3,00 | | 4,00 |
| Mittelwert | | | 6,33 | | 6,97 |
| Postoperative Verweildauer (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 578 | | 677 | |
| Median | | | 2,00 | | 2,00 |
| Mittelwert | | | 4,10 | | 4,35 |
| Stationärer Aufenthalt (Tage) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | 578 | | 677 | |
| Median | | | 7,00 | | 8,00 |
| Mittelwert | | | 10,43 | | 11,32 |

OPS 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

| | | |
|---|----------|--|
| 1 | 5-377.50 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion |
| 2 | 5-377.71 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode |
| 3 | 5-377.6 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation |
| 4 | 5-934.1 | Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator |
| 5 | 5-377.51 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion |

OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2019 | | | Gesamt 2019 | | | Gesamt 2018 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ |
| 1 | | | | 5-377.50 | 204 | 35,29 | 5-377.50 | 217 | 32,05 |
| 2 | | | | 5-377.71 | 148 | 25,61 | 5-377.71 | 195 | 28,80 |
| 3 | | | | 5-377.6 | 118 | 20,42 | 5-377.6 | 142 | 20,97 |
| 4 | | | | 5-934.1 | 80 | 13,84 | 5-934.1 | 74 | 10,93 |
| 5 | | | | 5-377.51 | 47 | 8,13 | 5-377.j | 43 | 6,35 |

¹ 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.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

| | | |
|---|--------|---|
| 1 | I25.5 | Ischämische Kardiomyopathie |
| 2 | I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung |
| 3 | I10.00 | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| 4 | I42.0 | Dilatative Kardiomyopathie |
| 5 | I47.2 | Ventrikuläre Tachykardie |
| 6 | E11.90 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| 7 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung |
| 8 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2019 | | | Gesamt 2019 | | | Gesamt 2018 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | ICD | Anzahl | % ³ | ICD | Anzahl | % ³ | ICD | Anzahl | % ³ |
| 1 | | | | I25.5 | 236 | 40,83 | I50.13 | 262 | 38,70 |
| 2 | | | | I50.13 | 209 | 36,16 | I25.5 | 258 | 38,11 |
| 3 | | | | I10.00 | 168 | 29,07 | I42.0 | 208 | 30,72 |
| 4 | | | | I42.0 | 154 | 26,64 | I10.00 | 198 | 29,25 |
| 5 | | | | I47.2 | 124 | 21,45 | I47.2 | 150 | 22,16 |
| 6 | | | | E11.90 | 111 | 19,20 | I25.13 | 133 | 19,65 |
| 7 | | | | I25.13 | 105 | 18,17 | Z92.1 | 114 | 16,84 |
| 8 | | | | I50.14 | 84 | 14,53 | I50.14 | 113 | 16,69 |

¹ 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.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

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

Patienten

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Altersverteilung (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 578 / 578 | | 677 / 677 | |
| < 20 Jahre | | | 0 / 578 | 0,00 | 0 / 677 | 0,00 |
| 20 - 29 Jahre | | | 3 / 578 | 0,52 | 1 / 677 | 0,15 |
| 30 - 39 Jahre | | | 5 / 578 | 0,87 | 14 / 677 | 2,07 |
| 40 - 49 Jahre | | | 24 / 578 | 4,15 | 35 / 677 | 5,17 |
| 50 - 59 Jahre | | | 92 / 578 | 15,92 | 119 / 677 | 17,58 |
| 60 - 69 Jahre | | | 194 / 578 | 33,56 | 183 / 677 | 27,03 |
| 70 - 79 Jahre | | | 202 / 578 | 34,95 | 264 / 677 | 39,00 |
| 80 - 89 Jahre | | | 57 / 578 | 9,86 | 61 / 677 | 9,01 |
| >= 90 Jahre | | | 1 / 578 | 0,17 | 0 / 677 | 0,00 |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 578 | | 677 | |
| Median | | | | 68,00 | | 69,00 |
| Mittelwert | | | | 67,52 | | 66,90 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 460 | 79,58 | 544 | 80,35 |
| weiblich | | | 118 | 20,42 | 133 | 19,65 |
| unbestimmt | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Körpergröße (cm) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Angabe der Körpergröße | | | 573 | | 645 | |
| Median | | | | 175,00 | | 175,00 |
| Mittelwert | | | | 173,49 | | 173,94 |
| Körpergröße unbekannt | | | 5 | 0,87 | 32 | 4,73 |
| Körpergewicht bei Aufnahme (kg) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Angabe des Körpergewichts | | | 573 | | 645 | |
| Median | | | | 85,00 | | 85,00 |
| Mittelwert | | | | 87,22 | | 86,83 |
| Körpergewicht unbekannt | | | 5 | 0,87 | 32 | 4,73 |

Präoperative Anamnese/Klinik

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|--------|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Herzinsuffizienz | | | | | | |
| nein | | | 24 | 4,15 | 23 | 3,40 |
| NYHA I | | | 28 | 4,84 | 32 | 4,73 |
| NYHA II | | | 232 | 40,14 | 245 | 36,19 |
| NYHA III | | | 285 | 49,31 | 356 | 52,58 |
| NYHA IV | | | 9 | 1,56 | 21 | 3,10 |
| Einstufung nach ASA-Klassifikation | | | | | | |
| 1: normaler, gesunder Patient | | | 8 | 1,38 | 2 | 0,30 |
| 2: mit leichter Allgemeinerkrankung | | | 191 | 33,04 | 214 | 31,61 |
| 3: mit schwerer Allgemeinerkrankung | | | 354 | 61,25 | 407 | 60,12 |
| 4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt | | | 25 | 4,33 | 54 | 7,98 |
| 5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| linksventrikuläre Ejektionsfraktion | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 578 | 100,00 | 677 | 100,00 |
| <= 30% | | | 372 / 578 | 64,36 | 438 / 677 | 64,70 |
| > 30% - <= 35% | | | 93 / 578 | 16,09 | 111 / 677 | 16,40 |
| > 35% - <= 40% | | | 22 / 578 | 3,81 | 33 / 677 | 4,87 |
| > 40% | | | 91 / 578 | 15,74 | 95 / 677 | 14,03 |
| LVEF nicht bekannt | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Diabetes mellitus | | | | | | |
| nein | | | 373 | 64,53 | 450 | 66,47 |
| ja, nicht insulinpflichtig | | | 138 | 23,88 | 150 | 22,16 |
| ja, insulinpflichtig | | | 67 | 11,59 | 77 | 11,37 |
| Nierenfunktion/Serum Kreatinin | | | | | | |
| <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) | | | 406 | 70,24 | 471 | 69,57 |
| > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) | | | | | | |
| bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) | | | 142 | 24,57 | 158 | 23,34 |
| > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig | | | 21 | 3,63 | 35 | 5,17 |
| > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig | | | 8 | 1,38 | 11 | 1,62 |
| unbekannt | | | 1 | 0,17 | 2 | 0,30 |

Präoperative Anamnese/Klinik (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?¹ | | | | | | |
| nein | | | 33 | 5,71 | - | - |
| ja | | | 540 | 93,43 | - | - |
| unbekannt | | | 5 | 0,87 | - | - |

¹ neues Datenfeld in 2019

ICD-Anteil

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| indikationsbegründendes klinisches Ereignis | | | | | | |
| Kammerflimmern | | | 75 | 12,98 | 85 | 12,56 |
| Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) | | | 71 | 12,28 | 81 | 11,96 |
| Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) | | | 46 | 7,96 | 36 | 5,32 |
| Synkope ohne EKG-Dokumentation | | | 17 | 2,94 | 23 | 3,40 |
| kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) | | | 364 | 62,98 | 444 | 65,58 |
| sonstige | | | 5 | 0,87 | 8 | 1,18 |
| wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Dokumentation oder sonstige | | | | | | |
| führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) | | | | | | |
| keine | | | 11 / 214 | 5,14 | 13 / 233 | 5,58 |
| Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) | | | 80 / 214 | 37,38 | 98 / 233 | 42,06 |
| kardiogener Schock | | | 13 / 214 | 6,07 | 20 / 233 | 8,58 |
| Lungenödem | | | 4 / 214 | 1,87 | 0 / 233 | 0,00 |
| Synkope | | | 49 / 214 | 22,90 | 42 / 233 | 18,03 |
| Präsynkope | | | 29 / 214 | 13,55 | 34 / 233 | 14,59 |
| sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch) | | | 8 / 214 | 3,74 | 15 / 233 | 6,44 |
| Angina pectoris | | | 4 / 214 | 1,87 | 0 / 233 | 0,00 |
| sonstige | | | 16 / 214 | 7,48 | 11 / 233 | 4,72 |

ICD-Anteil - Grunderkrankungen

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| KHK | | | | | | |
| ja, ohne Myokardinfarkt | | | 165 | 28,55 | 185 | 27,33 |
| ja, mit Myokardinfarkt | | | 188 | 32,53 | 204 | 30,13 |
| nein | | | 225 | 38,93 | 288 | 42,54 |
| wenn KHK mit Myokardinfarkt | | | | | | |
| Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD | | | | | | |
| <= 28 Tage | | | 18 / 188 | 9,57 | 18 / 204 | 8,82 |
| > 28 Tage - <= 40 Tage | | | 3 / 188 | 1,60 | 6 / 204 | 2,94 |
| > 40 Tage | | | 167 / 188 | 88,83 | 180 / 204 | 88,24 |
| wenn KHK mit Myokardinfarkt und indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammer- flimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Doku- mentation oder sonstige | | | | | | |
| indikationsbegründen- des klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn | | | | | | |
| ja | | | 5 / 67 | 7,46 | 8 / 61 | 13,11 |
| nein | | | 62 / 67 | 92,54 | 53 / 61 | 86,89 |
| Herzerkrankung | | | | | | |
| nein | | | 14 | 2,42 | 15 | 2,22 |
| ischämische Kardiomyopathie | | | 329 | 56,92 | 354 | 52,29 |
| Dilatative Kardiomyopathie DCM | | | 182 | 31,49 | 245 | 36,19 |
| Hypertensive Herzerkrankung | | | 20 | 3,46 | 22 | 3,25 |
| erworbener Klappenfehler | | | 5 | 0,87 | 6 | 0,89 |
| angeborener Herzfehler | | | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 |
| Brugada-Syndrom | | | 3 | 0,52 | 0 | 0,00 |
| Kurzes QT-Syndrom | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Langes QT-Syndrom | | | 7 | 1,21 | 3 | 0,44 |
| Hypertrophe | | | | | | |
| Kardiomyopathie (HCM) | | | 4 | 0,69 | 8 | 1,18 |
| Arrhythmogene rechtsventrikuläre | | | | | | |
| Kardiomyopathie (ARVC) | | | 2 | 0,35 | 1 | 0,15 |
| Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| short-coupled torsade de pointes VT | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| sonstige Herzerkrankung | | | 12 | 2,08 | 22 | 3,25 |

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|--------|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom | | | | | | |
| spontanes Brugada-Typ-1-EKG | | | | | | |
| ja | | | 2 / 3 | 66,67 | 0 / 0 | |
| nein | | | 1 / 3 | 33,33 | 0 / 0 | |
| unbekannt | | | 0 / 3 | 0,00 | 0 / 0 | |
| wenn Herzerkrankung = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) | | | | | | |
| Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)¹ | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Angabe | | | 3 | | - | |
| Median | | | | 6,20 | | - |
| Mittelwert | | | | 6,17 | | - |
| Risiko für plötzlichen Herz- tod (mit HCM-Risiko-SCD- Rechner) nicht berechnet¹ | | | | | | |
| da Leistungssportler | | | 0 / 1 | 0,00 | - | - |
| wegen Assoziation mit Stoff- wechselerkrankung (z. B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom) | | | 0 / 1 | 0,00 | - | - |
| da Sekundärprävention | | | 0 / 1 | 0,00 | - | - |
| aus anderen Gründen | | | 1 / 1 | 100,00 | - | - |

¹ neues Datenfeld in 2019

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern oder Kammertachykardie, anhaltend und Kammertachykardie, nicht anhaltend | | | | | | |
| WPW-Syndrom | | | | | | |
| ja ¹ | | | 0 / 192 | 0,00 | 0 / 202 | 0,00 |
| nein ¹ | | | 189 / 192 | 98,44 | 166 / 202 | 82,18 |
| unbekannt ¹ | | | 3 / 192 | 1,56 | 0 / 202 | 0,00 |
| reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie | | | | | | |
| ja ¹ | | | 2 / 192 | 1,04 | 0 / 202 | 0,00 |
| nein ¹ | | | 186 / 192 | 96,88 | 163 / 202 | 80,69 |
| unbekannt ¹ | | | 4 / 192 | 2,08 | 3 / 202 | 1,49 |
| wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammertachykardie, anhaltend und Kammertachykardie, nicht anhaltend | | | | | | |
| behandelbare idiopathische Kammertachykardie | | | | | | |
| ja ¹ | | | 5 / 117 | 4,27 | 4 / 117 | 3,42 |
| nein ¹ | | | 109 / 117 | 93,16 | 76 / 117 | 64,96 |
| unbekannt ¹ | | | 3 / 117 | 2,56 | 1 / 117 | 0,85 |

¹ Aufgrund der geänderten Spezifikation können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2018 abweichen.

ICD-Anteil - Weitere Merkmale

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) oder Synkope ohne EKG-Dokumentation | | | | | | |
| Kammertachykardie induzierbar | | | | | | |
| nein | | | 18 / 63 | 28,57 | 20 / 59 | 33,90 |
| ja | | | 1 / 63 | 1,59 | 5 / 59 | 8,47 |
| programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt | | | 44 / 63 | 69,84 | 34 / 59 | 57,63 |
| wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom | | | | | | |
| Kammerflimmern induzierbar¹ | | | | | | |
| nein | | | 1 / 3 | 33,33 | - | - |
| ja | | | 0 / 3 | 0,00 | - | - |
| programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt | | | 2 / 3 | 66,67 | - | - |
| Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung) | | | | | | |
| ja, seit weniger als 3 Monaten | | | 50 | 8,65 | 59 | 8,71 |
| ja, seit 3 Monaten oder länger | | | 500 | 86,51 | 586 | 86,56 |
| nein | | | 28 | 4,84 | 32 | 4,73 |
| wenn Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie = ja | | | | | | |
| Betablocker und/oder Ivabradin ² | | | 523 / 550 | 95,09 | 613 / 645 | 95,04 |
| AT-Rezeptor-Blocker/ ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNI) ² | | | 528 / 550 | 96,00 | 611 / 645 | 94,73 |
| Diuretika | | | 464 / 550 | 84,36 | 560 / 645 | 86,82 |
| Aldosteronantagonisten | | | 356 / 550 | 64,73 | 420 / 645 | 65,12 |

¹ neues Datenfeld in 2019

² Aufgrund der inhaltlichen Änderung der Felder sind die Vorjahreswerte nur eingeschränkt vergleichbar.

Schrittmacheranteil

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit | | | | | | |
| ja | | | 91 | 15,74 | 134 | 19,79 |
| nein | | | 487 | 84,26 | 543 | 80,21 |
| erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation | | | | | | |
| >= 95 % | | | 171 | 29,58 | 200 | 29,54 |
| >= 40 % bis < 95 % | | | 54 | 9,34 | 69 | 10,19 |
| < 40 % | | | 353 | 61,07 | 408 | 60,27 |

Schrittmacheranteil - EKG-Befunde

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Vorhofrhythmus | | | | | | |
| normofrequenter Sinusrhythmus | | | 380 | 65,74 | 418 | 61,74 |
| Sinusbradykardie/ SA-Blockierungen | | | 40 | 6,92 | 75 | 11,08 |
| paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern | | | 62 | 10,73 | 73 | 10,78 |
| permanentes Vorhofflimmern | | | 73 | 12,63 | 79 | 11,67 |
| Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) | | | 22 | 3,81 | 31 | 4,58 |
| sonstige | | | 1 | 0,17 | 1 | 0,15 |
| AV-Block | | | | | | |
| keiner | | | 423 | 73,18 | 493 | 72,82 |
| AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms | | | 36 | 6,23 | 55 | 8,12 |
| AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms | | | 6 | 1,04 | 13 | 1,92 |
| AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach | | | 7 | 1,21 | 2 | 0,30 |
| AV-Block II. Grades, Typ Mobitz | | | 11 | 1,90 | 16 | 2,36 |
| AV-Block III. Grades | | | 39 | 6,75 | 43 | 6,35 |
| nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns | | | 54 | 9,34 | 53 | 7,83 |
| AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt) | | | 2 | 0,35 | 2 | 0,30 |
| intraventrikuläre Leitungsstörungen | | | | | | |
| keine | | | 342 | 59,17 | 393 | 58,05 |
| Rechtsschenkelblock (RSB) | | | 25 | 4,33 | 28 | 4,14 |
| Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB | | | 9 | 1,56 | 17 | 2,51 |
| Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB | | | 2 | 0,35 | 3 | 0,44 |
| Linksschenkelblock | | | 173 | 29,93 | 208 | 30,72 |
| alternierender Schenkelblock | | | 1 | 0,17 | 3 | 0,44 |
| kein Eigenrhythmus ¹ | | | 13 | 2,25 | - | - |
| sonstige | | | 13 | 2,25 | 25 | 3,69 |
| Wenn „intraventrikuläre Leitungsstörungen“ <u>nicht</u> „kein Eigenrhythmus“ | | | | | | |
| QRS-Komplex | | | | | | |
| < 120 ms | | | 363 / 565 | 64,25 | 413 / 677 | 61,00 |
| 120 bis < 130 ms | | | 25 / 565 | 4,42 | 30 / 677 | 4,43 |
| 130 bis < 140 ms | | | 43 / 565 | 7,61 | 30 / 677 | 4,43 |
| 140 bis < 150 ms | | | 44 / 565 | 7,79 | 45 / 677 | 6,65 |
| >= 150 ms | | | 90 / 565 | 15,93 | 159 / 677 | 23,49 |

¹ neues Schlüsselfeld in 2019

Operation

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|----------|-------------|----------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Zugang des implantierten Systems <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i> | | | | | | |
| Vena cephalica | | | 129 | 22,32 | 178 | 26,29 |
| Vena subclavia | | | 445 | 76,99 | 513 | 75,78 |
| andere | | | 31 | 5,36 | 43 | 6,35 |
| Dauer des Eingriffs | | | | | | |
| Schnitt-Nahtzeit (min) | | | | | | |
| gültige Angaben (> 0 min) | | | 578 | | 677 | |
| Median | | | | 53,00 | | 55,00 |
| Mittelwert | | | | 62,24 | | 65,34 |
| Dosis-Flächen-Produkt (cGy*cm²) | | | | | | |
| gültige Angaben (≥ 0 cGy*cm²) | | | 572 | | 674 | |
| Median | | | | 380,50 | | 442,50 |
| Mittelwert | | | | 1.052,36 | | 1.164,88 |
| Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt | | | 4 | 0,69 | 0 | 0,00 |
| keine Durchleuchtung | | | 2 | 0,35 | 3 | 0,44 |

ICD-System

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|----------------------------------|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| System | | | | | | |
| VVI | | | 234 | 40,48 | 235 | 34,71 |
| DDD | | | 123 | 21,28 | 155 | 22,90 |
| VDD | | | 18 | 3,11 | 12 | 1,77 |
| CRT-System mit einer Vorhofsonde | | | 159 | 27,51 | 207 | 30,58 |
| CRT-System ohne Vorhofsonde | | | 16 | 2,77 | 22 | 3,25 |
| subkutaner ICD | | | 27 | 4,67 | 42 | 6,20 |
| sonstiges | | | 1 | 0,17 | 4 | 0,59 |

ICD-Aggregat

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|-----------------------------|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Aggregatposition | | | | | | |
| infraclavicular subcutan | | | 232 | 40,14 | 308 | 45,49 |
| infraclavicular subfaszial | | | 149 | 25,78 | 138 | 20,38 |
| infraclavicular submuskulär | | | 169 | 29,24 | 195 | 28,80 |
| abdominal | | | 2 | 0,35 | 1 | 0,15 |
| andere | | | 26 | 4,50 | 35 | 5,17 |

Sonden

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Vorhof | | | | | | |
| Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 242 | | 332 | |
| Median | | | | 0,80 | | 0,70 |
| Mittelwert | | | | 0,84 | | 0,80 |
| Reizschwelle nicht gemessen | | | | | | |
| wegen Vorhofflimmerns | | | 40 / 282 | 14,18 | 34 / 366 | 9,29 |
| aus anderen Gründen | | | 40 / 282 | 14,18 | 33 / 366 | 9,02 |
| | | | 0 / 282 | 0,00 | 1 / 366 | 0,27 |
| P-Wellen-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 291 | | 363 | |
| Median | | | | 2,70 | | 2,80 |
| Mittelwert | | | | 2,96 | | 3,09 |
| P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | | | | | |
| wegen Vorhofflimmerns | | | 9 / 300 | 3,00 | 14 / 378 | 3,70 |
| fehlender | | | 9 / 300 | 3,00 | 11 / 378 | 2,91 |
| Vorhofeigenrhythmus | | | 0 / 300 | 0,00 | 3 / 378 | 0,79 |
| aus anderen Gründen | | | 0 / 300 | 0,00 | 0 / 378 | 0,00 |

Sonden (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Ventrikel | | | | | | |
| Zahl der verwendeten Ventrikelsonden | | | | | | |
| eine Ventrikelsonde | | | 373 / 551 | 67,70 | 406 / 635 | 63,94 |
| zwei Ventrikelsonden | | | 178 / 551 | 32,30 | 229 / 635 | 36,06 |
| drei Ventrikelsonden | | | 0 / 551 | 0,00 | 0 / 635 | 0,00 |
| Rechtsventrikuläre Sonde | | | | | | |
| Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 550 | | 633 | |
| Median | | | | 0,60 | | 0,60 |
| Mittelwert | | | | 0,63 | | 0,64 |
| Reizschwelle nicht gemessen | | | 1 / 551 | 0,18 | 1 / 635 | 0,16 |
| R-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 544 | | 618 | |
| Median | | | | 12,00 | | 12,00 |
| Mittelwert | | | | 13,25 | | 13,49 |
| R-Amplitude nicht gemessen | | | 7 / 551 | 1,27 | 16 / 635 | 2,52 |
| kein Eigenrhythmus | | | 6 / 551 | 1,09 | 15 / 635 | 2,36 |
| aus anderen Gründen | | | 1 / 551 | 0,18 | 1 / 635 | 0,16 |

Sonden (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Linksventrikuläre Sonde | | | | | | |
| Linksventrikuläre Sonde aktiv? | | | | | | |
| ja | | | 168 / 578 | 29,07 | 221 / 677 | 32,64 |
| nein | | | 8 / 578 | 1,38 | 10 / 677 | 1,48 |
| wenn linksventrikuläre Sonde aktiv | | | | | | |
| Position Dimension 1 | | | | | | |
| apikal | | | 20 / 168 | 11,90 | 48 / 221 | 21,72 |
| basal | | | 49 / 168 | 29,17 | 66 / 221 | 29,86 |
| mittventrikulär | | | 99 / 168 | 58,93 | 107 / 221 | 48,42 |
| Position Dimension 2 | | | | | | |
| anterior | | | 3 / 168 | 1,79 | 2 / 221 | 0,90 |
| anterolateral | | | 8 / 168 | 4,76 | 21 / 221 | 9,50 |
| lateral/posterolateral | | | 149 / 168 | 88,69 | 186 / 221 | 84,16 |
| posterior | | | 8 / 168 | 4,76 | 12 / 221 | 5,43 |
| Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 168 | | 221 | |
| Median | | | | 0,90 | | 1,00 |
| Mittelwert | | | | 1,05 | | 1,04 |
| Reizschwelle nicht gemessen | | | 0 / 168 | 0,00 | 0 / 221 | 0,00 |

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation | | | 10 | 1,73 | 10 | 1,48 |
| kardiopulmonale Reanimation | | | 0 / 10 | 0,00 | 1 / 10 | 10,00 |
| interventionspflichtiger Pneumothorax | | | 4 / 10 | 40,00 | 5 / 10 | 50,00 |
| interventionspflichtiger Hämatothorax | | | 0 / 10 | 0,00 | 0 / 10 | 0,00 |
| interventionspflichtiger Perikarderguss | | | 0 / 10 | 0,00 | 0 / 10 | 0,00 |
| interventionspflichtiges Taschenhämatom | | | 1 / 10 | 10,00 | 1 / 10 | 10,00 |

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| revisionsbedürftige | | | | | | |
| Sondendislokation | | | 3 / 10 | 30,00 | 1 / 10 | 10,00 |
| Vorhof | | | 1 / 3 | 33,33 | 1 / 1 | 100,00 |
| rechtsventrikuläre Sonde | | | 1 / 3 | 33,33 | 0 / 1 | 0,00 |
| linksventrikuläre Sonde | | | 1 / 3 | 33,33 | 0 / 1 | 0,00 |
| weitere Ventrikelsonde | | | 0 / 3 | 0,00 | 0 / 1 | 0,00 |
| andere Defibrillations- sonde(n) | | | 0 / 3 | 0,00 | 0 / 1 | 0,00 |
| revisionsbedürftige | | | | | | |
| Sondendysfunktion | | | 0 / 10 | 0,00 | 1 / 10 | 10,00 |
| Vorhof | | | 0 / 0 | | 1 / 1 | 100,00 |
| rechtsventrikuläre Sonde | | | 0 / 0 | | 0 / 1 | 0,00 |
| linksventrikuläre Sonde | | | 0 / 0 | | 0 / 1 | 0,00 |
| weitere Ventrikelsonde | | | 0 / 0 | | 0 / 1 | 0,00 |
| andere Defibrillations- sonde(n) | | | 0 / 0 | | 0 / 1 | 0,00 |
| Postoperative | | | | | | |
| Wundinfektion | | | | | | |
| (nach den KISS-Definitionen) | | | 0 / 10 | 0,00 | 0 / 10 | 0,00 |
| sonstige interventions- pflichtige Komplikation | | | 3 / 10 | 30,00 | 1 / 10 | 10,00 |

Entlassung

| Entlassungsgrund ¹ | Krankenhaus 2019 | | Gesamt 2019 | | Gesamt 2018 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | | | 472 | 81,66 | 539 | 79,62 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 64 | 11,07 | 69 | 10,19 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 1 | 0,17 | 0 | 0,00 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 2 | 0,35 | 0 | 0,00 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 06: Verlegung | | | 15 | 2,60 | 23 | 3,40 |
| 07: Tod | | | 3 | 0,52 | 6 | 0,89 |
| 08: Verlegung nach § 14 | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 17 | 2,94 | 38 | 5,61 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 4 | 0,69 | 1 | 0,15 |
| 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 | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG) | | | 0 | 0,00 | 1 | 0,15 |
| 22: Fallabschluss | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr | | | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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.

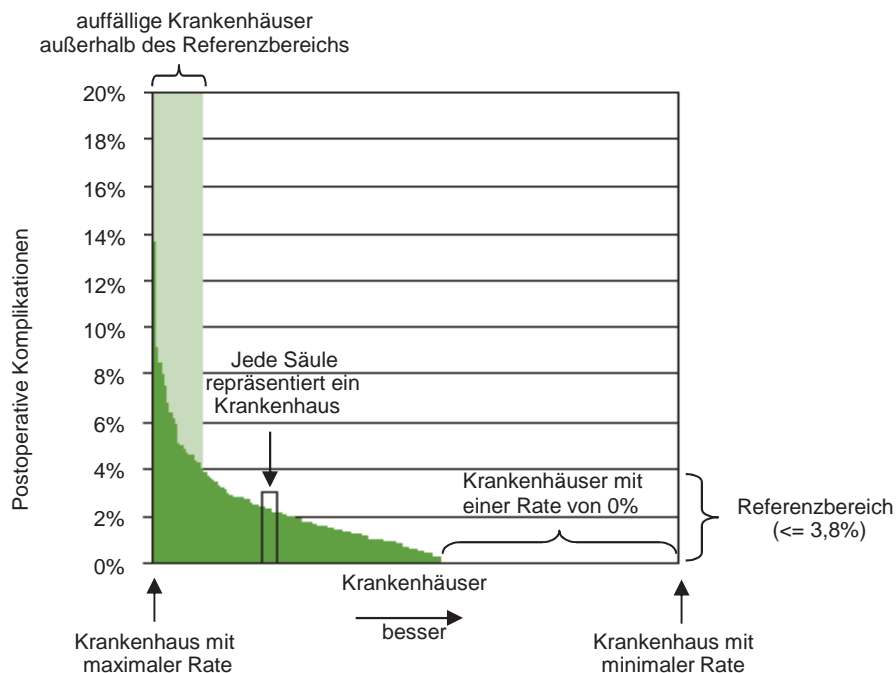
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

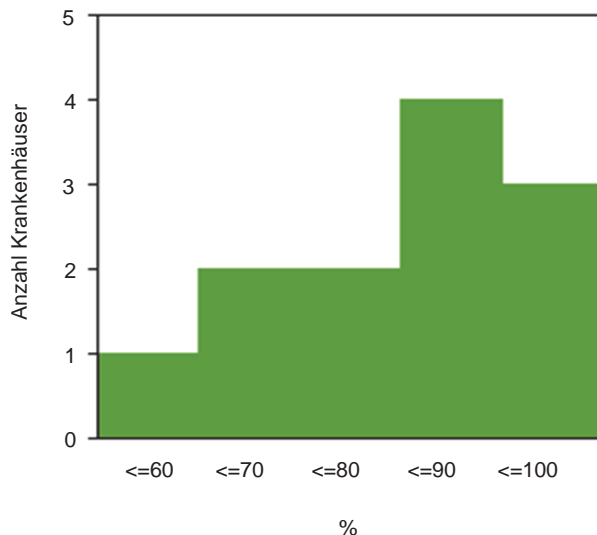
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

| Klasse | <= 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.