



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 08. Juli 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021.....	7
Einleitung.....	8
Datengrundlagen.....	9
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	9
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	12
52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden.....	12
Details zu den Ergebnissen.....	15
111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).....	16
Details zu den Ergebnissen.....	18
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	19
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	19
813073: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten.....	19
850165: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	21
850218: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	23
Basisauswertung.....	25
Basisdokumentation.....	25
Patient.....	26
Indikation zum Aggregatwechsel.....	27
Ort der letzten Schrittmacher-OP.....	28
Operation.....	29
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems.....	30
Implantiertes Schrittmachersystem.....	30
Belassene Schrittmacher-Sonden.....	30
Vorhofsonde.....	30
Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel).....	31
Linksventrikuläre Sonde.....	32
Komplikationen.....	33

Entlassung.....	34
Behandlungszeiten.....	34

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	≥ 95,00 %	98,64 % N = 66.102	98,54 % - 98,72 %
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	≤ 2,30 %	0,17 % N = 15.218	0,12 % - 0,25 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,32 % 13.377/13.334	0,64 % 5/784
850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,75 % 15.223/15.109	0,76 % 6/792
850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,03 % 5/15.109	0,25 % 2/792

Einleitung

Ein Herzschrittmacher besteht aus einem Aggregat, das Elektronik und Batterie in einem Gehäuse vereint, sowie aus einer oder mehreren Sonde(n). Letztere dienen als „Antenne“ für die herzeigenen Signale und als Überträger der Stimulationsimpulse des Herzschrittmachers. Nach der Implantation eines Herzschrittmachers erfolgt bei Erschöpfung der Batterie nach einigen Jahren ein Aggregatwechsel – darunter wird die Entfernung (Explantation) des alten und das Einsetzen (Implantation) eines neuen Aggregats verstanden. Ziel der Herzschrittmachertherapie ist die Senkung bradykarder Herzrhythmusstörungen ohne vermeidbare Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten. Die Anzahl von Folgeeingriffen nach der erstmaligen Implantation des Herzschrittmachers sollte daher möglichst gering gehalten werden.

Folgeeingriffe werden notwendig bei:

- Komplikationen, wie z. B. Dislokationen der Sonden, Aggregatdefekten oder Infektionen des Schrittmachersystems
- Erschöpfung der Batterie(n) des Herzschrittmacher-Aggregats

Herzschrittmacherbatterien können nicht separat ausgetauscht werden, d. h., es ist immer ein Wechsel des kompletten Aggregats erforderlich. Der Aggregatwechsel selbst stellt einen vergleichsweise einfachen operativen Eingriff dar, bei dem dennoch Taschenhämatome und Wundinfektionen als Komplikationen auftreten können. Die verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass das Risiko einer Wundinfektion mit der Anzahl der Wechseloperationen steigt. Aggregatwechsel sollten möglichst selten stattfinden, um eine unnötige Belastung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Entsprechend sind lange Aggregatlaufzeiten anzustreben.

Die Indikatoren des Teilbereichs zu Aggregatwechseln richten sich auf die Durchführung notwendiger Funktionsmessungen des neuen Aggregats während der Operation sowie auf Komplikationen im Zusammenhang mit dem Eingriff. Die Dauer des Eingriffs bei Aggregatwechseln wird in einem Indikator bewertet, der auch Implantationen von Herzschrittmachern umfasst und im Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation berichtet wird. Die Lebensdauer des zu ersetzenden Aggregats wird seit der Auswertung zum Erfassungsjahr 2016 anhand eines Follow-up-Indikators ausgewertet, der ebenfalls dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet ist. Korrekturen an Schrittmachertasche und Sonden sind bei der Betrachtung ausgeschlossen. Diese werden im Teilbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation erfasst.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf einer Datenquelle. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquelle:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
 - Datengrundlage nach Standort
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren HSMDEF erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein.

Die Sollstatistik basiert jedoch auf dem entlassenen Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenen Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie die Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	15.223	15.109	100,75
	Basisdatensatz	15.218		
	MDS	5		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		791	792	99,87
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		862		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		872		

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10)

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	13.377	13.334	100,32
	Basisdatensatz	13.373		
	MDS	4		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		784	784	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		855		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		863		

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei Nicht-GKV-Versicherten (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	1.745	1.766	98,81
	Basisdatensatz	1.745		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		485	487	99,59
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		513		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		513		

Datengrundlage für Follow-up-Auswertungen bei GKV-Versicherten (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	13.373	13.373	100,00
	Basisdatensatz	13.373		
	MDS	0		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		783	783	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		854		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		862		

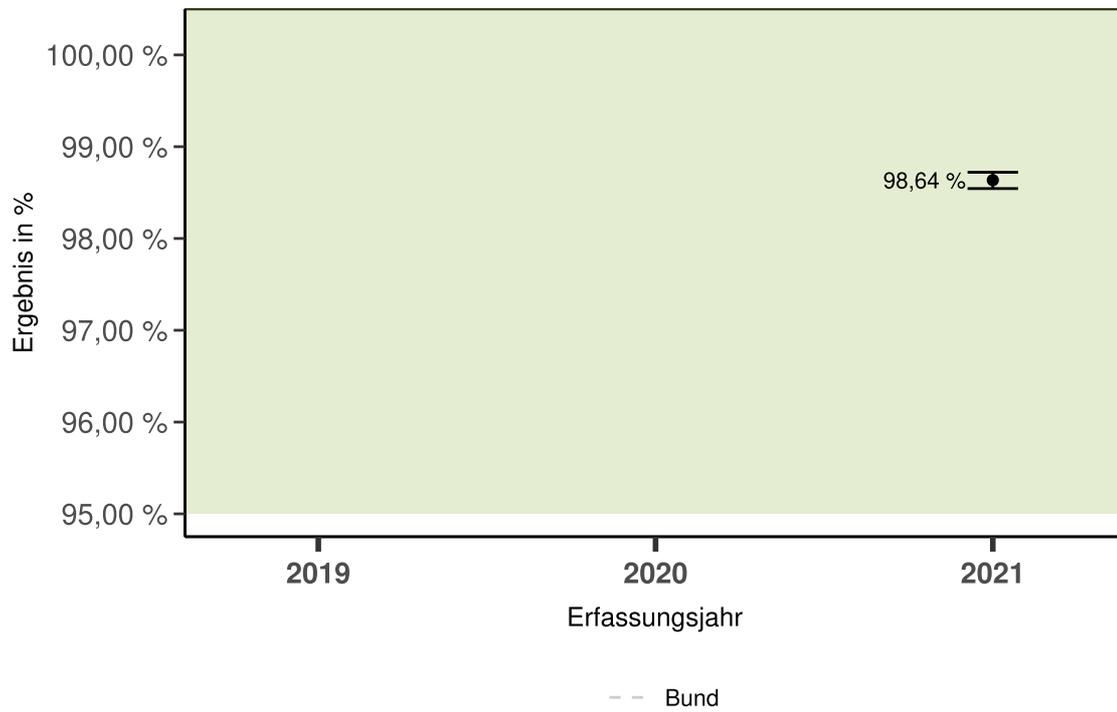
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

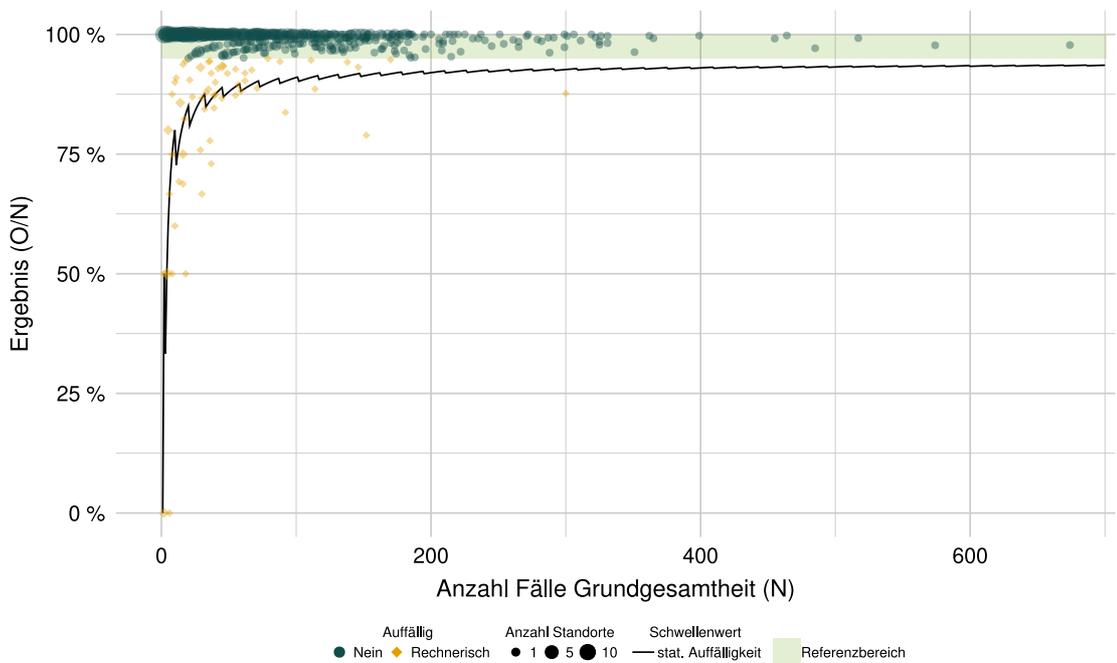
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
ID	52307
Grundgesamtheit	<p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3):</p> <ul style="list-style-type: none">- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde)- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)
Zähler	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 65.200 / 66.102	2019: - 2020: - 2021: 98,64 %	2019: - 2020: - 2021: 98,54 % - 98,72 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	98,64 % 65.200/66.102
1.1.1	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden	
1.1.1.1	Implantation	99,63 % 5.334/5.354
1.1.1.2	Aggregatwechsel	98,94 % 46.452/46.950
1.1.1.3	Revision/Systemumstellung	97,22 % 13.414/13.798
1.1.1.4	Alle Eingriffe	98,64 % 65.200/66.102

1.1.2 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhofsonden Ergebnis Bund (gesamt)	Reizschwelle	Amplitude
Aggregatwechsel	98,35 % 8.966/9.116	98,84 % 10.697/10.823
Revision/Systemumstellung	96,94 % 2.823/2.912	97,65 % 3.117/3.192
Alle Eingriffe	98,01 % 11.789/12.028	98,57 % 13.814/14.015

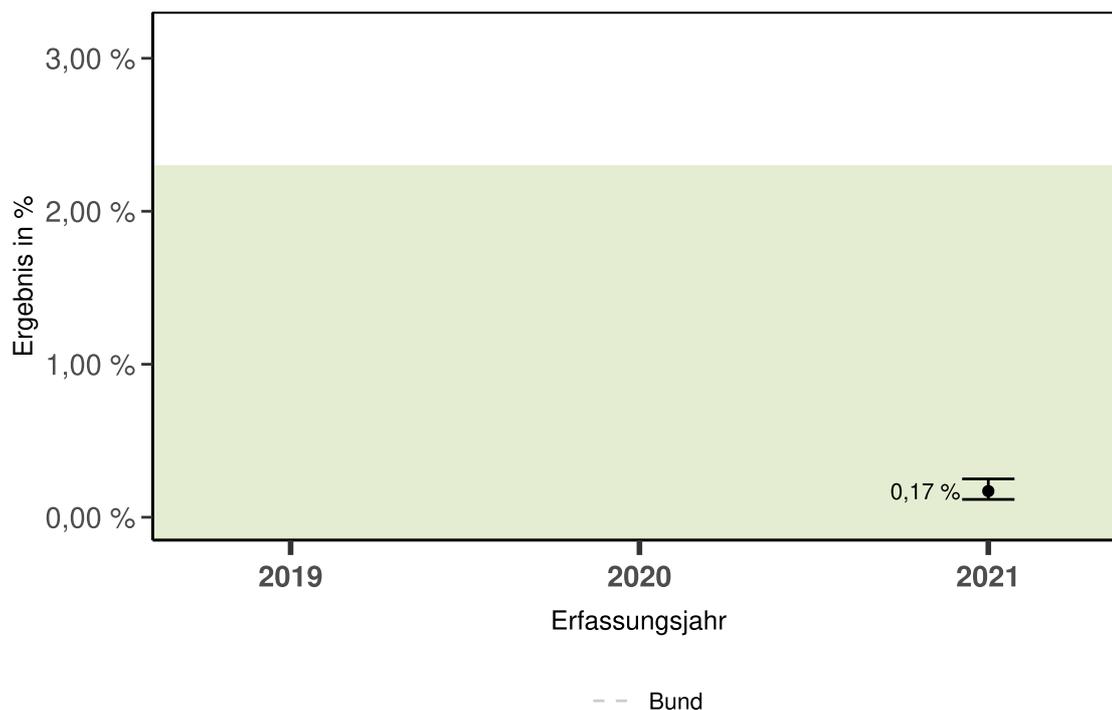
1.1.3 Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Ventrikelsonden Ergebnis Bund (gesamt)	Reizschwelle	Amplitude
Implantation	99,63 % 5.334/5.354	- -/-
Aggregatwechsel	99,15 % 15.650/15.784	99,22 % 11.139/11.227
Revision/Systemumstellung	97,14 % 4.313/4.440	97,14 % 3.161/3.254
Alle Eingriffe	98,90 % 25.297/25.578	98,75 % 14.300/14.481

111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

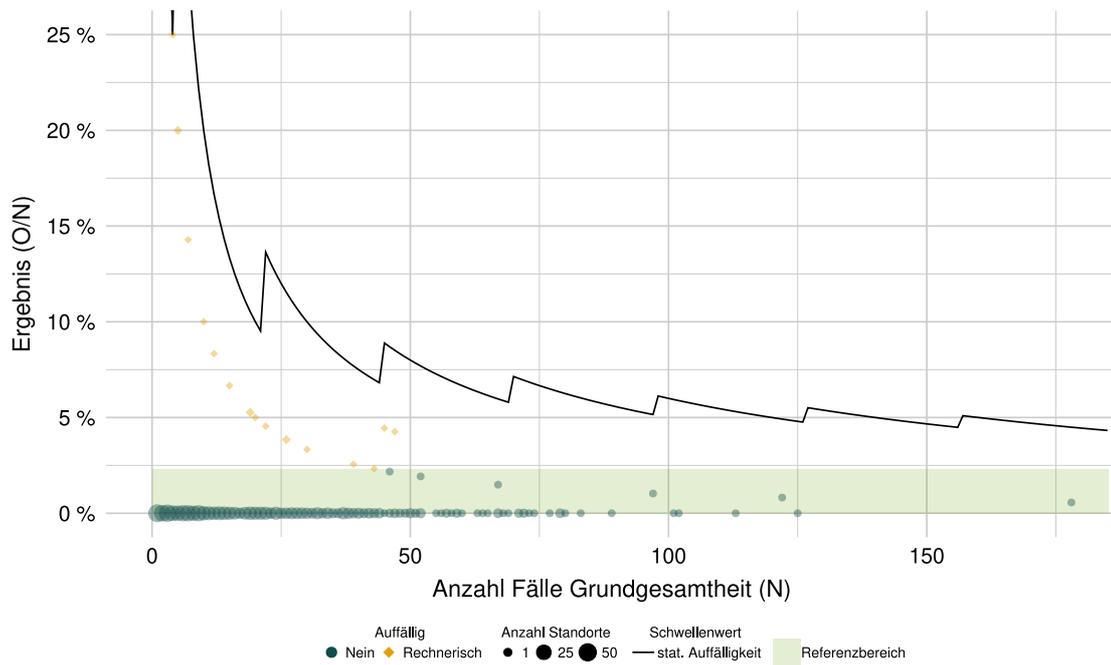
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	111801
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	≤ 2,30 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 26 / 15.218	2019: - 2020: - 2021: 0,17 %	2019: - 2020: - 2021: 0,12 % - 0,25 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	0,17 % 26/15.218

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	0,17 % 26/15.218
2.2.1	Kardiopulmonale Reanimation	0,03 % 5/15.218
2.2.2	Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,10 % 15/15.218
2.2.3	Postoperative Wundinfektion	x % ≤3/15.218
2.2.4	Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,03 % 5/15.218

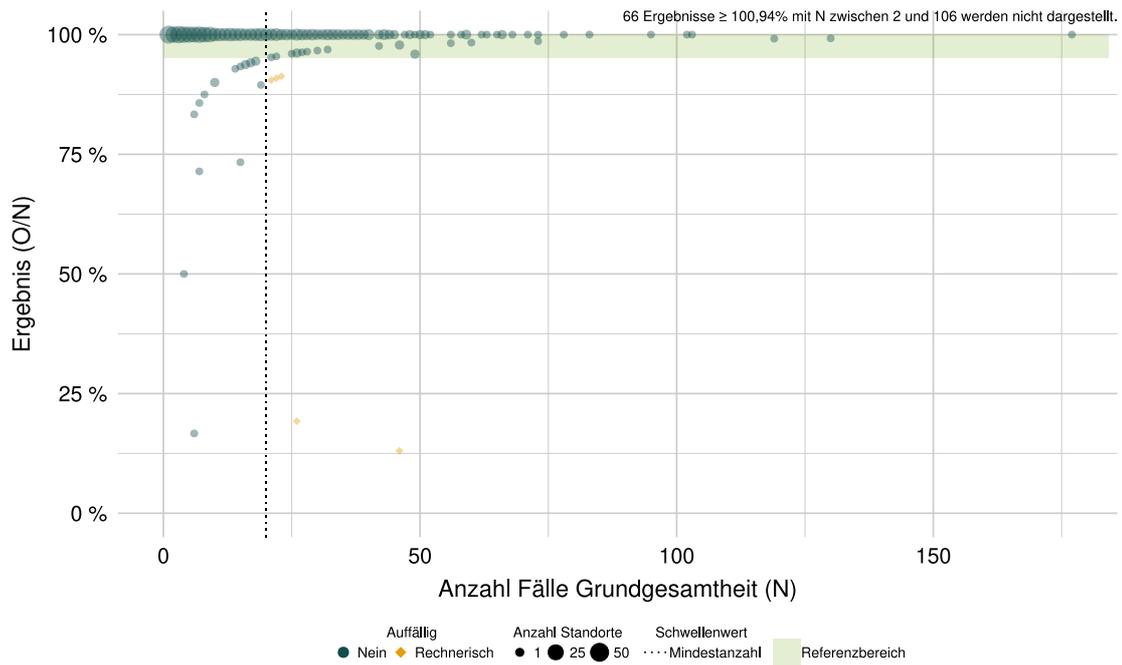
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813073: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

ID	813073
Begründung für die Auswahl	Relevanz Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus. Hypothese Unterdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen 2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertenummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertenummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



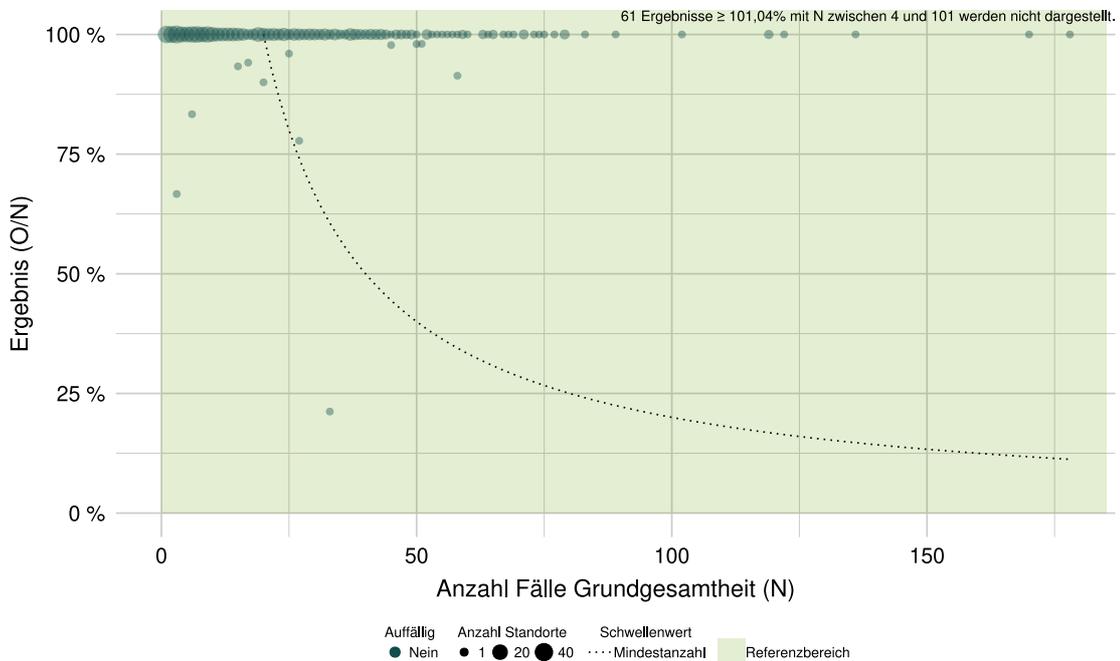
Detaillergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	13.377 / 13.334	100,32 %	0,64 % 5/784

850165: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850165
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



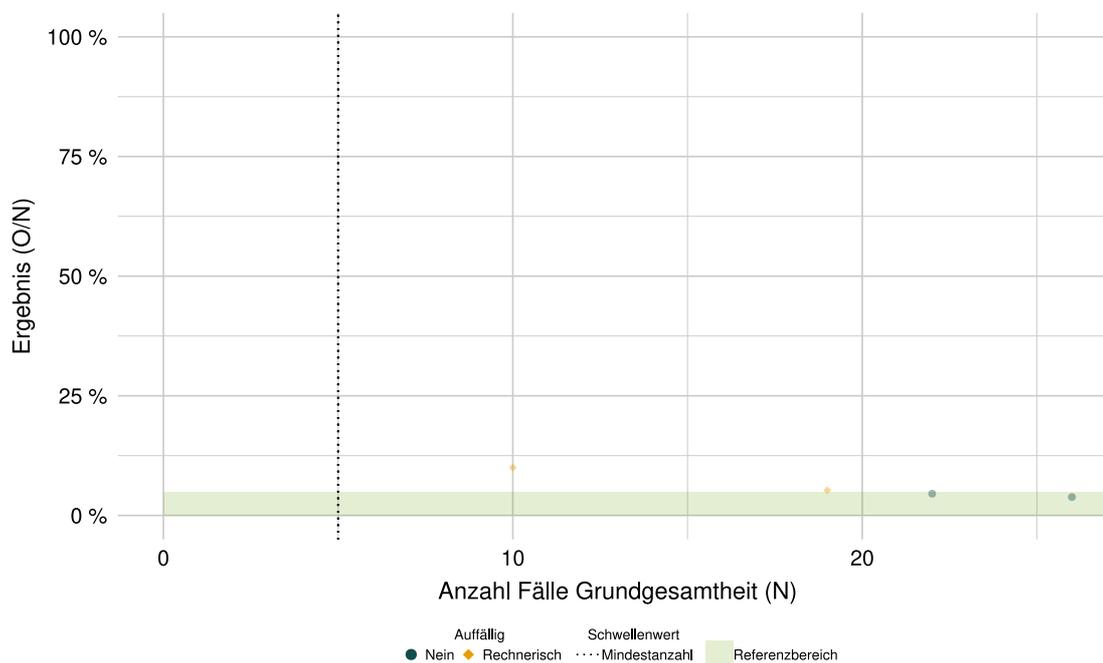
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	15.223 / 15.109	100,75 %	0,76 % 6/792

850218: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850218
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	5 / 15.109	0,03 %	0,25 % 2/792

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	3.610	23,72
2. Quartal	3.941	25,90
3. Quartal	3.973	26,11
4. Quartal	3.694	24,27
Gesamt	15.218	100,00

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	344	2,26
50 - 59 Jahre	406	2,67
60 - 69 Jahre	1.022	6,72
70 - 79 Jahre	3.327	21,86
80 - 89 Jahre	7.646	50,24
≥ 90 Jahre	2.473	16,25
Geschlecht		
(1) männlich	8.166	53,66
(2) weiblich	7.052	46,34
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

Indikation zum Aggregatwechsel

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Indikation zum Aggregatwechsel		
(1) Batterieerschöpfung	15.099	99,22
(2) Fehlfunktion/Rückruf	64	0,42
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	55	0,36

Ort der letzten Schrittmacher-OP

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär, eigene Institution	9.202	60,47
(2) stationär, andere Institution	5.850	38,44
(3) stationsersetzend/ambulant, eigene Institution	89	0,58
(4) stationsersetzend/ambulant, andere Institution	77	0,51

Operation

Bund (gesamt)	
Dauer des Eingriffs (Minuten)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	15.218
5. Perzentil	11,00
25. Perzentil	17,00
Median	22,00
Mittelwert	25,39
75. Perzentil	30,00
95. Perzentil	48,00

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

Implantiertes Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
System		
(1) VVI	2.906	19,10
(2) AAI	120	0,79
(3) DDD	11.397	74,89
(4) VDD	85	0,56
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	647	4,25
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	48	0,32
(9) sonstiges	15	0,10

Belassene Schrittmacher-Sonden

Vorhofsonde

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) und Angabe von Werten	8.966
Median	0,70
Mittelwert	0,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Vorhofsonde (ohne VDD-System)	N = 12.179	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	3.051	25,05
(9) aus anderen Gründen	150	1,23

Bund (gesamt)	
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System) und Angabe von Werten	10.697
Median	2,40
Mittelwert	2,68

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit Vorhofsonde (mit VDD-System)	N = 12.264	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	941	7,67
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	488	3,98
(9) aus anderen Gründen	126	1,03

Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	14.966
Median	0,80
Mittelwert	0,87

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	N = 15.098	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	122	0,81

Bund (gesamt)	
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	11.139
Median	11,00
Mittelwert	11,25

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit rechtsventrikulärer Sonde	N = 15.098	
R-Amplitude nicht gemessen		
(1) kein Eigenrhythmus	3.861	25,57
(9) aus anderen Gründen	88	0,58

Linksventrikuläre Sonde

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	684
Median	1,25
Mittelwert	1,50

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit linksventrikulärer Sonde	N = 710	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	12	1,69

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	26	0,17
kardiopulmonale Reanimation	5	0,03
interventionspflichtiges Taschenhämatom	15	0,10
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	5	0,03

Entlassung

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	15.218
Median	0,00
Mittelwert	1,19
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	15.218
Median	1,00
Mittelwert	1,60
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	15.218
Median	2,00
Mittelwert	2,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)¹		
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	2.886	18,96
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	6.225	40,91
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	2.203	14,48
(R00.-) Störungen des Herzschlags	161	1,06
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	2.972	19,53
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	13.410	88,12

¹ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.218	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	13.997	91,98
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	599	3,94
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	23	0,15
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	61	0,40
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	85	0,56
(07) Tod	44	0,29
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²	7	0,05
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	40	0,26
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	350	2,30
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ⁴	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

² § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

³ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV