

Bundesauswertung

HSMDEF-HSM-REV: Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Auswertungsjahr 2024

Erfassungsjahr 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 15.08.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Datengrundlagen.....	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	6
Übersicht über weitere Datengrundlagen.....	9
Ergebnisübersicht.....	12
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023.....	14
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023.....	15
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	17
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts.....	17
121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen).....	17
52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden.....	19
Details zu den Ergebnissen.....	21
51404: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	22
Details zu den Ergebnissen.....	25
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	26
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	26
850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen.....	26
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	28
813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten.....	28
850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	30
850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	32
850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	34
Basisauswertung.....	36
Basisdokumentation.....	36
Patient.....	37

Indikation zur Revision/Explantation.....	38
Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden.....	39
Operation.....	42
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems.....	43
Schrittmachersystem.....	43
Schrittmacher-Aggregat.....	44
Schrittmachersonden.....	44
Vorhofsonde.....	44
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel).....	46
Linksventrikuläre Sonde.....	47
Komplikationen.....	49
Sonden- bzw. Systemdislokation.....	49
Sonden- bzw. Systemdysfunktion.....	50
Entlassung.....	51
Behandlungszeiten.....	51
Impressum.....	54

Einleitung

Der hier dargestellte Teilbereich umfasst die Qualitätssicherung bei erneuten Eingriffen (Revisionen) an Herzschrittmachern, bei ihrer Entfernung (Explantation) oder bei Systemwechsel.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten erhoben, durch die die Daten dieses Teilbereichs mit den vorausgegangenen Schrittmachereingriffen der Patientinnen und Patienten verknüpft werden können. Die Indikatoren, die sich auf die Ursachen für die Reparatur, den Wechsel oder das Entfernen des Herzschrittmachers beziehen, können nun als (längsschnittliche) Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden und sind dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet.

Die Qualitätsindikatoren des Teilbereichs Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation beziehen sich auf Komplikationen im Umfeld der Operation und die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus. Die Ergebnisse der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden werden zusammen mit den Daten zu Erstimplantationen und Aggregatwechseln ausgewertet; die entsprechenden Indikatoren sind den Teilbereichen Herzschrittmacher-Implantation und Herzschrittmacher-Aggregatwechsel zugeordnet.

Zu diesem Bericht steht unter <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/> eine Leseanleitung inkl. Erläuterungen zur Risikoadjustierung und Glossar zum Download zur Verfügung.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene), im ambulanten Sektor gibt es nur die BSNR-Einheit, die bei Auswertungen auf verschiedenen Ebenen (IKNR-Ebene, Auswertungsstandort, entlassender Standort) mitberücksichtigt wird.

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR/BSNR-Ebene als auch auf Standortebene / BSNR-Ebene ausgegeben. Die Standortebene / BSNR-Ebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren HSMDEF erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort.

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2023 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebeine / BSNR-Ebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2023 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebeine / BSNR-Ebene (entlassender Standort)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	8.816	8.709	101,23
	Basisdatensatz	8.769		
	MDS	47		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	764		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebeine (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	783	776	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	709	703	100,85

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	9.183 9.135 48	8.977	102,29
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	796		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	811	808	100,37
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	735	733	100,27

Übersicht über weitere Datengrundlagen

Hinweis zu den Tabellen für die Follow-up-Auswertungen:

Für die Follow-up-Auswertungen können aus rechtlichen Gründen nur Eingriffe von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten betrachtet werden (Tabelle „Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10“)).

Für die Follow-up-Auswertungen können nur Fälle berücksichtigt werden, bei denen aus den dokumentierten Daten ein Patientenpseudonym erzeugt werden konnte (Tabelle „Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym“), da dieses für die Verknüpfung der Ersteingriffe und Folgeeingriffe benötigt wird.

Eingriffe bei nicht gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (IKNR <> 10) werden bei den Follow-up-Auswertungen nicht berücksichtigt (Tabelle „Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <> 10“)).

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	7.652	7.564	101,16
	Basisdatensatz	7.612		
	MDS	40		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	767	759	101,05
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	696	689	101,02

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.612 7.612 -	7.612	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	767	767	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	696	696	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht-GKV-Versicherte (IKNR <= 10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.066 1.066 -	1.104	96,56
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	372		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	373	380	98,16
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	357	366	97,54

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.963 7.925 38	7.817	101,87
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	782		

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	794	791	100,38
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	722	719	100,42

Follow-up-Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR = 10) mit Patientenpseudonym

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.925 7.925 -	7.925	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	782		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	793	793	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	722	722	100,00

Für die Follow-up-Berechnung nicht auswertbare Datensätze: Nicht- GKV-Versicherte (IKNR <> 10)

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.150 1.150 -	1.129	101,86
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	398		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	401	394	101,78
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt)	376	372	101,08

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) 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 der Patientin oder des Patienten 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“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der betroffenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Erfassungsjahre 2022 und 2023 mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2021 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detaillierergebnisse 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2023.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	0,88 % O = 77 N = 8.769
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Nicht definiert	0,77 % O = 48 N = 6.259
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,51 (95. Perzentil)	0,90 O/E = 172 / 190,13 N = 8.769

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023

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. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. 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.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 11,82 % (95. Perzentil)	2,75 % 157 / 5.713	1,66 % 12 / 725

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzber.	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	101,16 % 7.652 / 7.564	0,40 % 3 / 759
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	101,23 % 8.816 / 8.709	0,52 % 4 / 776
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	101,23 % 8.816 / 8.709	0,00 % 0 / 776
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,54 % 47 / 8.709	2,32 % 18 / 776

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

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

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

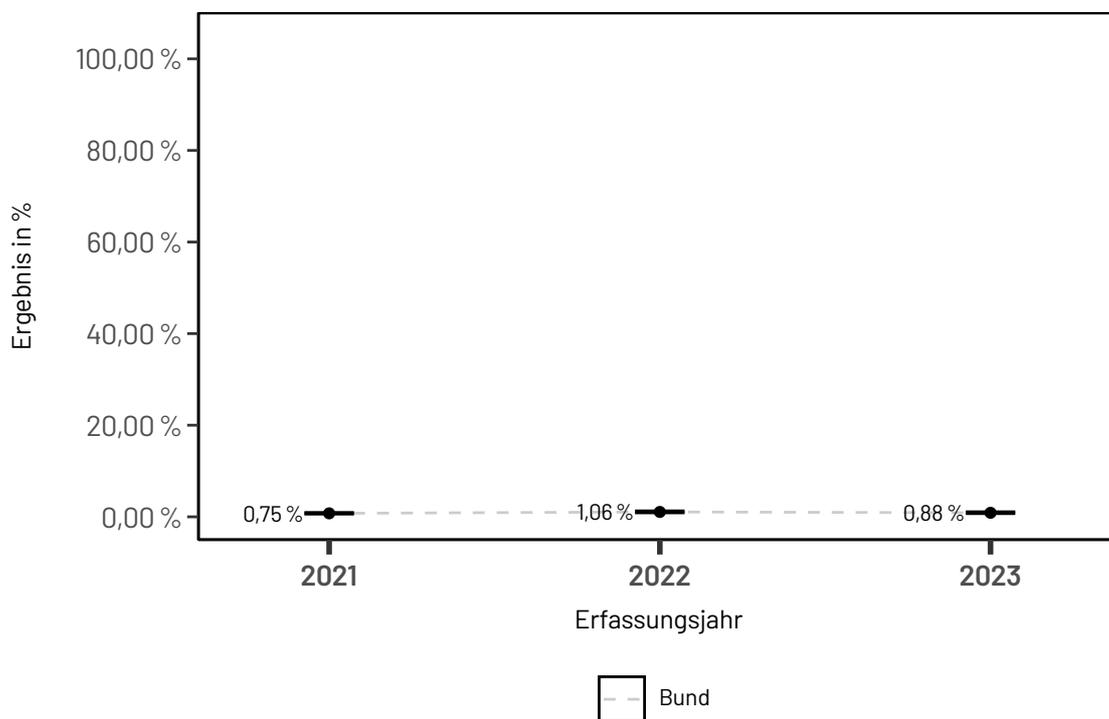
ID	121800
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

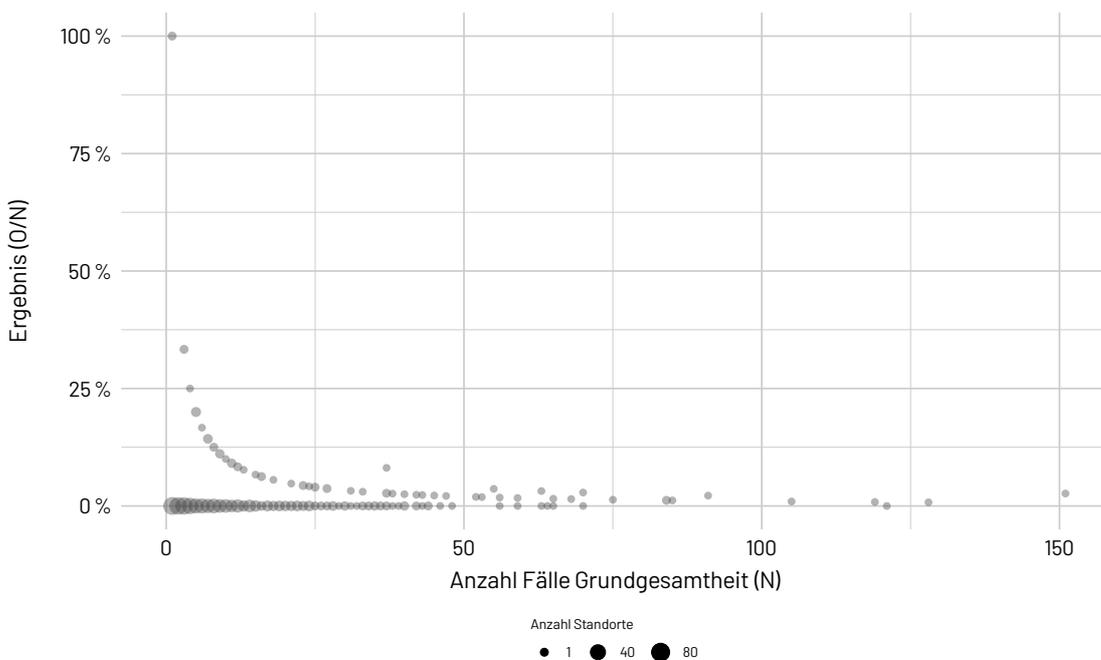
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	71 / 9.407	0,75 %	0,60 % - 0,95 %
	2022	97 / 9.135	1,06 %	0,87 % - 1,29 %
	2023	77 / 8.769	0,88 %	0,70 % - 1,10 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

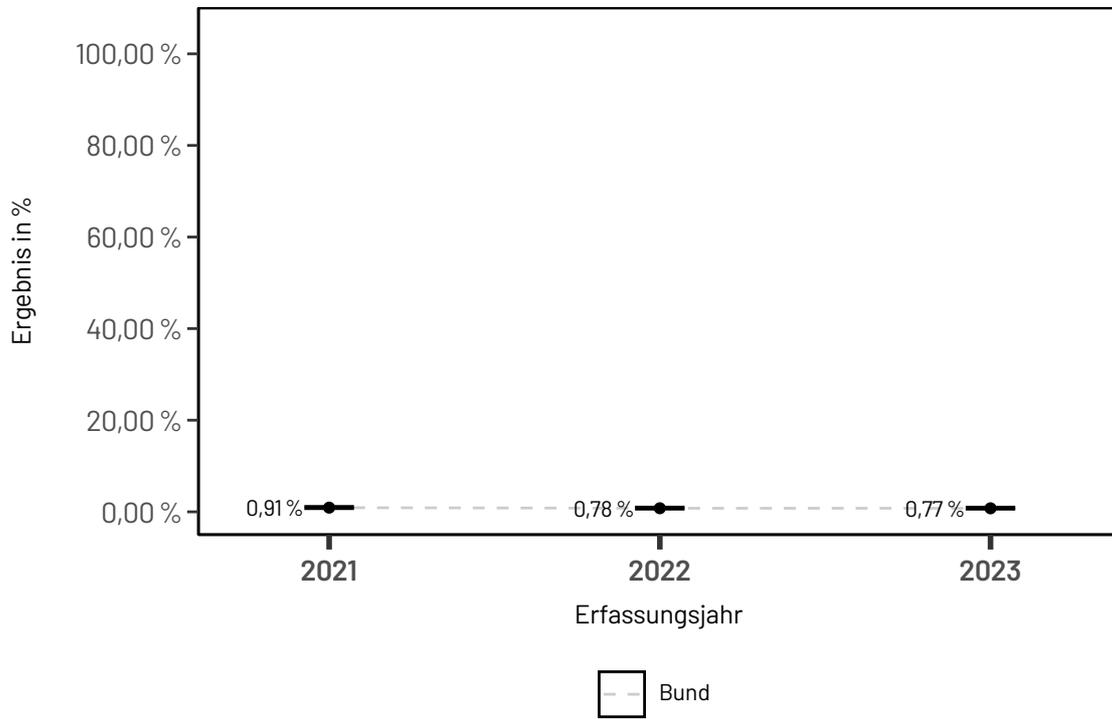
ID	52315
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

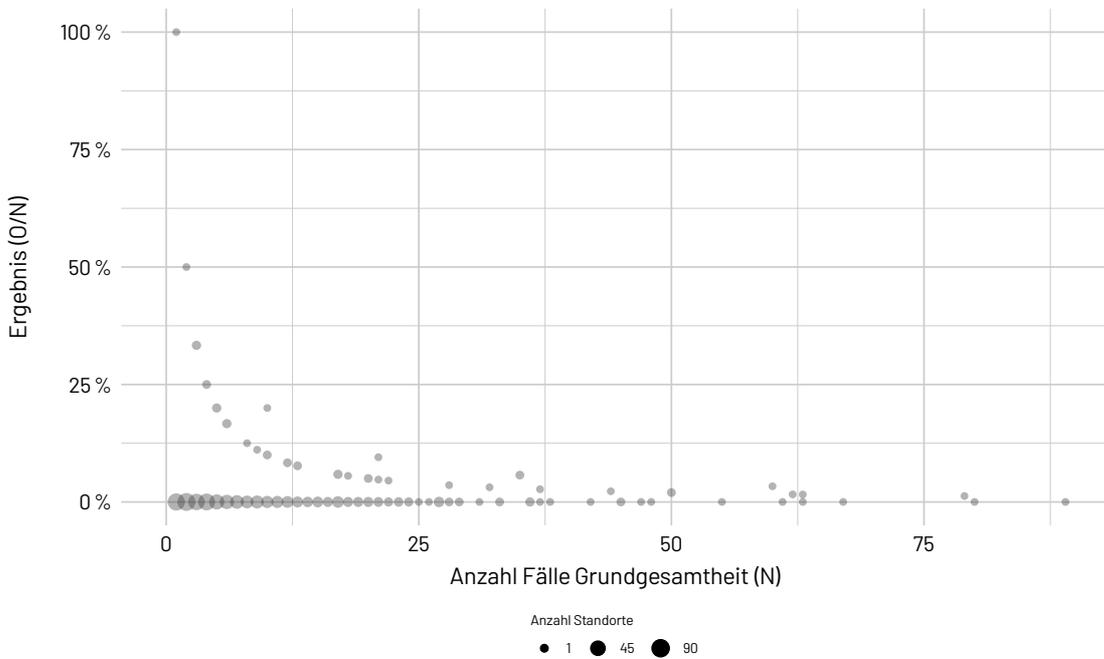
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Bund	2021	59 / 6.498	0,91 %	0,70 % - 1,17 %
	2022	49 / 6.282	0,78 %	0,59 % - 1,03 %
	2023	48 / 6.259	0,77 %	0,58 % - 1,02 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 12_22021 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	1,49 % 131/8.769

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 121800 Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	0,88 % 77/8.769
1.2.1	ID: 12_22025 Kardiopulmonale Reanimation	0,13 % 11/8.769
1.2.2	ID: 12_22026 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,29 % 25/8.769
1.2.3	ID: 12_22027 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,15 % 13/8.769
1.2.4	ID: 12_22028 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,17 % 15/8.769
1.2.5	ID: 12_22029 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,05 % 4/8.769
1.2.6	ID: 12_22030 Postoperative Wundinfektion	x % ≤3/8.769
1.2.7	ID: 12_22034 Interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	0,00 % 0/8.769
1.2.8	ID: 12_22035 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,15 % 13/8.769

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 52315 Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,77 % 48/6.259
1.3.1	ID: 12_22036 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,56 % 35/6.259
1.3.2	ID: 12_22037 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,22 % 14/6.259

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	51404
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404
Referenzbereich	≤ 4,51 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 60 Jahre ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation - 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023

Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2021	9.407	192 / 200,00	0,96	0,83 - 1,10
	2022	9.135	197 / 197,00	1,00	0,87 - 1,15
	2023	8.769	172 / 190,13	0,90	0,78 - 1,05

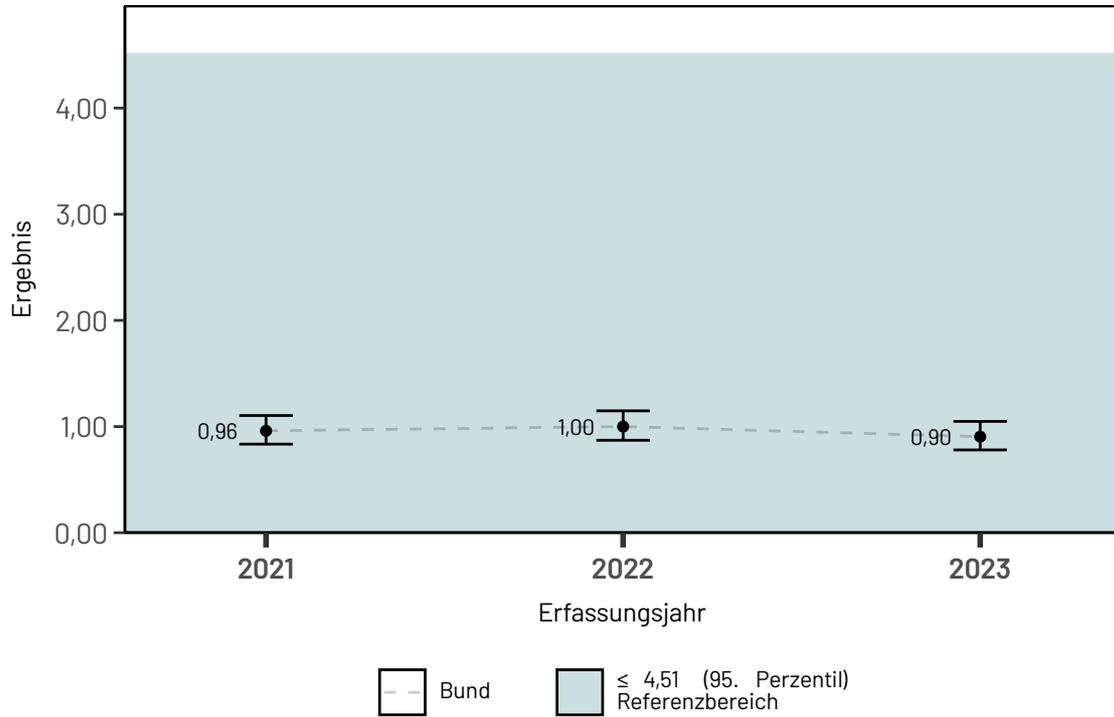
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

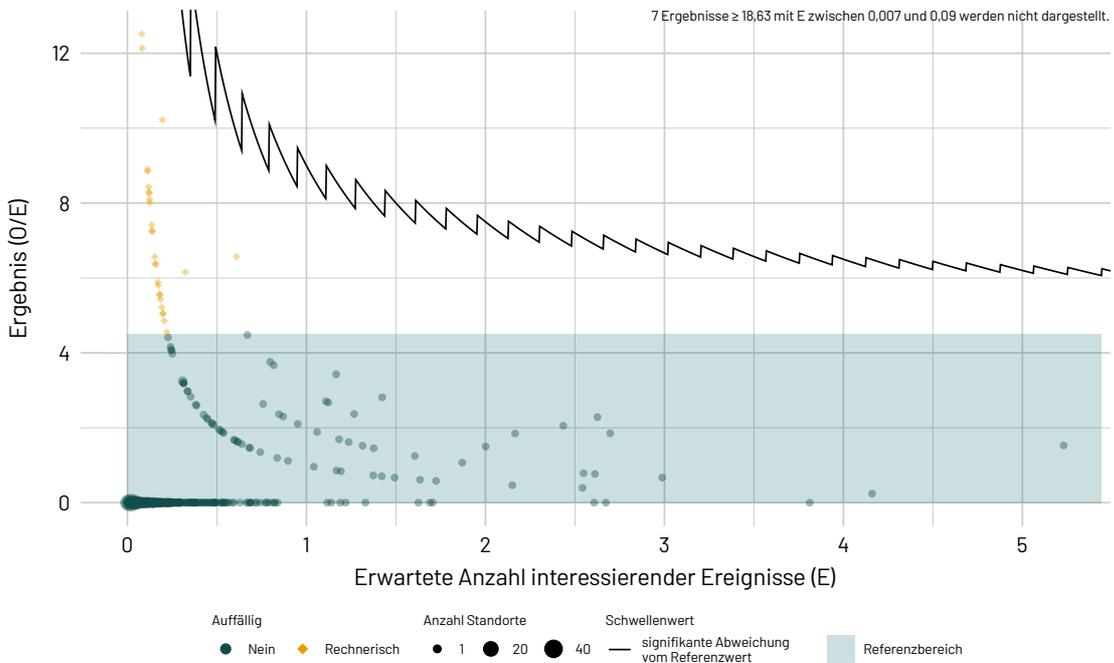
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

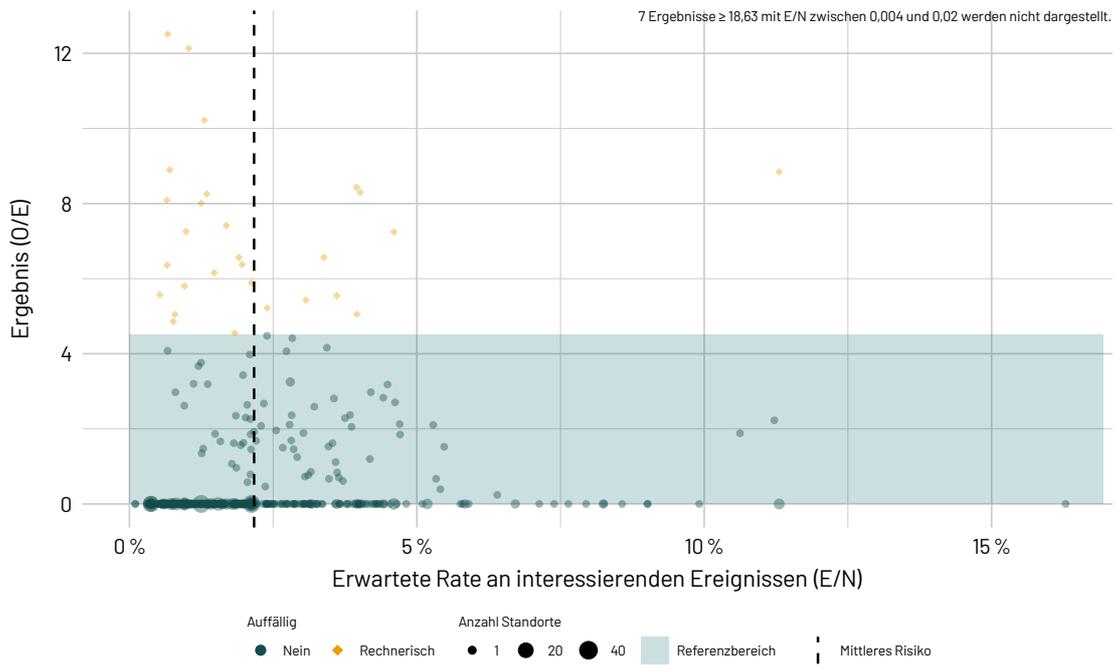
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 12_22040 Sterblichkeit im Krankenhaus	1,96 % 172/8.769
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
2.1.1.1	ID: O_51404 O/N (observed, beobachtet)	1,96 % 172/8.769
2.1.1.2	ID: E_51404 E/N (expected, erwartet)	2,17 % 190,13/8.769
2.1.1.3	ID: 51404 O/E	0,90

¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Leseanleitung auf der IQTIG-Webseite (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesauswertung/>).

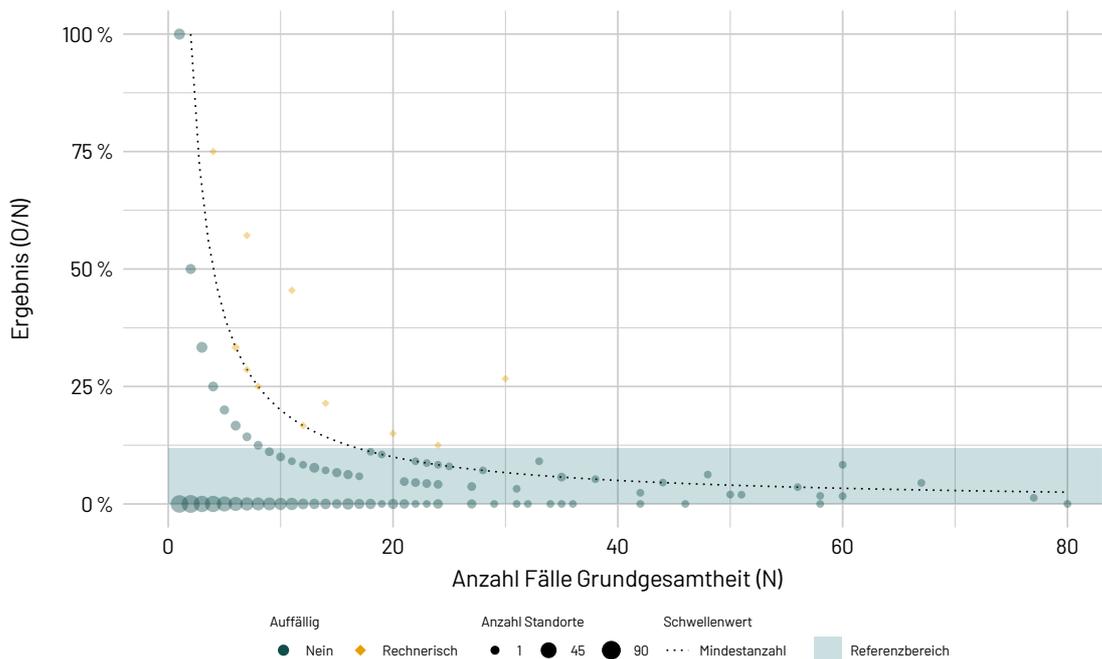
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

ID	850339
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle für die „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde, werden aus dem Nenner des QI 52305 ausgeschlossen, weshalb bei einem hohen Anteil an bestätigten Dokumentationsfehlern eine korrekte Berechnung der QI nicht möglich ist. Hypothese Fehl- bzw. Unterdokumentation. Tatsächlich liegen Angaben zur Art des Vorgehens vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde
Zähler	Fälle, bei denen 'kein Eingriff an der Sonde' dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 11,82 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

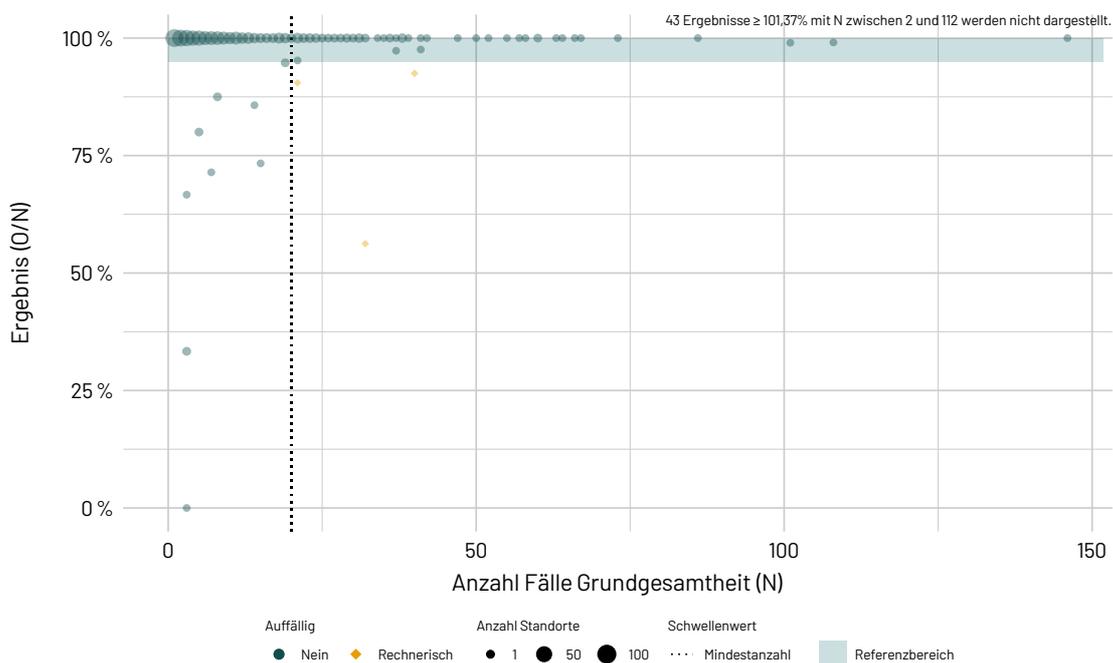
Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	157 / 5.713	2,75 %	1,66 % 12 / 725

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

ID	813074
Art des Wertes	Datenvalidierung
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	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-Versichertennummer 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-Versichertennummer 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



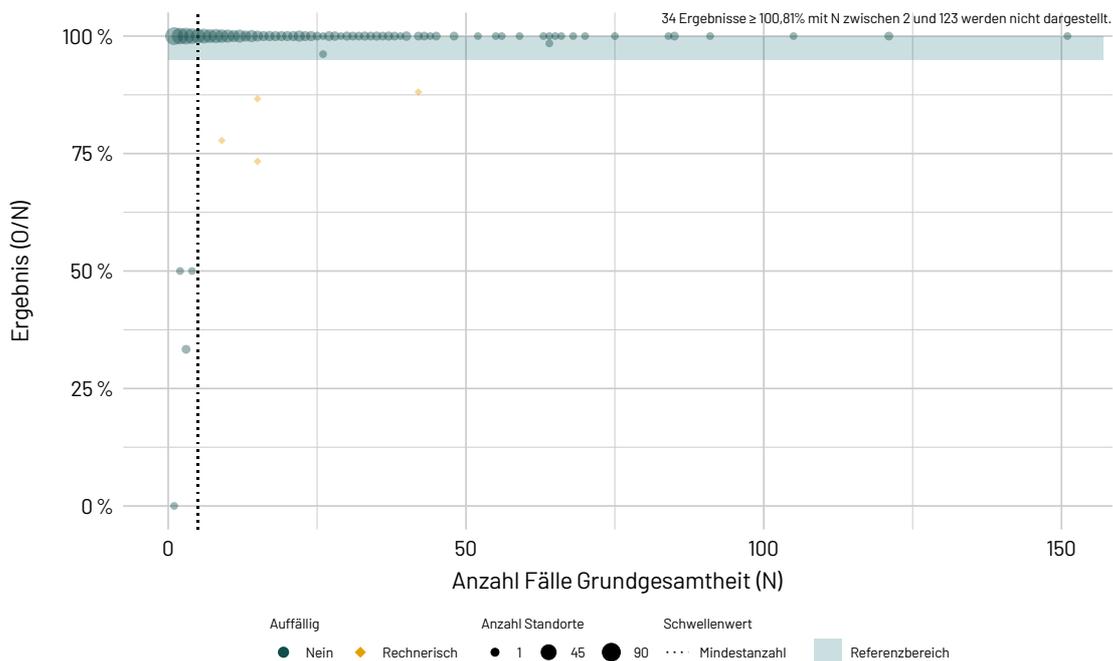
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	7.652 / 7.564	101,16 %	0,40 % 3 / 759

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850166
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation 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 Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



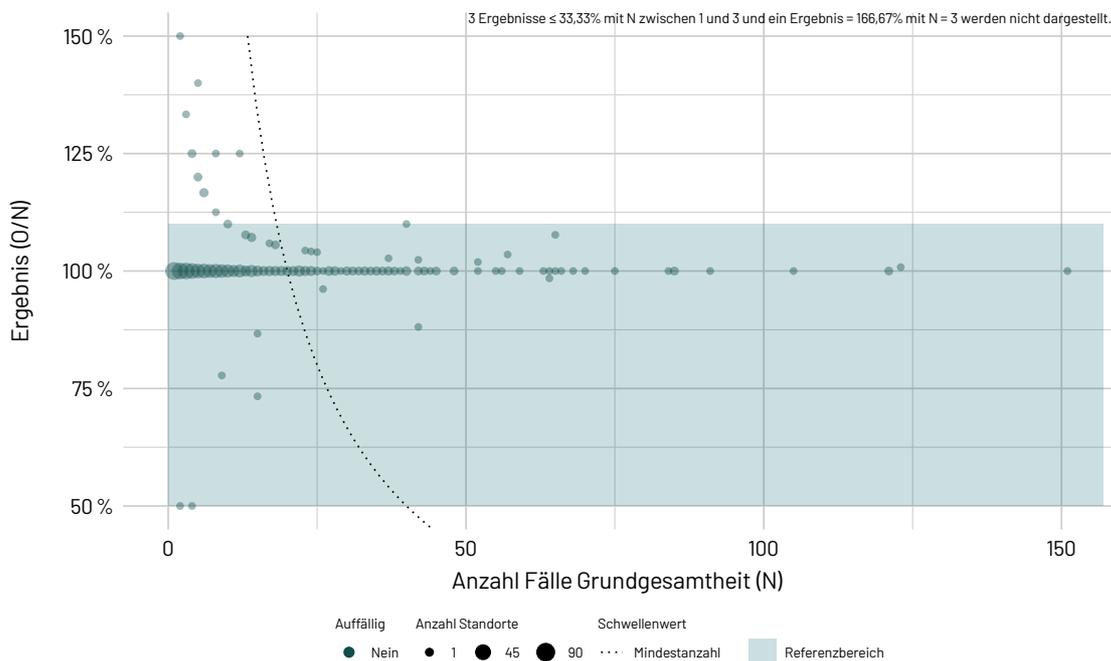
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	8.816 / 8.709	101,23 %	0,52 % 4 / 776

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850167
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	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. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	$\leq 110,00 \%$
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



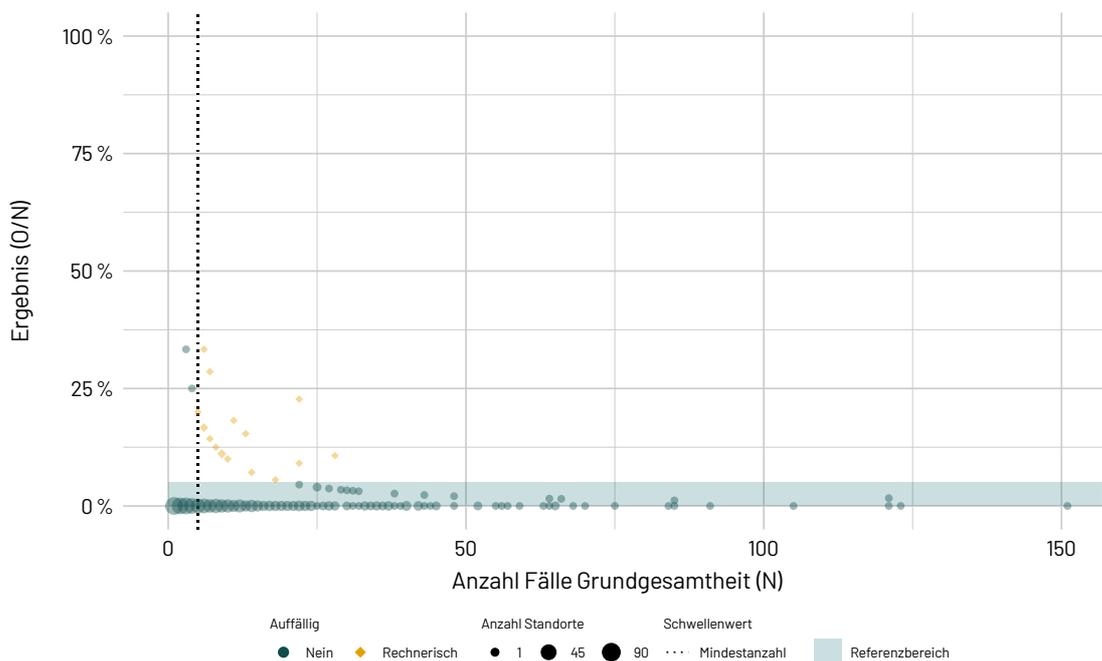
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	8.816 / 8.709	101,23 %	0,00 % 0 / 776

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850219
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort 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

Dimension / Erfassungsjahr 2023	Ergebnis O/N	Ergebnis	rechnerisch auffällig
Bund	47 / 8.709	0,54 %	2,32 % 18 / 776

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	2.342	26,71
2. Quartal	2.140	24,40
3. Quartal	2.225	25,37
4. Quartal	2.062	23,51
Gesamt	8.769	100,00

Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	328	3,74
50 - 59 Jahre	407	4,64
60 - 69 Jahre	1.127	12,85
70 - 79 Jahre	2.577	29,39
80 - 89 Jahre	3.772	43,02
≥ 90 Jahre	558	6,36
Geschlecht		
(1) männlich	4.918	56,08
(2) weiblich	3.851	43,92
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	336	3,83
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	3.225	36,78
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.550	51,89
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	629	7,17
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	29	0,33

Indikation zur Revision/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Indikation zum Eingriff am Aggregat²		
(0) keine aggregatbezogene Indikation	5.236	59,71
(1) Batterieerschöpfung	2.060	23,49
(3) Fehlfunktion/Rückruf	176	2,01
(4) vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels	796	9,08
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	501	5,71
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	7.388	84,25
(1) Taschenhämatom	83	0,95
(2) Aggregatperforation	200	2,28
(3) Infektion	706	8,05
(9) sonstiges Taschenproblem	392	4,47
Sondenproblem³		
(0) nein	2.127	24,26
(1) ja	6.642	75,74

² inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

³ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	8.427	96,10
(2) stationersetzend/ambulant	342	3,90

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Sondenproblem	N = 6.642	
Vorhofsonde		
(1) Dislokation	1.608	24,21
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	356	5,36
(3) fehlerhafte Konnektion	37	0,56
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	17	0,26
(5) Oversensing	79	1,19
(6) Undersensing	90	1,36
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	316	4,76
(8) Infektion	685	10,31
(9) Myokardperforation	79	1,19
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	166	2,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Sondenproblem	N = 6.642	
rechtsventrikuläre Sonde⁴		
(1) Dislokation	767	11,55
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	697	10,49
(3) fehlerhafte Konnektion	51	0,77
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	56	0,84
(5) Oversensing	138	2,08
(6) Undersensing	139	2,09
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	1.446	21,77
(8) Infektion	734	11,05
(9) Myokardperforation	196	2,95
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	5	0,08
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	186	2,80

⁴ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker bzw. an der HIS-Bündel-Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Sondenproblem	N = 6.642	
linksventrikuläre Sonde		
(1) Dislokation	78	1,17
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	37	0,56
(3) fehlerhafte Konnektion	4	0,06
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	21	0,32
(5) Oversensing	≤3	x
(6) Undersensing	≤3	x
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	78	1,17
(8) Infektion	94	1,42
(9) Myokardperforation	9	0,14
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	51	0,77

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Eingriffe (nach OPS)⁵		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	435	4,96
(5-378.1*) Sondenentfernung	459	5,23
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	1.119	12,76
(5-378.3*) Sondenkorrektur	2.240	25,54
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	613	6,99
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.707	19,47
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.784	20,34
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	56	0,64
(5-378.b*) Systemumstellung	911	10,39

⁵ Mehrfachnennung möglich

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden		
(0) nein, da Explantation	1.212	13,82
(1) ja	7.557	86,18

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.557	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(1) VVI	1.313	17,37
(2) AAI	28	0,37
(3) DDD	5.393	71,36
(4) VDD	13	0,17
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	613	8,11
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	89	1,18
(7) Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI)	71	0,94
(9) sonstiges	37	0,49

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.557	
Sonde am HIS-Bündel implantiert		
(0) nein	7.442	98,48
(1) ja	115	1,52

Schrittmacher-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.486	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff am Aggregat	3.655	48,82
(1) Neuimplantation	2.991	39,95
(2) Neuplatzierung	669	8,94
(9) sonstiges	171	2,28

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 6.107	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.219	52,71
(1) Neuimplantation	1.603	26,25
(2) Neuplatzierung	1.149	18,81
(4) Reparatur	19	0,31
(9) sonstiges	73	1,20

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.087
Median	0,70
Mittelwert	0,78

Bund (gesamt)		n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel		N = 6.094	
Reizschwelle nicht gemessen			
(1) wegen Vorhofflimmerns		831	13,64
(9) aus anderen Gründen		122	2,00

Bund (gesamt)	
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.625
Median	2,60
Mittelwert	2,95

Bund (gesamt)		n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel		N = 6.107	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen			
(1) wegen Vorhofflimmerns		240	3,93
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus		72	1,18
(9) aus anderen Gründen		117	1,92

Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.529	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.309	43,95
(1) Neuimplantation	3.080	40,91
(2) Neuplatzierung	965	12,82
(4) Reparatur	28	0,37
(9) sonstiges	126	1,67

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	7.362
Median	0,60
Mittelwert	0,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.529	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	139	1,85

Bund (gesamt)	
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	6.374
Median	10,80
Mittelwert	11,40

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.529	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) kein Eigenrhythmus	999	13,27
(9) aus anderen Gründen	128	1,70

Linksventrikuläre Sonde

Bund (gesamt)		
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	N = 739	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	337	45,60
(1) Neuimplantation	314	42,49
(2) Neuplatzierung	34	4,60
(4) Reparatur	≤3	x
(9) sonstiges	12	1,62

Bund (gesamt)	
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	665
Median	1,00
Mittelwert	1,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	N = 739	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	31	4,19

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	131	1,49
kardiopulmonale Reanimation	11	0,13
interventionspflichtiger Pneumothorax	25	0,29
interventionspflichtiger Hämatothorax	4	0,05
interventionspflichtiger Perikarderguss	13	0,15
interventionspflichtiges Taschenhämatom	15	0,17
Sonden- bzw. Systemdislokation	41	0,47
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	17	0,19
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	≤3	x
interventionspflichtige Komplikation/en an der Punktionsstelle	0	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation	13	0,15

Sonden- bzw. Systemdislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Sonden- bzw. Systemdislokation	N = 41	
Ort der Sonden- bzw. Systemdislokation⁶		
Vorhofsonde	22	53,66
rechter Ventrikel ⁷	19	46,34
linker Ventrikel	≤3	x
beide Ventrikel	0	0,00

⁶ Mehrfachnennung möglich

⁷ inklusive HIS-Bündel

Sonden- bzw. Systemdysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit Sonden- bzw. Systemdysfunktion	N = 17	
Ort der Sonden- bzw. Systemdysfunktion⁸		
Vorhofsonde	4	23,53
rechter Ventrikel ⁹	15	88,24
linker Ventrikel	0	0,00
beide Ventrikel	0	0,00

⁸ Mehrfachnennung möglich

⁹ inklusive HIS-Bündel

Entlassung

Behandlungszeiten

Bund (gesamt)	
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	8.769
Median	1,00
Mittelwert	4,17
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	8.769
Median	2,00
Mittelwert	5,03
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patienten mit Angabe von Werten	8.769
Median	5,00
Mittelwert	9,20

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD)¹⁰		
(I11.-) Hypertensive Herzkrankheit	871	9,93
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	2.378	27,12
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	2.839	32,38
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	3.533	40,29
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	1.692	19,30
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5.739	65,45
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	3.331	37,99
(Z95.-) Vorhandensein von kardialen oder vasuklären Implantaten oder Transplantaten	4.332	49,40

¹⁰ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 8.769	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.335	83,65
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	369	4,21
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	11	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	44	0,50
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	581	6,63
(07) Tod	172	1,96
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹¹	7	0,08
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	104	1,19
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	134	1,53
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹²	4	0,05
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹³	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund¹⁴		
(1) ja	≤3	x

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

¹² nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹³ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

¹⁴ z.B. unterjährig aufgenommene Entlassungsgründe (ebenfalls nach § 301-Vereinbarung)

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/>