

Jahresauswertung 2020

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/6

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 417
Datensatzversion: 09/6 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18597-L120362-P55816

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2021 und
des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2020
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/6

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 417
Datensatzversion: 09/6 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18597-L120362-P55816

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts							
2020/09n6-DEFI-REV/151800							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)			1,20%	<= 2,90%	innerhalb	0,89%	6
2020/09n6-DEFI-REV/52324							
QI: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			0,00%	<= 3,00%	innerhalb	0,61%	9
2020/09n6-DEFI-REV/51196							
QI: Sterblichkeit im Krankenhaus			1,09	<= 4,92	innerhalb	1,24	12

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/09n6-DEFI-REV/851904 Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem							
			9,35%	<= 29,41%	innerhalb	10,27%	18

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

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

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

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

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

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

Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/09n6-DEFI-REV/151800

Referenzbereich: <= 2,90%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			6 / 417	1,44%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)¹			5 / 417	1,20%
Vertrauensbereich				0,51% - 2,78%
Referenzbereich		<= 2,90%		<= 2,90%
Kardiopulmonale Reanimation			1 / 417	0,24%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			0 / 417	0,00%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			1 / 417	0,24%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 417	0,24%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			2 / 417	0,48%
Patientinnen und Patienten mit Sonden- dislokation oder -dysfunktion			1 / 417	0,24%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			0 / 417	0,00%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 417	0,24%
postoperative Wundinfektion			0 / 417	0,00%
Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 417	0,00%

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)² Vertrauensbereich			4 / 448	0,89% 0,35% - 2,27%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

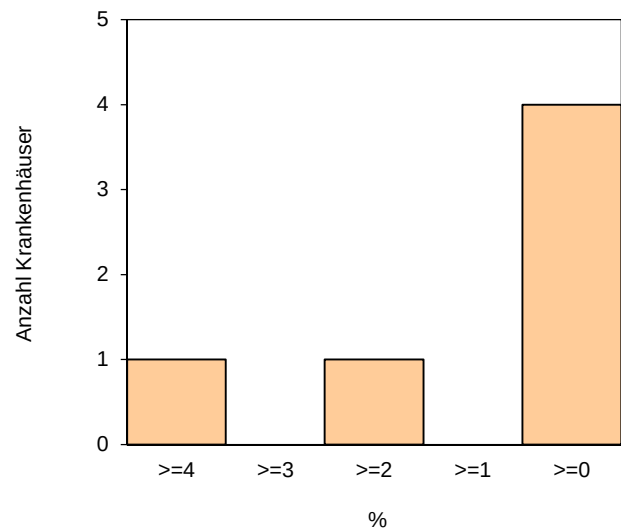
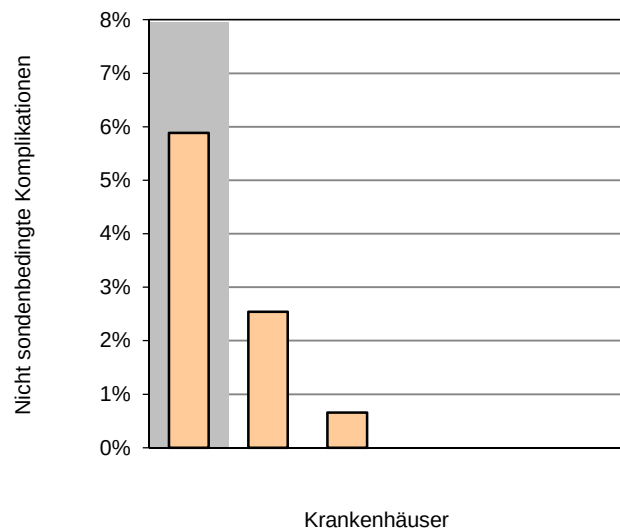
² kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2020/09n6-DEFI-REV/151800]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

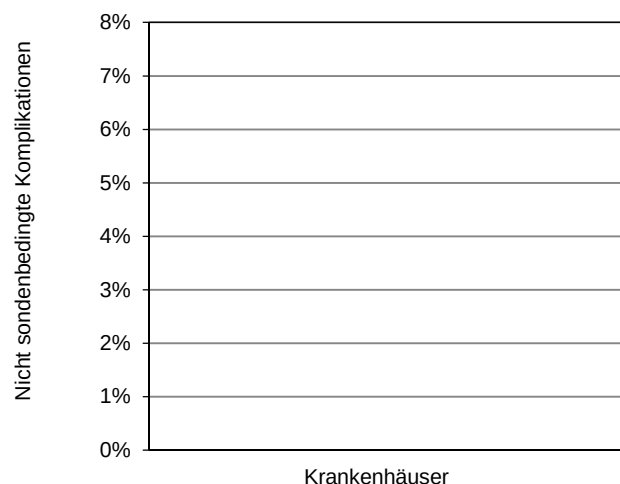
6 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,33	2,54			5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 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.

Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/09n6-DEFI-REV/52324

Referenzbereich: <= 3,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			0 / 298	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,27%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			0 / 95	0,00%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			0 / 274	0,00%
Sondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten anderen Defibrillationssonde			0 / 1	0,00%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			0 / 298	0,00%
Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 95	0,00%
Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 274	0,00%
Ventrikelsondendislokation erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 131	0,00%
zweite Ventrikelsonde			0 / 167	0,00%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 1	0,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 298	0,00%
Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 95	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 274	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			0 / 131	0,00%
zweite Ventrikelsonde			0 / 167	0,00%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 1	0,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			2 / 326	0,61%
Vertrauensbereich				0,17% - 2,21%

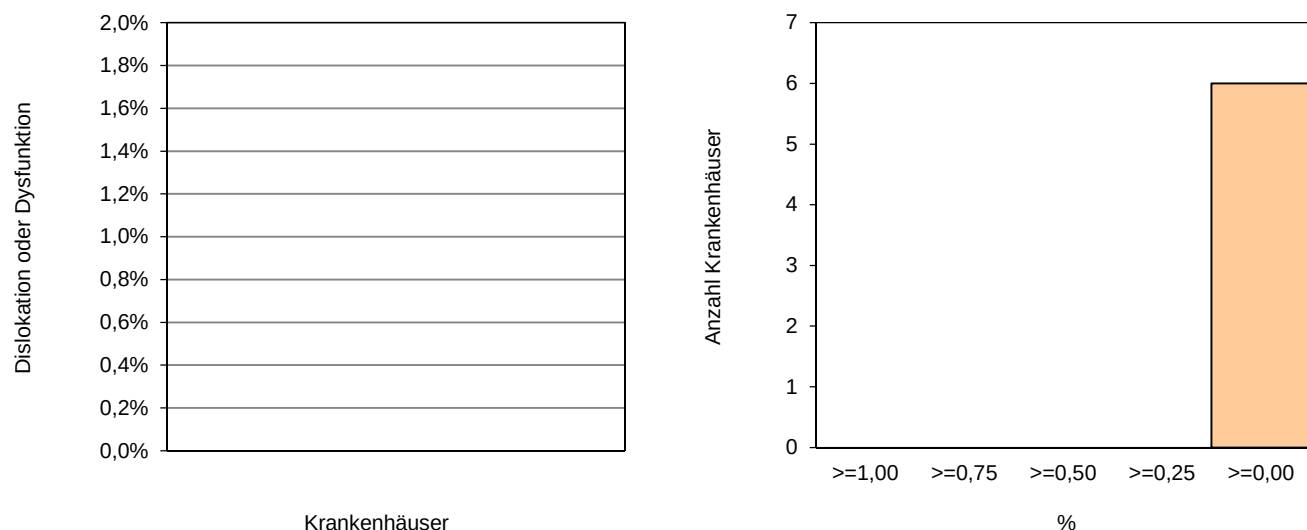
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2020/09n6-DEFI-REV/52324]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an allen Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

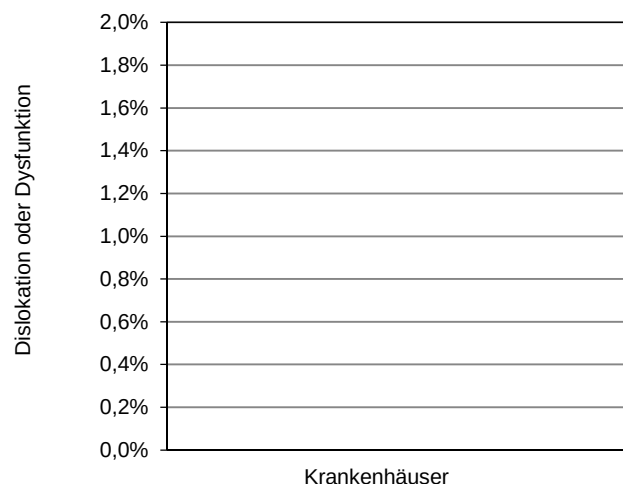
6 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel:	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen und Patienten
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2020/09n6-DEFI-REV/51196
Methode der Risikoadjustierung:	Logistische Regression
Referenzbereich:	<= 4,92 (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		12 / 417 2,88%
vorhergesagt (E) ²		10,96 / 417 2,63%
O - E		0,25%

¹ KKez O_51196: Beobachtete Rate an Todesfällen.

² KKez E_51196: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für QI-ID 51196.

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		1,09
Vertrauensbereich		0,63 - 1,89
Referenzbereich	<= 4,92	<= 4,92

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.

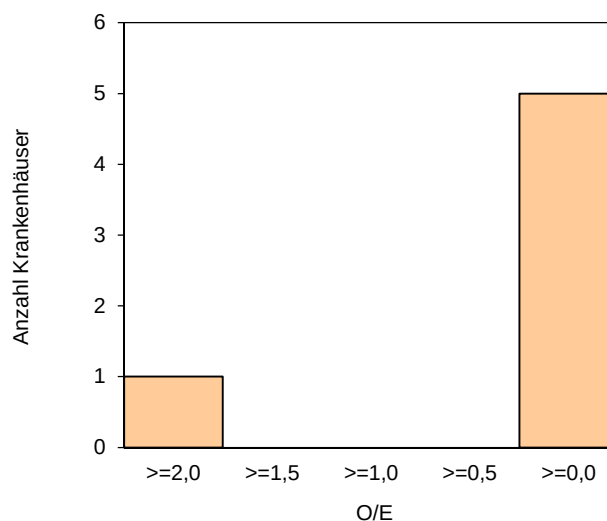
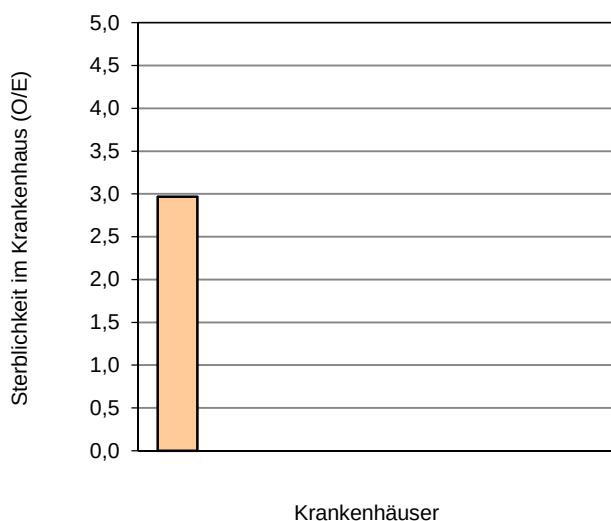
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten⁴	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O)		13 / 448 2,90%
vorhergesagt (E)		10,49 / 448 2,34%
O - E		0,56%
O/E		1,24
Vertrauensbereich		0,73 - 2,09

⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

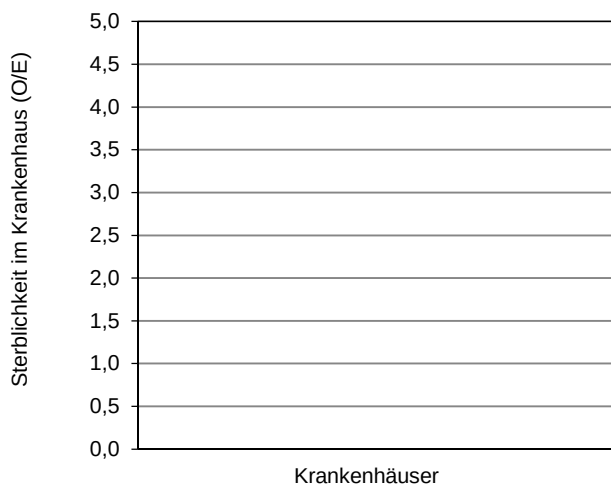
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2020/09n6-DEFI-REV/51196]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 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			2,97

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 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		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 beiden 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 09/6 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:	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von 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:	2020/09n4-DEFI-IMPL/52316

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 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 09/6 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52316 des Leistungsbereiches 09/4 einfließen

Grundgesamtheit:

Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von 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 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: ¹ Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			415 / 444	93,47%

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 09/6 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:	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): - 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:	2020/09n5-DEFI-AGGW/52321

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	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 09/6 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52321 des Leistungsbereiches 09/5 einfließen

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6):
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwelle der Ventrikelsonden 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 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			867 / 882	98,30%

Auffälligkeitskriterium: Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten

AK-ID: 2020/09n6-DEFI-REV/851904

Referenzbereich: <= 29,41% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 132000, 132001, 132002

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen und Patienten mit sonstiger aggregatbezogener Indikation, sonstigem Taschenproblem oder sonstigem Sondenproblem ¹			39 / 417	9,35%
Vertrauensbereich				6,92% - 12,53%
Referenzbereich		<= 29,41%		<= 29,41%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen und Patienten mit sonstiger aggregatbezogener Indikation, sonstigem Taschenproblem oder sonstigem Sondenproblem			46 / 448	10,27%
Vertrauensbereich				7,79% - 13,42%

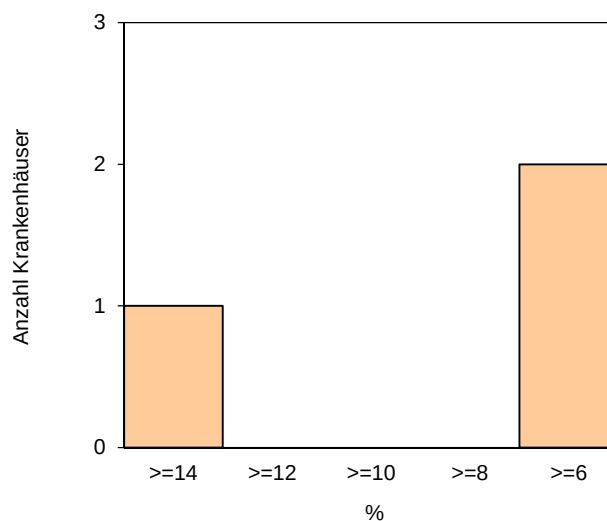
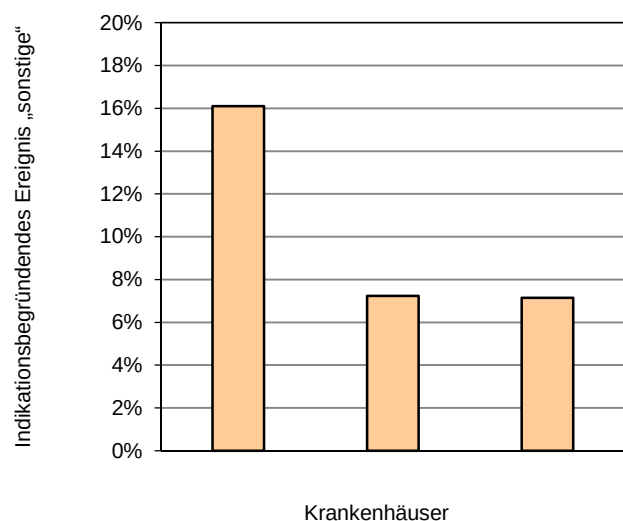
¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_851904, AK-ID 2020/09n6-DEFI-REV/851904]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit sonstiger aggregatbezogener Indikation, sonstigem Taschenproblem oder sonstigem Sondenproblem an allen Patientinnen und Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,14				7,24				16,10

Jahresauswertung 2020

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation

09/6

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 25

Anzahl Datensätze Gesamt: 417

Datensatzversion: 09/6 2020

Datenbankstand: 28. Februar 2021

2020 - D18597-L120362-P55816

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze			417		448	
1. Quartal			111	26,62	115	25,67
2. Quartal			107	25,66	124	27,68
3. Quartal			106	25,42	118	26,34
4. Quartal			93	22,30	91	20,31
Gesamt			417	100,00	448	100,00

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			417		448	
Median				1,00		2,00
Mittelwert				3,75		4,14
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			417		448	
Median				2,00		2,00
Mittelwert				5,86		5,22
Stationärer Aufenthalt (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			417		448	
Median				4,00		5,00
Mittelwert				9,61		9,36

OPS 2020¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	5-983	Reoperation
2	5-934.1	Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
4	5-892.3a	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Brustwand und Rücken
5	3-611.2	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Koronarsinusvenen

OPS 2020

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-983	141	33,81	5-983	133	29,69
2				5-934.1	81	19,42	5-934.1	94	20,98
3				3-614	75	17,99	5-378.ax	68	15,18
4				5-892.3a	70	16,79	3-614	65	14,51
5				3-611.2	61	14,63	5-378.c6	62	13,84

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2019 und OPS 2020 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardio-defibrillators
3	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
4	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
5	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
6	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
8	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				T82.1	154	36,93	I42.0	175	39,06
2				Z45.01	144	34,53	I10.00	158	35,27
3				I25.5	143	34,29	T82.1	156	34,82
4				Z95.0	141	33,81	Z95.0	144	32,14
5				I42.0	138	33,09	Z45.01	137	30,58
6				I10.00	133	31,89	I50.13	120	26,79
7				I50.13	126	30,22	I25.5	114	25,45
8				Z92.1	99	23,74	U50.00	113	25,22

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-10-GM 2020 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			417 / 417		448 / 448	
< 20 Jahre			0 / 417	0,00	1 / 448	0,22
20 - 29 Jahre			1 / 417	0,24	3 / 448	0,67
30 - 39 Jahre			9 / 417	2,16	7 / 448	1,56
40 - 49 Jahre			15 / 417	3,60	11 / 448	2,46
50 - 59 Jahre			55 / 417	13,19	69 / 448	15,40
60 - 69 Jahre			123 / 417	29,50	159 / 448	35,49
70 - 79 Jahre			145 / 417	34,77	137 / 448	30,58
80 - 89 Jahre			68 / 417	16,31	59 / 448	13,17
>= 90 Jahre			1 / 417	0,24	2 / 448	0,45
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			417		448	
Median				70,00		68,00
Mittelwert				68,36		67,60
Geschlecht						
männlich			324	77,70	344	76,79
weiblich			93	22,30	104	23,21
divers ¹			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			1	0,24	3	0,67
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			65	15,59	82	18,30
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			290	69,54	307	68,53
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			61	14,63	56	12,50
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Eingriff am Aggregat						
keine aggregatbezogene Indikation			222	53,24	231	51,56
Batterieerschöpfung			61	14,63	69	15,40
Fehlfunktion/Rückruf			6	1,44	8	1,79
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels			117	28,06	125	27,90
sonstige aggregatbezogene Indikation			11	2,64	15	3,35
Taschenproblem						
kein Taschenproblem			330	79,14	360	80,36
Taschenhämatom			8	1,92	4	0,89
Aggregatperforation			11	2,64	16	3,57
Infektion			57	13,67	52	11,61
sonstiges Taschenproblem			11	2,64	16	3,57
Sondenproblem						
ja			273	65,47	285	63,62
nein			144	34,53	163	36,38

Operation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff						
stationär, eigene Institution			237	56,83	238	53,13
stationär, andere Institution			170	40,77	201	44,87
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			6	1,44	3	0,67
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			4	0,96	6	1,34

ICD-System

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
aktives System (nach dem Eingriff)						
keines (Explantation oder Stilllegung)			84	20,14	81	18,08
VVI			53	12,71	64	14,29
DDD			38	9,11	58	12,95
VDD			1	0,24	0	0,00
CRT-System mit einer Vorhofsonde			222	53,24	224	50,00
CRT-System ohne Vorhofsonde			11	2,64	17	3,79
subkutaner ICD			6	1,44	4	0,89
sonstiges			2	0,48	0	0,00

ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Art des Vorgehens						
Aggregat nicht vorhanden			1	0,24	2	0,45
kein Eingriff am Aggregat			123	29,50	117	26,12
Wechsel			182	43,65	213	47,54
Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral			7	1,68	4	0,89
Aggregatverlagerung			12	2,88	17	3,79
Explantation			89	21,34	86	19,20
sonstiges			3	0,72	9	2,01
bei vorhandenem Aggregat						
Aggregatposition						
infraclaviculär subcutan			149 / 327	45,57	188 / 360	52,22
infraclaviculär subfaszial			80 / 327	24,46	64 / 360	17,78
infraclaviculär submuskulär			98 / 327	29,97	106 / 360	29,44
abdominal			0 / 327	0,00	0 / 360	0,00
andere			0 / 327	0,00	2 / 360	0,56
bei Explantation						
explantiertes System						
VVI			100 / 278	35,97	116 / 303	38,28
DDD			86 / 278	30,94	86 / 303	28,38
VDD			1 / 278	0,36	3 / 303	0,99
CRT-System mit einer Vorhofsonde			80 / 278	28,78	92 / 303	30,36
CRT-System ohne Vorhofsonde			2 / 278	0,72	1 / 303	0,33
subkutaner ICD			8 / 278	2,88	5 / 303	1,65
sonstiges			1 / 278	0,36	0 / 303	0,00
Zeit zwischen Implantation und Explantation (in Jahren)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			402		435	
Median				4,00		3,00
Mittelwert				4,05		3,78
Jahr der Implantation nicht bekannt			14 / 416	3,37	11 / 446	2,47

Sonden

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			169	40,53	172	38,39
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			7	1,68	22	4,91
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			18	4,32	11	2,46
Neuimplantation zusätzlich			62	14,87	61	13,62
Neuplatzierung			7	1,68	10	2,23
Reparatur			0	0,00	1	0,22
Explantation			58	13,91	55	12,28
Stilllegung			4	0,96	8	1,79
sonstiges			1	0,24	1	0,22
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			64 / 157	40,76	68 / 169	40,24
Dislokation			16 / 157	10,19	18 / 169	10,65
Sondenbruch/						
Isolationsdefekt			8 / 157	5,10	17 / 169	10,06
fehlerhafte Konnektion			1 / 157	0,64	0 / 169	0,00
Zwerchfellzucken oder						
Pectoraliszucken			2 / 157	1,27	0 / 169	0,00
Oversensing			1 / 157	0,64	4 / 169	2,37
Undersensing			2 / 157	1,27	3 / 169	1,78
Stimulationsverlust/						
Reizschwellenanstieg			3 / 157	1,91	5 / 169	2,96
Infektion			52 / 157	33,12	44 / 169	26,04
Myokardperforation			0 / 157	0,00	0 / 169	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung			0 / 157	0,00	0 / 169	0,00
wachstumsbedingte						
Sondenrevision			0 / 157	0,00	0 / 169	0,00
sonstige			8 / 157	5,10	10 / 169	5,92

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implan- tation der revidierten, explantierten bzw. stillge- legten Vorhofsonde						
<= 1 Jahr			22 / 95	23,16	21 / 108	19,44
> 1 Jahr			73 / 95	76,84	86 / 108	79,63
unbekannt			0 / 95	0,00	1 / 108	0,93
bei aktiven Sonden (außer VDD)						
Reizschwelle (V) (intraoperativ, bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			199		230	
Median				0,80		0,80
Mittelwert				0,80		0,79
Reizschwelle nicht gemessen			64 / 263	24,33	48 / 278	17,27
wegen Vorhofflimmerns			61 / 263	23,19	41 / 278	14,75
aus anderen Gründen			3 / 263	1,14	7 / 278	2,52
bei aktiven Sonden						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			254		267	
Median				2,30		2,30
Mittelwert				2,82		2,74
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen			10 / 264	3,79	11 / 278	3,96
wegen Vorhofflimmerns			7 / 264	2,65	3 / 278	1,08
fehlender Vorhofeigen- rhythmus			1 / 264	0,38	3 / 278	1,08
aus anderen Gründen			2 / 264	0,76	5 / 278	1,80

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			192	46,04	212	47,32
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			64	15,35	64	14,29
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			55	13,19	60	13,39
Neuimplantation zusätzlich			5	1,20	7	1,56
Neuplatzierung			5	1,20	9	2,01
Reparatur			1	0,24	0	0,00
Explantation			81	19,42	77	17,19
Stilllegung des Pace/Sense- Anteils der Sonde			1	0,24	4	0,89
Stilllegung des Defibrillations- anteils der Sonde			0	0,00	0	0,00
Stilllegung der gesamten Sonde			5	1,20	7	1,56
sonstiges			0	0,00	3	0,67
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			8 / 217	3,69	6 / 231	2,60
Dislokation			12 / 217	5,53	21 / 231	9,09
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			51 / 217	23,50	48 / 231	20,78
fehlerhafte Konnektion			1 / 217	0,46	2 / 231	0,87
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			1 / 217	0,46	1 / 231	0,43
Oversensing			34 / 217	15,67	33 / 231	14,29
Undersensing			6 / 217	2,76	8 / 231	3,46
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			17 / 217	7,83	31 / 231	13,42
Infektion			72 / 217	33,18	64 / 231	27,71
Myokardperforation			2 / 217	0,92	1 / 231	0,43
ineffektive Defibrillation			1 / 217	0,46	3 / 231	1,30
Rückruf/Sicherheitswarnung			1 / 217	0,46	1 / 231	0,43
wachstumsbedingte Sondenrevision			0 / 217	0,00	0 / 231	0,00
sonstige			11 / 217	5,07	12 / 231	5,19

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde						
<= 1 Jahr			35 / 212	16,51	40 / 224	17,86
> 1 Jahr			176 / 212	83,02	182 / 224	81,25
unbekannt			1 / 212	0,47	2 / 224	0,89
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			172 / 328	52,44	206 / 366	56,28
rechtsventrikuläres Septum			155 / 328	47,26	159 / 366	43,44
andere			1 / 328	0,30	1 / 366	0,27
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ, bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			320		348	
Median				0,70		0,80
Mittelwert				0,75		0,81
Reizschwelle nicht gemessen			2 / 322	0,62	7 / 355	1,97
separate Pace/Sense-Sonde			0 / 322	0,00	1 / 355	0,28
aus anderen Gründen			2 / 322	0,62	6 / 355	1,69
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			290		324	
Median				11,90		11,70
Mittelwert				12,34		11,96
R-Amplitude nicht gemessen			31 / 321	9,66	30 / 354	8,47
separate Pace/Sense-Sonde			0 / 321	0,00	0 / 354	0,00
kein Eigenrhythmus			28 / 321	8,72	25 / 354	7,06
aus anderen Gründen			3 / 321	0,93	5 / 354	1,41

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zweite Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			66	15,83	83	18,53
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			19	4,56	19	4,24
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			25	6,00	14	3,13
Neuimplantation zusätzlich			113	27,10	117	26,12
Neuplatzierung			7	1,68	7	1,56
Reparatur			0	0,00	1	0,22
Explantation			34	8,15	39	8,71
Stilllegung			3	0,72	2	0,45
sonstiges			3	0,72	1	0,22
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			114 / 204	55,88	121 / 200	60,50
Dislokation			17 / 204	8,33	10 / 200	5,00
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			11 / 204	5,39	10 / 200	5,00
fehlerhafte Konnektion			1 / 204	0,49	1 / 200	0,50
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			7 / 204	3,43	4 / 200	2,00
Oversensing			4 / 204	1,96	1 / 200	0,50
Undersensing			0 / 204	0,00	0 / 200	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			4 / 204	1,96	13 / 200	6,50
Infektion			31 / 204	15,20	34 / 200	17,00
Myokardperforation			1 / 204	0,49	0 / 200	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung			0 / 204	0,00	0 / 200	0,00
wachstumsbedingte Sondenrevision			0 / 204	0,00	0 / 200	0,00
sonstige			14 / 204	6,86	6 / 200	3,00

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde						
<= 1 Jahr			22 / 91	24,18	16 / 83	19,28
> 1 Jahr			68 / 91	74,73	67 / 83	80,72
unbekannt			1 / 91	1,10	0 / 83	0,00
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			19 / 236	8,05	12 / 244	4,92
rechtsventrikuläres Septum			0 / 236	0,00	5 / 244	2,05
Koronarvene, anterior			4 / 236	1,69	2 / 244	0,82
Koronarvene, lateral, posterolateral			203 / 236	86,02	206 / 244	84,43
Koronarvene, posterior			3 / 236	1,27	7 / 244	2,87
epimyokardial linksventrikulär			5 / 236	2,12	10 / 244	4,10
andere			2 / 236	0,85	2 / 244	0,82
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ, bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			228		236	
Median				1,10		1,00
Mittelwert				1,26		1,22
Reizschwelle nicht gemessen			5 / 233	2,15	6 / 242	2,48
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			17		12	
Median				11,80		10,65
Mittelwert				12,81		13,23
R-Amplitude nicht gemessen			1 / 18	5,56	4 / 16	25,00
kein Eigenrhythmus			1 / 18	5,56	3 / 16	18,75
aus anderen Gründen			0 / 18	0,00	1 / 16	6,25

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dritte Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			1	0,24	1	0,22
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,00	0	0,00
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			1	0,24	0	0,00
Neuimplantation zusätzlich			1	0,24	1	0,22
Neuplatzierung			0	0,00	0	0,00
Reparatur			0	0,00	0	0,00
Explantation			2	0,48	4	0,89
Stilllegung			0	0,00	3	0,67
sonstiges			0	0,00	0	0,00
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			1 / 4	25,00	1 / 8	12,50
Dislokation			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
Sondenbruch/						
Isolationsdefekt			1 / 4	25,00	1 / 8	12,50
fehlerhafte Konnektion			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
Zwerchfellzucken oder						
Pectoraliszucken			1 / 4	25,00	0 / 8	0,00
Oversensing			0 / 4	0,00	1 / 8	12,50
Undersensing			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
Stimulationsverlust/						
Reizschwellenanstieg			0 / 4	0,00	2 / 8	25,00
Infektion			1 / 4	25,00	2 / 8	25,00
Myokardperforation			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
wachstumsbedingte						
Sondenrevision			0 / 4	0,00	0 / 8	0,00
sonstige			0 / 4	0,00	1 / 8	12,50

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde						
<= 1 Jahr			1 / 3	33,33	1 / 7	14,29
> 1 Jahr			2 / 3	66,67	6 / 7	85,71
unbekannt			0 / 3	0,00	0 / 7	0,00
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			0 / 3	0,00	3 / 5	60,00
rechtsventrikuläres Septum			0 / 3	0,00	0 / 5	0,00
Koronarvene, anterior			0 / 3	0,00	0 / 5	0,00
Koronarvene, lateral, posterolateral			3 / 3	100,00	1 / 5	20,00
Koronarvene, posterior			0 / 3	0,00	0 / 5	0,00
epimyokardial linksventrikulär			0 / 3	0,00	1 / 5	20,00
andere			0 / 3	0,00	0 / 5	0,00
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ, bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3		1	
Median				1,50		0,80
Mittelwert				1,43		0,80
Reizschwelle nicht gemessen			0 / 3	0,00	1 / 2	50,00
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			0		1	
Median						19,10
Mittelwert						19,10
R-Amplitude nicht gemessen			0 / 0		1 / 2	50,00
kein Eigenrhythmus			0 / 0		0 / 2	0,00
aus anderen Gründen			0 / 0		1 / 2	50,00

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Andere Defibrillationssonde(n)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			1	0,24	3	0,67
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,00	0	0,00
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			1	0,24	2	0,45
Neuimplantation zusätzlich			0	0,00	1	0,22
Neuplatzierung			0	0,00	0	0,00
Reparatur			0	0,00	0	0,00
Explantation			0	0,00	0	0,00
Stilllegung			0	0,00	0	0,00
sonstiges			0	0,00	0	0,00
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			0 / 1	0,00	1 / 3	33,33
Dislokation			0 / 1	0,00	1 / 3	33,33
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 1	100,00	0 / 3	0,00
fehlerhafte Konnektion			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
Infektion			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
Myokardperforation			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
ineffektive Defibrillation			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
wachstumsbedingte						
Sondenrevision			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
sonstige			0 / 1	0,00	1 / 3	33,33

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillge- legten anderen Defibrillationssonde(n)						
<= 1 Jahr			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
> 1 Jahr			1 / 1	100,00	1 / 2	50,00
unbekannt			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			6	1,44	6	1,34
kardiopulmonale Reanimation			1 / 6	16,67	1 / 6	16,67
interventionspflichtiger Pneumothorax			0 / 6	0,00	1 / 6	16,67
interventionspflichtiger Hämatothorax			1 / 6	16,67	0 / 6	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 6	16,67	0 / 6	0,00
interventionspflichtiges Taschenhämatom			2 / 6	33,33	0 / 6	0,00
revisionsbedürftige Sondendislokation			0 / 6	0,00	2 / 6	33,33
der Vorhofsonde			0 / 0		0 / 2	0,00
der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			0 / 0		0 / 2	0,00
der zweiten Ventrikelsonde			0 / 0		1 / 2	50,00
der dritten Ventrikelsonde			0 / 0		1 / 2	50,00
der anderen Defibrillationssonde(n)			0 / 0		0 / 2	0,00
revisionsbedürftige Sondendysfunktion			1 / 6	16,67	0 / 6	0,00
der Vorhofsonde			0 / 1	0,00	0 / 0	
der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			1 / 1	100,00	0 / 0	
der zweiten Ventrikelsonde			0 / 1	0,00	0 / 0	
der dritten Ventrikelsonde			0 / 1	0,00	0 / 0	
der anderen Defibrillationssonde(n)			0 / 1	0,00	0 / 0	
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definition)			0 / 6	0,00	0 / 6	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation			0 / 6	0,00	2 / 6	33,33

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			353	84,65	387	86,38
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			9	2,16	18	4,02
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,96	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			31	7,43	25	5,58
07: Tod			12	2,88	13	2,90
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			5	1,20	4	0,89
10: in Pflegeeinrichtung			2	0,48	1	0,22
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			1	0,24	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 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
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2020.

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

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

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

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

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

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

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

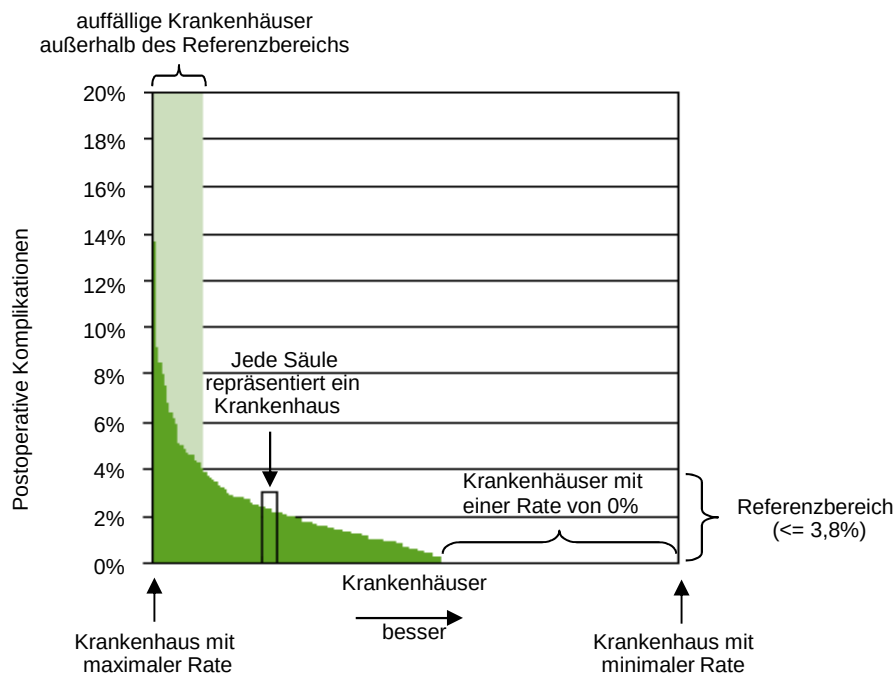
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



5.2 Histogramm

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

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

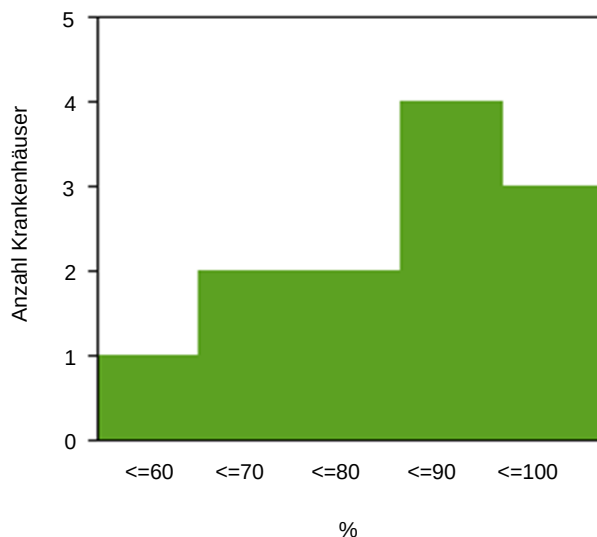
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

6. Basisauswertung

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

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

7. Sonstiges

7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

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

Auffälligkeitskriterium

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

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

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

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

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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