

Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 988
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18323-L117423-P55039

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2020 und des BQS-Instituts im Auftrag der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Rheinland-Pfalz (SQMed)

Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 988
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18323-L117423-P55039

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/09n4-DEFI-IMPL/50055 QI: Leitlinienkonforme Indikation			87,55%	>= 90,00%	außerhalb	-	15
2019/09n4-DEFI-IMPL/50005 QI: Leitlinienkonforme Systemwahl			96,25%	>= 90,00%	innerhalb	95,19%	31
2019/09n4-DEFI-IMPL/52131 QI: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln			90,82%	>= 60,00%	innerhalb	89,61%	44
2019/09n4-DEFI-IMPL/131801 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt			1,15	<= 2,76	innerhalb	1,57	47

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2019/09n4-DEFI-IMPL/52316							
QI: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen							
			95,63%	>= 90,00%	innerhalb	96,15%	50
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts							
2019/09n4-DEFI-IMPL/131802							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)							
			1,11%	<= 2,50%	innerhalb	1,47%	53
2019/09n4-DEFI-IMPL/52325							
QI: Sondendislokation oder -dysfunktion							
			1,48%	<= 3,00%	innerhalb	0,94%	56
2019/09n4-DEFI-IMPL/131803							
TKez: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden							
			51,48%	-	-	57,55%	59
2019/09n4-DEFI-IMPL/51186							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen							
			1,51	<= 4,71	innerhalb	1,37	61

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/09n4-DEFI-IMPL/132001 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up)			1,26	<= 2,77	innerhalb	-	63
2019/09n4-DEFI-IMPL/132002 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (Follow-up)			0,78	<= 4,12	innerhalb	-	65

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/09n4-DEFI-IMPL/850313 Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“			0,10%	<= 3,97%	-	0,98%	72
2019/09n4-DEFI-IMPL/851903 Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt			0,42%	<= 2,00%	innerhalb	0,32%	74

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

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Follow-up-Indikatoren

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

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

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

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

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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

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

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität

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

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
QI 1: 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055		
1.1 Leitlinienkonforme Indikation		865 / 988 87,55%
1.2 Keine leitlinienkonforme Indikation		123 / 988 12,45%
1.3 Sekundärprävention		
1.3.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Sekundärprävention		309 / 988 31,28%
1.3.1.1 Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik		278 / 988 28,14%
1.3.1.2 Sekundärprävention nach Synkope		44 / 988 4,45%
1.3.1.3 Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie (nicht behandelbar, ohne Symptomatik)		250 / 988 25,30%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
1.4 Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion		
1.4.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion		650 / 988 65,79%
1.5 Prävention bei Kardiomyopathie		
1.5.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathie		351 / 988 35,53%
1.5.1.1 Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM)		340 / 988 34,41%
1.5.1.2 Prävention bei Hypertroper Kardiomyopathie (HCM)		11 / 988 1,11%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
1.6 Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen		
1.6.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen		3 / 988 0,30%
1.6.1.1 Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS)		2 / 988 0,20%
1.6.1.2 Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS)		0 / 988 0,00%
1.6.1.3 Prävention bei Brugada-Syndrom		1 / 988 0,10%
1.6.1.4 Prävention bei catecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT)		0 / 988 0,00%
1.7 Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes		
1.7.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung: sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes		1 / 988 0,10%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
QI 2: 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005		
2.1 Leitlinienkonforme Systemwahl		950 / 987 96,25%
2.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl		37 / 987 3,75%
2.3 CRT-Indikation		
2.3.1 CRT-Indikation SIN		363 / 987 36,78%
2.3.2 CRT-Indikation SM/DE NOVO		304 / 987 30,80%
2.3.3 CRT-Indikation SM/UPGRADE		48 / 987 4,86%
2.3.4 CRT-Indikation AF		284 / 987 28,77%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
2.4 Systemwahl VVI		307 / 987 31,10%
2.4.1 VVI-1: Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		58 / 307 18,89%
2.4.2 VVI-2 ¹ : nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		245 / 307 79,80%
2.4.3 Leitlinienkonforme Systemwahl VVI		303 / 307 98,70%
2.4.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VVI		4 / 307 1,30%
2.5 Systemwahl DDD		283 / 987 28,67%
2.5.1 Leitlinienkonforme Systemwahl DDD		273 / 283 96,47%
2.5.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl DDD		10 / 283 3,53%

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

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
2.6 Systemwahl VDD		4 / 987 0,41%
2.6.1 Leitlinienkonforme Systemwahl VDD		4 / 4 100,00%
2.6.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VDD		0 / 4 0,00%
2.7 Systemwahl subkutaner ICD		42 / 987 4,26%
2.7.1 Leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD		33 / 42 78,57%
2.7.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl subkutaner ICD		9 / 42 21,43%
2.8 Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		327 / 987 33,13%
2.8.1 Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation AF		10 / 327 3,06%
2.8.2 nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation SIN, SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE		307 / 327 93,88%
2.8.3 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		317 / 327 96,94%
2.8.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		10 / 327 3,06%


Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
2.9 Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		24 / 987 2,43%
2.9.1 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		20 / 24 83,33%
2.9.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		4 / 24 16,67%

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Indikation

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 17 bis 30

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation Vertrauensbereich Referenzbereich			865 / 988	87,55% 85,35% - 89,46% >= 90,00%
Patientinnen und Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie ^{1 2}			123 / 988	12,45%

 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

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

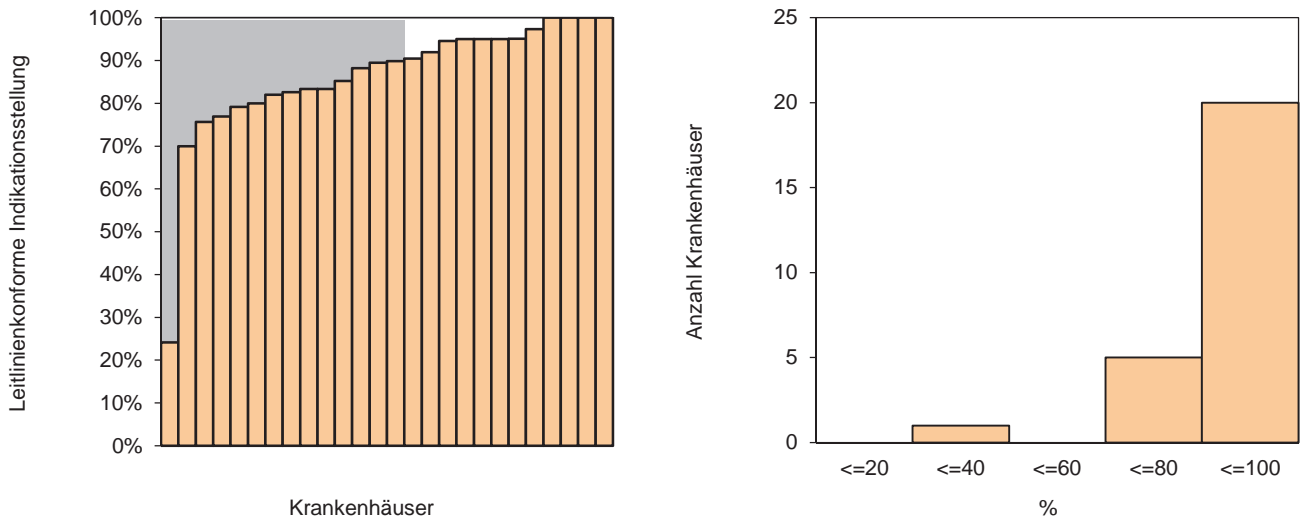
² Priori et al. 2015: 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology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

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

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

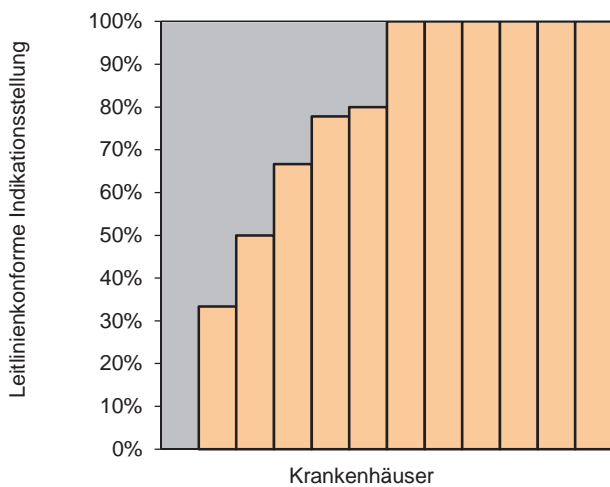
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/50055]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation an allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,14	70,00	75,68	82,05	89,65	95,06	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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		33,33	58,33	90,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sekundärprävention

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien zur Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammer-tachykardie mit klinischer Symptomatik, nach Synkope oder bei anhaltender Kammertachykardie (nicht behandelbar) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Sekundärprävention			309 / 988	31,28%

Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie				
UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch)				
UND NICHT WPW-Syndrom				
UND NICHT reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie				
UND NICHT behandelbare idiopathische Kammertachykardie				
UND NICHT indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			278 / 988	28,14%

Sekundärprävention nach Synkope	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) UND (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% ODER (KHK mit Myokardinfarkt UND NICHT indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn UND Kammertachykardie induzierbar)) UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten UND NICHT ASA-Klasse 5			44 / 988	4,45%

Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie nicht behandelbar, ohne Symptomatik	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) <i>UND NICHT</i> indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn <i>UND NICHT</i> WPW-Syndrom <i>UND NICHT</i> reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie <i>UND NICHT</i> behandelbare idiopathische Kammertachykardie <i>UND</i> Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten <i>UND NICHT</i> ASA-Klasse 5			250 / 988	25,30%

Primärprävention bei Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion

Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger) UND NICHT Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD <= 40 Tage UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt UND ((KHK ODER Herzerkrankung * Ischämische Kardiomyopathie) UND Herzinsuffizienz * NYHA I UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 30% ODER linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND (Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III ODER Herzinsuffizienz * NYHA IV UND CRT-Indikation)) UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten UND NICHT ASA-Klasse 5			650 / 988	65,79%

Prävention bei Kardiomyopathie

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) oder Hypertropher Kardiomyopathie (HCM) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei Kardiomyopathien			351 / 988	35,53%

Prävention bei Dilatativer Kardiomyopathie (DCM) Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<p>Herzerkrankung * Dilatative Kardiomyopathie (DCM)</p> <p>UND (((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)</p> <p>ODER (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)</p> <p>UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch)))</p> <p>UND NICHT WPW-Syndrom UND NICHT reversible oder sicher vermeid- bare Ursachen der Kammer- tachykardie)</p> <p>ODER (linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%) UND (Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III</p> <p>ODER (Herzinsuffizienz * NYHA IV</p> <p>UND CRT-Indikation)) UND optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger)))</p> <p>UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten</p> <p>UND NICHT ASA-Klasse 5</p>			340 / 988	34,41%

Prävention bei Hypertropher Kardiomyopathie (HCM)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)				
ODER Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner) >= 4				
ODER Risiko für einen plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) >= 4 nicht berechnet *da Leistungssportler *wegen Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom))				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			11 / 988	1,11%

Prävention bei angeborenen primären Arrhythmiesyndromen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien Prävention bei langem QT-Syndrom, kurzem QT-Syndrom, Brugada-Syndrom oder katecholaminerger polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung: Prävention bei angeborenen primären Arrhythmie- syndromen			3 / 988	0,30%

Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * langes QT-Syndrom (LQTS)				
UND ((indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient))				
ODER (Betablocker und/oder Ivabradin)				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope)))				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			2 / 988	0,20%

Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * kurzes QT-Syndrom (SQTS)				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient))				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			0 / 988	0,00%

Prävention bei Brugada-Syndrom	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * Brugada-Syndrom				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)				
ODER Kammerflimmern induzierbar				
ODER (spontanes Brugada-Typ-1-EKG				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope)))				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			1 / 988	0,10%

Prävention bei katecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT)	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)				
UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie * Synkope ohne EKG-Dokumentation				
ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Synkope)				
UND (Betablocker und/oder Ivabradin)				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			0 / 988	0,00%

Sonstige Indikationen - Prävention bei short-coupled torsade de pointes

Sonstige Indikationen Prävention bei short-coupled torsade de pointes	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten				
Herzerkrankung * short-coupled torsade de pointes VT				
UND Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten				
UND NICHT ASA-Klasse 5			1 / 988	0,10%

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Systemwahl


Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl

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


Art des Wertes: Qualitätsindikator

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

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD Vertrauensbereich Referenzbereich			950 / 987	96,25% 94,88% - 97,27% >= 90,00%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl			37 / 987	3,75%

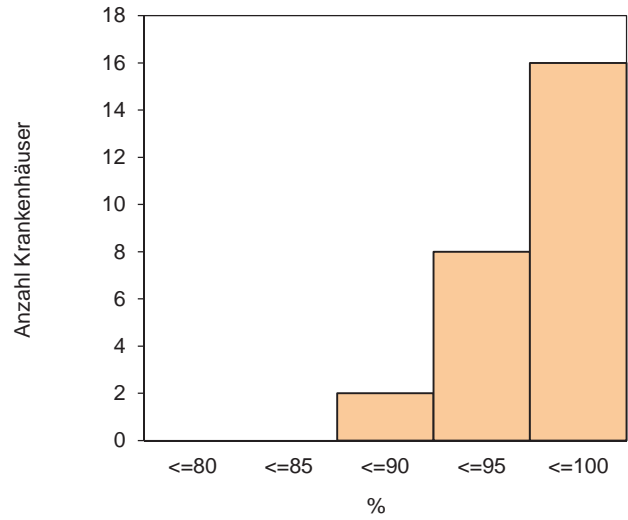
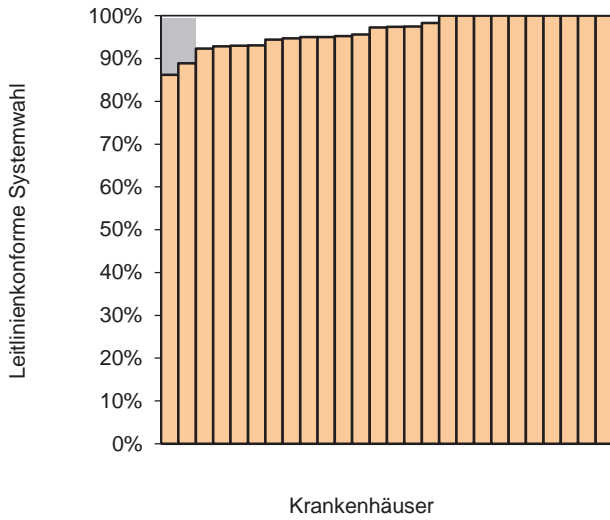
 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD Vertrauensbereich			969 / 1.018	95,19% 93,69% - 96,34%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

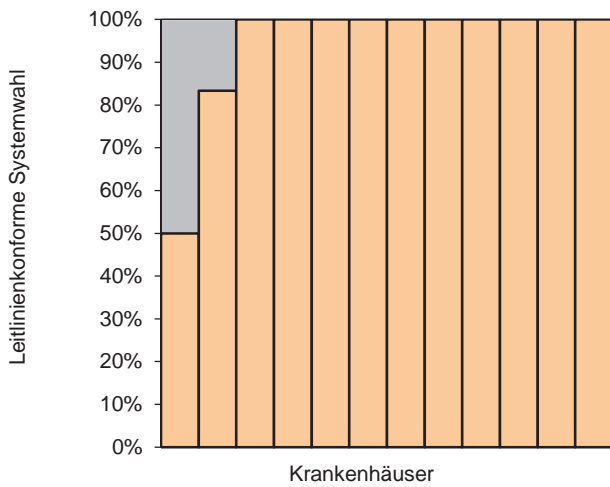
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/50005]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD an allen Patientinnen und Patienten mit
 implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD), CRT-System oder subkutanem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

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



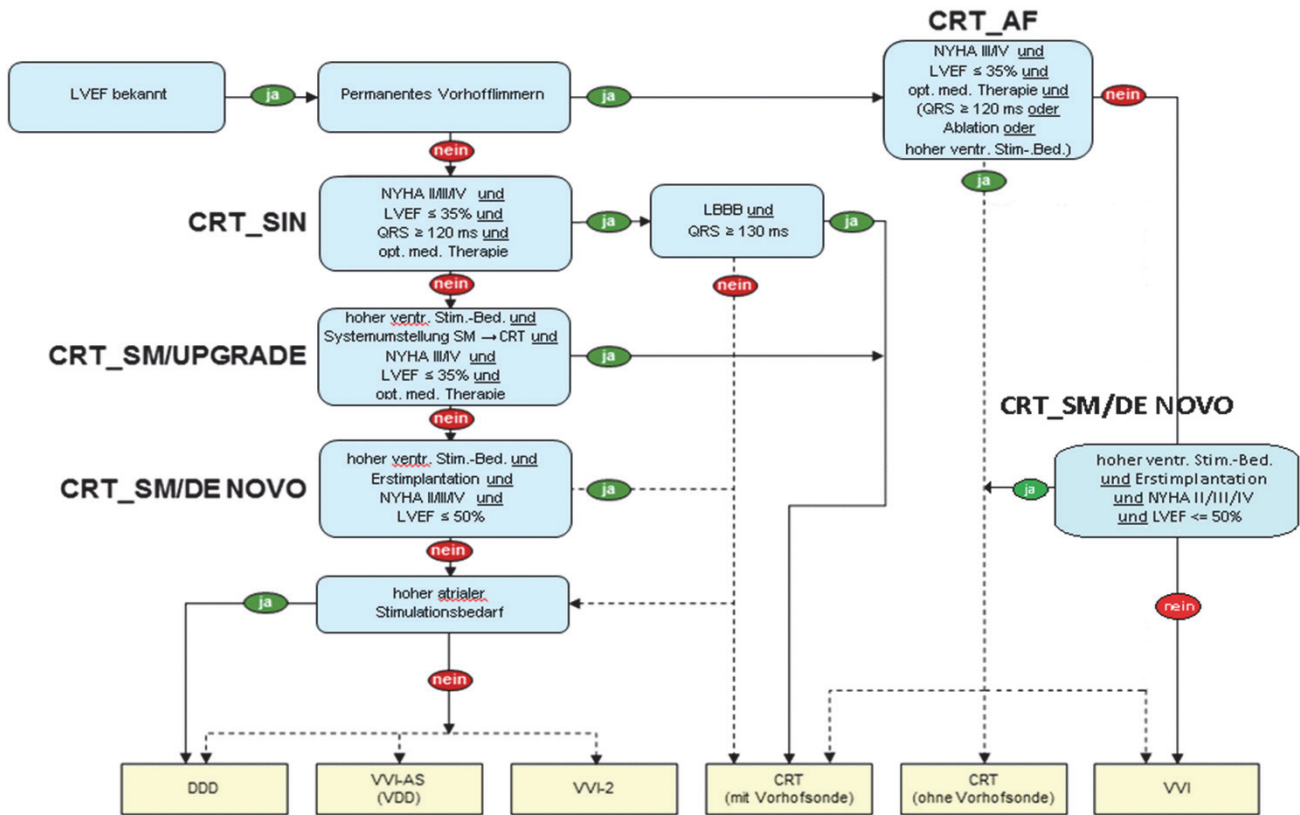
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,21	88,89	92,31	94,44	97,37	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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		83,33	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Implantierbare Defibrillatoren: Leitlinienkonforme Systemwahl

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

CRT-INDIKATION

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-INDIKATION SIN				
Herzinsuffizienz * NYHA II, III, IV				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%				
UND QRS-Komplex >= 120 ms				
UND optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie			363 / 987	36,78%

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-Indikation SM/DE NOVO NICHT Systemumstellung Schrittmacher- zu CRT-D-System OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc, 5-378.d7 und 5-378.d8 UND Herzinsuffizienz * NYHA II, III, IV UND linkshenrikuläre Ejektionsfraktion <= 50% UND erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40%			304 / 987	30,80%

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-Indikation SM/UPGRADE Systemumstellung Schrittmacher- zu CRT-D-System OPS-Codes: 5-378.bb und 5-378.bc, 5-378.d7 und 5-378.d8 UND Herzinsuffizienz * NYHA, III, IV UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40% UND optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie			48 / 987	4,86%

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-Indikation AF Herzinsuffizienz * NYHA III, IV <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie <i>UND</i> (QRS-Komplex >= 120 ms <i>ODER</i> AV-Block * AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation <i>ODER</i> erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation >= 40%)			284 / 987	28,77%

SYSTEMWAHL VVI

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit VVI			307 / 987	31,10%
davon				
1) Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			58 / 307	18,89%
2) NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND (NICHT (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE)				
ODER (CRT-Indikation SIN UND (NICHT intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock ODER QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms)))				
UND NICHT hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			245 / 307	79,80%
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VVI			303 / 307	98,70%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VVI			4 / 307	1,30%

SYSTEMWAHL DDD

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit DDD			283 / 987	28,67%
davon				
<i>NICHT</i> Vorhoffrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
<i>UND</i> <i>(NICHT</i> (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE)				
<i>ODER</i> (CRT-Indikation SIN <i>UND</i> <i>(NICHT</i> intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock <i>ODER</i> QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms)))				
<i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl DDD			273 / 283	96,47%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl DDD			10 / 283	3,53%

SYSTEMWAHL VDD

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit VDD			4 / 987	0,41%
davon				
<i>NICHT</i> Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
<i>UND</i> <i>(NICHT</i> (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE)				
<i>ODER</i> (CRT-Indikation SIN <i>UND</i> <i>(NICHT</i> intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock				
<i>ODER</i> QRS-Komplex * 120 bis < 130 ms)))				
<i>UND NICHT</i> hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit				
<i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl VDD			4 / 4	100,00%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl VDD			0 / 4	0,00%

SYSTEMWAHL subkutaner ICD

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit subkutanem ICD			42 / 987	4,26%
davon				
NICHT (CRT-Indikation AF oder SIN oder SM/DE NOVO oder SM/UPGRADE)				
UND NICHT (hohe atriale Stimulationsbedürftigkeit ODER erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation $\geq 40\%$)				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD			33 / 42	78,57%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl subkutaner ICD			9 / 42	21,43%

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM MIT EINER VORHOFSONDE

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit CRT-System mit einer Vorhofsonde			327 / 987	33,13%
davon				
1) Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND (CRT-Indikation AF ODER CRT-Indikation SM/DE NOVO)				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			10 / 327	3,06%
2) NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND (CRT-Indikation SIN oder SM/UPGRADE oder SM/DE NOVO)				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt			307 / 327	93,88%
Patientinnen und Patienten mit leitlinien- konformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			317 / 327	96,94%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			10 / 327	3,06%

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM OHNE VORHOFSONDE

Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit CRT-System ohne Vorhofsonde			24 / 987	2,43%
davon				
Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND (CRT-Indikation AF ODER CRT-Indikation SM/DE NOVO)				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patientinnen und Patienten mit leitlinien- konformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			20 / 24	83,33%
Patientinnen und Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			4 / 24	16,67%

Qualitätsindikator: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

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

Referenzbereich: >= 60,00%

Eingriffsdauer	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer				
- bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)				
- bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)				
- bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems				
- bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel			1.236 / 1.361	90,82%
Vertrauensbereich				89,16% - 92,24%
Referenzbereich		>= 60,00%		>= 60,00%
davon				
Eingriffsdauer in 09/4 ¹			843 / 945	89,21%
Eingriffsdauer in 09/5 ²			393 / 416	94,47%

Vorjahresdaten ³	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer				
- bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)				
- bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)				
- bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems				
- bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel			1.277 / 1.425	89,61%
Vertrauensbereich				87,92% - 91,09%
davon				
Eingriffsdauer in 09/4 ¹			831 / 951	87,38%
Eingriffsdauer in 09/5 ²			446 / 474	94,09%

¹ KKez 61537_52131

² KKez 61538_52131

³ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

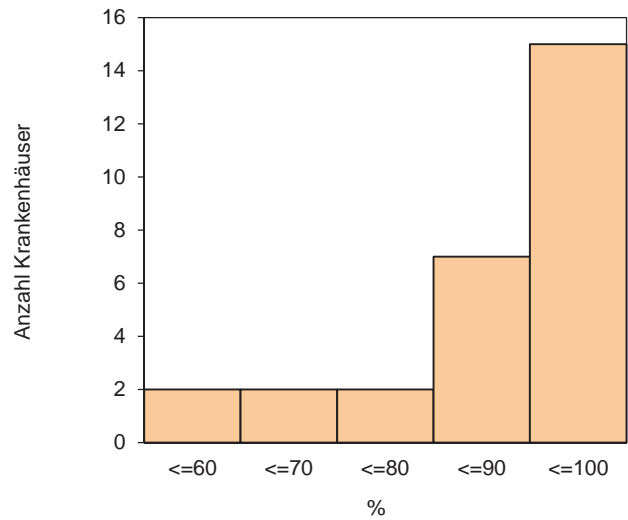
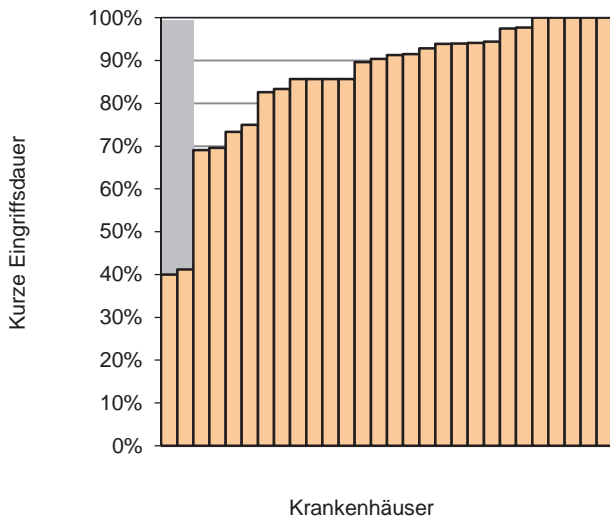
Eingriffsdauer	Gesamt 2019			
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT	Aggregat- Wechsel
bis 60 min	265 / 307 86,32%	175 / 287 60,98%	52 / 351 14,81%	393 / 416 94,47%
61 bis 90 min	33 / 307 10,75%	77 / 287 26,83%	108 / 351 30,77%	21 / 416 5,05%
91 bis 120 min	5 / 307 1,63%	23 / 287 8,01%	94 / 351 26,78%	1 / 416 0,24%
121 bis 180 min	2 / 307 0,65%	10 / 287 3,48%	72 / 351 20,51%	1 / 416 0,24%
> 180 min	2 / 307 0,65%	2 / 287 0,70%	25 / 351 7,12%	0 / 416 0,00%
Anzahl gültiger Angaben Median (in min)	307 41,00	287 57,00	351 94,00	416 29,00

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52131]:

Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI), bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD,DDD), bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems und bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel an allen Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD,DDD) oder CRT-System sowie allen Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

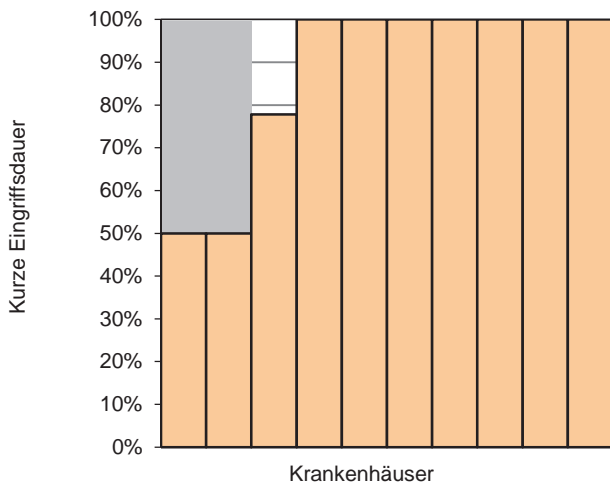
28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,00	41,18	69,05	82,97	90,86	95,97	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		50,00	77,78	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System		
beobachtet (O) ¹		136 / 941 14,45%
vorhergesagt (E) ²		118,00 / 941 12,54%
O - E		1,91%

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

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

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System		
O/E ³	█	1,15
Vertrauensbereich		0,98 - 1,34
Referenzbereich	<= 2,76	<= 2,76

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

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

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

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

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm ² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm ² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm ² bei CRT-System	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		192 / 948 20,25%
vorhergesagt (E) ³		121,98 / 948 12,87%
O - E		7,39%
O/E ⁴ Vertrauensbereich	■	1,57 1,38 - 1,78

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_131801: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System.

³ KKez E_131801: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 131801.

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

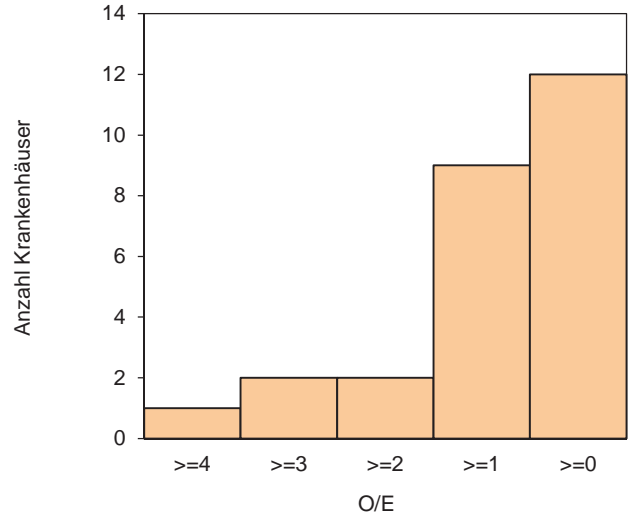
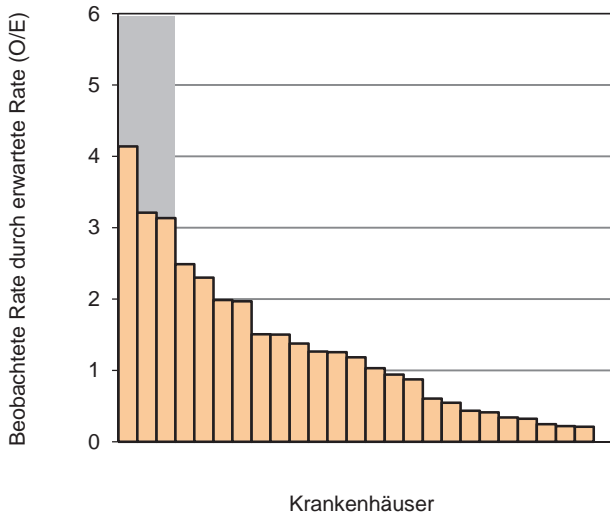
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 1.000 cGy*cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System oder über 1.700 cGy*cm² bei Zweikammersystem (DDD) oder über 4.900 cGy*cm² bei CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt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

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

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

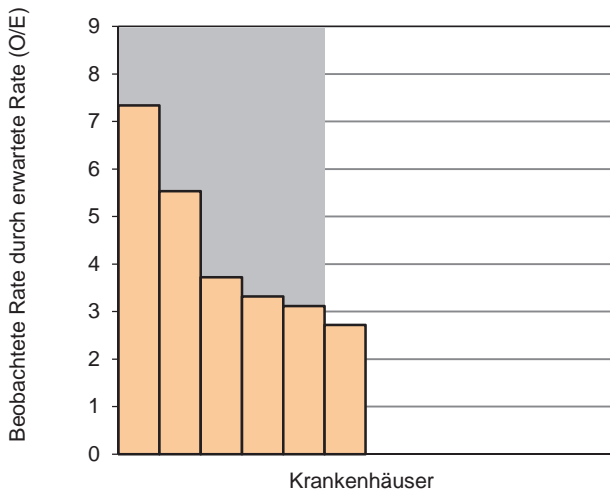
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/131801]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	0,21	0,22	0,41	1,11	1,97	3,14	3,21	4,14

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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	1,36	3,52	5,53		7,34

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich			3.257 / 3.406	95,63%
		>= 90,00%	94,89% - 96,26%	>= 90,00%
davon				
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/4 ²			2.902 / 3.028	95,84%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen in 09/6 ³			355 / 378	93,92%

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

² KKez 52317_52316

³ KKez 52323_52316

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

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

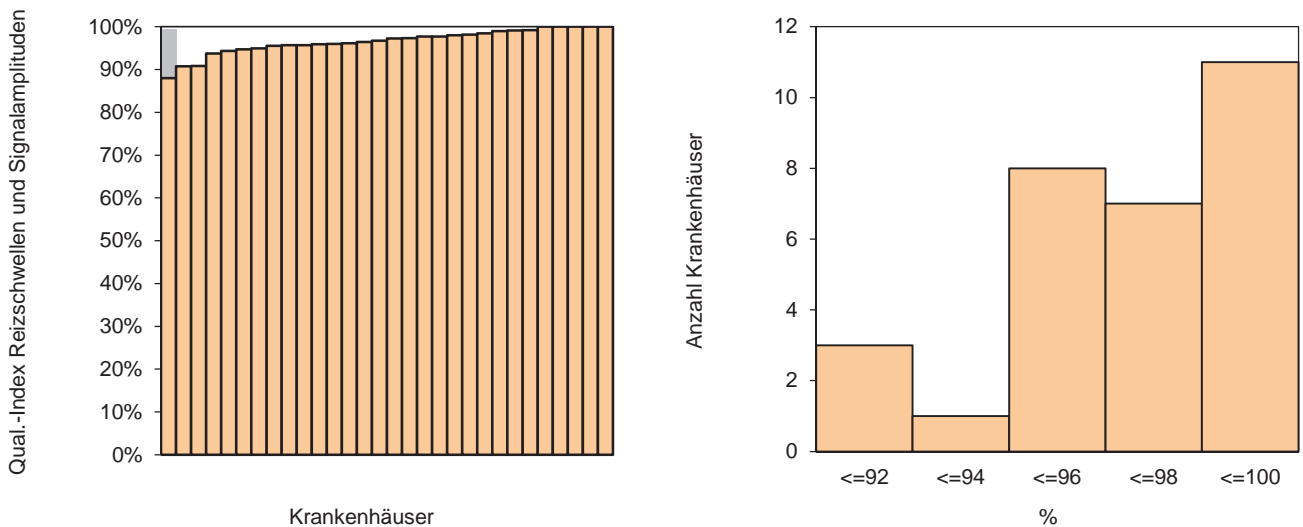
² Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

³ KKez 52317_52316

⁴ KKez 52323_52316

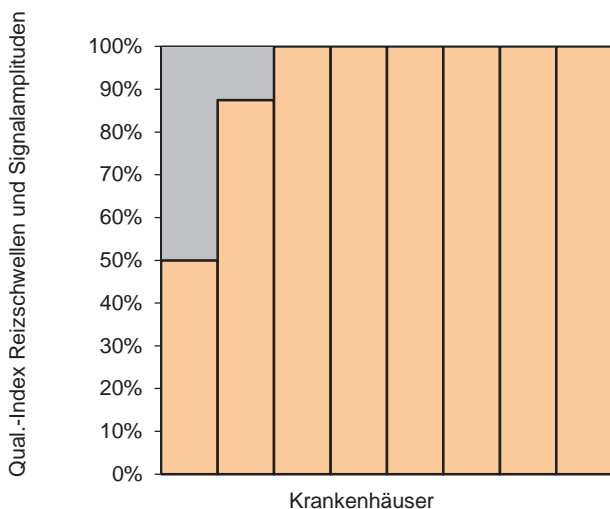
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52316]:
 Anteil von Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen (Ergebnisse liegen innerhalb von definierten Akzeptanzbereichen)
 an allen erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,00	90,76	92,30	95,56	97,01	98,98	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 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			93,75	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 Patientinnen und Patienten

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/131802

Referenzbereich: <= 2,50%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			23 / 988	2,33%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)¹			11 / 988	1,11%
Vertrauensbereich				0,62% - 1,98%
Referenzbereich		<= 2,50%		<= 2,50%
Kardiopulmonale Reanimation			2 / 988	0,20%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			7 / 988	0,71%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 988	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			2 / 988	0,20%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 988	0,10%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			14 / 988	1,42%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			12 / 988	1,21%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 988	0,20%
postoperative Wundinfektion			0 / 988	0,00%
Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 988	0,00%

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)² Vertrauensbereich			15 / 1.021	1,47% 0,89% - 2,41%

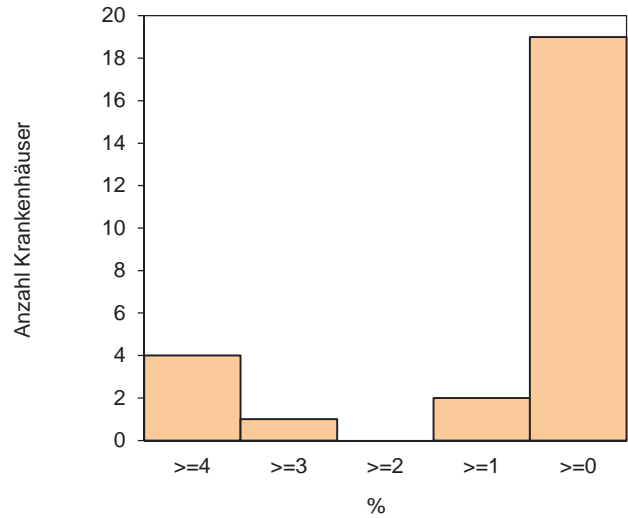
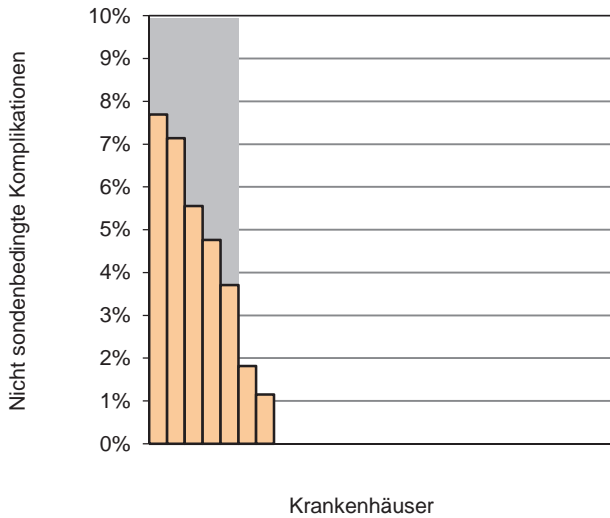
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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

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

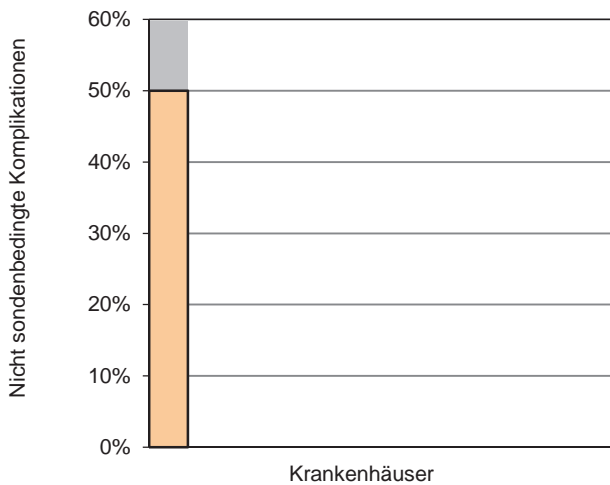
Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Patientinnen und Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	1,15	5,56	7,14	7,69

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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.

Sondendislokation oder -dysfunktion

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

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

Referenzbereich: <= 3,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion¹			14 / 946	1,48%
Vertrauensbereich				0,88% - 2,47%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde			5 / 615	0,81%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			9 / 946	0,95%
Sondendislokation oder -dysfunktion einer anderen Defibrillationssonde			0 / 946	0,00%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation¹			12 / 946	1,27%
Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde			5 / 615	0,81%
Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			7 / 946	0,74%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde			4 / 946	0,42%
linksventrikuläre Sonde			3 / 355	0,85%
weitere Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 946	0,00%

¹ Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion¹			2 / 946	0,21%
Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 615	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			2 / 946	0,21%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde/ Defibrillationssonde			2 / 946	0,21%
linksventrikuläre Sonde			0 / 355	0,00%
weitere Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 946	0,00%

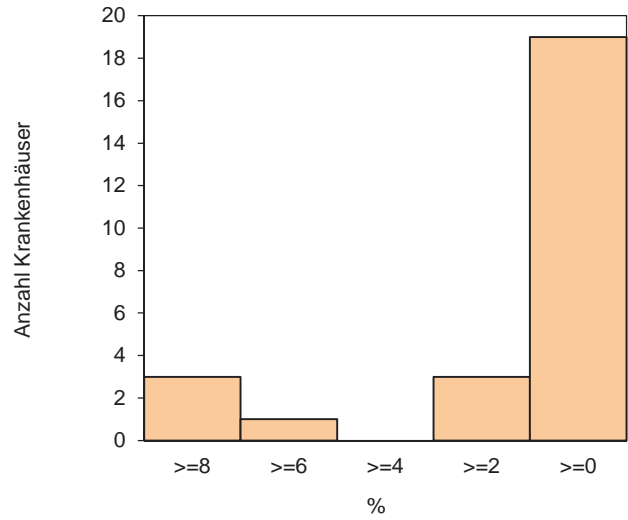
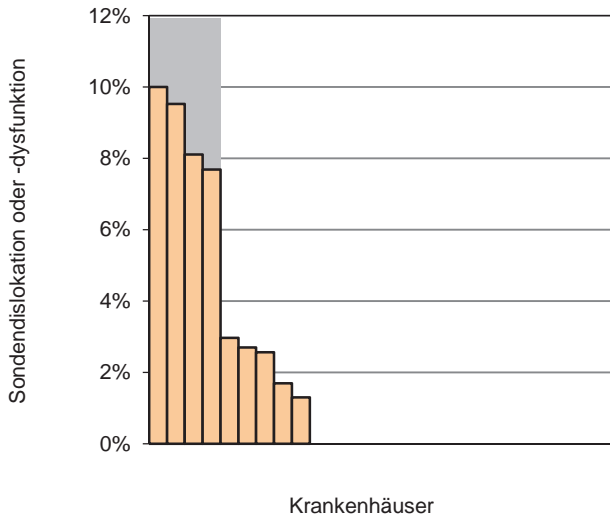
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion¹ Vertrauensbereich			9 / 954	0,94% 0,50% - 1,78%

¹ Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

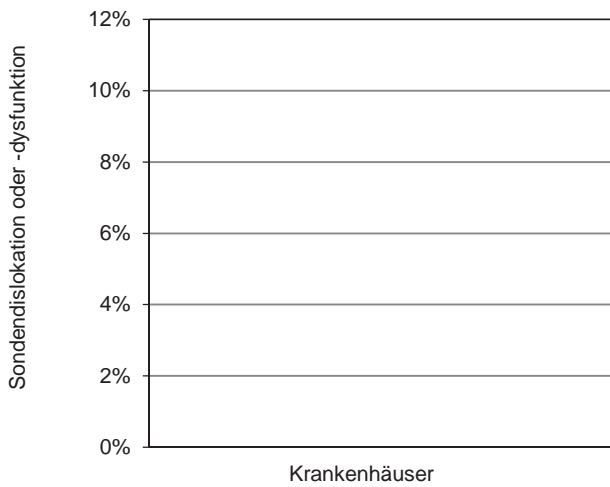
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/52325]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	2,56	8,11	9,52	10,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden Vertrauensbereich			487 / 946	51,48%
			48,30% - 54,65%	

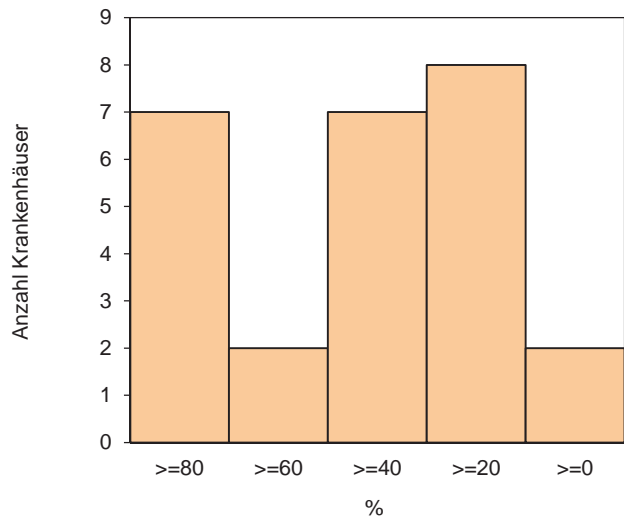
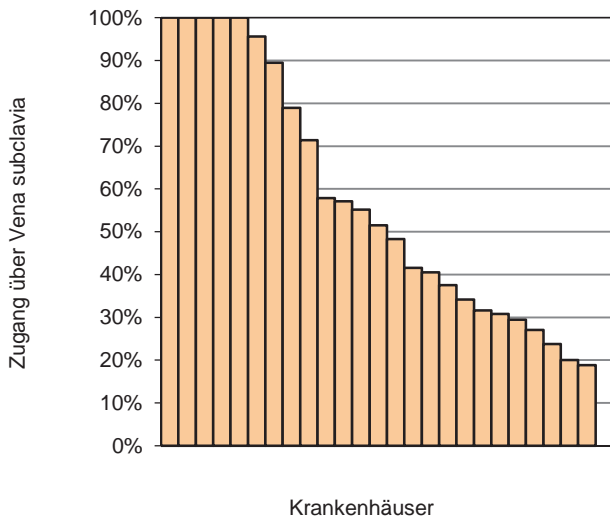
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden Vertrauensbereich			549 / 954	57,55%
			54,39% - 60,65%	

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

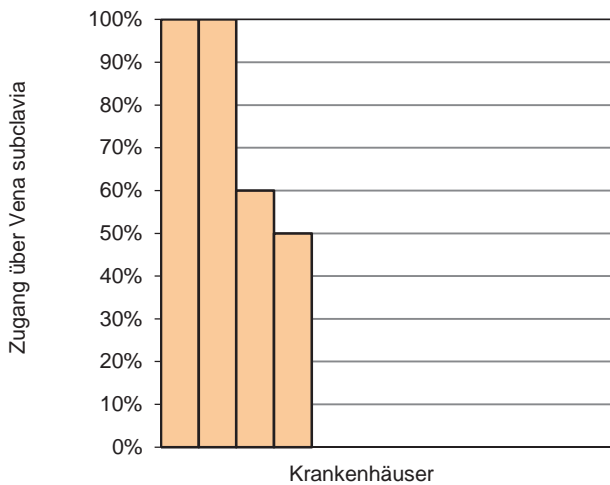
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_TKez_131803, Kennzahl-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/131803]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Patientinnen und Patienten (Ausschluss: Patienten mit S-ICD-System)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	18,82	20,00	30,77	49,90	89,47	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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	55,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2019/09n4-DEFI-IMPL/51186
Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression
Referenzbereich: <= 4,71 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

verstorbene Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ¹		10 / 988 1,01%
vorhergesagt (E) ²		6,63 / 988 0,67%
O - E		0,34%

verstorbene Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
O/E ³		1,51
Vertrauensbereich		0,82 - 2,76
Referenzbereich	<= 4,71	<= 4,71

Vorjahresdaten ⁴ verstorbene Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ¹		10 / 1.021 0,98%
vorhergesagt (E) ²		7,29 / 1.021 0,71%
O - E		0,27%
O/E ³		1,37
Vertrauensbereich		0,75 - 2,51

¹ KKez O_51186: Beobachtete Rate an Todesfällen.

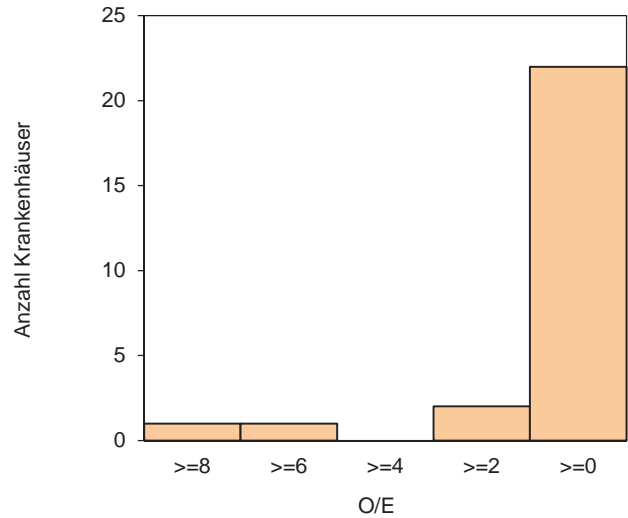
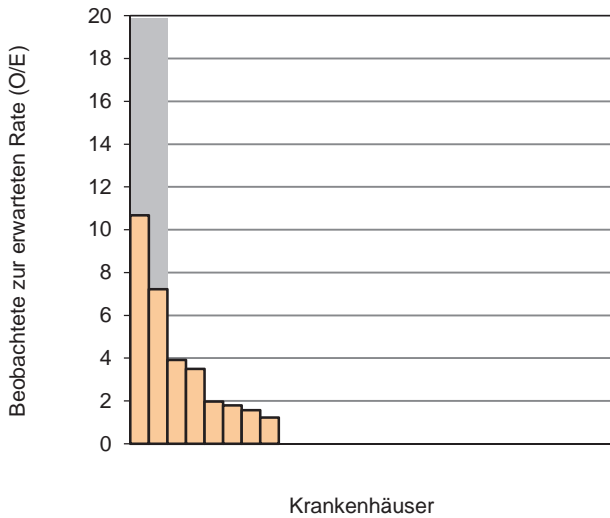
² KKez E_51186: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für QI-ID 51186.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

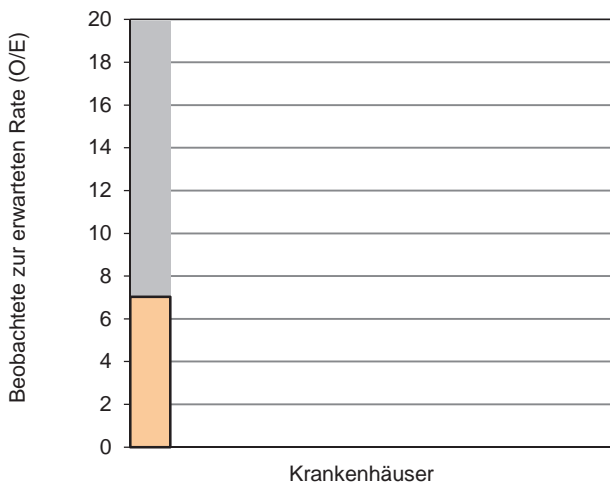
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/09n4-DEFI-IMPL/51186]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei allen Patientinnen und Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 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	1,56	3,91	7,21	10,68

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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	0,00		7,03

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Auswertungszeitpunkt: 2019	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Beobachtungszeitraum¹		
beobachtet (O) ²		41 / 694
vorhergesagt (E) ³		32,55 / 694
O/E ⁴		1,26
Vertrauensbereich		0,91 - 1,69
Referenzbereich	$\leq 2,77$	$\leq 2,77$

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

² KKez O_132001: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

³ KKez E_132001: Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der QI-ID 132001.

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

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

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

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

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

¹ Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

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

³ KKez O_132001: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

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

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


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

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

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

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

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

Auswertungszeitpunkt: 2019	Krankenhaus	Gesamt
Ereignisse im Beobachtungszeitraum¹		
beobachtet (O) ²		7 / 694
vorhergesagt (E) ³		9,02 / 694
O/E ⁴		0,78
Vertrauensbereich		0,33 - 1,50
Referenzbereich	<= 4,12	<= 4,12

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

² KKez O_132002: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

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

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

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

¹ Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet

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

³ KKez O_132002: Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum.

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

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

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

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

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

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

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

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

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/4 - Qualitätsindikator: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

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

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

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

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI), bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) oder bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems			843 / 945	89,21%

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

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

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

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

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

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52316 in der Auswertung 09/4			

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

Berechnung der Fälle, die aus 09/4 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52316 des Leistungsbereiches 09/4 einfließen

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			2.902 / 3.028	95,84%

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

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4, 09/5 und 09/6

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

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

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/4 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			340 / 340	100,00%

Auffälligkeitskriterium: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“

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

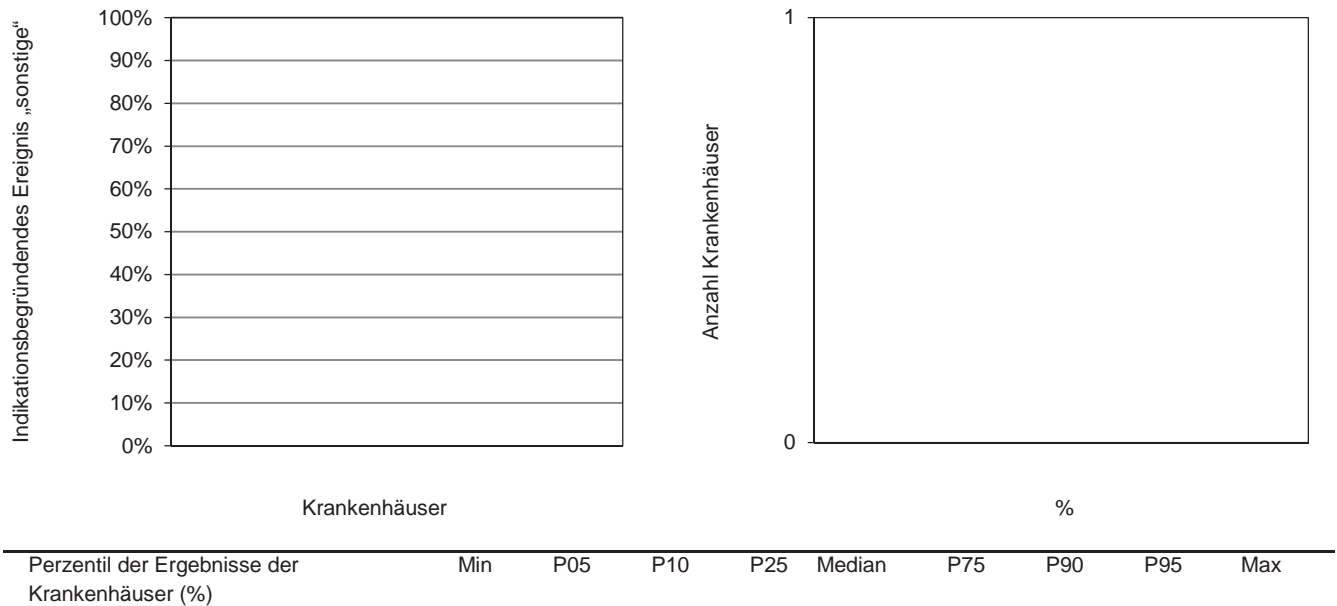
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“ ¹			1 / 988	0,10%
Vertrauensbereich				0,02% - 0,57%
Referenzbereich		<= 3,97%		<= 3,97%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“			10 / 1.021	0,98%
Vertrauensbereich				0,53% - 1,79%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



Auffälligkeitskriterium: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

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

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

Referenzbereich: <= 2,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 131801

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde ¹			4 / 945	0,42%
Vertrauensbereich				0,16% - 1,08%
Referenzbereich		<= 2,00%		<= 2,00%

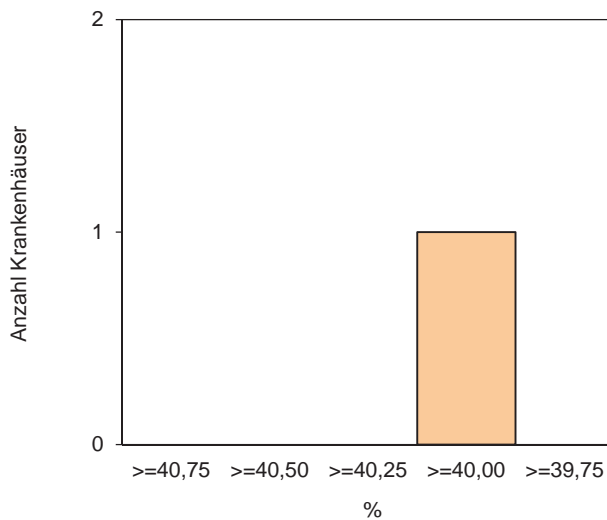
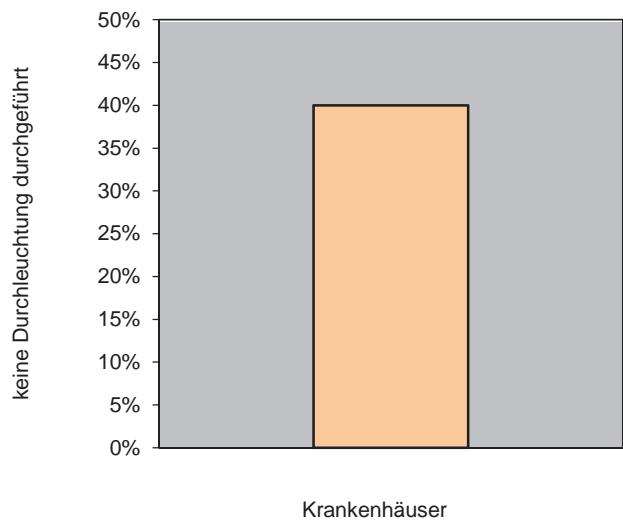
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde			3 / 951	0,32%
Vertrauensbereich				0,11% - 0,92%

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

² AK im Vorjahr nicht berechnet

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

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,00				40,00				40,00

Jahresauswertung 2019 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 38
Anzahl Datensätze Gesamt: 988
Datensatzversion: 09/4 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18323-L117423-P55039

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			262	26,52	259	25,37
2. Quartal			267	27,02	308	30,17
3. Quartal			230	23,28	204	19,98
4. Quartal			229	23,18	250	24,49
Gesamt			988	100,00	1.021	100,00

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		988		1.021	
Median			3,00		4,00
Mittelwert			6,11		6,81
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		988		1.021	
Median			2,00		3,00
Mittelwert			3,72		4,76
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		988		1.021	
Median			7,00		7,00
Mittelwert			9,82		11,57

OPS 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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

OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-934.1	333	33,70	5-377.50	303	29,68
2				5-377.71	293	29,66	5-377.6	285	27,91
3				5-377.50	291	29,45	5-377.71	270	26,44
4				5-377.6	258	26,11	5-934.1	223	21,84
5				5-377.d	197	19,94	5-377.d	216	21,16

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

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
3	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
4	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
5	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
6	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
8	I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				I10.00	354	35,83	I10.00	367	35,95
2				I42.0	315	31,88	I25.5	323	31,64
3				I25.5	302	30,57	I50.13	313	30,66
4				I50.13	297	30,06	I42.0	249	24,39
5				I25.13	207	20,95	I25.13	222	21,74
6				Z92.1	192	19,43	I47.2	188	18,41
7				I50.14	182	18,42	Z92.1	186	18,22
8				I44.7	182	18,42	I50.14	183	17,92

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

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			988 / 988		1.021 / 1.021	
< 20 Jahre			0 / 988	0,00	2 / 1.021	0,20
20 - 29 Jahre			6 / 988	0,61	8 / 1.021	0,78
30 - 39 Jahre			19 / 988	1,92	24 / 1.021	2,35
40 - 49 Jahre			51 / 988	5,16	49 / 1.021	4,80
50 - 59 Jahre			180 / 988	18,22	182 / 1.021	17,83
60 - 69 Jahre			252 / 988	25,51	295 / 1.021	28,89
70 - 79 Jahre			325 / 988	32,89	330 / 1.021	32,32
80 - 89 Jahre			155 / 988	15,69	129 / 1.021	12,63
>= 90 Jahre			0 / 988	0,00	2 / 1.021	0,20
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			988		1.021	
Median				69,00		68,00
Mittelwert				67,36		66,63
Geschlecht						
männlich			753	76,21	792	77,57
weiblich			235	23,79	229	22,43
unbestimmt			0	0,00	0	0,00
Körpergröße (cm)						
Alle Patienten mit gültiger Angabe der Körpergröße			965		926	
Median				175,00		175,00
Mittelwert				174,50		173,98
Körpergröße unbekannt			23	2,33	95	9,30
Körpergewicht bei Aufnahme (kg)						
Alle Patienten mit gültiger Angabe des Körpergewichts			960		924	
Median				82,00		82,00
Mittelwert				84,42		84,55
Körpergewicht unbekannt			28	2,83	97	9,50

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Herzinsuffizienz						
nein			52	5,26	83	8,13
NYHA I			60	6,07	61	5,97
NYHA II			431	43,62	402	39,37
NYHA III			408	41,30	447	43,78
NYHA IV			37	3,74	28	2,74
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			5	0,51	11	1,08
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			175	17,71	219	21,45
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			675	68,32	645	63,17
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			133	13,46	144	14,10
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	2	0,20
linksventrikuläre Ejektionsfraktion						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			984	99,60	1.017	99,61
<= 30%			629 / 984	63,92	666 / 1.017	65,49
> 30% - <= 35%			166 / 984	16,87	133 / 1.017	13,08
> 35% - <= 40%			33 / 984	3,35	44 / 1.017	4,33
> 40%			156 / 984	15,85	174 / 1.017	17,11
LVEF nicht bekannt			4	0,40	4	0,39
Diabetes mellitus						
nein			773	78,24	783	76,69
ja, nicht insulinpflichtig			135	13,66	153	14,99
ja, insulinpflichtig			80	8,10	85	8,33
Nierenfunktion/Serum Kreatinin						
<= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l)			827	83,70	834	81,68
> 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l)						
bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l)			126	12,75	139	13,61
> 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig			21	2,13	23	2,25
> 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig			13	1,32	23	2,25
unbekannt			1	0,10	2	0,20

Präoperative Anamnese/Klinik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?¹						
nein			21	2,13	-	-
ja			938	94,94	-	-
unbekannt			29	2,94	-	-

¹ neues Datenfeld in 2019

ICD-Anteil

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
indikationsbegründendes klinisches Ereignis						
Kammerflimmern			116	11,74	139	13,61
Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)			156	15,79	172	16,85
Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)			54	5,47	43	4,21
Synkope ohne EKG-Dokumentation			26	2,63	21	2,06
kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)			635	64,27	636	62,29
sonstige			1	0,10	10	0,98
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Dokumentation oder sonstige						
führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)						
keine			12 / 353	3,40	10 / 385	2,60
Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)			138 / 353	39,09	180 / 385	46,75
kardiogener Schock			19 / 353	5,38	19 / 385	4,94
Lungenödem			5 / 353	1,42	12 / 385	3,12
Synkope			86 / 353	24,36	81 / 385	21,04
Präsynkope			60 / 353	17,00	51 / 385	13,25
sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)			21 / 353	5,95	19 / 385	4,94
Angina pectoris			4 / 353	1,13	8 / 385	2,08
sonstige			8 / 353	2,27	5 / 385	1,30

ICD-Anteil - Grunderkrankungen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
KHK						
ja, ohne Myokardinfarkt			202	20,45	262	25,66
ja, mit Myokardinfarkt			346	35,02	364	35,65
nein			440	44,53	395	38,69
wenn KHK mit Myokardinfarkt						
Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD						
<= 28 Tage			19 / 346	5,49	25 / 364	6,87
> 28 Tage - <= 40 Tage			5 / 346	1,45	6 / 364	1,65
> 40 Tage			322 / 346	93,06	333 / 364	91,48
wenn KHK mit Myokardinfarkt und indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammer- flimmern, Kammertachykardie, Synkope ohne EKG-Doku- mentation oder sonstige						
indikationsbegründen- des klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn						
ja			7 / 101	6,93	11 / 125	8,80
nein			94 / 101	93,07	114 / 125	91,20
Herzerkrankung						
nein			27	2,73	34	3,33
ischämische Kardiomyopathie			492	49,80	546	53,48
Dilatative Kardiomyopathie DCM			389	39,37	336	32,91
Hypertensive Herzerkrankung			11	1,11	16	1,57
erworbener Klappenfehler			8	0,81	6	0,59
angeborener Herzfehler			3	0,30	3	0,29
Brugada-Syndrom			1	0,10	6	0,59
Kurzes QT-Syndrom			0	0,00	0	0,00
Langes QT-Syndrom			3	0,30	15	1,47
Hypertrophe						
Kardiomyopathie (HCM)			13	1,32	12	1,18
Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)			1	0,10	4	0,39
Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)			0	0,00	1	0,10
short-coupled torsade de pointes VT			1	0,10	1	0,10
sonstige Herzerkrankung			39	3,95	41	4,02

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom						
spontanes Brugada-Typ-1-EKG						
ja			1 / 1	100,00	3 / 6	50,00
nein			0 / 1	0,00	3 / 6	50,00
unbekannt			0 / 1	0,00	0 / 6	0,00
wenn Herzerkrankung = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)						
Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)¹						
Alle Patienten mit gültiger Angabe			10		-	
Median				6,15		-
Mittelwert				6,35		-
Risiko für plötzlichen Herz- tod (mit HCM-Risiko-SCD- Rechner) nicht berechnet¹						
da Leistungssportler			0 / 3	0,00	-	-
wegen Assoziation mit Stoff- wechselerkrankung (z. B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom)			0 / 3	0,00	-	-
da Sekundärprävention			3 / 3	100,00	-	-
aus anderen Gründen			0 / 3	0,00	-	-

¹ neues Datenfeld in 2019

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern oder Kammertachykardie, anhaltend und Kammertachykardie, nicht anhaltend						
WPW-Syndrom						
ja ¹			0 / 326	0,00	1 / 354	0,28
nein ¹			320 / 326	98,16	308 / 354	87,01
unbekannt ¹			6 / 326	1,84	2 / 354	0,56
reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie						
ja ¹			0 / 326	0,00	2 / 354	0,56
nein ¹			319 / 326	97,85	303 / 354	85,59
unbekannt ¹			7 / 326	2,15	6 / 354	1,69
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammertachykardie, anhaltend und Kammertachykardie, nicht anhaltend						
behandelbare idiopathische Kammertachykardie						
ja ¹			6 / 210	2,86	0 / 215	0,00
nein ¹			197 / 210	93,81	169 / 215	78,60
unbekannt ¹			7 / 210	3,33	3 / 215	1,40

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

ICD-Anteil - Weitere Merkmale

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) oder Synkope ohne EKG-Dokumentation						
Kammertachykardie induzierbar						
nein			15 / 80	18,75	14 / 64	21,88
ja			12 / 80	15,00	7 / 64	10,94
programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt			53 / 80	66,25	43 / 64	67,19
wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom						
Kammerflimmern induzierbar¹						
nein			0 / 1	0,00	-	-
ja			0 / 1	0,00	-	-
programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt			1 / 1	100,00	-	-
Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)						
ja, seit weniger als 3 Monaten			103	10,43	114	11,17
ja, seit 3 Monaten oder länger			815	82,49	832	81,49
nein			70	7,09	75	7,35
wenn Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie = ja						
Betablocker und/oder Ivabradin ²			863 / 918	94,01	906 / 946	95,77
AT-Rezeptor-Blocker/ ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNI) ²			870 / 918	94,77	901 / 946	95,24
Diuretika			807 / 918	87,91	853 / 946	90,17
Aldosteronantagonisten			628 / 918	68,41	681 / 946	71,99

¹ neues Datenfeld in 2019

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

Schrittmacheranteil

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit						
ja			200	20,24	211	20,67
nein			788	79,76	810	79,33
erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation						
>= 95 %			286	28,95	293	28,70
>= 40 % bis < 95 %			102	10,32	96	9,40
< 40 %			600	60,73	632	61,90

Schrittmacheranteil - EKG-Befunde

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhofrhythmus						
normofrequenter Sinusrhythmus			639	64,68	651	63,76
Sinusbradykardie/ SA-Blockierungen			107	10,83	134	13,12
paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern			115	11,64	112	10,97
permanentes Vorhofflimmern			98	9,92	96	9,40
Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)			24	2,43	26	2,55
sonstige			5	0,51	2	0,20
AV-Block						
keiner			709	71,76	766	75,02
AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms			99	10,02	80	7,84
AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms			16	1,62	14	1,37
AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach			5	0,51	9	0,88
AV-Block II. Grades, Typ Mobitz			18	1,82	19	1,86
AV-Block III. Grades nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns			75	7,59	70	6,86
AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)			60	6,07	61	5,97
6			6	0,61	2	0,20
intraventrikuläre Leitungsstörungen						
keine			528	53,44	610	59,75
Rechtsschenkelblock (RSB)			37	3,74	35	3,43
Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB			31	3,14	15	1,47
Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB			3	0,30	0	0,00
Linksschenkelblock			344	34,82	324	31,73
alternierender Schenkelblock			6	0,61	3	0,29
kein Eigenrhythmus ¹			14	1,42	-	-
sonstige			25	2,53	34	3,33
Wenn „intraventrikuläre Leitungsstörungen“ <u>nicht</u> „kein Eigenrhythmus“						
QRS-Komplex						
< 120 ms			558 / 974	57,29	626 / 1.021	61,31
120 bis < 130 ms			44 / 974	4,52	48 / 1.021	4,70
130 bis < 140 ms			48 / 974	4,93	46 / 1.021	4,51
140 bis < 150 ms			69 / 974	7,08	70 / 1.021	6,86
>= 150 ms			255 / 974	26,18	231 / 1.021	22,62

¹ neues Schlüsselfeld in 2019

Operation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang des implantierten Systems <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Vena cephalica			418	42,31	399	39,08
Vena subclavia			625	63,26	674	66,01
andere			82	8,30	78	7,64
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			988		1.021	
Median				60,00		60,00
Mittelwert				73,09		70,86
Dosis-Flächen-Produkt (cGy*cm²)						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm²)			975		1.003	
Median				560,00		637,00
Mittelwert				1.513,01		1.678,26
Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt			9	0,91	15	1,47
keine Durchleuchtung			4	0,40	3	0,29

ICD-System

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
System						
VVI			307	31,07	329	32,22
DDD			283	28,64	298	29,19
VDD			4	0,40	2	0,20
CRT-System mit einer Vorhofsonde			327	33,10	300	29,38
CRT-System ohne Vorhofsonde			24	2,43	22	2,15
subkutaner ICD			42	4,25	67	6,56
sonstiges			1	0,10	3	0,29

ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aggregatposition						
infraclavicular subcutan			143	14,47	120	11,75
infraclavicular subfaszial			408	41,30	348	34,08
infraclavicular submuskulär			399	40,38	501	49,07
abdominal			0	0,00	3	0,29
andere			38	3,85	49	4,80

Sonden

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			550		536	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,78		0,78
Reizschwelle nicht gemessen						
wegen Vorhofflimmerns			60 / 611	9,82	64 / 600	10,67
aus anderen Gründen			59 / 611	9,66	62 / 600	10,33
			1 / 611	0,16	2 / 600	0,33
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			606		596	
Median				2,80		2,80
Mittelwert				3,09		3,03
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen						
wegen Vorhofflimmerns			9 / 615	1,46	6 / 602	1,00
fehlender			6 / 615	0,98	3 / 602	0,50
Vorhofeigenrhythmus			1 / 615	0,16	2 / 602	0,33
aus anderen Gründen			2 / 615	0,33	1 / 602	0,17

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Zahl der verwendeten Ventrikelsonden						
eine Ventrikelsonde			591 / 946	62,47	628 / 954	65,83
zwei Ventrikelsonden			353 / 946	37,32	324 / 954	33,96
drei Ventrikelsonden			2 / 946	0,21	2 / 954	0,21
Rechtsventrikuläre Sonde						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			946		952	
Median				0,50		0,50
Mittelwert				0,63		0,65
Reizschwelle nicht gemessen			0 / 946	0,00	2 / 954	0,21
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			922		926	
Median				11,75		11,50
Mittelwert				12,15		12,14
R-Amplitude nicht gemessen			24 / 946	2,54	28 / 954	2,94
kein Eigenrhythmus			24 / 946	2,54	25 / 954	2,62
aus anderen Gründen			0 / 946	0,00	3 / 954	0,31

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Linksventrikuläre Sonde						
Linksventrikuläre Sonde aktiv?						
ja			340 / 988	34,41	311 / 1.021	30,46
nein			12 / 988	1,21	13 / 1.021	1,27
wenn linksventrikuläre Sonde aktiv						
Position Dimension 1						
apikal			36 / 340	10,59	43 / 311	13,83
basal			89 / 340	26,18	66 / 311	21,22
mittventrikulär			215 / 340	63,24	202 / 311	64,95
Position Dimension 2						
anterior			8 / 340	2,35	7 / 311	2,25
anterolateral			30 / 340	8,82	27 / 311	8,68
lateral/posterolateral			283 / 340	83,24	247 / 311	79,42
posterior			19 / 340	5,59	30 / 311	9,65
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			340		309	
Median				0,90		0,90
Mittelwert				1,00		1,04
Reizschwelle nicht gemessen			0 / 340	0,00	2 / 311	0,64

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			23	2,33	24	2,35
kardiopulmonale Reanimation			2 / 23	8,70	3 / 24	12,50
interventionspflichtiger Pneumothorax			7 / 23	30,43	5 / 24	20,83
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 23	0,00	1 / 24	4,17
interventionspflichtiger Perikarderguss			2 / 23	8,70	3 / 24	12,50
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 23	4,35	3 / 24	12,50

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
revisionsbedürftige Sondendislokation			12 / 23	52,17	8 / 24	33,33
Vorhof			5 / 12	41,67	3 / 8	37,50
rechtsventrikuläre Sonde			4 / 12	33,33	4 / 8	50,00
linksventrikuläre Sonde			3 / 12	25,00	2 / 8	25,00
weitere Ventrikelsonde			0 / 12	0,00	0 / 8	0,00
andere Defibrillations- sonde(n)			0 / 12	0,00	0 / 8	0,00
revisionsbedürftige Sondendysfunktion			2 / 23	8,70	1 / 24	4,17
Vorhof			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
rechtsventrikuläre Sonde			2 / 2	100,00	0 / 1	0,00
linksventrikuläre Sonde			0 / 2	0,00	1 / 1	100,00
weitere Ventrikelsonde			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
andere Defibrillations- sonde(n)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)			0 / 23	0,00	1 / 24	4,17
sonstige interventions- pflichtige Komplikation			0 / 23	0,00	1 / 24	4,17

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			902	91,30	929	90,99
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			28	2,83	35	3,43
03: aus sonstigen Gründen			2	0,20	1	0,10
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,71	7	0,69
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			23	2,33	23	2,25
07: Tod			10	1,01	10	0,98
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	1	0,10
09: in Rehabilitationseinrichtung			12	1,21	13	1,27
10: in Pflegeeinrichtung			3	0,30	1	0,10
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,10	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	1	0,10
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

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

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

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

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

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)

10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).

Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).

Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

4. Vorjahresdaten

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

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

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

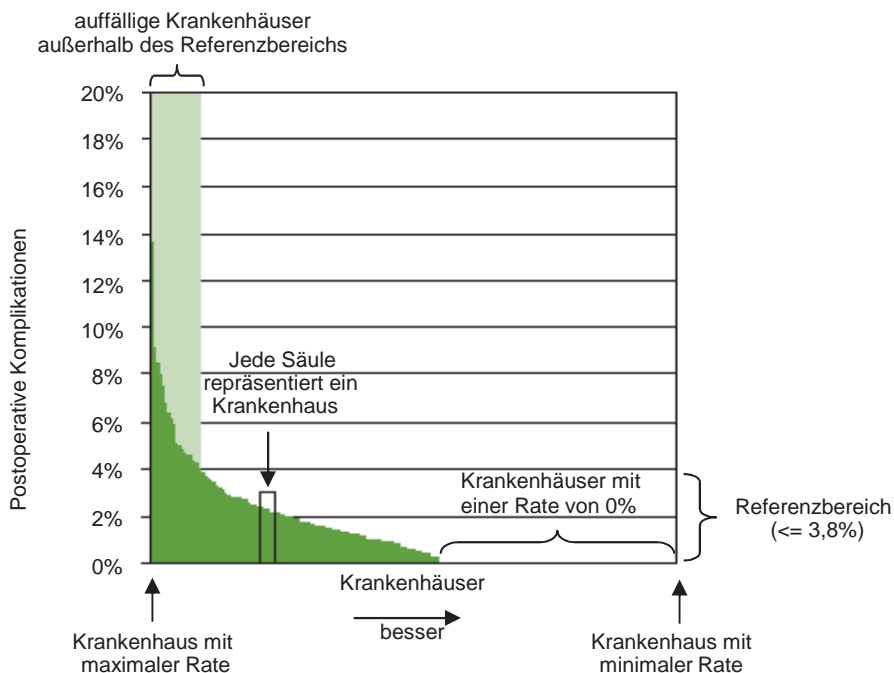
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

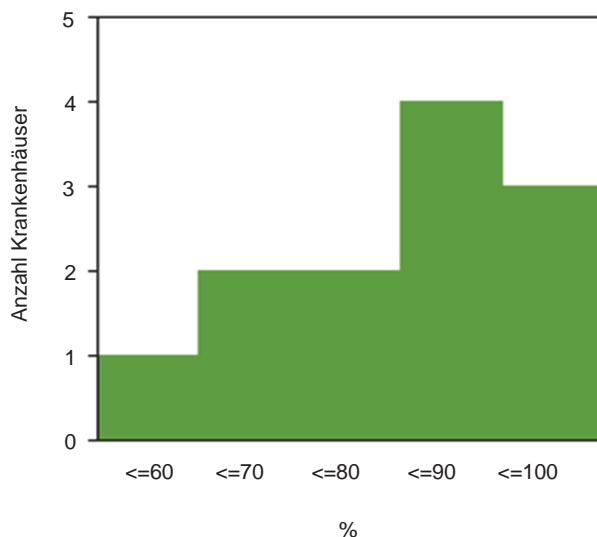
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

Kennzahl-ID

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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