

# Jahresauswertung 2018 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.021  
Datensatzversion: 09/4 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17722-L112911-P53819

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

# Jahresauswertung 2018 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.021  
Datensatzversion: 09/4 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17722-L112911-P53819

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2019 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/09n4-DEFI-IMPL/50055 <b>QI: Leitlinienkonforme Indikation</b>			93,14%	>= 90,00%	innerhalb	-	14
2018/09n4-DEFI-IMPL/50005 <b>QI: Leitlinienkonforme Systemwahl</b>			94,50%	>= 90,00%	innerhalb	-	30
2018/09n4-DEFI-IMPL/52131 <b>QI: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln</b>			89,61%	>= 60,00%	innerhalb	89,45%	43
2018/09n4-DEFI-IMPL/131801 <b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt</b>			1,57	<= 3,04	innerhalb	1,40	46

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
<b>2018/09n4-DEFI-IMPL/52316</b>							
<b>QI: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>							
			96,15%	>= 90,00%	innerhalb	95,09%	49
<b>Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>							
2018/09n4-DEFI-IMPL/131802							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)							
			1,47%	<= 2,50%	innerhalb	1,07%	52
2018/09n4-DEFI-IMPL/52325							
QI: Sondendislokation oder -dysfunktion							
			0,94%	<= 3,00%	innerhalb	0,51%	55
2018/09n4-DEFI-IMPL/131803							
TKez: Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden							
			54,26%	-	-	56,38%	58
<b>2018/09n4-DEFI-IMPL/51186</b>							
<b>QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>							
			1,27	<= 6,75	innerhalb	1,05	60

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. 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 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2018/09n4-DEFI-IMPL/850313 <b>Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“</b>			0,98%	<= 3,76%	innerhalb	1,36%	67
2018/09n4-DEFI-IMPL/850314 <b>Häufig ICD-System „sonstiges“</b>			0,29%	<= 0,00%	außerhalb	0,00%	69
2018/09n4-DEFI-IMPL/850315 <b>Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“</b>			0,39%	<= 1,15%	innerhalb	0,58%	71
2018/09n4-DEFI-IMPL/850317 <b>Häufige Angabe von ASA 5</b>			2,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	0,00 Fälle	73

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. 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 2018 wurden erstmals 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 „KK“ oder „TK“ 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.

## **Auswertungseinheiten (Standorte)**

---

Standortbezogene Auswertungen werden ab dem Verfahrensjahr 2018 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern grundsätzlich nach dem behandelnden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.

## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr des IQTIG vom 30.04.2019  
 Angaben zur Leitlinie finden Sie auf den ausführlichen Seiten zu den Qualitätsindikatoren.

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>QI 1:</b> 2018/09n4-DEFI-IMPL/50055		
<b>1.1 Leitlinienkonforme Indikation</b>		951 / 1.021 93,14%
<b>1.2 Keine leitlinienkonforme Indikation</b>		70 / 1.021 6,86%
<b>1.3 Sekundärprävention</b>		
<b>1.3.1</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Sekundärprävention		354 / 1.021 34,67%
<b>1.3.1.1</b> Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik		321 / 1.021 31,44%
<b>1.3.1.2</b> Sekundärprävention nach Synkope		39 / 1.021 3,82%
<b>1.3.1.3</b> Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie (nicht behandelbar, ohne Symptomatik)		297 / 1.021 29,09%

## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>1.4 Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion</b>		
<b>1.4.1</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion		688 / 1.021 67,38%
<b>1.5 Prävention bei Kardiomyopathie</b>		
<b>1.5.1</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathie		320 / 1.021 31,34%
<b>1.5.1.1</b> Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM)		308 / 1.021 30,17%
<b>1.5.1.2</b> Prävention bei Hypertroper Kardiomyopathie (HCM)		12 / 1.021 1,18%



## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>1.6 Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen</b>		
<b>1.6.1</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen		19 / 1.021 1,86%
<b>1.6.1.1</b> Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS)		13 / 1.021 1,27%
<b>1.6.1.2</b> Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS)		0 / 1.021 0,00%
<b>1.6.1.3</b> Prävention bei Brugada-Syndrom		6 / 1.021 0,59%
<b>1.6.1.4</b> Prävention bei catecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT)		0 / 1.021 0,00%
<b>1.7 Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes</b>		
<b>1.7.1</b> Leitlinienkonforme Indikationsstellung: sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes		1 / 1.021 0,10%

## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>QI 2:</b> 2018/09n4-DEFI-IMPL/50005		
<b>2.1 Leitlinienkonforme Systemwahl</b>		962 / 1.018 94,50%
<b>2.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl</b>		56 / 1.018 5,50%
<b>2.3 CRT-Indikation</b>		
<b>2.3.1</b> CRT-Indikation SIN		348 / 1.018 34,18%
<b>2.3.2</b> CRT-Indikation SM/DE NOVO		318 / 1.018 31,24%
<b>2.3.3</b> CRT-Indikation SM/UPGRADE		22 / 1.018 2,16%
<b>2.3.4</b> CRT-Indikation AF		287 / 1.018 28,19%

## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>2.4 Systemwahl VVI</b>		329 / 1.018 32,32%
2.4.1 VVI-1: Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		56 / 329 17,02%
2.4.2 VVI-2 <sup>1</sup> : <b>nicht</b> Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		269 / 329 81,76%
2.4.3 Leitlinienkonforme Systemwahl VVI		325 / 329 98,78%
2.4.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VVI		4 / 329 1,22%
<b>2.5 Systemwahl DDD</b>		298 / 1.018 29,27%
2.5.1 Leitlinienkonforme Systemwahl DDD		287 / 298 96,31%
2.5.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl DDD		11 / 298 3,69%

<sup>1</sup> **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 2018	Gesamt 2018
<b>2.6 Systemwahl VDD</b>		2 / 1.018 0,20%
2.6.1 Leitlinienkonforme Systemwahl VDD		2 / 2 100,00%
2.6.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VDD		0 / 2 0,00%
<b>2.7 Systemwahl subkutaner ICD</b>		67 / 1.018 6,58%
2.7.1 Leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD		51 / 67 76,12%
2.7.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD		16 / 67 23,88%
<b>2.8 Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde</b>		300 / 1.018 29,47%
2.8.1 Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern <b>und</b> CRT-Indikation AF		8 / 300 2,67%
2.8.2 <b>nicht</b> Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern <b>und</b> CRT-Indikation SIN, SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE		272 / 300 90,67%
2.8.3 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		280 / 300 93,33%
2.8.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		20 / 300 6,67%

## Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
<b>2.9 Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde</b>		22 / 1.018 2,16%
<b>2.9.1</b> Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		17 / 22 77,27%
<b>2.9.2</b> Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		5 / 22 22,73%

**Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Indikation**

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 16 bis 29

**Qualitätsziel:** Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatorenimplantation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/50055

**Referenzbereich:** >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation Vertrauensbereich Referenzbereich			951 / 1.021	93,14% 91,43% - 94,54% >= 90,00%
Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie <sup>1 2</sup>			70 / 1.021	6,86%

Indikation gemäß Leitlinie       keine Indikation gemäß Leitlinie

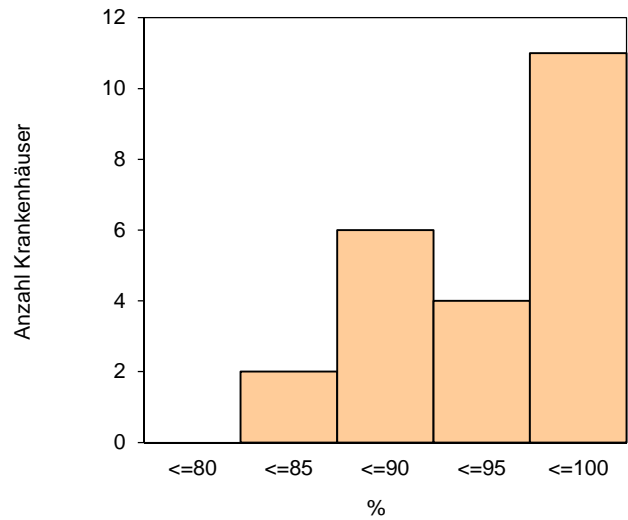
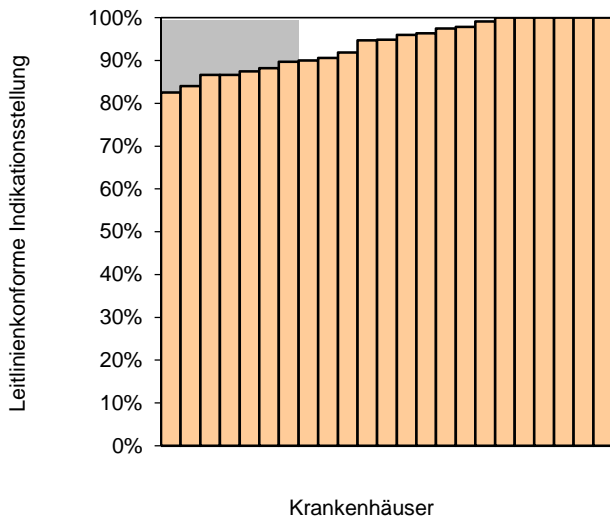
- <sup>1</sup> Deneke et al. 2017: Kommentar zu den ESC-Leitlinien 2015 „Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes“. Kardiologie 11(1): 27-43. DOI: 10.1007/s12181-016-0115-z.
- <sup>2</sup> Priori et al. 2015: 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular 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 <sup>3</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>3</sup> Aufgrund von neuen Datenfeldern können die Vorjahresergebnisse nicht dargestellt werden.

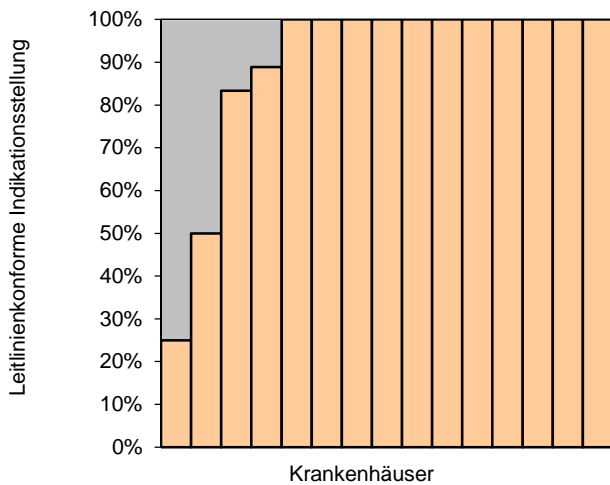
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/50055]:  
 Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,54	84,00	86,67	88,24	94,87	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,00		50,00	88,89	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Sekundärprävention**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	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			354 / 1.021	34,67%



Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Kammerflimmern * Kammertachykardie  <b>UND</b> <b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b> * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock  * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch)  <b>UND NICHT</b> <b>WPW-Syndrom</b>  <b>UND NICHT</b> <b>reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie</b>  <b>UND NICHT</b> <b>behandelbare idiopathische Kammertachykardie</b>  <b>UND NICHT</b> <b>indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn</b>  <b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			321 / 1.021	31,44%

Sekundärprävention nach Synkope	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten</b>  (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation  <b>ODER</b> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope)  <b>UND</b> (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%)  <b>ODER</b> (KHK mit Myokardinfarkt  <b>UND NICHT</b> indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn  <b>UND</b> Kammertachykardie induzierbar))  <b>UND NICHT</b> ASA-Klasse 5			39 / 1.021	3,82%

Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie nicht behandelbar, ohne Symptomatik	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)				
<b>UND NICHT</b>				
<b>indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn</b>				
<b>UND NICHT</b>				
<b>WPW-Syndrom</b>				
<b>UND NICHT</b>				
<b>reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie</b>				
<b>UND NICHT</b>				
<b>behandelbare idiopathische Kammertachykardie</b>				
<b>UND NICHT</b>				
<b>ASA-Klasse 5</b>			297 / 1.021	29,09%

**Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion**

Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	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 NICHT</i> ASA-Klasse 5			688 / 1.021	67,38%

**Prävention bei Kardiomyopathie**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) oder Hypertropher Kardiomyopathie (HCM) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathien			320 / 1.021	31,34%

Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Herzerkrankung</b> * Dilatative Kardiomyopathie (DCM)  <b>UND</b> (((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) <b>ODER</b> (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) <b>UND</b> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch))) <b>UND NICHT</b> WPW-Syndrom <b>UND NICHT</b> reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie) <b>ODER</b> (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <b>UND</b> (Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III <b>ODER</b> (Herzinsuffizienz * NYHA IV <b>UND</b> CRT-Indikation)) <b>UND</b> optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger)))  <b>UND NICHT</b> ASA-Klasse 5			308 / 1.021	30,17%

Prävention bei Hypertropher Kardiomyopathie (HCM)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Herzerkrankung</b> * Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)  <b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			12 / 1.021	1,18%

**Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	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			19 / 1.021	1,86%



Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Herzerkrankung</b> * langes QT-Syndrom (LQTS)  <b>UND</b> ((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern  <b>ODER</b> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient))  <b>ODER</b> (Betablocker  <b>UND</b> (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation  <b>ODER</b> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope)))  <b>UND NICHT</b> ASA-Klasse 5			13 / 1.021	1,27%

Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten</b>				
<b>Herzerkrankung</b> * kurzes QT-Syndrom (SQTS)				
<b>UND</b> <b>(indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)				
<b>ODER</b> <b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b> * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient))				
<b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			0 / 1.021	0,00%

Prävention bei Brugada-Syndrom	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten</b>				
<b>Herzerkrankung</b> * Brugada-Syndrom				
<b>UND</b> <b>(indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) * kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) * sonstige				
<b>ODER</b> <b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b> * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)				
<b>ODER</b> <b>Kammertachykardie induzierbar</b>				
<b>ODER</b> <b>(spontanes Brugada-Typ-1-EKG</b>				
<b>UND</b> <b>(indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Synkope ohne EKG-Dokumentation				
<b>ODER</b> <b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b> * Synkope)))				
<b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			6 / 1.021	0,59%

Prävention bei katecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT)	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten</b>				
<b>Herzerkrankung</b> * katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)				
<b>UND</b> <b>(indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b> * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation				
<b>ODER</b> <b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b> * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Synkope)				
<b>UND</b> <b>Betablocker</b>				
<b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			0 / 1.021	0,00%

**Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes**

Sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten</b>				
<b>Herzerkrankung</b> * short-coupled torsade de pointes VT				
<b>UND NICHT</b> <b>ASA-Klasse 5</b>			1 / 1.021	0,10%

### Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Systemwahl


**Qualitätsziel:** Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl

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



**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/50005

**Referenzbereich:** >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD			962 / 1.018	94,50%
Vertrauensbereich				92,92% - 95,74%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl			56 / 1.018	5,50%

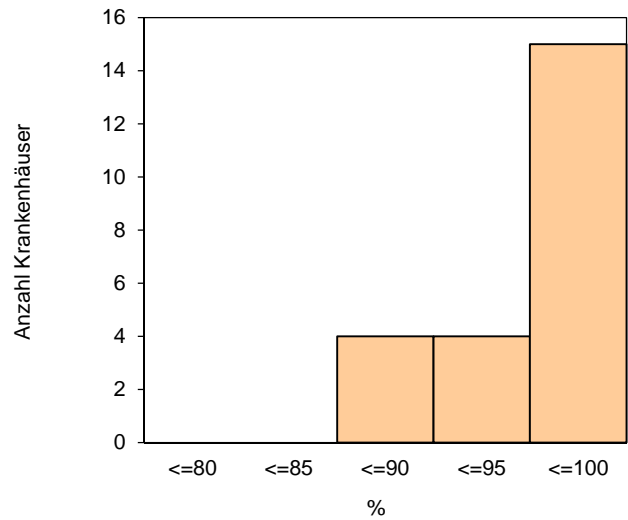
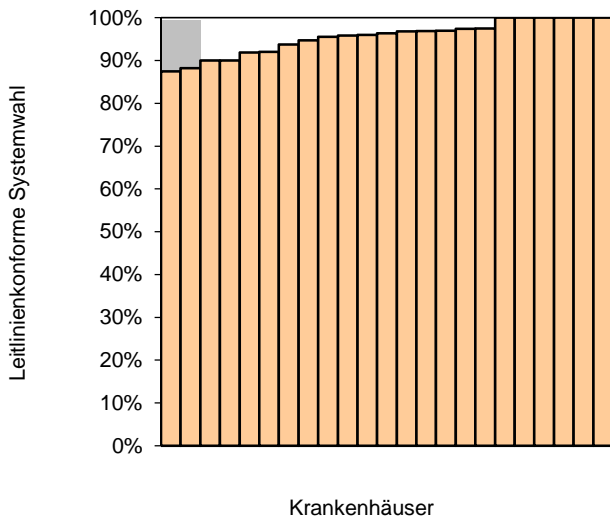
 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD	-		-	
Vertrauensbereich		-		-

<sup>1</sup> Aufgrund von neuen Datenfeldern können die Vorjahresergebnisse nicht dargestellt werden.

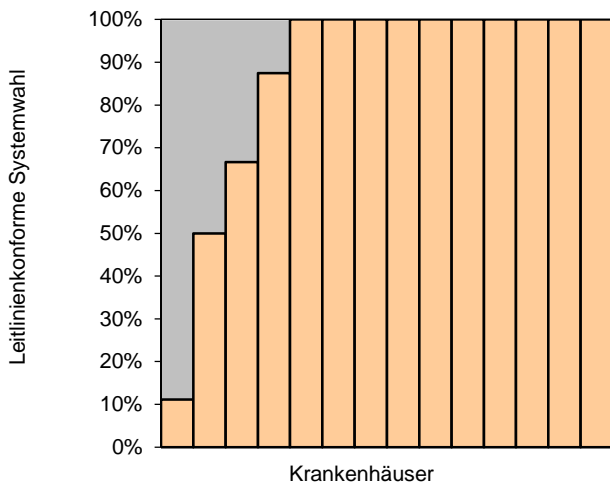
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/50005]:  
 Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD an allen Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI),  
 Zweikammersystem (VDD, DDD), CRT-System oder subkutanem ICD**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



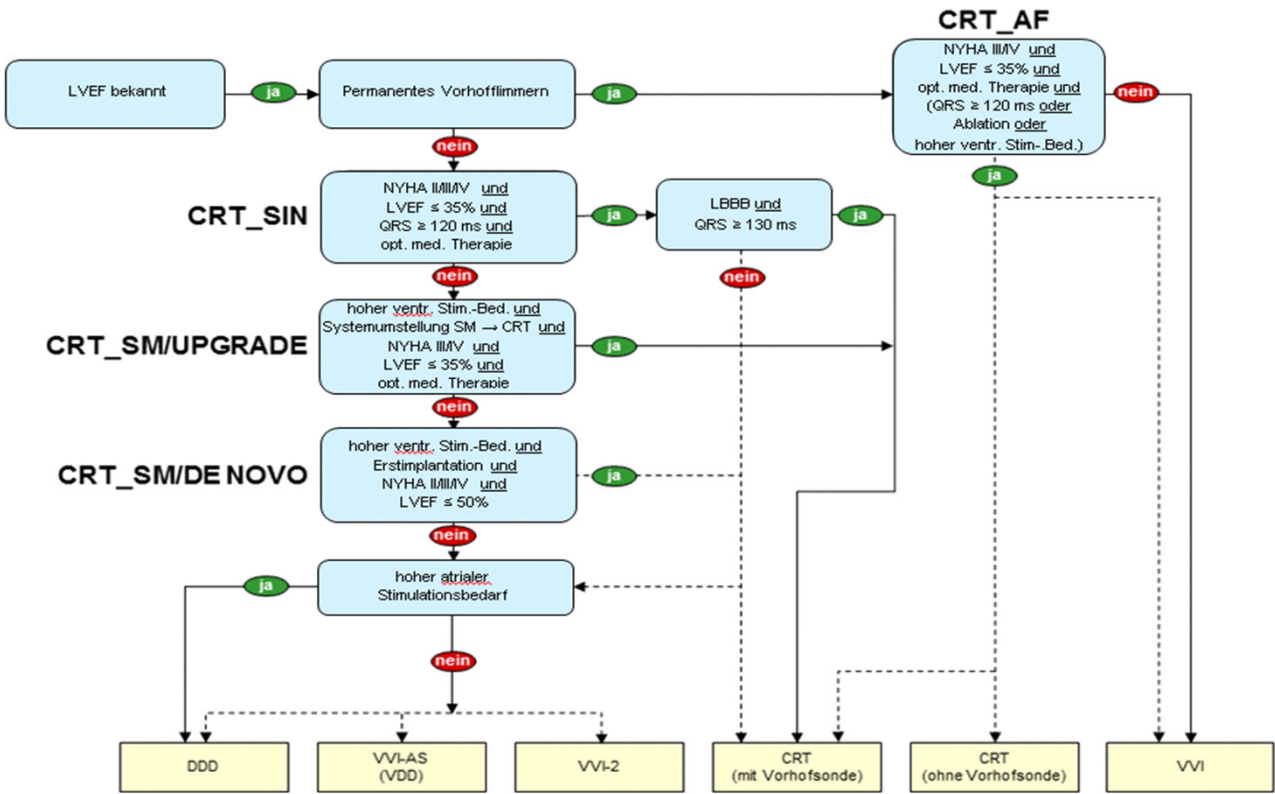
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,50	88,24	90,00	92,06	96,40	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 14 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,11		50,00	87,50	100,00	100,00	100,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Implantierbare Defibrillatoren – Leitlinienkonforme Systemwahl

Quelle: modifiziert übernommen aus: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2018 (QIDB): Implantierbare Defibrillatoren-Implantation, IQTIG - Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen



**CRT-INDIKATION**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>CRT-INDIKATION SIN</b>				
<b>Herzinsuffizienz</b> * NYHA II, III, IV				
<b>UND</b> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%				
<b>UND</b> QRS-Komplex >= 120 ms				
<b>UND</b> optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie			348 / 1.018	34,18%

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>CRT-Indikation SM/DE NOVO</b>  <b>NICHT</b> <b>Systemumstellung</b> <b>Schrittmacher- zu CRT-D-System</b> OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc  <b>UND</b> <b>Herzinsuffizienz</b> * NYHA II, III, IV  <b>UND</b> <b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion</b> <b>&lt;= 50%</b>  <b>UND</b> <b>erwarteter Anteil ventrikulärer</b> <b>Stimulation &gt;= 40%</b>			318 / 1.018	31,24%

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>CRT-Indikation SM/UPGRADE</b>  <b>Systemumstellung                      Schrittmacher- zu CRT-D-System</b> OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc  <i>UND</i> <b>Herzinsuffizienz</b> * NYHA, III, IV  <i>UND</i> <b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion                      &lt;= 35%</b>  <i>UND</i> <b>erwarteter Anteil ventrikulärer                      Stimulation &gt;= 40%</b>  <i>UND</i> <b>optimierte medikamentöse                      Herzinsuffizienztherapie</b>			22 / 1.018	2,16%

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>CRT-Indikation AF</b>  <b>Herzinsuffizienz</b> * NYHA III, IV  <i>UND</i> <b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion</b> <= 35%  <i>UND</i> <b>optimierte medikamentöse</b> <b>Herzinsuffizienztherapie</b>  <i>UND</i> <b>(QRS-Komplex &gt;= 120 ms</b> <i>ODER</i> <b>AV-Block</b> * AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation <i>ODER</i> <b>erwarteter Anteil ventrikulärer</b> <b>Stimulation &gt;= 40%)</b>			287 / 1.018	28,19%

**SYSTEMWAHL VVI**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit VVI</b>			329 / 1.018	32,32%
<b>davon</b>				
1) <b>Vorhofrhythmus</b> * permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			56 / 329	17,02%
2) <b>NICHT</b> Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b> <b>(NICHT</b> (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE)				
<b>ODER</b> (CRT-Indikation SIN <b>UND</b> <b>(NICHT</b> intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock <b>ODER</b> QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms)))				
<b>UND NICHT</b> hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit				
<b>UND</b> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			269 / 329	81,76%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VVI			325 / 329	98,78%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VVI			4 / 329	1,22%

**SYSTEMWAHL DDD**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit DDD</b>			298 / 1.018	29,27%
<b>davon</b>				
<b>NICHT</b> <b>Vorhofrhythmus</b> * permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b> <b>(NICHT</b> <b>(CRT-Indikation SIN</b> <b>oder SM/UPGRADE)</b>				
<b>ODER</b> <b>(CRT-Indikation SIN</b> <b>UND</b> <b>(NICHT</b> <b>intraventrikuläre</b> <b>Leitungsstörungen</b> * Linksschenkelblock				
<b>ODER</b> <b>QRS-Komplex</b> * 120 bis < 130 ms)))				
<b>UND</b> <b>linksventrikuläre</b> <b>Ejektionsfraktion bekannt</b>				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl DDD			287 / 298	96,31%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl DDD			11 / 298	3,69%

**SYSTEMWAHL VDD**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit VDD</b>			2 / 1.018	0,20%
<b>davon</b>				
<b>NICHT</b> <b>Vorhofrhythmus</b> * permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b> <b>(NICHT</b> <b>(CRT-Indikation SIN</b> <b>oder SM/UPGRADE)</b>				
<b>ODER</b> <b>(CRT-Indikation SIN</b> <b>UND</b> <b>(NICHT</b> <b>intraventrikuläre</b> <b>Leitungsstörungen</b> * Linksschenkelblock				
<b>ODER</b> <b>QRS-Komplex</b> * 120 bis < 130 ms)))				
<b>UND NICHT</b> <b>hohe atriale</b> <b>Stimulationsbedürftigkeit</b>				
<b>UND</b> <b>linksventrikuläre</b> <b>Ejektionsfraktion bekannt</b>				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VDD			2 / 2	100,00%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VDD			0 / 2	0,00%

**SYSTEMWAHL subkutaner ICD**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit subkutanem ICD</b>			67 / 1.018	6,58%
<b>davon</b>				
<b>NICHT</b> (CRT-Indikation AF oder SIN oder SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE)				
<b>UND NICHT</b> (hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit <b>ODER</b> erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation $\geq 40\%$ )				
<b>UND</b> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD			51 / 67	76,12%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD			16 / 67	23,88%



**SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM MIT EINER VORHOFSONDE**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit CRT-System mit einer Vorhofsonde</b>			300 / 1.018	29,47%
<b>davon</b>				
<b>1)</b>				
<b>Vorhofrhythmus</b>				
* permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b>				
<b>CRT-Indikation AF</b>				
<b>UND</b>				
<b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt</b>			8 / 300	2,67%
<b>2)</b>				
<b>NICHT</b>				
<b>Vorhofrhythmus</b>				
* permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b>				
<b>(CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE oder</b>				
<b>UND</b>				
<b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt</b>			272 / 300	90,67%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			280 / 300	93,33%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			20 / 300	6,67%

**SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM OHNE VORHOFSONDE**

Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit CRT-System ohne Vorhofsonde</b>			22 / 1.018	2,16%
<b>davon</b>				
<b>Vorhofrhythmus</b> * permanentes Vorhofflimmern				
<b>UND</b> <b>CRT-Indikation AF</b>				
<b>UND</b> <b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt</b>				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			17 / 22	77,27%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			5 / 22	22,73%

### Qualitätsindikator: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst kurze Eingriffsdauer
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/09n4-DEFI-IMPL/52131
<b>Referenzbereich:</b>	>= 60,00%

Eingriffsdauer	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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 Vertrauensbereich Referenzbereich			1.277 / 1.425	89,61% 87,92% - 91,09% >= 60,00%
davon				
Eingriffsdauer in 09/4 <sup>1</sup>			831 / 951	87,38%
Eingriffsdauer in 09/5 <sup>2</sup>			446 / 474	94,09%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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 Vertrauensbereich			1.322 / 1.478	89,45% 87,78% - 90,91%
davon				
Eingriffsdauer in 09/4 <sup>1</sup>			858 / 988	86,84%
Eingriffsdauer in 09/5 <sup>2</sup>			464 / 490	94,69%

<sup>1</sup> KKez 61537\_52131

<sup>2</sup> KKez 61538\_52131

Eingriffsdauer	Krankenhaus 2018			
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT	Aggregat- Wechsel
<b>bis 60 min</b>				
61 bis 90 min				
91 bis 120 min				
121 bis 180 min				
> 180 min				
Anzahl gültiger Angaben Median (in min)				

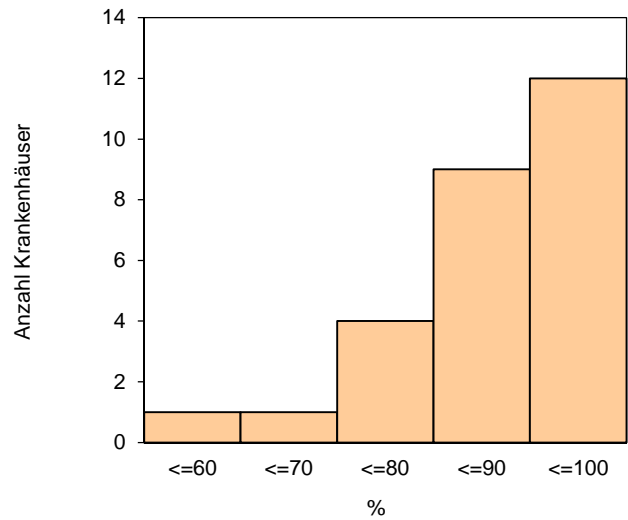
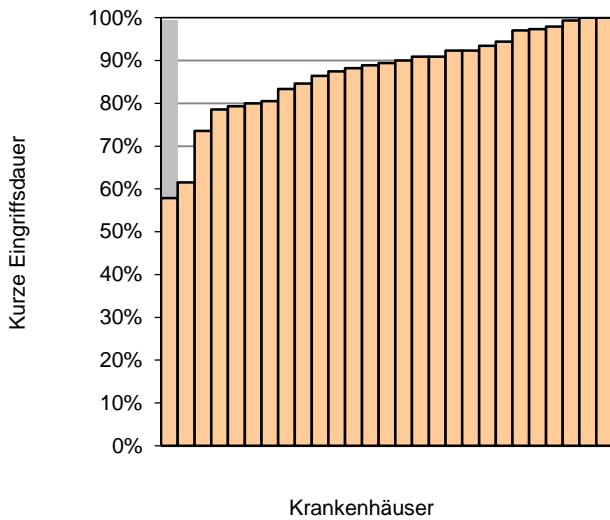
Eingriffsdauer	Gesamt 2018			
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT	Aggregat- Wechsel
<b>bis 60 min</b>	265 / 329 80,55%	170 / 300 56,67%	46 / 322 14,29%	446 / 474 94,09%
61 bis 90 min	48 / 329 14,59%	95 / 300 31,67%	112 / 322 34,78%	22 / 474 4,64%
91 bis 120 min	13 / 329 3,95%	17 / 300 5,67%	71 / 322 22,05%	4 / 474 0,84%
121 bis 180 min	3 / 329 0,91%	12 / 300 4,00%	72 / 322 22,36%	1 / 474 0,21%
> 180 min	0 / 329 0,00%	6 / 300 2,00%	21 / 322 6,52%	1 / 474 0,21%
Anzahl gültiger Angaben Median (in min)	329 45,00	300 58,00	322 93,50	474 31,00

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/09n4-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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

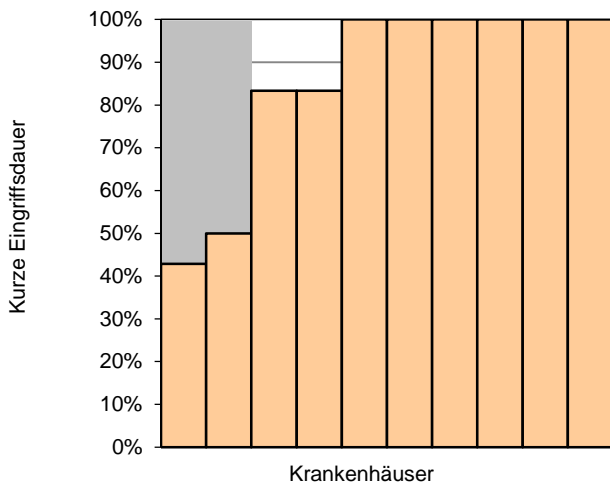
27 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	57,89	61,54	73,53	80,56	89,44	94,44	99,33	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	42,86		46,43	83,33	100,00	100,00	100,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/09n4-DEFI-IMPL/131801
<b>Referenzbereich:</b>	<= 3,04 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm <sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System <b>oder</b> über 1.700 cGy*cm <sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) <b>oder</b> über 4.900 cGy*cm <sup>2</sup> bei CRT-System		
beobachtet (O) <sup>1</sup>		192 / 948 20,25%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		121,93 / 948 12,86%
O - E		7,39%

<sup>1</sup> KKez O\_131801: Beobachtete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System.

<sup>2</sup> KKez E\_131801: Erwartete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 131801.

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm <sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System <b>oder</b> über 1.700 cGy*cm <sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) <b>oder</b> über 4.900 cGy*cm <sup>2</sup> bei CRT-System		
O/E <sup>3</sup>		1,57
Vertrauensbereich		1,39 - 1,78
Referenzbereich	<= 3,04	<= 3,04

<sup>3</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde zur erwarteten Rate.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> 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 Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm <sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System <b>oder</b> über 1.700 cGy*cm <sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) <b>oder</b> über 4.900 cGy*cm <sup>2</sup> bei CRT-System	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) <sup>2</sup>		245 / 988 24,80%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		175,18 / 988 17,73%
O - E		7,07%
O/E*		1,40
Vertrauensbereich		1,25 - 1,56

<sup>1</sup> Der Qualitätsindikator wurde im Vorjahr nicht berechnet.

<sup>2</sup> KKez O\_131801: Beobachtete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System.

<sup>3</sup> KKez E\_131801: Erwartete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 131801.

\* Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde zur erwarteten Rate.

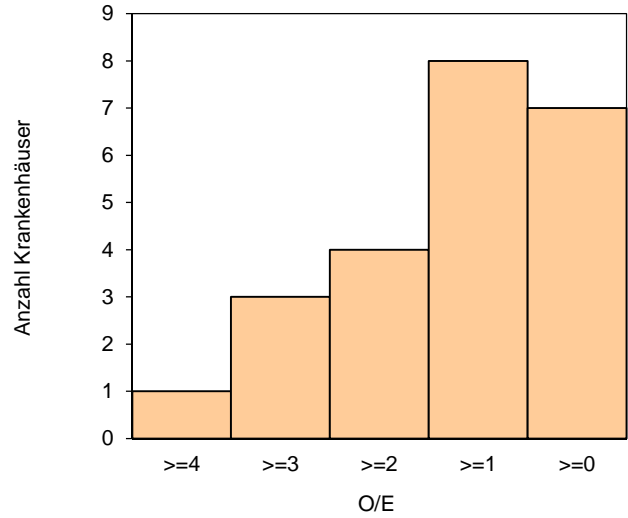
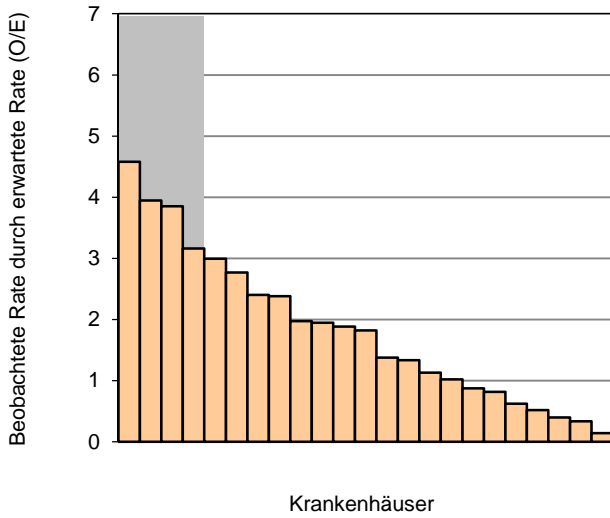
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an an Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy\*cm<sup>2</sup> bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy\*cm<sup>2</sup> bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde ist 10% kleiner als erwartet.

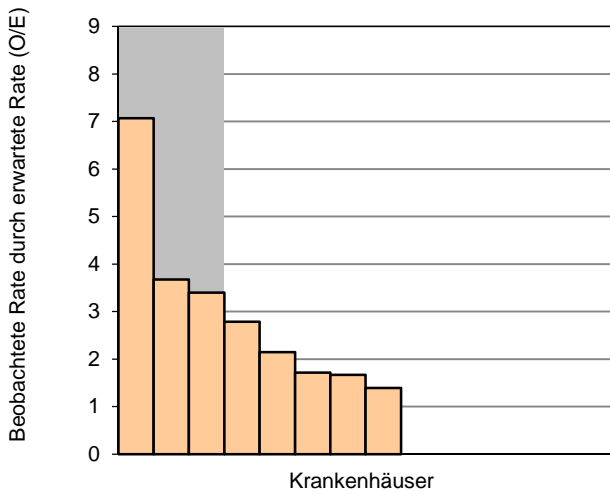
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/131801]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,14	0,34	0,40	0,81	1,82	2,77	3,85	3,94	4,58

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 14 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	1,53	2,79	3,68		7,07

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Qualitätsindikator: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**

- Qualitätsziel:** Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
- Grundgesamtheit:** 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:
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
  - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
  - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
  - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
- Art des Wertes:** Qualitätsindikator
- Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/52316
- Referenzbereich:** >= 90,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: <sup>1</sup>				
Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V				
Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V				
P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV				
R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			3.194 / 3.322	96,15%
Vertrauensbereich				95,44% - 96,75%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%
davon				
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4 <sup>2</sup>			2.903 / 3.018	96,19%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 <sup>3</sup>			291 / 304	95,72%

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

<sup>2</sup> KKez 52317\_52316

<sup>3</sup> KKez 52323\_52316

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: <sup>1</sup> Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich			3.275 / 3.444	95,09% 94,32% - 95,77%
davon				
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4 <sup>2</sup>			2.973 / 3.125	95,14%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 <sup>3</sup>			302 / 319	94,67%

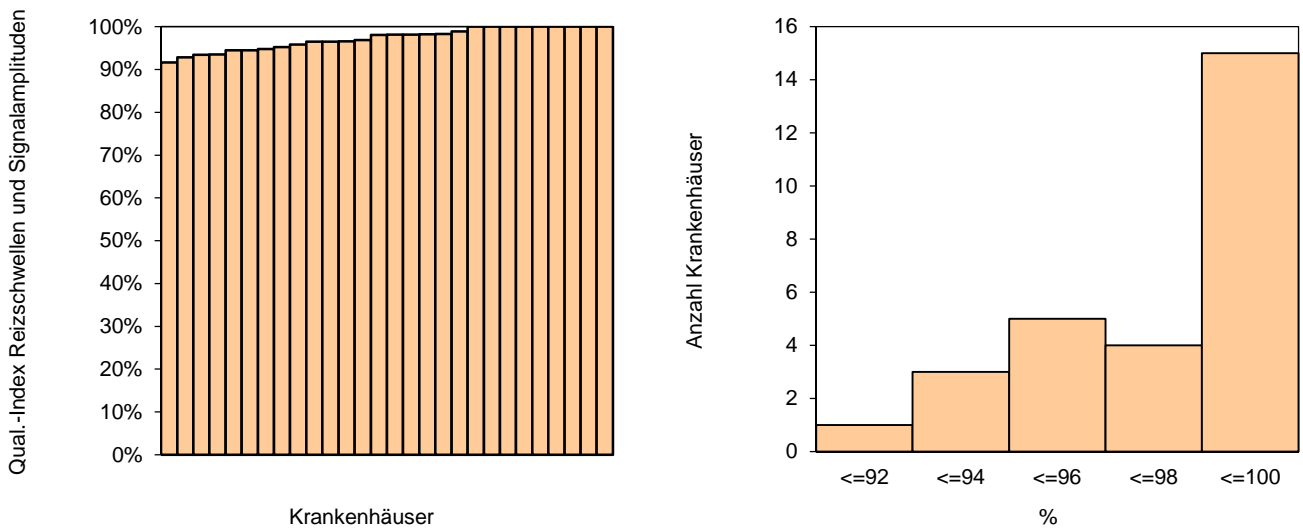
<sup>1</sup> Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

<sup>2</sup> KKez 52317\_52316

<sup>3</sup> KKez 52323\_52316

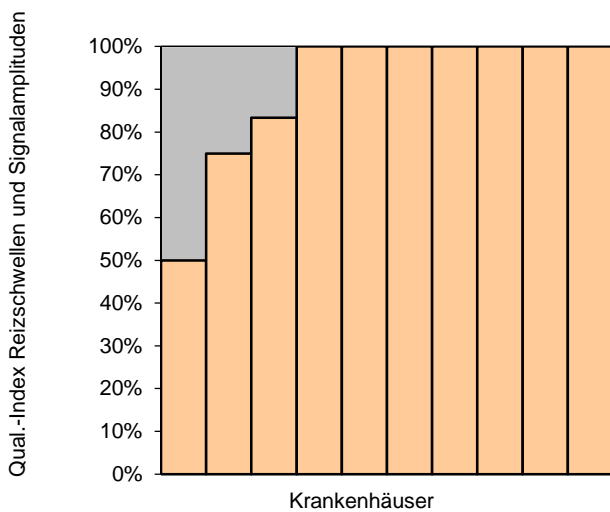
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/52316]:  
 Anteil von Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen (Ergebnisse liegen innerhalb von definierten Akzeptanzbereichen)  
 an allen erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und 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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,67	92,87	93,46	95,01	98,12	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		62,50	83,33	100,00	100,00	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 Patienten

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/131802

**Referenzbereich:** <= 2,50%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			24 / 1.021	2,35%
<b>Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)<sup>1</sup></b>			15 / 1.021	1,47%
Vertrauensbereich				0,89% - 2,41%
Referenzbereich		<= 2,50%		<= 2,50%
Kardiopulmonale Reanimation			3 / 1.021	0,29%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			5 / 1.021	0,49%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			1 / 1.021	0,10%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			3 / 1.021	0,29%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 1.021	0,29%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			9 / 1.021	0,88%
Patienten mit Sondendislokation			8 / 1.021	0,78%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 1.021	0,10%
postoperative Wundinfektion			1 / 1.021	0,10%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 1.021	0,10%

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

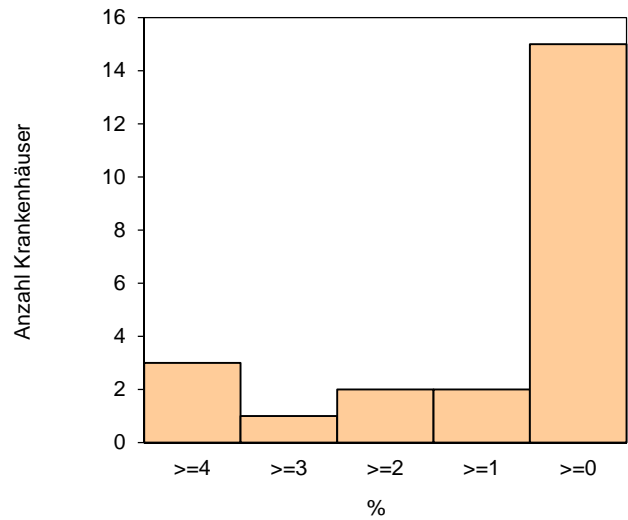
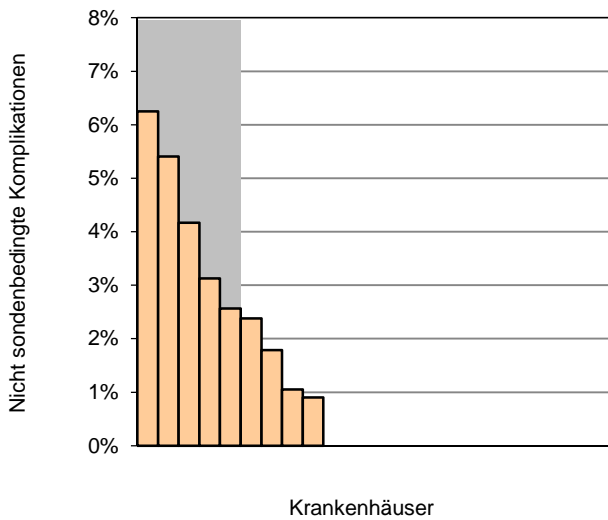
Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)<sup>2</sup></b> Vertrauensbereich			11 / 1.027	1,07% 0,60% - 1,91%

<sup>1</sup> Der Qualitätsindikator wurde im Vorjahr nicht berechnet.

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

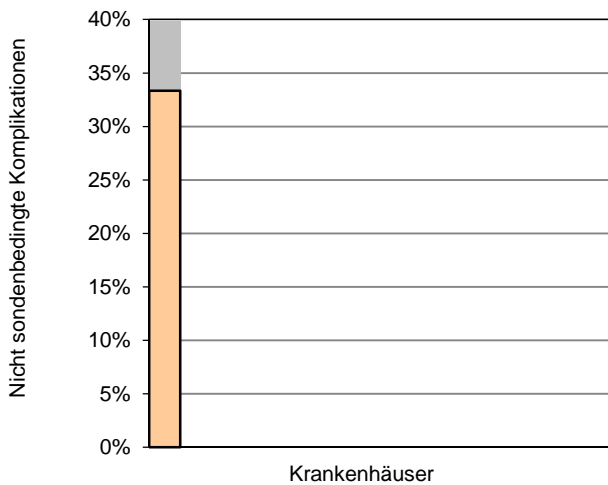
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/131802]:  
 Anteil von Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	2,38	4,17	5,41	6,25

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 15 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	33,33

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Sondendislokation oder -dysfunktion**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne S-ICD-System

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/52325

**Referenzbereich:** <= 3,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion<sup>1</sup></b>			9 / 954	0,94%
Vertrauensbereich				0,50% - 1,78%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			3 / 602	0,50%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			7 / 954	0,73%
Sondendislokation oder -dysfunktion einer anderen Defibrillationssonde			0 / 954	0,00%
<b>Patienten mit Sondendislokation<sup>1</sup></b>			8 / 954	0,84%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			3 / 602	0,50%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			6 / 954	0,63%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde			4 / 954	0,42%
linksventrikuläre Sonde			2 / 326	0,61%
weitere Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 954	0,00%

<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit Sondendysfunktion<sup>1</sup></b>			1 / 954	0,10%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 602	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			1 / 954	0,10%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde			0 / 954	0,00%
linksventrikuläre Sonde			1 / 326	0,31%
weitere Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 954	0,00%

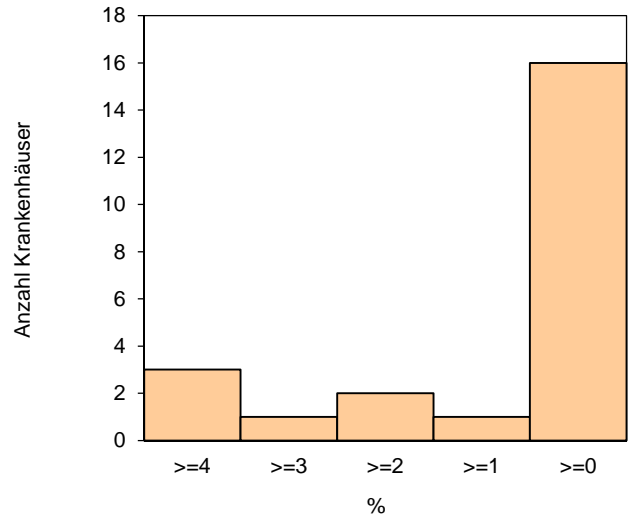
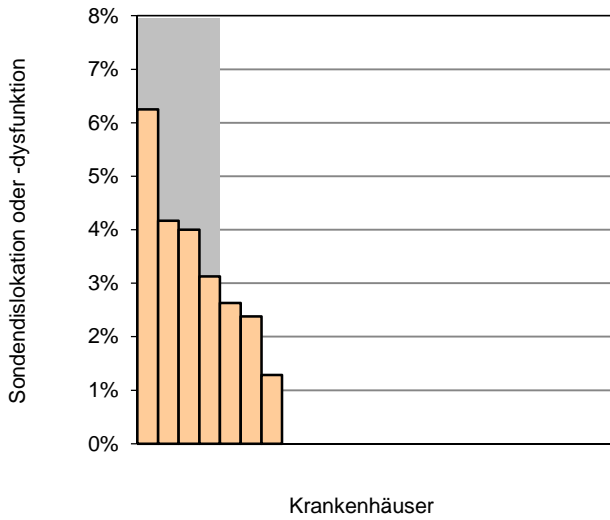
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion<sup>1</sup></b> Vertrauensbereich			5 / 988	0,51% 0,22% - 1,18%

<sup>1</sup> Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System



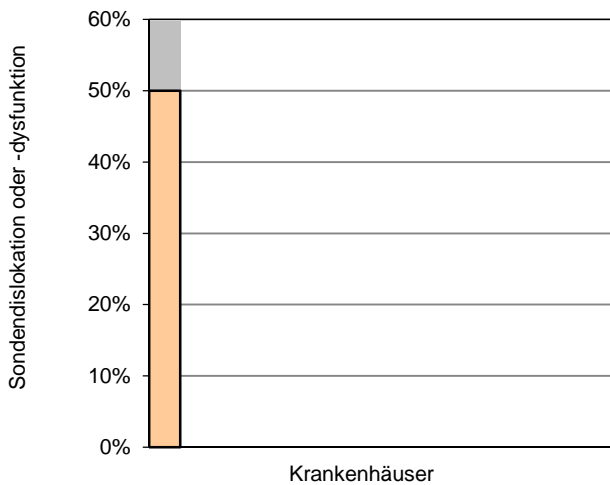
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/52325]:  
 Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Patienten ohne S-ICD-System**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	2,38	4,00	4,17	6,25

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 15 Krankenhäuser haben weniger als 10 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		50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Art des Wertes:** Transparenzkennzahl  
**Kennzahl-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/131803

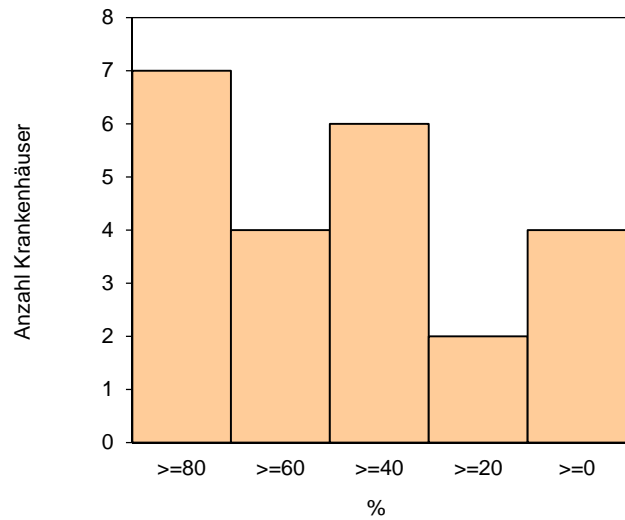
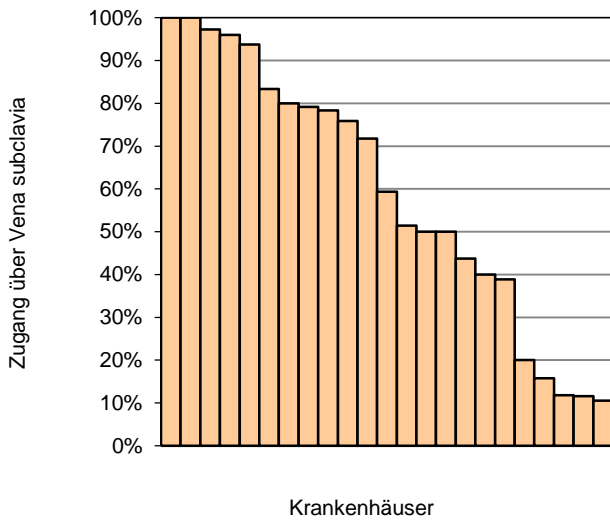
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b> Vertrauensbereich			554 / 1.021	54,26%
			51,19% - 57,29%	

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b> Vertrauensbereich			579 / 1.027	56,38%
			53,33% - 59,38%	

<sup>1</sup> Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht berechnet.

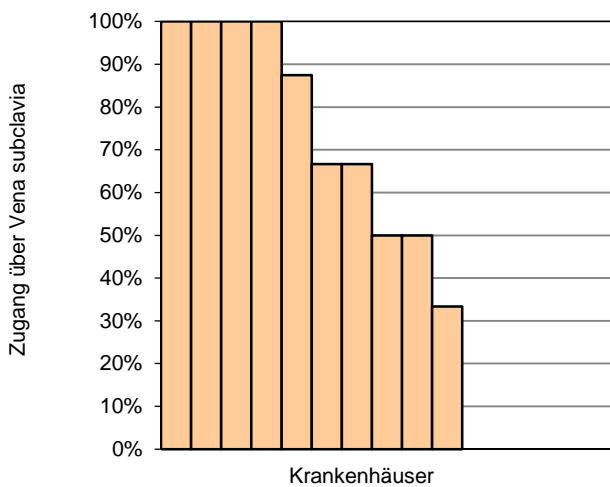
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c\_TK\_131803, Kennzahl-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/131803]:  
 Anteil von Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,53	11,54	11,76	38,89	59,38	83,33	97,30	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	50,00	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 Patienten  
**Art des Wertes:** Qualitätsindikator  
**Indikator-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/51186  
**Referenzbereich:** <= 6,75 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

verstorbene Patienten	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) <sup>1</sup>		10 / 1.021 0,98%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		7,87 / 1.021 0,77%
O - E		0,21%

verstorbene Patienten	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E <sup>3</sup>		1,27
Vertrauensbereich		0,69 - 2,33
Referenzbereich	<= 6,75	<= 6,75

Vorjahresdaten* verstorbene Patienten	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) <sup>1</sup>		7 / 1.027 0,68%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		6,65 / 1.027 0,65%
O - E		0,03%
O/E <sup>3</sup>		1,05
Vertrauensbereich		0,51 - 2,16

<sup>1</sup> KKez O\_51186: Beobachtete Rate an Todesfällen.

<sup>2</sup> KKez E\_51186: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 51186.

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

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

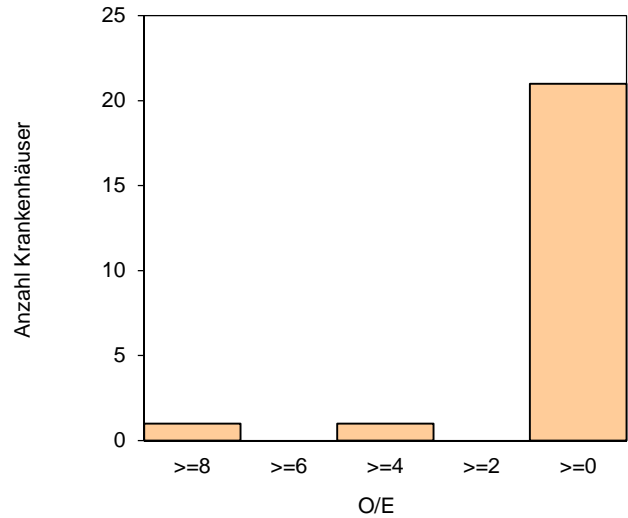
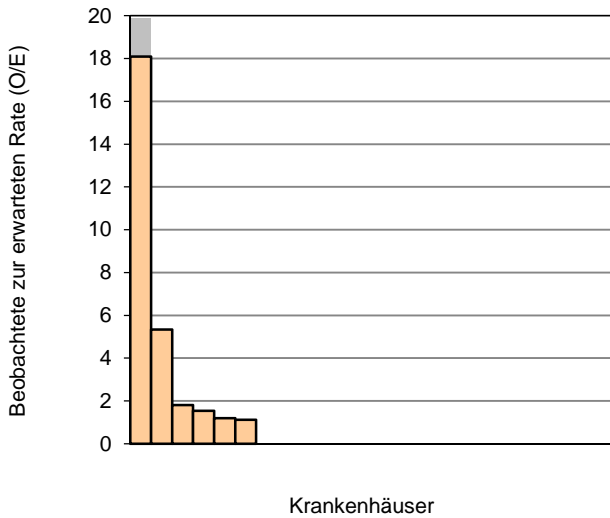
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

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

\* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

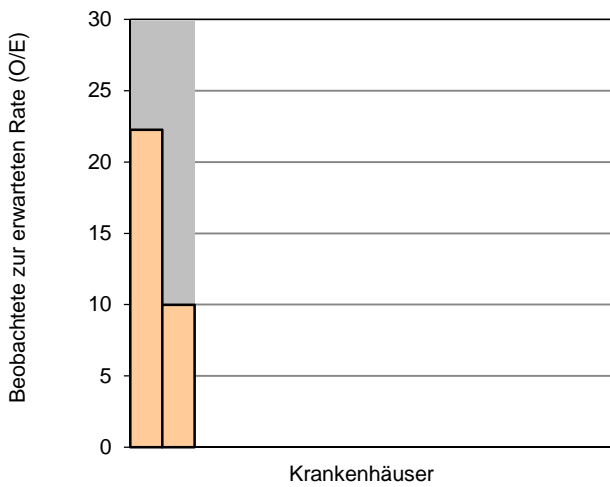
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/51186]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	1,12	1,81	5,33	18,10

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 15 Krankenhäuser haben weniger als 10 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	9,98		22,27

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## 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

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst kurze Eingriffsdauer
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/09n4-DEFI-IMPL/52131

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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			831 / 951	87,38%

## 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: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
<b>Grundgesamtheit:</b>	<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"> <li>- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System</li> <li>- Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde</li> <li>- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus</li> <li>- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus</li> </ul>
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/09n4-DEFI-IMPL/52316

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: <sup>1</sup> Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52316 in der Auswertung 09/4			

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

**Berechnung der Fälle, die aus 09/4 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 Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
  - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
  - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
  - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: <sup>1</sup> Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			2.903 / 3.018	96,19%

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



## Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4, 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: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
<b>Grundgesamtheit:</b>	<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"> <li>- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/4)</li> <li>- Reizschwelle der Ventrikelsonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden)</li> <li>- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/4)</li> <li>- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/4)</li> </ul>
<b>Art des Wertes:</b>	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	2018/09n5-DEFI-AGGW/52321

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	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 Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			309 / 311	99,36%

**Auffälligkeitskriterium: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**AK-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/850313  
**Referenzbereich:** <= 3,76% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50055

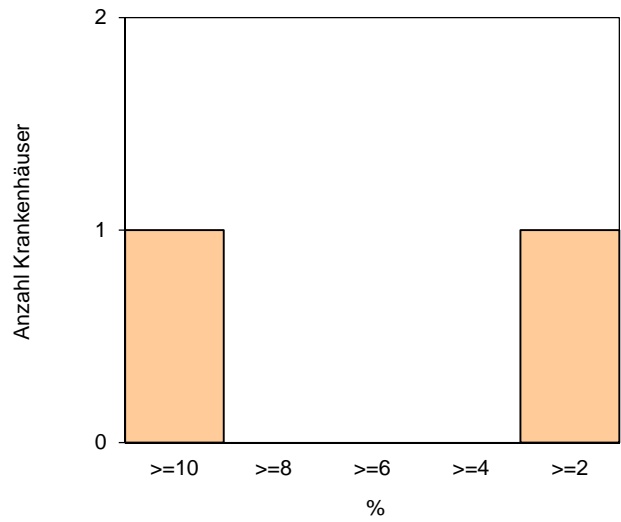
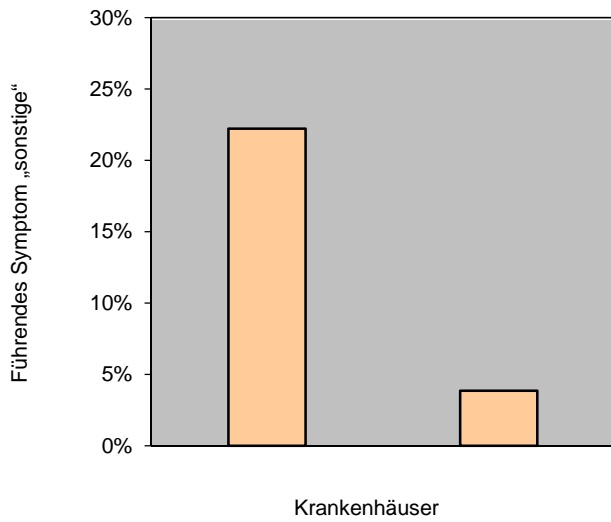
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ <sup>1</sup>			10 / 1.021	0,98%
Vertrauensbereich				0,53% - 1,79%
Referenzbereich		<= 3,76%		<= 3,76%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“			14 / 1.027	1,36%
Vertrauensbereich				0,81% - 2,28%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850313, AK-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/850313]:  
 Anteil von Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,85				13,03				22,22

**Auffälligkeitskriterium: Häufig ICD-System „sonstiges“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**AK-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/850314  
**Referenzbereich:** <= 0,00% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50005, 52131, 52316, 52321, 131801

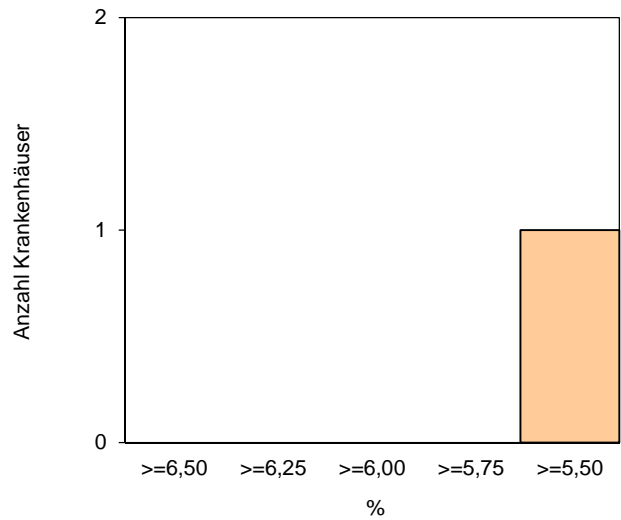
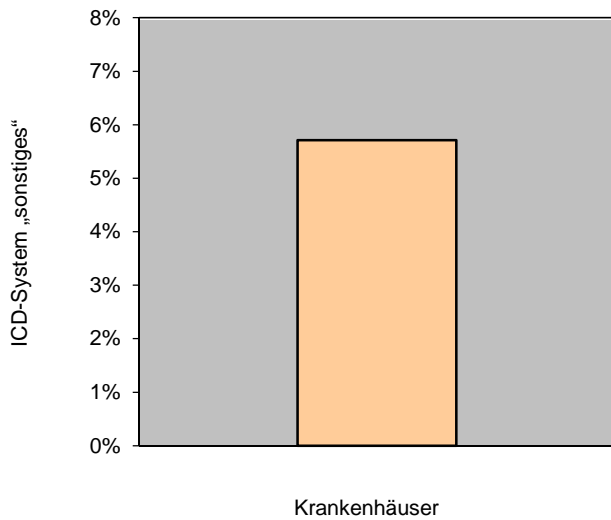
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ICD-System „sonstiges“ <sup>1</sup>			3 / 1.021	0,29%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,86%
Referenzbereich		<= 0,00%		<= 0,00%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ICD-System „sonstiges“			0 / 1.027	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,37%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.  
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850314, AK-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/850314]:  
 Anteil von Patienten mit ICD-System „sonstiges“ an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,71				5,71				5,71

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**AK-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/850315  
**Referenzbereich:** <= 1,15% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50005, 50055, 51186

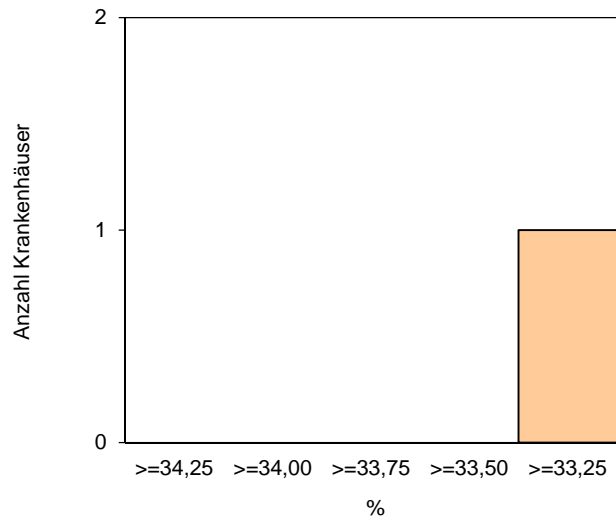
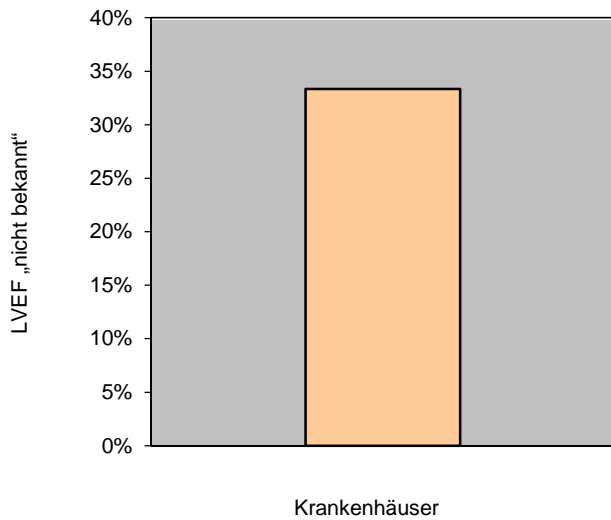
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit LVEF „nicht bekannt“ <sup>1</sup>			4 / 1.021	0,39%
Vertrauensbereich				0,15% - 1,00%
Referenzbereich		<= 1,15%		<= 1,15%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit LVEF „nicht bekannt“			6 / 1.027	0,58%
Vertrauensbereich				0,27% - 1,27%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850315, AK-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/850315]:  
 Anteil von Patienten mit LVEF „nicht bekannt“ an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



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



**Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**AK-ID:** 2018/09n4-DEFI-IMPL/850317  
**Referenzbereich:** = 0,00 Fälle

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 50055

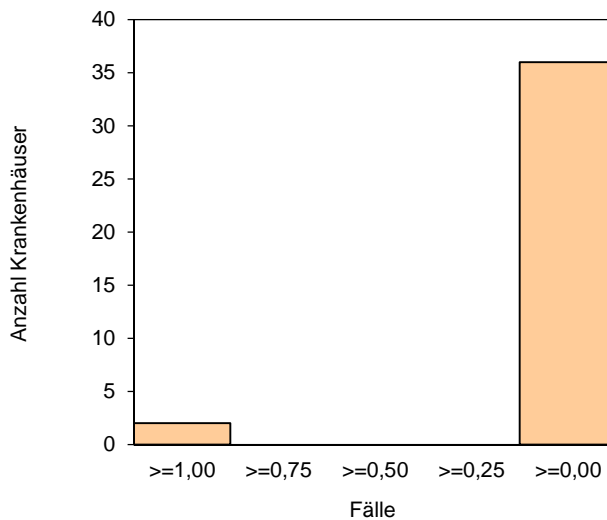
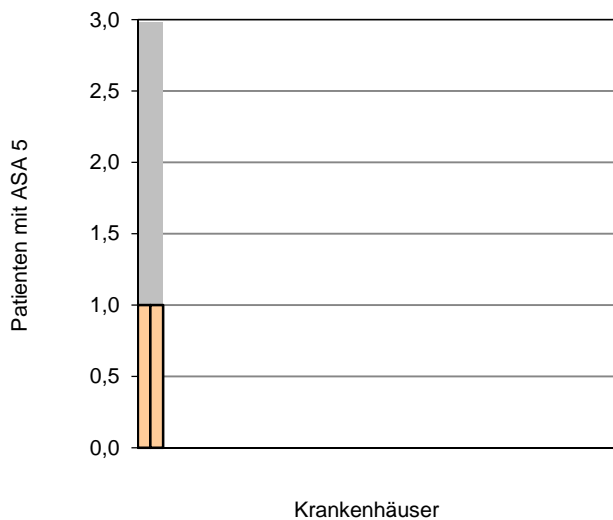
	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		0,00 = 0,00 Fälle	2 / 1.021	2,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5		0,00	0 / 1.027	0,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850317, AK-ID 2018/09n4-DEFI-IMPL/850317]:  
 Anzahl Patienten mit ASA 5 von allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

38 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

# Jahresauswertung 2018 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

## Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.021  
Datensatzversion: 09/4 2018  
Datenbankstand: 28. Februar 2019  
2018 - D17722-L112911-P53819

## Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			259	25,37	329	32,04
2. Quartal			308	30,17	260	25,32
3. Quartal			204	19,98	236	22,98
4. Quartal			250	24,49	202	19,67
Gesamt			1.021	100,00	1.027	100,00

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.021		1.027	
Median			4,00		4,00
Mittelwert			6,81		6,74
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.021		1.027	
Median			3,00		3,00
Mittelwert			4,76		4,44
<b>Stationärer Aufenthalt (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.021		1.027	
Median			7,00		7,00
Mittelwert			11,57		11,18

### OPS 2018<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-377.50	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion
2	5-377.6	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
3	5-377.71	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode
4	5-934.1	Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator
5	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem

### OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-377.50	303	29,68	5-377.50	318	30,96
2				5-377.6	285	27,91	5-377.6	289	28,14
3				5-377.71	270	26,44	5-377.71	273	26,58
4				5-934.1	223	21,84	5-377.d	208	20,25
5				5-377.d	216	21,16	5-934.1	128	12,46

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
4	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
5	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
6	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
7	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				I10.00	367	35,95	I50.13	290	28,24
2				I25.5	323	31,64	I10.00	284	27,65
3				I50.13	313	30,66	I42.0	248	24,15
4				I42.0	249	24,39	I25.5	228	22,20
5				I25.13	222	21,74	I25.13	167	16,26
6				I47.2	188	18,41	I47.2	154	15,00
7				Z92.1	186	18,22	I44.7	145	14,12
8				I50.14	183	17,92	Z92.1	138	13,44

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2017 und ICD-10-GM 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

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

**Patienten**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021 / 1.021		1.027 / 1.027	
< 20 Jahre			2 / 1.021	0,20	2 / 1.027	0,19
20 - 29 Jahre			8 / 1.021	0,78	14 / 1.027	1,36
30 - 39 Jahre			24 / 1.021	2,35	13 / 1.027	1,27
40 - 49 Jahre			49 / 1.021	4,80	72 / 1.027	7,01
50 - 59 Jahre			182 / 1.021	17,83	179 / 1.027	17,43
60 - 69 Jahre			295 / 1.021	28,89	284 / 1.027	27,65
70 - 79 Jahre			330 / 1.021	32,32	336 / 1.027	32,72
80 - 89 Jahre			129 / 1.021	12,63	127 / 1.027	12,37
>= 90 Jahre			2 / 1.021	0,20	0 / 1.027	0,00
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021		1.027	
Median				68,00		68,00
Mittelwert				66,63		66,35
<b>Geschlecht</b>						
männlich			792	77,57	794	77,31
weiblich			229	22,43	233	22,69
unbestimmt			0	0,00	0	0,00
<b>Körpergröße (cm)<sup>1</sup></b>						
Alle Patienten mit gültiger Angabe der Körpergröße			926		-	
Median				175,00		-
Mittelwert				173,98		-
<b>Körpergröße unbekannt<sup>1</sup></b>			95	9,30	-	-
<b>Körpergewicht bei Aufnahme (kg)<sup>1</sup></b>						
Alle Patienten mit gültiger Angabe des Körpergewichts			924		-	
Median				82,00		-
Mittelwert				84,55		-
<b>Körpergewicht unbekannt<sup>1</sup></b>			97	9,50	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018

### Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Herzinsuffizienz</b>						
nein			83	8,13	68	6,62
NYHA I			61	5,97	79	7,69
NYHA II			402	39,37	403	39,24
NYHA III			447	43,78	446	43,43
NYHA IV			28	2,74	31	3,02
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, gesunder Patient			11	1,08	10	0,97
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			219	21,45	300	29,21
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			645	63,17	653	63,58
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			144	14,10	64	6,23
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,20	0	0,00
<b>linksventrikuläre Ejektionsfraktion</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.017	99,61	1.021	99,42
<= 30%			666 / 1.017	65,49	692 / 1.021	67,78
> 30% - <= 35%			133 / 1.017	13,08	133 / 1.021	13,03
> 35% - <= 40%			44 / 1.017	4,33	45 / 1.021	4,41
> 40%			174 / 1.017	17,11	151 / 1.021	14,79
LVEF nicht bekannt			4	0,39	6	0,58
<b>Diabetes mellitus</b>						
nein			783	76,69	815	79,36
ja, nicht insulinpflichtig			153	14,99	130	12,66
ja, insulinpflichtig			85	8,33	82	7,98
<b>Nierenfunktion</b>						
<= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l)			834	81,68	845	82,28
> 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l)						
bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l)			139	13,61	139	13,53
> 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig			23	2,25	23	2,24
> 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig			23	2,25	18	1,75
unbekannt			2	0,20	2	0,19



**ICD-Anteil**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>indikationsbegründendes klinisches Ereignis</b>						
Kammerflimmern			139	13,61	133	12,95
Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)			172	16,85	156	15,19
Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)			43	4,21	40	3,89
Synkope ohne EKG-Dokumentation			21	2,06	31	3,02
kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)			636	62,29	653	63,58
sonstige			10	0,98	14	1,36
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Dokumentation oder sonstige						
<b>führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)</b>						
keine			10 / 385	2,60	10 / 374	2,67
Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)			180 / 385	46,75	163 / 374	43,58
kardiogener Schock			19 / 385	4,94	12 / 374	3,21
Lungenödem			12 / 385	3,12	9 / 374	2,41
Synkope			81 / 385	21,04	80 / 374	21,39
Präsynkope			51 / 385	13,25	56 / 374	14,97
sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)			19 / 385	4,94	19 / 374	5,08
Angina pectoris			8 / 385	2,08	7 / 374	1,87
sonstige			5 / 385	1,30	18 / 374	4,81

### ICD-Anteil - Grunderkrankungen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>KHK</b>						
ja, ohne Myokardinfarkt			262	25,66	208	20,25
ja, mit Myokardinfarkt			364	35,65	384	37,39
nein			395	38,69	435	42,36
wenn KHK mit Myokardinfarkt						
<b>Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD</b>						
<= 28 Tage			25 / 364	6,87	31 / 384	8,07
> 28 Tage - <= 40 Tage			6 / 364	1,65	4 / 384	1,04
> 40 Tage			333 / 364	91,48	349 / 384	90,89
wenn KHK mit Myokardinfarkt und indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammer- flimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Doku- mentation oder sonstige						
<b>indikationsbegründen- des klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn</b>						
ja			11 / 125	8,80	13 / 119	10,92
nein			114 / 125	91,20	106 / 119	89,08
<b>Herzerkrankung</b>						
nein			34	3,33	23	2,24
ischämische Kardiomyopathie			546	53,48	531	51,70
Dilatative Kardiomyopathie DCM			336	32,91	365	35,54
Hypertensive Herzerkrankung			16	1,57	17	1,66
erworbener Klappenfehler			6	0,59	10	0,97
angeborener Herzfehler			3	0,29	1	0,10
Brugada-Syndrom			6	0,59	3	0,29
Kurzes QT-Syndrom			0	0,00	1	0,10
Langes QT-Syndrom			15	1,47	7	0,68
Hypertrophe						
Kardiomyopathie (HCM)			12	1,18	21	2,04
Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)			4	0,39	3	0,29
Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)			1	0,10	2	0,19
short-coupled torsade de pointes VT			1	0,10	2	0,19
sonstige Herzerkrankung			41	4,02	41	3,99

**ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom, QT-Syndrom, Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) oder Arrhythmogene rechtsventri- kuläre Kardiomyopathie (ARVC)						
<b>plötzliche Todesfälle in der Familie</b>						
ja			9 / 37	24,32	13 / 35	37,14
nein			25 / 37	67,57	21 / 35	60,00
unbekannt			3 / 37	8,11	1 / 35	2,86
wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom						
<b>spontanes Brugada-Typ-1-EKG</b>						
ja			3 / 6	50,00	2 / 3	66,67
nein			3 / 6	50,00	1 / 3	33,33
unbekannt			0 / 6	0,00	0 / 3	0,00
wenn Herzerkrankung = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)						
<b>abnorme Blutdruck- reaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg &lt;= 20 mmHg)</b>						
ja			0 / 12	0,00	4 / 21	19,05
nein			11 / 12	91,67	15 / 21	71,43
unbekannt			1 / 12	8,33	2 / 21	9,52
<b>Septumdicke</b>						
< 20 mm			5 / 12	41,67	8 / 21	38,10
20 mm - < 30 mm			7 / 12	58,33	9 / 21	42,86
>= 30 mm			0 / 12	0,00	4 / 21	19,05

**ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Herzerkrankung = Arrhythmogene rechts- ventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)						
<b>ausgeprägte rechts- ventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung</b>						
ja			3 / 4	75,00	3 / 3	100,00
nein			1 / 4	25,00	0 / 3	0,00
unbekannt			0 / 4	0,00	0 / 3	0,00
wenn indikationsbegründen- des klinisches Ereignis = Kammerflimmern oder Kammertachykardie, anhaltend						
<b>WPW-Syndrom</b>						
ja			1 / 311	0,32	1 / 289	0,35
nein			308 / 311	99,04	283 / 289	97,92
unbekannt			2 / 311	0,64	5 / 289	1,73
<b>reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie</b>						
ja			2 / 311	0,64	3 / 289	1,04
nein			303 / 311	97,43	278 / 289	96,19
unbekannt			6 / 311	1,93	8 / 289	2,77
wenn indikationsbegründen- des klinisches Ereignis = Kammertachykardie, anhaltend						
<b>behandelbare idiopathische Kammertachykardie</b>						
ja			0 / 172	0,00	1 / 156	0,64
nein			169 / 172	98,26	150 / 156	96,15
unbekannt			3 / 172	1,74	5 / 156	3,21

### ICD-Anteil - Weitere Merkmale

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	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						
<b>Kammertachykardie induzierbar</b>						
nein			14 / 64	21,88	16 / 71	22,54
ja			7 / 64	10,94	14 / 71	19,72
programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt			43 / 64	67,19	41 / 71	57,75
<b>Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)</b>						
ja, seit weniger als 3 Monaten			114	11,17	153	14,90
ja, seit 3 Monaten oder länger			832	81,49	803	78,19
nein			75	7,35	71	6,91
wenn Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie = ja						
Betablocker <sup>1</sup>			906 / 946	95,77	141 / 956	14,75
AT-Rezeptor-Blocker/ ACE-Hemmer <sup>1</sup>			901 / 946	95,24	146 / 956	15,27
Diuretika <sup>1</sup>			853 / 946	90,17	128 / 956	13,39
Aldosteronantagonisten <sup>1</sup>			681 / 946	71,99	116 / 956	12,13
Herzglykoside <sup>1</sup>			37 / 946	3,91	8 / 956	0,84

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation in 2018 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

### Schrittmacheranteil

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit</b>						
ja			211	20,67	216	21,03
nein			810	79,33	811	78,97
<b>erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation</b>						
>= 95 %			293	28,70	306	29,80
>= 40 % bis < 95 %			96	9,40	96	9,35
< 40 %			632	61,90	625	60,86

### Schrittmacheranteil - EKG-Befunde

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Vorhofrhythmus</b>						
normofrequenter Sinusrhythmus			651	63,76	694	67,58
Sinusbradykardie/ SA-Blockierungen			134	13,12	116	11,30
paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern			112	10,97	114	11,10
permanentes Vorhofflimmern			96	9,40	84	8,18
Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)			26	2,55	17	1,66
sonstige			2	0,20	2	0,19
<b>AV-Block</b>						
keiner			766	75,02	789	76,83
AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms			80	7,84	89	8,67
AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms			14	1,37	16	1,56
AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach			9	0,88	12	1,17
AV-Block II. Grades, Typ Mobitz			19	1,86	19	1,85
AV-Block III. Grades nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns			70	6,86	57	5,55
AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)			61	5,97	43	4,19
			2	0,20	2	0,19
<b>intraventrikuläre Leitungsstörungen</b>						
keine			610	59,75	605	58,91
Rechtsschenkelblock (RSB) Linksanteriöser Hemiblock (LAH) + RSB			35	3,43	22	2,14
Linksposteriöser Hemiblock (LPH) + RSB			15	1,47	20	1,95
Linksschenkelblock			0	0,00	1	0,10
alternierender Schenkelblock			324	31,73	330	32,13
sonstige			3	0,29	11	1,07
			34	3,33	38	3,70
<b>QRS-Komplex</b>						
< 120 ms			626	61,31	621	60,47
120 bis < 130 ms			48	4,70	47	4,58
130 bis < 140 ms			46	4,51	30	2,92
140 bis < 150 ms			70	6,86	58	5,65
>= 150 ms			231	22,62	271	26,39

**Operation**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Zugang des implantierten Systems</b> <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Vena cephalica			399	39,08	403	39,24
Vena subclavia			674	66,01	691	67,28
andere			78	7,64	47	4,58
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			1.021		1.027	
Median				60,00		60,00
Mittelwert				70,86		72,11
<b>Dosis-Flächen-Produkt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm <sup>2</sup> )			1.003		1.012	
Median				637,00		802,00
Mittelwert				1.678,26		2.028,76
<b>Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt</b>			15	1,47	15	1,46
<b>keine Durchleuchtung<sup>1</sup></b>			3	0,29	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2018



### ICD-System

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>System</b>						
VVI			329	32,22	347	33,79
DDD			298	29,19	312	30,38
VDD			2	0,20	2	0,19
CRT-System mit einer Vorhofsonde			300	29,38	308	29,99
CRT-System ohne Vorhofsonde			22	2,15	19	1,85
subkutaner ICD			67	6,56	39	3,80
sonstiges			3	0,29	0	0,00

### ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Aggregatposition</b>						
infraclavicular subcutan			120	11,75	137	13,34
infraclavicular subfaszial			348	34,08	310	30,19
infraclavicular submuskulär			501	49,07	543	52,87
abdominal			3	0,29	3	0,29
andere			49	4,80	34	3,31

## Sonden

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Vorhof</b>						
<b>Reizschwelle (V)</b> (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			536		550	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,78		0,79
<b>Reizschwelle nicht gemessen</b>						
wegen Vorhofflimmerns			64 / 600	10,67	69 / 620	11,13
aus anderen Gründen			62 / 600	10,33	67 / 620	10,81
			2 / 600	0,33	2 / 620	0,32
<b>P-Wellen-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			596		611	
Median				2,80		2,70
Mittelwert				3,03		2,86
<b>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen</b>						
wegen Vorhofflimmerns			6 / 602	1,00	11 / 622	1,77
fehlender			3 / 602	0,50	3 / 622	0,48
Vorhofeigenrhythmus			2 / 602	0,33	6 / 622	0,96
aus anderen Gründen			1 / 602	0,17	2 / 622	0,32

**Sonden (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ventrikel</b>						
<b>Zahl der verwendeten Ventrikelsonden</b>						
eine Ventrikelsonde			628 / 954	65,83	654 / 988	66,19
zwei Ventrikelsonden			324 / 954	33,96	334 / 988	33,81
drei Ventrikelsonden			2 / 954	0,21	0 / 988	0,00
<b>Rechtsventrikuläre Sonde</b>						
<b>Reizschwelle (V)</b> (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			952		987	
Median				0,50		0,60
Mittelwert				0,65		0,68
<b>Reizschwelle nicht gemessen</b>			2 / 954	0,21	1 / 988	0,10
<b>R-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			926		968	
Median				11,50		11,70
Mittelwert				12,14		12,01
<b>R-Amplitude nicht gemessen</b>			28 / 954	2,94	20 / 988	2,02
kein Eigenrhythmus			25 / 954	2,62	17 / 988	1,72
aus anderen Gründen			3 / 954	0,31	3 / 988	0,30

**Sonden (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Linksventrikuläre Sonde</b>						
<b>Linksventrikuläre Sonde aktiv?</b>						
ja <sup>1</sup>			311 / 1.021	30,46	318 / 1.027	30,96
nein <sup>1</sup>			13 / 1.021	1,27	9 / 1.027	0,88
wenn linksventrikuläre Sonde aktiv						
<b>Position Dimension 1</b>						
apikal <sup>1</sup>			43 / 311	13,83	49 / 318	15,41
basal <sup>1</sup>			66 / 311	21,22	66 / 318	20,75
mittventrikulär <sup>1</sup>			202 / 311	64,95	203 / 318	63,84
<b>Position Dimension 2</b>						
anterior <sup>1</sup>			7 / 311	2,25	4 / 318	1,26
anterolateral <sup>1</sup>			27 / 311	8,68	26 / 318	8,18
lateral/posterolateral <sup>1</sup>			247 / 311	79,42	264 / 318	83,02
posterior <sup>1</sup>			30 / 311	9,65	24 / 318	7,55
<b>Reizschwelle (V)</b> (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben <sup>1</sup>			309		318	
Median <sup>1</sup>				0,90		0,90
Mittelwert <sup>1</sup>				1,04		1,03
<b>Reizschwelle nicht gemessen<sup>1</sup></b>			2 / 311	0,64	0 / 318	0,00

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Spezifikation in 2018 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

### Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation</b>			24	2,35	15	1,46
kardiopulmonale Reanimation			3 / 24	12,50	1 / 15	6,67
interventionspflichtiger Pneumothorax			5 / 24	20,83	0 / 15	0,00
interventionspflichtiger Hämatothorax			1 / 24	4,17	1 / 15	6,67
interventionspflichtiger Perikarderguss			3 / 24	12,50	3 / 15	20,00
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 24	12,50	3 / 15	20,00

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>revisionsbedürftige Sondendislokation</b>			8 / 24	33,33	4 / 15	26,67
Vorhof			3 / 8	37,50	3 / 4	75,00
rechtsventrikuläre Sonde			4 / 8	50,00	1 / 4	25,00
linksventrikuläre Sonde			2 / 8	25,00	0 / 4	0,00
weitere Ventrikelsonde			0 / 8	0,00	0 / 4	0,00
andere Defibrillations- sonde(n)			0 / 8	0,00	0 / 4	0,00
<b>revisionsbedürftige Sondendysfunktion</b>			1 / 24	4,17	1 / 15	6,67
Vorhof			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
rechtsventrikuläre Sonde			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
linksventrikuläre Sonde			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
weitere Ventrikelsonde			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
andere Defibrillations- sonde(n)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)			1 / 24	4,17	0 / 15	0,00
<b>sonstige interventions- pflichtige Komplikation</b>			1 / 24	4,17	3 / 15	20,00

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			929	90,99	928	90,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			35	3,43	40	3,89
03: aus sonstigen Gründen			1	0,10	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,69	3	0,29
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			23	2,25	20	1,95
07: Tod			10	0,98	7	0,68
08: Verlegung nach § 14			1	0,10	1	0,10
09: in Rehabilitationseinrichtung			13	1,27	23	2,24
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,10	5	0,49
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)			1	0,10	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

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

## Leseanleitung

### 1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 2. Vertrauensbereich

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

### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 3. Referenzbereiche

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

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

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

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2018.

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 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 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.

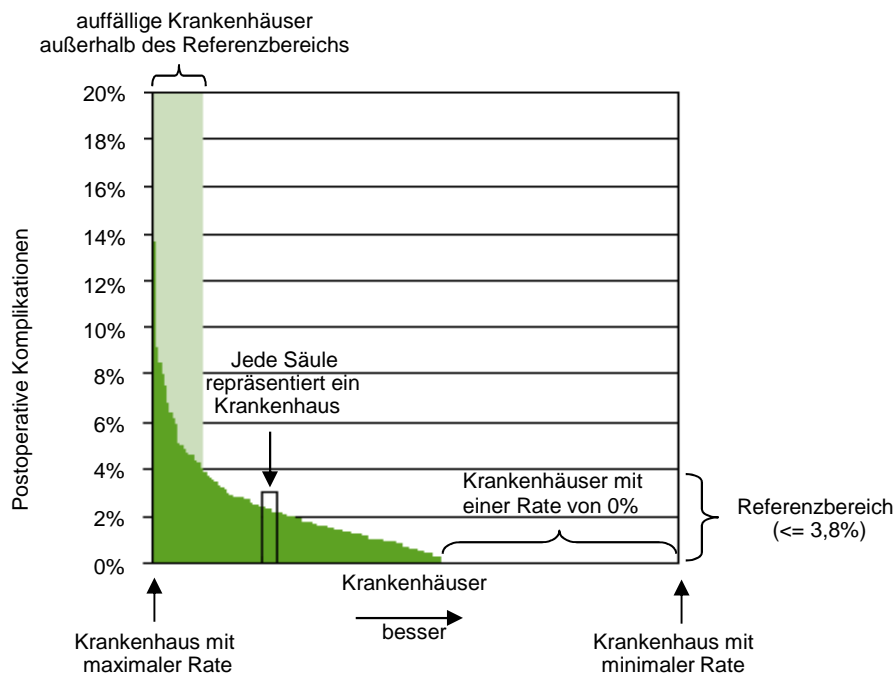
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 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.

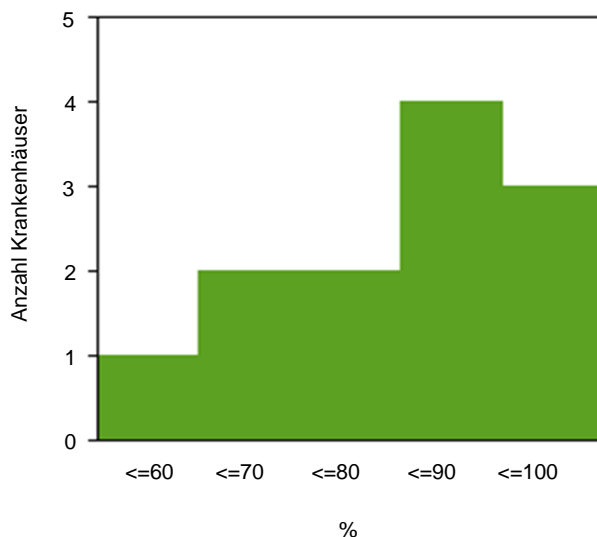
### Beispiel:

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.

## 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 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. 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 Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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.