

Jahresauswertung 2020
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 353
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18625-L120561-P55788

Jahresauswertung 2020
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 353
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18625-L120561-P55788

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts							
2020/09n3-HSM-REV/121800							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)			1,42%	<= 3,10%	innerhalb	0,89%	6
2020/09n3-HSM-REV/52315							
QI: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			1,40%	<= 3,00%	innerhalb	0,49%	9
2020/09n3-HSM-REV/51404							
QI: Sterblichkeit im Krankenhaus			0,53	<= 5,20	innerhalb	1,26	12

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/09n3-HSM-REV/850339 Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen							
			2,50%	<= 11,01%	innerhalb	3,68%	18

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 2020. 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 2020 wurden kalkulatorische Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und ergänzende Kennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ gekennzeichnet.

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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Da in den QS-Daten eine Datenannahme über den Datenannahmeschluss des Verfahrensjahres hinaus erfolgt, fließen in die Berechnung grundsätzlich auch die Fälle mit ein, die auf dem erweiterten Datenpool beruhen. Dieser berücksichtigt alle Patientinnen und Patienten, deren Aufnahme im Jahr 2019 oder 2020 und die Entlassung zwischen dem 01.01.2020 und dem 31.12.2020 erfolgte. Das heißt, so genannte Überliegerfälle sind im Datensatz 2020 enthalten und können bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten führen.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien des Erfassungsjahres 2020 mit den Vorjahresergebnissen kommen.

Weitere Informationen dazu finden Sie in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL auf der Homepage des IQTIG.

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: 2020/09n3-HSM-REV/121800

Referenzbereich: <= 3,10%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			8 / 353	2,27%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)¹			5 / 353	1,42%
Vertrauensbereich				0,61% - 3,27%
Referenzbereich		<= 3,10%		<= 3,10%
Kardiopulmonale Reanimation			0 / 353	0,00%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			0 / 353	0,00%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 353	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 353	0,28%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 353	0,28%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			3 / 353	0,85%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			1 / 353	0,28%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 353	0,57%
postoperative Wundinfektion			1 / 353	0,28%
interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle			0 / 353	0,00%
Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			2 / 353	0,57%

¹ kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

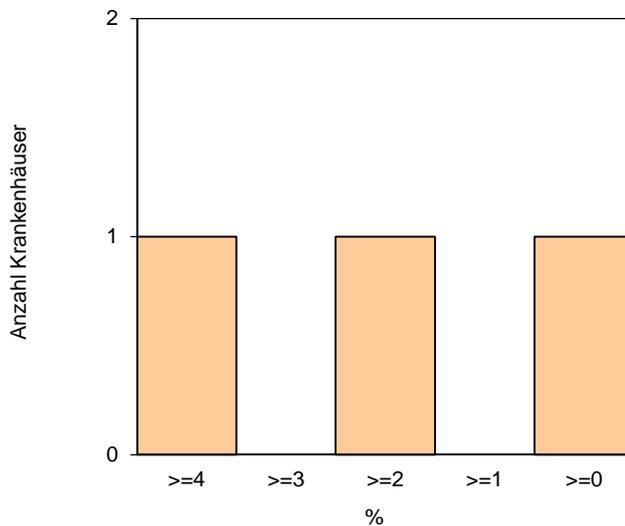
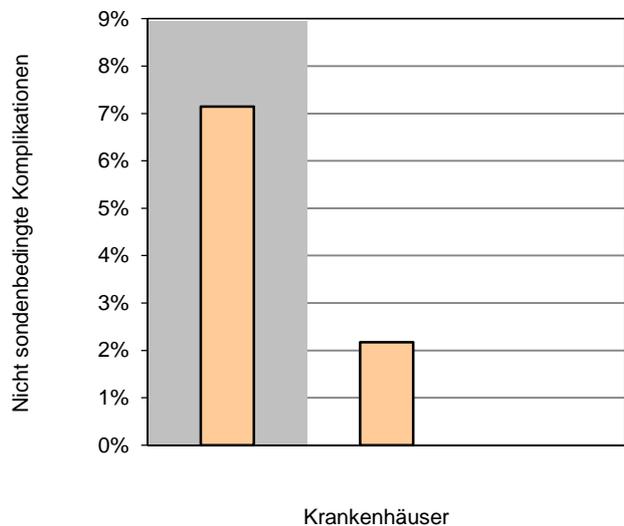
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)² Vertrauensbereich			3 / 338	0,89% 0,30% - 2,58%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

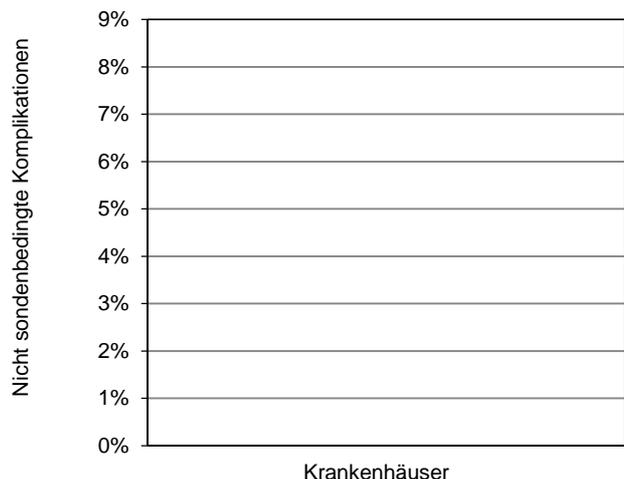
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2020/09n3-HSM-REV/121800]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. postoperative Wundinfektionen) an allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,17				7,14

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2020/09n3-HSM-REV/52315
Referenzbereich: <= 3,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			3 / 214	1,40%
Vertrauensbereich				0,48% - 4,04%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			1 / 79	1,27%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			2 / 159	1,26%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			1 / 214	0,47%
Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			1 / 79	1,27%
Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 159	0,00%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde			0 / 155	0,00%
linksventrikuläre Sonde			0 / 5	0,00%

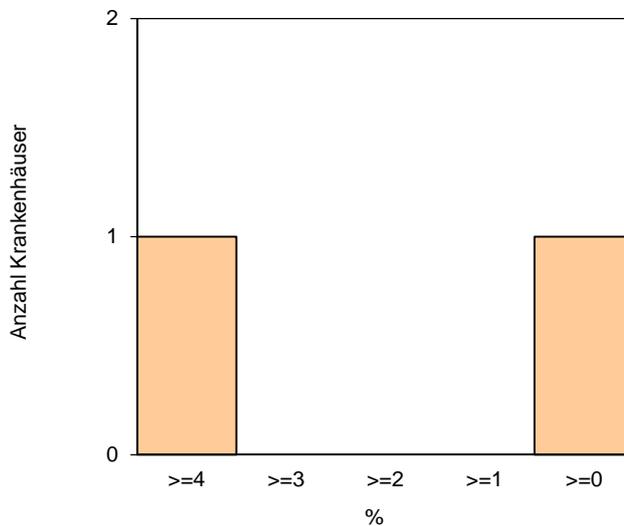
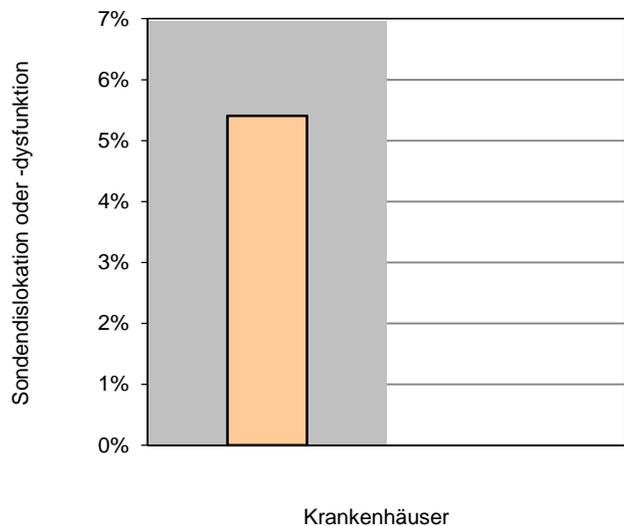
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 214	0,93%
Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 79	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			2 / 159	1,26%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde			2 / 155	1,29%
linksventrikuläre Sonde			0 / 5	0,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			1 / 206	0,49%
Vertrauensbereich				0,09% - 2,70%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

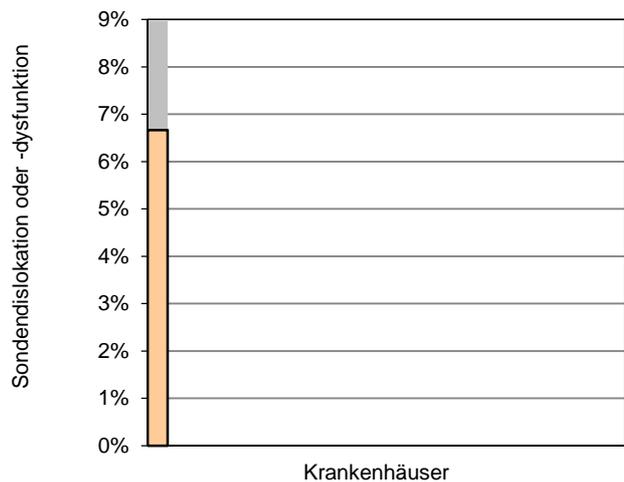
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2020/09n3-HSM-REV/52315]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an allen Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,70				5,41

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,67

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2020/09n3-HSM-REV/51404
Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression
Referenzbereich: <= 5,20 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		3 / 353 0,85%
vorhergesagt (E) ²		5,67 / 353 1,61%
O - E		-0,76%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		0,53
Vertrauensbereich		0,18 - 1,54
Referenzbereich	<= 5,20	<= 5,20

Vorjahresdaten⁴	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		5 / 338 1,48%
vorhergesagt (E) ²		3,97 / 338 1,18%
O - E		0,30%
O/E ³		1,26
Vertrauensbereich		0,54 - 2,90

¹ KKez O_51404: Beobachtete Rate an Todesfällen.

² KKez E_51404: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

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.

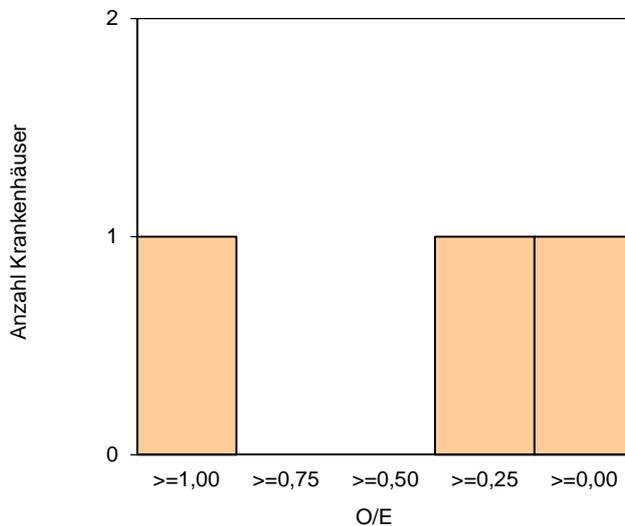
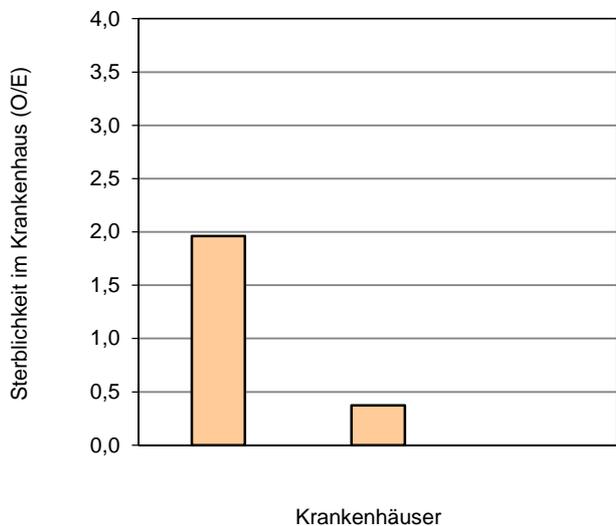
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

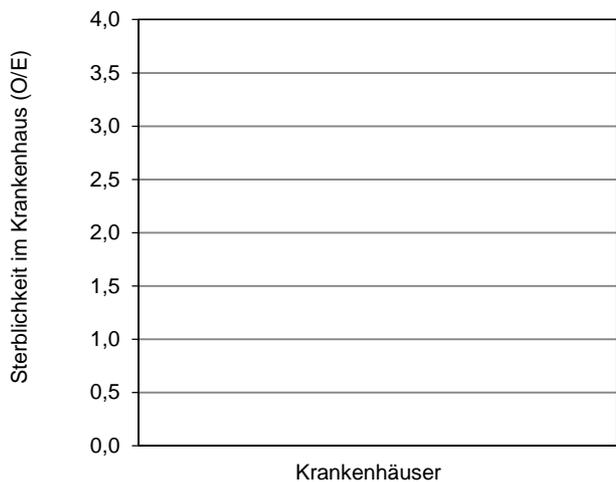
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2020/09n3-HSM-REV/51404]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,37				1,96

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

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

Qualitätsziel:	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Grundgesamtheit:	<p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2020/09n1-HSM-IMPL/52305

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	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 52305 in der Auswertung 09/1			

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 09/3 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52305 des Leistungsbereiches 09/1 einfließen

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

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	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			406 / 430	94,42%

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 09/1, 09/2 und 09/3

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

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

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

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

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

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

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

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52307 in der Auswertung 09/2			

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

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof-, rechtsventrikulären und linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
 - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			530 / 551	96,19%

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

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

AK-ID: 2020/09n3-HSM-REV/850339

Referenzbereich: <= 11,01% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde ¹			5 / 200	2,50%
Vertrauensbereich				1,07% - 5,72%
Referenzbereich		<= 11,01%		<= 11,01%

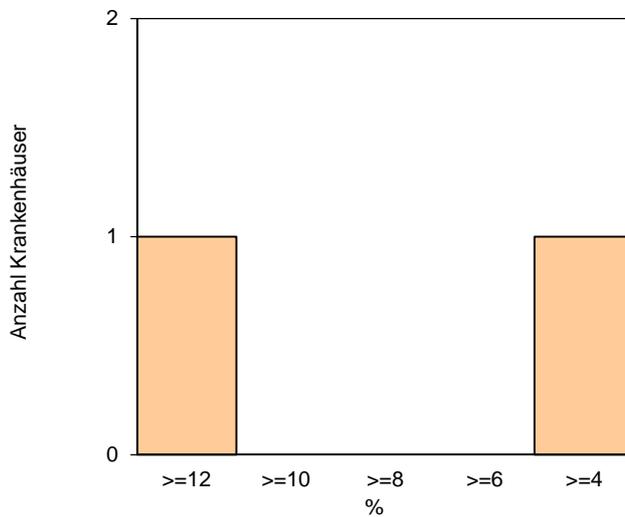
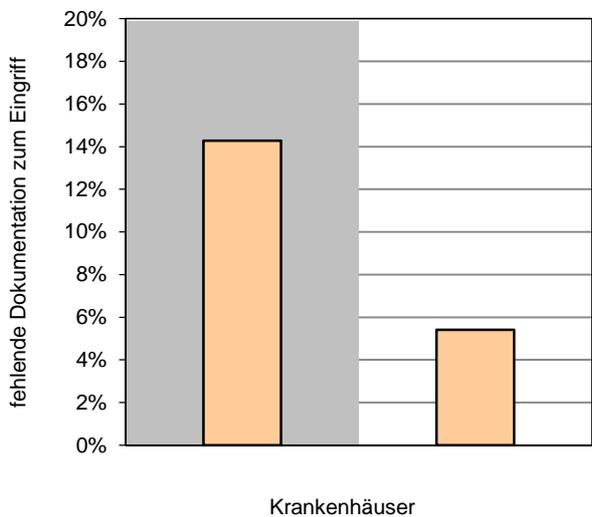
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde			7 / 190	3,68%
Vertrauensbereich				1,80% - 7,41%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850339, AK-ID 2020/09n3-HSM-REV/850339]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde an allen Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen ohne Explantation oder Stilllegung der betroffenen Sonde**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,41				9,85				14,29

Jahresauswertung 2020
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 353
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18625-L120561-P55788

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			80	22,66	101	29,88
2. Quartal			103	29,18	93	27,51
3. Quartal			93	26,35	74	21,89
4. Quartal			77	21,81	70	20,71
Gesamt			353		338	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		353		338	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			3,67		3,73
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		353		338	
Median			1,00		2,00
Mittelwert			4,53		4,12
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		353		338	
Median			4,00		4,00
Mittelwert			8,21		7,85

OPS 2020¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

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

OPS 2020

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.72	63	17,85	5-378.72	66	19,53
2				5-378.32	57	16,15	5-378.32	56	16,57
3				5-378.62	51	14,45	5-378.b3	52	15,38
4				5-378.b3	40	11,33	5-378.62	45	13,31
5				5-378.22	28	7,93	5-378.22	24	7,10

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2019 und OPS 2020 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 2020¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
3	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
6	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
7	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
8	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				T82.1	156	44,19	T82.1	157	46,45
2				Z45.00	151	42,78	Z45.00	145	42,90
3				Z95.0	119	33,71	Z95.0	129	38,17
4				I10.00	112	31,73	I10.00	122	36,09
5				Z11	94	26,63	I44.2	74	21,89
6				Z92.1	82	23,23	I48.2	66	19,53
7				U99.0	80	22,66	Z92.1	63	18,64
8				I44.2	70	19,83	E11.90	61	18,05

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-10-GM 2020 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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			353 / 353		338 / 338	
< 20 Jahre			0 / 353	0,00	0 / 338	0,00
20 - 29 Jahre			0 / 353	0,00	1 / 338	0,30
30 - 39 Jahre			1 / 353	0,28	0 / 338	0,00
40 - 49 Jahre			4 / 353	1,13	3 / 338	0,89
50 - 59 Jahre			15 / 353	4,25	10 / 338	2,96
60 - 69 Jahre			51 / 353	14,45	47 / 338	13,91
70 - 79 Jahre			106 / 353	30,03	123 / 338	36,39
80 - 89 Jahre			161 / 353	45,61	133 / 338	39,35
>= 90 Jahre			15 / 353	4,25	21 / 338	6,21
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			353		338	
Median				79,00		79,00
Mittelwert				76,96		77,62
Geschlecht						
männlich			196	55,52	195	57,69
weiblich			157	44,48	143	42,31
divers ¹			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			15	4,25	11	3,25
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			176	49,86	161	47,63
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			151	42,78	160	47,34
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			9	2,55	6	1,78
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,57	0	0,00

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Eingriff am Aggregat (inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker)						
keine aggregatbezogene Indikation			196	55,52	176	52,07
Batterieerschöpfung			107	30,31	109	32,25
Fehlfunktion/Rückruf			3	0,85	7	2,07
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels			20	5,67	20	5,92
sonstige aggregatbezogene Indikation			27	7,65	26	7,69
Taschenproblem						
kein Taschenproblem			296	83,85	283	83,73
Taschenhämatom			4	1,13	5	1,48
Aggregatperforation			10	2,83	7	2,07
Infektion			29	8,22	23	6,80
sonstiges Taschenproblem			14	3,97	20	5,92
Sondenproblem (inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker)						
ja			237	67,14	226	66,86
nein			116	32,86	112	33,14

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der Vorhoffsonde						
Dislokation			47 / 237	19,83	45 / 226	19,91
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			8 / 237	3,38	14 / 226	6,19
fehlerhafte Konnektion			3 / 237	1,27	1 / 226	0,44
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			2 / 237	0,84	0 / 226	0,00
Oversensing			3 / 237	1,27	2 / 226	0,88
Undersensing			1 / 237	0,42	2 / 226	0,88
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			10 / 237	4,22	10 / 226	4,42
Infektion			29 / 237	12,24	25 / 226	11,06
Myokardperforation			2 / 237	0,84	2 / 226	0,88
Rückruf/Sicherheitswarnung			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
wachstumsbedingte Sondenrevision			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Sonstige			4 / 237	1,69	7 / 226	3,10

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde (inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker)						
Dislokation			34 / 237	14,35	26 / 226	11,50
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			37 / 237	15,61	26 / 226	11,50
fehlerhafte Konnektion			1 / 237	0,42	0 / 226	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			3 / 237	1,27	3 / 226	1,33
Oversensing			3 / 237	1,27	4 / 226	1,77
Undersensing			6 / 237	2,53	5 / 226	2,21
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			45 / 237	18,99	56 / 226	24,78
Infektion			33 / 237	13,92	28 / 226	12,39
Myokardperforation			7 / 237	2,95	9 / 226	3,98
Rückruf/Sicherheitswarnung wachstumsbedingte			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Sondenrevision			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Sonstige			2 / 237	0,84	3 / 226	1,33
Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde						
Dislokation			1 / 237	0,42	1 / 226	0,44
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 237	0,00	1 / 226	0,44
fehlerhafte Konnektion			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			1 / 237	0,42	0 / 226	0,00
Oversensing			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Undersensing			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			2 / 237	0,84	5 / 226	2,21
Infektion			5 / 237	2,11	2 / 226	0,88
Myokardperforation			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung wachstumsbedingte			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Sondenrevision			0 / 237	0,00	0 / 226	0,00
Sonstige			0 / 237	0,00	3 / 226	1,33

Operation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
stationär, eigene Institution			242	68,56	217	64,20
stationär, andere Institution			104	29,46	110	32,54
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			0	0,00	1	0,30
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			7	1,98	10	2,96
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregatentfernung			25	7,08	25	7,40
(5-378.1*) Sondenentfernung			16	4,53	13	3,85
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			40	11,33	33	9,76
(5-378.3*) Sondenkorrektur			63	17,85	64	18,93
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			23	6,52	22	6,51
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			6	1,70	7	2,07
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			73	20,68	58	17,16
(5-378.7*) Sondenwechsel			73	20,68	76	22,49
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			2	0,57	0	0,00
(5-378.b*) Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator			47	13,31	64	18,93
(5-378.c*) Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator			0	0,00	1	0,30

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden						
ja			300	84,99	294	86,98
nein, da Explantation			53	15,01	44	13,02
aktives System nach dem Eingriff						
VVI			85 / 300	28,33	82 / 294	27,89
AAI			1 / 300	0,33	1 / 294	0,34
DDD			197 / 300	65,67	192 / 294	65,31
VDD			1 / 300	0,33	1 / 294	0,34
CRT-System mit einer Vorhofsonde			13 / 300	4,33	11 / 294	3,74
CRT-System ohne Vorhofsonde			2 / 300	0,67	5 / 294	1,70
Leadless Pacemaker/intra-kardialer Pulsgenerator (VVI) ¹			0 / 300	0,00	-	-
sonstiges ²			1 / 300	0,33	2 / 294	0,68
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			137 / 300	45,67	125 / 294	42,52
Neuimplantation			116 / 300	38,67	121 / 294	41,16
Neuplatzierung			27 / 300	9,00	27 / 294	9,18
sonstiges			20 / 300	6,67	21 / 294	7,14

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

² In der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			134 / 213	62,91	117 / 207	56,52
Neuimplantation			45 / 213	21,13	55 / 207	26,57
Neuplatzierung			30 / 213	14,08	30 / 207	14,49
Reparatur			0 / 213	0,00	0 / 207	0,00
sonstiges			4 / 213	1,88	4 / 207	1,93
Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			187		176	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,78		0,83
<= 1,5 V			181 / 187	96,79	171 / 176	97,16
> 1,5 - 2,5 V			6 / 187	3,21	3 / 176	1,70
> 2,5 V			0 / 187	0,00	2 / 176	1,14
Reizschwelle nicht gemessen			25 / 212	11,79	27 / 205	13,17
wegen Vorhofflimmerns			19 / 212	8,96	20 / 205	9,76
aus anderen Gründen			6 / 212	2,83	7 / 205	3,41
P-Wellen-Amplitude (intraoperativ) (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			199		195	
Median				2,80		2,60
Mittelwert				3,07		2,89
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen			14 / 213	6,57	10 / 206	4,85
wegen Vorhofflimmerns fehlender			4 / 213	1,88	6 / 206	2,91
Vorhofeigenrhythmus			4 / 213	1,88	0 / 206	0,00
aus anderen Gründen			6 / 213	2,82	4 / 206	1,94

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Rechter Ventrikel						
Art des Vorgehens¹						
kein Eingriff an der Sonde			144 / 299	48,16	148 / 293	50,51
Neuimplantation			120 / 299	40,13	105 / 293	35,84
Neuplatzierung			30 / 299	10,03	34 / 293	11,60
Reparatur			1 / 299	0,33	0 / 293	0,00
sonstiges			4 / 299	1,34	4 / 293	1,37
Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms) (V)¹						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			294		286	
Median				0,60		0,70
Mittelwert				0,72		0,74
<= 1,2 V			277 / 294	94,22	270 / 286	94,41
> 1,2 - 2,5 V			17 / 294	5,78	15 / 286	5,24
> 2,5 V			0 / 294	0,00	1 / 286	0,35
Reizschwelle nicht gemessen¹			5 / 299	1,67	5 / 291	1,72
R-Amplitude (intraoperativ) (mV)¹						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			263		255	
Median				11,00		11,50
Mittelwert				11,66		12,04
R-Amplitude nicht gemessen¹			35 / 299	11,71	30 / 291	10,31
kein Eigenrhythmus			31 / 299	10,37	25 / 291	8,59
aus anderen Gründen			4 / 299	1,34	5 / 291	1,72

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2019 abweichen.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Linker Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			11 / 16	68,75	7 / 18	38,89
Neuimplantation			3 / 16	18,75	8 / 18	44,44
Neuplatzierung			2 / 16	12,50	0 / 18	0,00
Reparatur			0 / 16	0,00	0 / 18	0,00
sonstiges			0 / 16	0,00	2 / 18	11,11
Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			16		15	
Median				1,15		1,10
Mittelwert				1,19		1,24
<= 1,2 V			8 / 16	50,00	9 / 15	60,00
> 1,2 bis 2,5 V			8 / 16	50,00	5 / 15	33,33
> 2,5 V			0 / 16	0,00	1 / 15	6,67
Reizschwelle nicht gemessen			0 / 16	0,00	2 / 17	11,76

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
explantiertes System¹						
VVI			22 / 178	12,36	30 / 174	17,24
AAI			11 / 178	6,18	2 / 174	1,15
DDD			122 / 178	68,54	128 / 174	73,56
VDD			1 / 178	0,56	4 / 174	2,30
CRT-System mit einer Vorhofsonde			7 / 178	3,93	3 / 174	1,72
CRT-System ohne Vorhofsonde			1 / 178	0,56	3 / 174	1,72
Leadless Pacemaker/Intrakardialer Pulsgenerator (VVI) ²			1 / 178	0,56	-	-
sonstiges			7 / 178	3,93	3 / 174	1,72

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2019 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2020

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			8	2,27	4	1,18
kardiopulmonale Reanimation			0 / 8	0,00	0 / 4	0,00
interventionspflichtiger Pneumothorax			0 / 8	0,00	1 / 4	25,00
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 8	0,00	0 / 4	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 8	12,50	0 / 4	0,00
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 8	12,50	1 / 4	25,00
Sonden- bzw. Systemdislokation			1 / 8	12,50	2 / 4	50,00
Vorhof			1 / 1	100,00	0 / 2	0,00
Ventrikel						
rechter Ventrikel			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
linker Ventrikel			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
beide			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sonden- bzw. Systemdysfunktion			2 / 8	25,00	0 / 4	0,00
Vorhof			0 / 2	0,00	0 / 0	
Ventrikel						
rechter Ventrikel			2 / 2	100,00	0 / 0	
linker Ventrikel			0 / 2	0,00	0 / 0	
beide			0 / 2	0,00	0 / 0	
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)			1 / 8	12,50	0 / 4	0,00
interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle¹			0 / 8	0,00	-	-
sonstige interventionspflichtige Komplikation			2 / 8	25,00	1 / 4	25,00

¹ neues Datenfeld in 2020

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			293	83,00	266	78,70
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			19	5,38	27	7,99
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,30
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			15	4,25	18	5,33
07: Tod			3	0,85	5	1,48
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	1	0,30
09: in Rehabilitationseinrichtung			10	2,83	11	3,25
10: in Pflegeeinrichtung			10	2,83	8	2,37
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,28	1	0,30
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			2	0,57	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01	Behandlung regulär beendet	15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	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
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung § - 4 PEPPV)
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus	28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung		
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung		
11	Entlassung in ein Hospiz		
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen		

² neuer Schlüsselwert in 2020

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 2020.

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 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2020 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

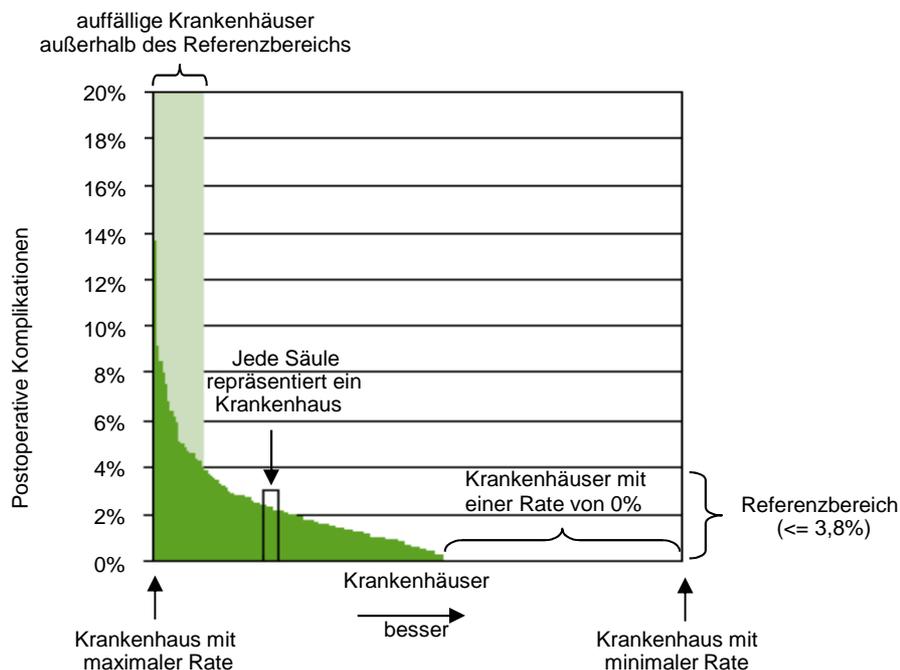
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

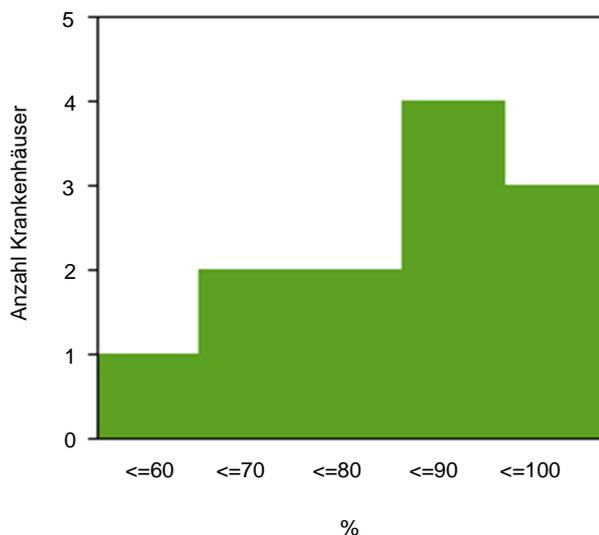
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2020/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2020. 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 „TKez“ bzw. „KKez“) 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.