

Hinweis: Aus Datenschutzgründen wird der Länderbericht nur auszugsweise veröffentlicht. Gekürzt wurde um:

- ausführliche Detailtabellen zu den Indikatorergebnissen
- Details zu Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung
- die Basisauswertung

Länderbericht

HSMDEF-HSM-IMPL: Herzschrittmacher-Implantation

Baden-Württemberg

Auswertungsjahr 2024

Erfassungsjahre 2021, 2022 und 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Herzschrtrittmacher-Implantation. Länderbericht. Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 31.05.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung..... | 6 |
| Datengrundlagen..... | 7 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten..... | 7 |
| Übersicht über weitere Datengrundlagen..... | 10 |
| Ergebnisübersicht..... | 15 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023..... | 17 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022..... | 19 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021..... | 20 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2023..... | 21 |
| Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen..... | 23 |
| 101803: Leitlinienkonforme Indikation..... | 23 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 25 |
| Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen..... | 26 |
| 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl..... | 26 |
| 54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern..... | 28 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 30 |
| 52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln..... | 31 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 33 |
| 101800: Dosis-Flächen-Produkt..... | 36 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 39 |
| 52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen..... | 40 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 43 |
| Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts..... | 45 |

| | |
|--|----|
| 101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)..... | 45 |
| 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion..... | 47 |
| 101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden..... | 50 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 52 |
| 51191: Sterblichkeit im Krankenhaus..... | 54 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 57 |
| 2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen..... | 58 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 60 |
| 2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren..... | 62 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 63 |
| 2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres..... | 65 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 68 |
| 2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres..... | 70 |
| Details zu den Ergebnissen..... | 73 |
| 102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation..... | 75 |
| Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien..... | 77 |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit..... | 77 |
| 813070: Führendes Symptom 'sonstiges'..... | 77 |
| 813071: Führende Indikation 'sonstiges'..... | 79 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit..... | 81 |
| 813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten..... | 81 |
| 850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation..... | 83 |
| 850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation..... | 85 |
| 850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... | 87 |
| Basisauswertung..... | 89 |
| Basisdokumentation..... | 89 |
| Patient..... | 90 |

| | |
|--|-----|
| Body Mass Index (BMI)..... | 91 |
| Präoperative Anamnese/Klinik..... | 92 |
| Präoperative Diagnostik..... | 96 |
| Indikationsbegründende EKG-Befunde..... | 96 |
| Linksventrikuläre Funktion..... | 99 |
| Zusätzliche Kriterien..... | 100 |
| Operation..... | 102 |
| Zugang des implantierten Systems..... | 105 |
| Implantiertes System..... | 106 |
| Schrittmachersystem..... | 106 |
| Schrittmachersonden..... | 106 |
| Vorhofsonde..... | 107 |
| Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)..... | 108 |
| Linker Ventrikel..... | 109 |
| Komplikationen..... | 111 |
| Sondendislokation..... | 112 |
| Sondendysfunktion..... | 112 |
| Entlassung..... | 113 |
| Behandlungszeiten..... | 113 |
| Impressum..... | 116 |

Einleitung

Ein zu langsamer Herzschlag (bradykarde Herzrhythmusstörung) kann nach sorgfältiger Diagnostik und Ausschluss reversibler Ursachen den Einsatz (Implantation) eines Herzschrittmachers erfordern. Mit dem Einsatz dieses elektrischen „Taktgebers“ wird das Ziel verfolgt, krankheitstypische Beschwerden der Patientinnen und Patienten, die bis zu Bewusstlosigkeitsanfällen reichen können, zu mindern. Bei bestimmten Formen der bradykarden Herzrhythmusstörung erhöhen Herzschrittmacher die Lebenserwartung („prognostische Indikation“). Ein weiteres Anwendungsgebiet für Herzschrittmacher ist die fortgeschrittene Pumpschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), bei der beide Hauptkammern und/oder verschiedene Wandabschnitte der linken Kammer nicht mehr synchron arbeiten. Diese Form der Herzschwäche kann mittels elektrischer Stimulation behandelt werden (kardiale Resynchronisationstherapie).

Im Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation fokussieren die Qualitätsindikatoren u. a. auf die Beachtung von Leitlinienempfehlungen, die Dauer des Eingriffs, die Strahlenbelastung der Patientin bzw. des Patienten sowie die Erreichung akzeptabler Werte bei notwendigen intraoperativen Messungen (Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung). Darüber hinaus erfassen sie Komplikationen im zeitlichen Umfeld des Eingriffs und die risikoadjustierte Sterblichkeitsrate.

Seit dem Erfassungsjahr 2015 werden Daten zu Herzschrittmachereingriffen erhoben, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte von Patientinnen bzw. Patienten ermöglichen. Durch dieses Follow-up können z. B. auch Komplikationen erfasst werden, die erst nach Verlassen des Krankenhauses auftreten. Die Follow-up-Indikatoren zur Herzschrittmacherversorgung, für die Daten verschiedener Eingriffsarten ausgewertet werden, sind ebenfalls dem Teilbereich Herzschrittmacher-Implantation zugeordnet. Die externe Qualitätssicherung für die Herzschrittmachertherapie umfasst weiterhin nur den stationären Bereich.

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 % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 8.295 | 8.280 | 100,18 |
| | Basisdatensatz | 8.266 | | |
| | MDS | 29 | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 75.430 | 74.758 | 100,90 |
| | Basisdatensatz | 75.305 | | |
| | MDS | 125 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebeine (Auswertungsstandorte) Land | 88 | | |

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 99 | 98 | 101,02 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 82 | 82 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 914 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 996 | 992 | 100,40 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 817 | 814 | 100,37 |

| Erfassungsjahr 2022 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|---------------------------|--|------------------------|----------|------------------------|
| Land | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 8.172 8.137 35 | 8.161 | 100,13 |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 73.235 73.140 95 | 72.290 | 101,31 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 91 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 103 | 103 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 84 | 84 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 943 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.026 | 1.028 | 99,81 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 842 | 841 | 100,12 |

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 % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 6.896 | 6.887 | 100,13 |
| | Basisdatensatz | 6.870 | | |
| | MDS | 26 | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 64.802 | 64.443 | 100,56 |
| | Basisdatensatz | 64.691 | | |
| | MDS | 111 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 87 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 99 | 98 | 101,02 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 82 | 82 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 909 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 986 | 981 | 100,51 |

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------------|---|-----------|----------|-------------------------|
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt) | 814 | 810 | 100,49 |

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

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|-------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 6.870 | 6.870 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 6.870 | | |
| | MDS | - | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 64.691 | 64.691 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 64.691 | | |
| | MDS | - | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 87 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 99 | 99 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Land | 82 | 82 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 905 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 982 | 982 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt) | 810 | 810 | 100,00 |

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

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------|-------------------|-----------|----------|-------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 1.314 | 1.388 | 94,67 |
| | Basisdatensatz | 1.314 | | |
| | MDS | - | | |

| Erfassungsjahr 2023 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------------|--|---------------------|----------|-------------------------|
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 9.966 9.966 - | 10.234 | 97,38 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 84 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 88 | 89 | 98,88 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 79 | 80 | 98,75 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 774 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 799 | 789 | 101,27 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 713 | 711 | 100,28 |

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

| Erfassungsjahr 2022 | | geliefert | erwartet | Vollständigkeit in % |
|---------------------------|---|------------------------|----------|-------------------------|
| Land | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 6.767 6.737 30 | 6.774 | 99,90 |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 62.734 62.652 82 | 62.442 | 100,47 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 91 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 102 | 102 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 84 | 84 | 100,00 |

| Erfassungsjahr 2022 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 938 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.016 | 1.017 | 99,90 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 839 | 837 | 100,24 |

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

| Erfassungsjahr 2022 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 6.737 | 6.737 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 6.737 | | |
| | MDS | - | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 62.652 | 62.652 | 100,00 |
| | Basisdatensatz | 62.652 | | |
| | MDS | - | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 91 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 102 | 102 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 84 | 84 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 938 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 1.016 | 1.016 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 839 | 839 | 100,00 |

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

| Erfassungsjahr 2022 | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
|---------------------------|--|-----------|----------|------------------------|
| Land | Datensätze gesamt | 1.338 | 1.383 | 96,75 |
| | Basisdatensatz | 1.338 | | |
| | MDS | - | | |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 9.871 | 9.693 | 101,84 |
| | Basisdatensatz | 9.871 | | |
| | MDS | - | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Land | 82 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Land | 86 | 85 | 101,18 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Land | 78 | 78 | 100,00 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 781 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 801 | 798 | 100,38 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) | 721 | 725 | 99,45 |

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 | | | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|--|--|---------------------------|---|--|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis | Ergebnis |
| 101803 | Leitlinienkonforme Indikation | Nicht definiert | 94,87 % O = 7.786 N = 8.207 | 95,22 % O = 71.155 N = 74.726 |
| Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen | | | | |
| 54140 | Leitlinienkonforme Systemwahl | Nicht definiert | 99,68 % O = 7.481 N = 7.505 | 99,63 % O = 68.010 N = 68.264 |
| 54143 | Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern | ≤ 10,00 % | 3,54 % O = 223 N = 6.294 | 2,93 % O = 1.693 N = 57.772 |
| 52139 | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln | Nicht definiert | 88,14 % O = 8.238 N = 9.347 | 88,29 % O = 76.494 N = 86.644 |
| 101800 | Dosis-Flächen-Produkt | ≤ 2,78 (95. Perzentil) | 0,64 O/E = 317 / 492,10 N = 8.209 | 0,77 O/E = 3.618 / 4.720,48 N = 74.874 |
| 52305 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen | ≥ 90,00 % | 96,12 % O = 28.742 N = 29.903 | 96,45 % O = 262.650 N = 272.323 |

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|--|---|---------------------------|---|--|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis | Ergebnis |
| Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts | | | | |
| 101801 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) | ≤ 2,60 % | 0,63 % O = 52 N = 8.266 | 0,89 % O = 673 N = 75.305 |
| 52311 | Sondendislokation oder -dysfunktion | ≤ 4,59 (95. Perzentil) | 0,87 O/E = 92 / 105,69 N = 8.266 | 1,07 O/E = 1.041 / 971,88 N = 75.305 |
| 101802 | Zugang über die Vena subclavia beim Verschieben der Sonden | Transparenzkennzahl | 45,94 % O = 3.722 N = 8.101 | 48,43 % O = 35.924 N = 74.184 |
| 51191 | Sterblichkeit im Krankenhaus | ≤ 3,68 (95. Perzentil) | 0,91 O/E = 129 / 141,65 N = 8.266 | 0,90 O/E = 1.101 / 1.217,01 N = 75.305 |
| 2190 | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen | Nicht definiert | x % O = ≤3 N = 18.233 | 0,03 % O = 28 N = 169.295 |
| 102001 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation | Nicht definiert | 96,66 % O = 318 N = 329 | 96,97 % O = 2.945 N = 3.037 |

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2022.

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|----------------------------|---|---------------------------|---|--|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis | Ergebnis |
| 2194 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | ≤ 2,51 (95. Perzentil) | 0,94 O/E = 263 / 279,83 N = 6.413 | 0,98 O/E = 2.545 / 2.593,64 N = 59.325 |
| 2195 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres | ≤ 5,45 (95. Perzentil) | 0,73 O/E = 17 / 23,40 N = 6.369 | 0,91 O/E = 196 / 216,14 N = 58.948 |

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

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021.

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Ihr Ergebnis | Bund (gesamt) |
|----------------------------|--|-----------------|--------------|---------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzber. | Ergebnis | Ergebnis |
| 2191 | Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren | Nicht definiert | - | - |

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 | | | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|--|--|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| ID | Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums | Referenzber. | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | | | | | |
| 813070 | Führendes Symptom 'sonstiges' | Nicht definiert | 0,79 % 65 / 8.266 | 0,00 % 0 / 74 | 0,79 % 598 / 75.305 | 0,00 % 0 / 788 |
| 813071 | Führende Indikation 'sonstiges' | ≤ 3,51 % (95. Perzentil) | 0,71 % 59 / 8.266 | 4,55 % 4 / 88 | 0,77 % 579 / 75.305 | 3,30 % 30 / 909 |

| Auffälligkeitskriterien | | | Ihr Ergebnis | | Bund (gesamt) | |
|---|---|--------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ID | Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums | Referenzber. | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte | Ergebnis | rechnerisch auffällige Standorte |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | | | | | |
| 813072 | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten | ≥ 95,00 % | 100,13 % 6.896 / 6.887 | 0,00 % 0 / 98 | 100,56 % 64.802 / 64.443 | 0,71 % 7 / 981 |
| 850097 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | ≥ 95,00 % | 100,18 % 8.295 / 8.280 | 0,00 % 0 / 98 | 100,90 % 75.430 / 74.758 | 1,41 % 14 / 992 |
| 850098 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | ≤ 110,00 % | 100,18 % 8.295 / 8.280 | 0,00 % 0 / 98 | 100,90 % 75.430 / 74.758 | 0,40 % 4 / 992 |
| 850217 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | ≤ 5,00 % | 0,35 % 29 / 8.280 | 0,00 % 0 / 98 | 0,17 % 125 / 74.758 | 0,30 % 3 / 992 |

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

101803: Leitlinienkonforme Indikation

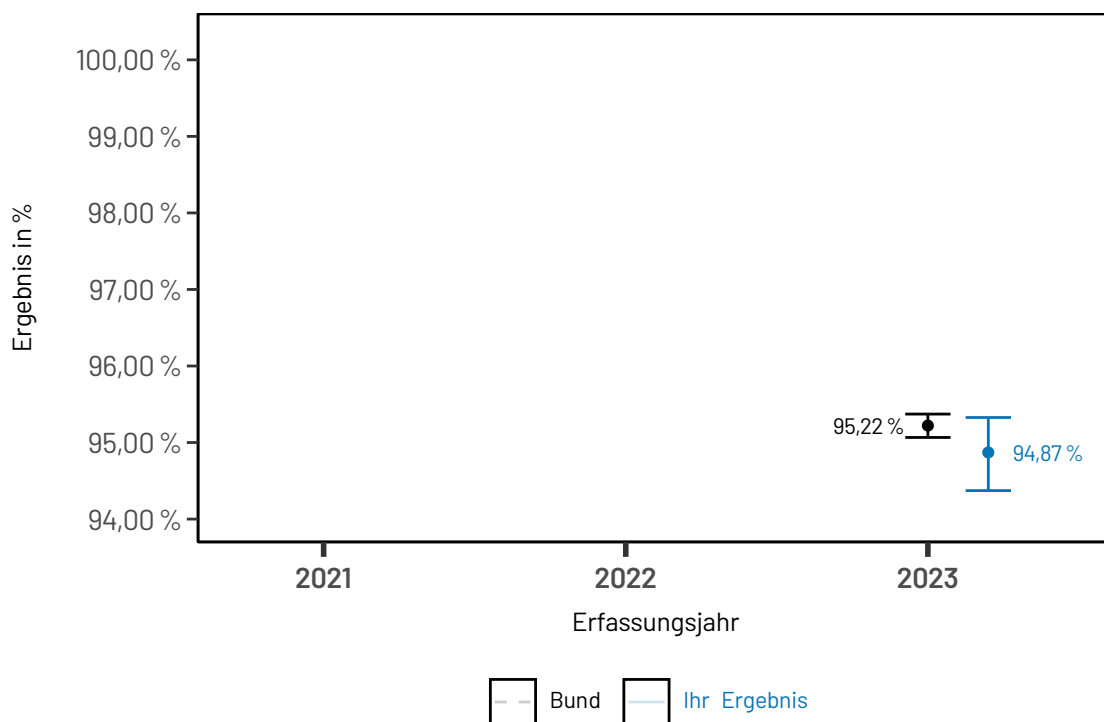
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation |
| ID | 101803 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "sonstiges" |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantation |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

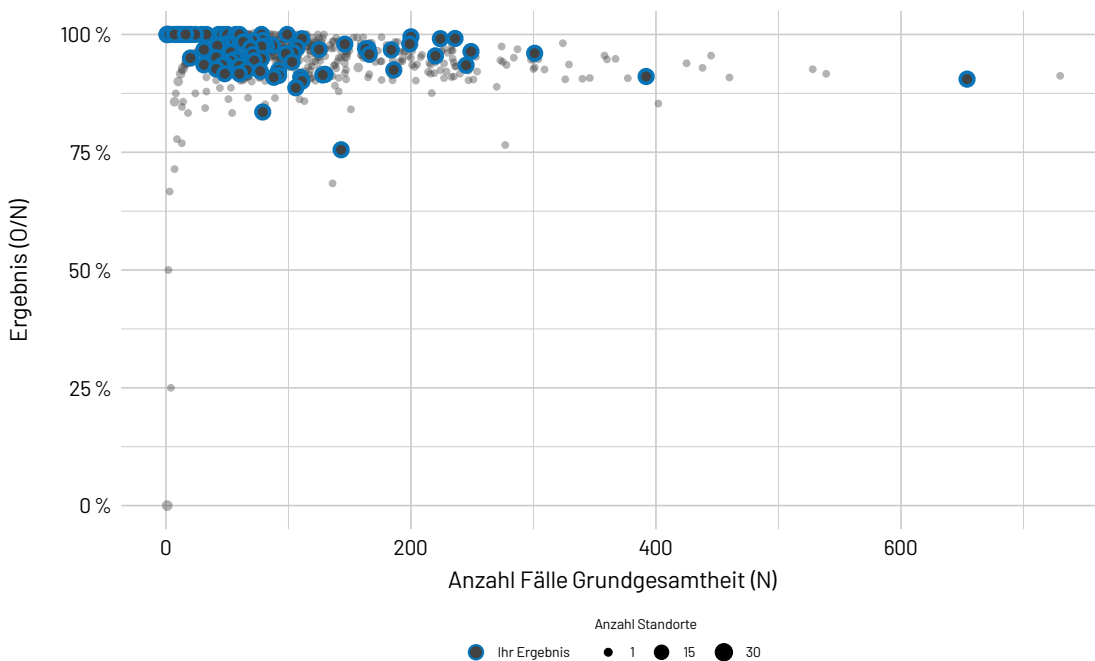
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 7.773 / 8.055 | 96,50 % | 96,07 % - 96,88 % |
| | 2022 | 7.768 / 8.061 | 96,37 % | 95,93 % - 96,75 % |
| | 2023 | 7.786 / 8.207 | 94,87 % | 94,37 % - 95,33 % |
| Bund | 2021 | 69.912 / 72.637 | 96,25 % | 96,11 % - 96,38 % |
| | 2022 | 69.719 / 72.531 | 96,12 % | 95,98 % - 96,26 % |
| | 2023 | 71.155 / 74.726 | 95,22 % | 95,07 % - 95,37 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
|---------------|--|

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

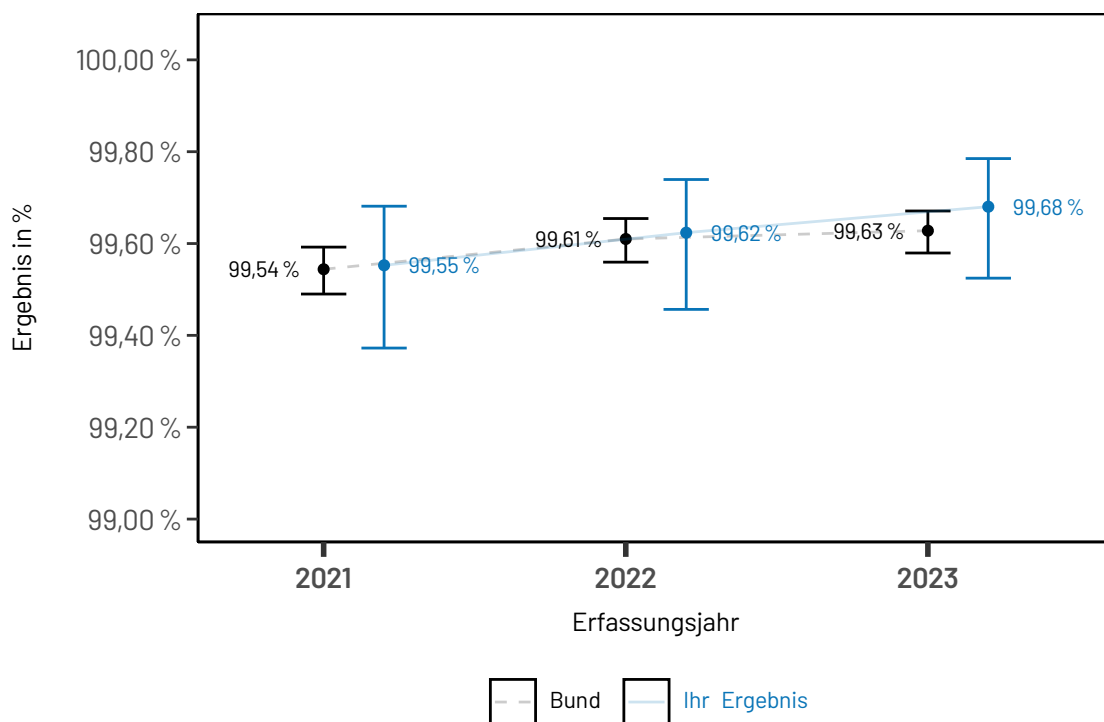
| | |
|------------------|--|
| ID | 54140 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "kardiale Resynchronisationstherapie" oder "sonstiges", mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

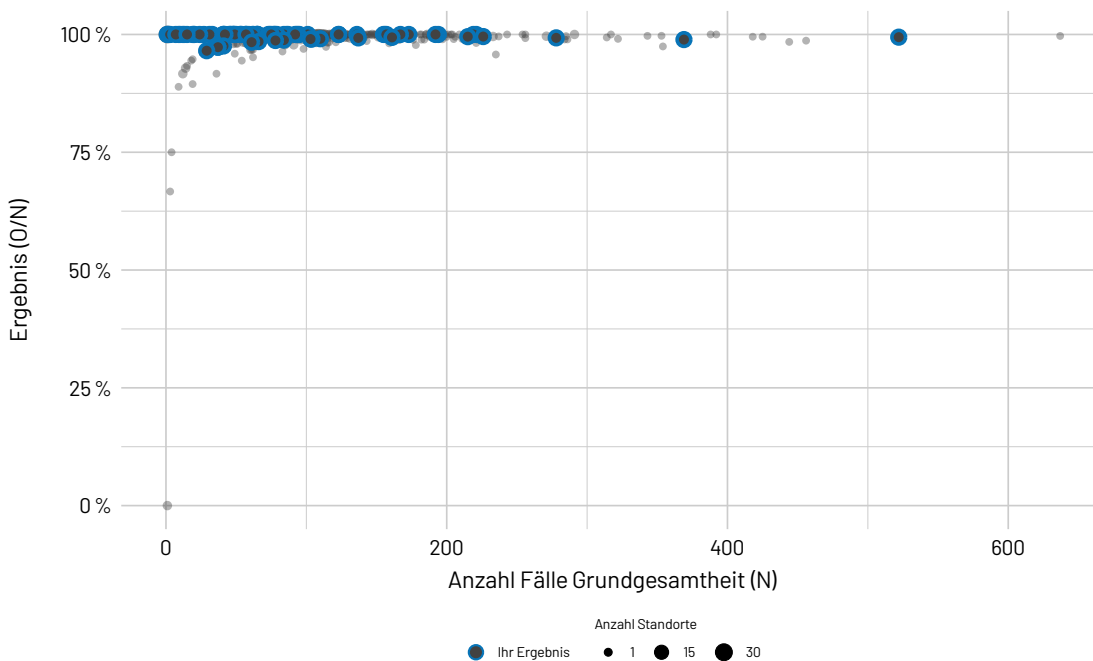
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 7.343 / 7.376 | 99,55 % | 99,37 % - 99,68 % |
| | 2022 | 7.412 / 7.440 | 99,62 % | 99,46 % - 99,74 % |
| | 2023 | 7.481 / 7.505 | 99,68 % | 99,52 % - 99,79 % |
| Bund | 2021 | 66.575 / 66.880 | 99,54 % | 99,49 % - 99,59 % |
| | 2022 | 66.128 / 66.387 | 99,61 % | 99,56 % - 99,65 % |
| | 2023 | 68.010 / 68.264 | 99,63 % | 99,58 % - 99,67 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



54143: Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern

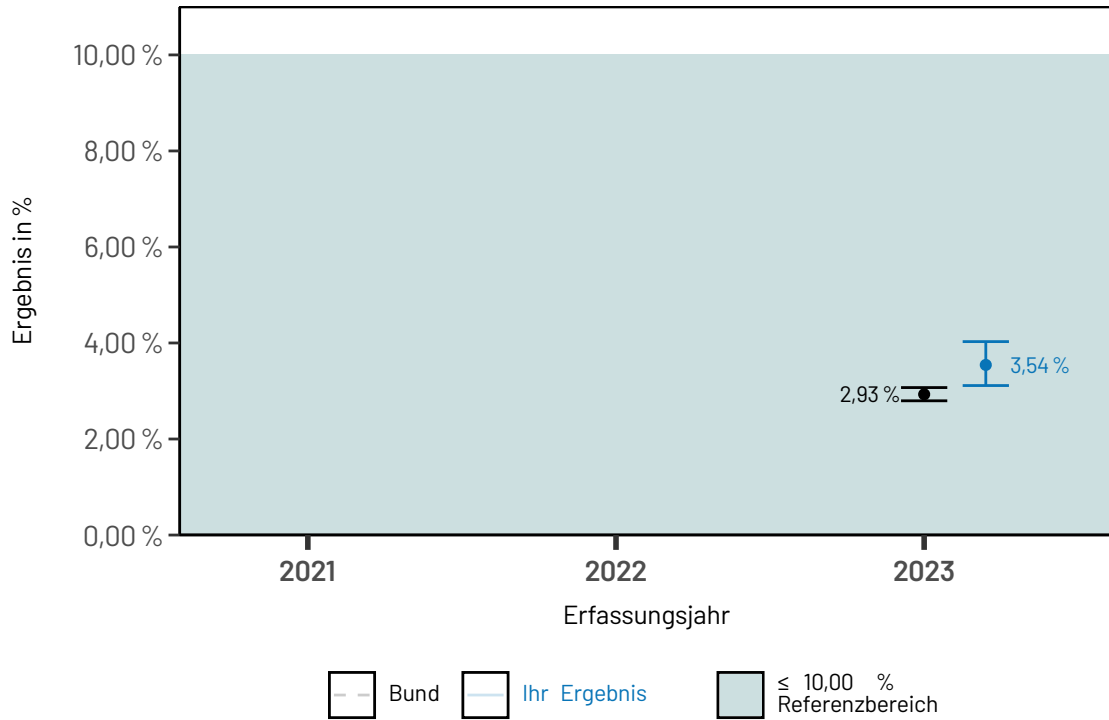
| | |
|------------------|--|
| ID | 54143 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit führender Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "AV-Block I, II oder III", „Schenkelblock“ oder „Sinusknotensyndrom (SSS)“, mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem, bei denen kein permanentes Vorhofflimmern vorliegt |
| Zähler | Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem VVI-System (bzw. Leadless Pacemaker) |
| Referenzbereich | ≤ 10,00 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

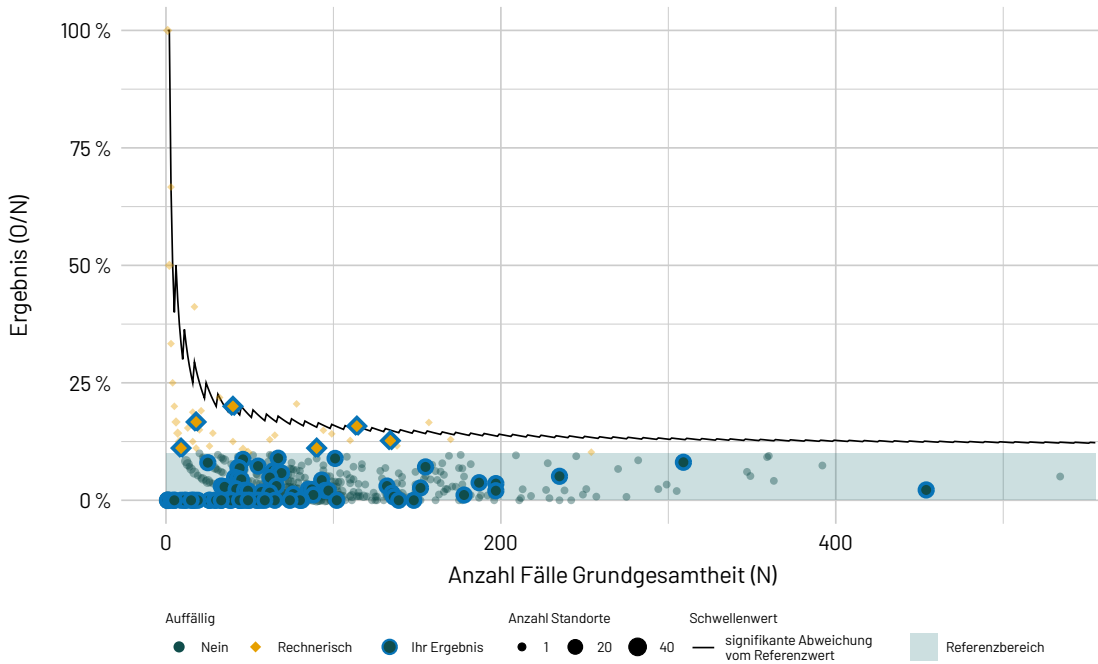
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-----------------------|---------------|------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 283 / 6.232 | 4,54 % | 4,05 % - 5,09 % |
| | 2022 | 244 / 6.296 | 3,88 % | 3,43 % - 4,38 % |
| | 2023 | 223 / 6.294 | 3,54 % | 3,11 % - 4,03 % |
| Bund | 2021 | 1.935 / 56.248 | 3,44 % | 3,29 % - 3,59 % |
| | 2022 | 1.874 / 56.068 | 3,34 % | 3,20 % - 3,49 % |
| | 2023 | 1.693 / 57.772 | 2,93 % | 2,80 % - 3,07 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

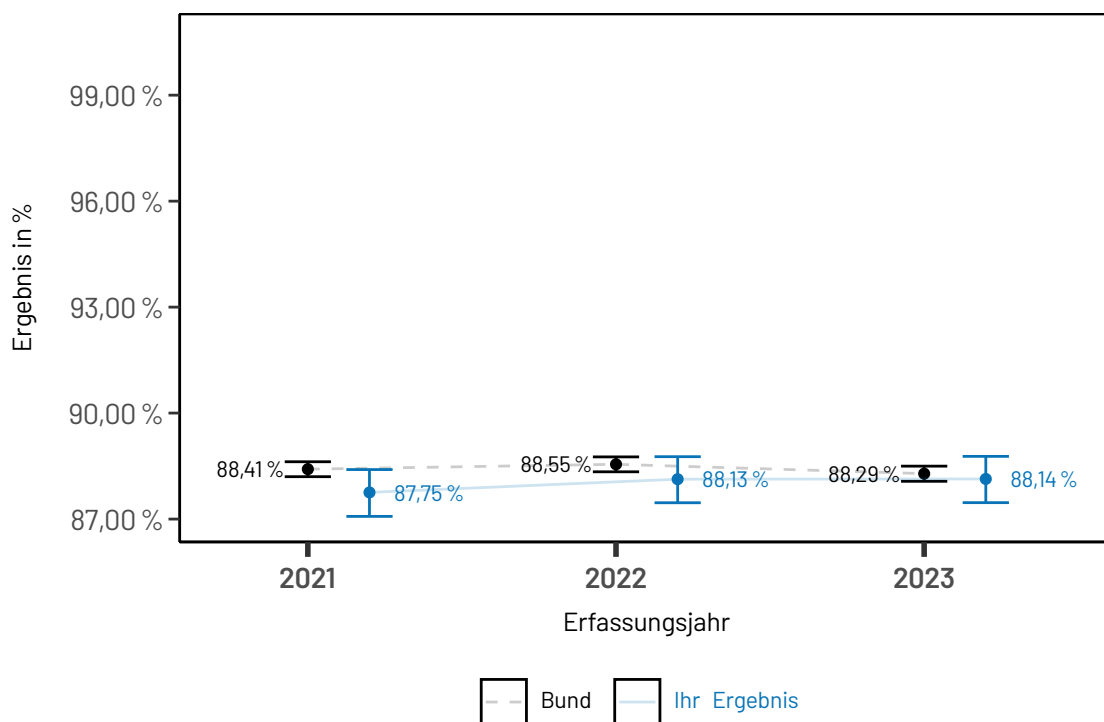
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst kurze Eingriffsdauer |
| ID | 52139 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und implantiertem Einkammersystem (VVI, AAI, Leadless Pacemaker), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer - bis 50 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) - bis 80 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems - bis 45 Minuten bei Aggregatwechsel |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

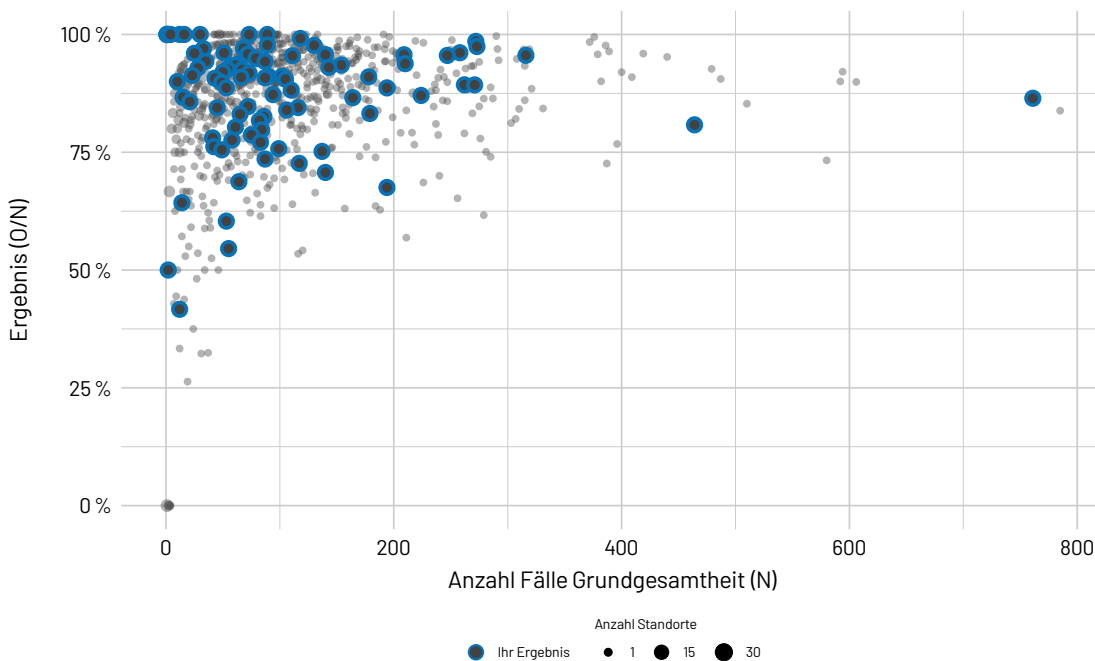
| Dimension | | Ergebnis 0/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 8.241 / 9.391 | 87,75 % | 87,08 % - 88,40 % |
| | 2022 | 8.337 / 9.460 | 88,13 % | 87,46 % - 88,77 % |
| | 2023 | 8.238 / 9.347 | 88,14 % | 87,46 % - 88,78 % |
| Bund | 2021 | 78.103 / 88.339 | 88,41 % | 88,20 % - 88,62 % |
| | 2022 | 77.817 / 87.879 | 88,55 % | 88,34 % - 88,76 % |
| | 2023 | 76.494 / 86.644 | 88,29 % | 88,07 % - 88,50 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



101800: Dosis-Flächen-Produkt

| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
|--------------------------------|---|
| ID | 101800 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm ² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm ² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm ² bei CRT-System |
| O (observed) | Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm ² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm ² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm ² bei CRT-System |
| E (expected) | Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm ² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.700 cGy x cm ² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm ² bei CRT-System risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 101800 |
| Referenzbereich | ≤ 2,78 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Stratifizierung und logistische Regression |
| Verwendete Risikofaktoren | BMI linear bis 32 BMI linear ab 32 BMI unbekannt oder unplausibel |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 8.033 | 384 / 494,86 | 0,78 | 0,70 - 0,86 |
| | 2022 | 8.098 | 428 / 492,95 | 0,87 | 0,79 - 0,95 |
| | 2023 | 8.209 | 317 / 492,10 | 0,64 | 0,58 - 0,72 |
| Bund | 2021 | 72.847 | 4.666 / 4.666,06 | 1,00 | 0,97 - 1,03 |
| | 2022 | 72.529 | 4.006 / 4.600,91 | 0,87 | 0,84 - 0,90 |
| | 2023 | 74.874 | 3.618 / 4.720,48 | 0,77 | 0,74 - 0,79 |

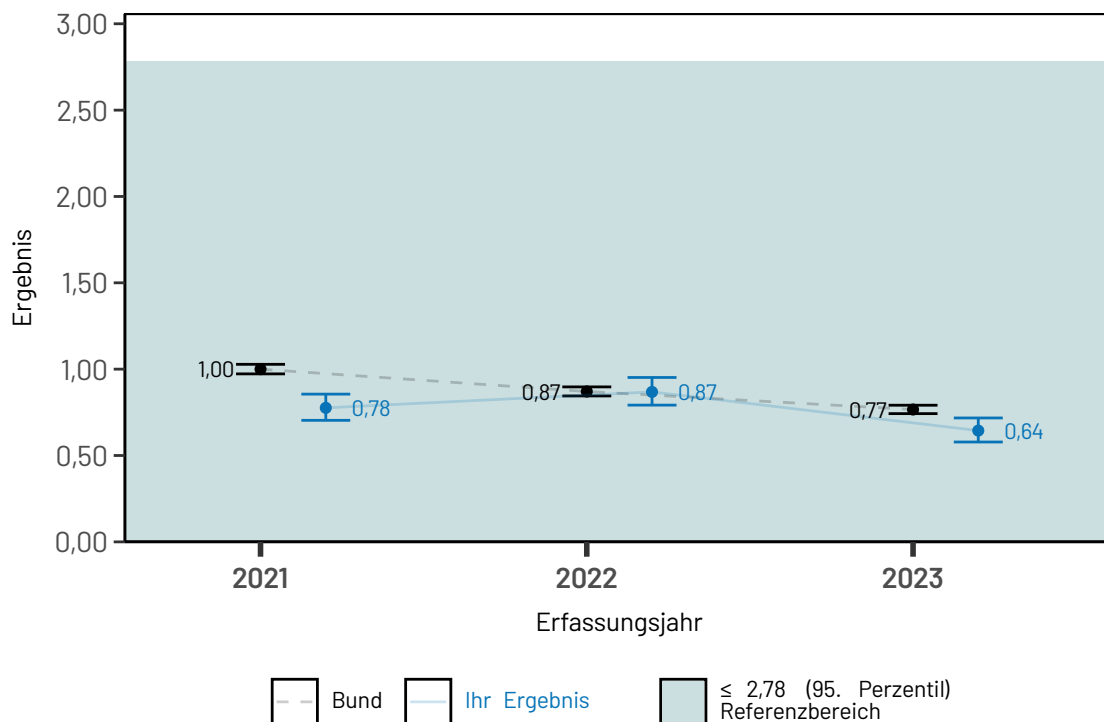
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

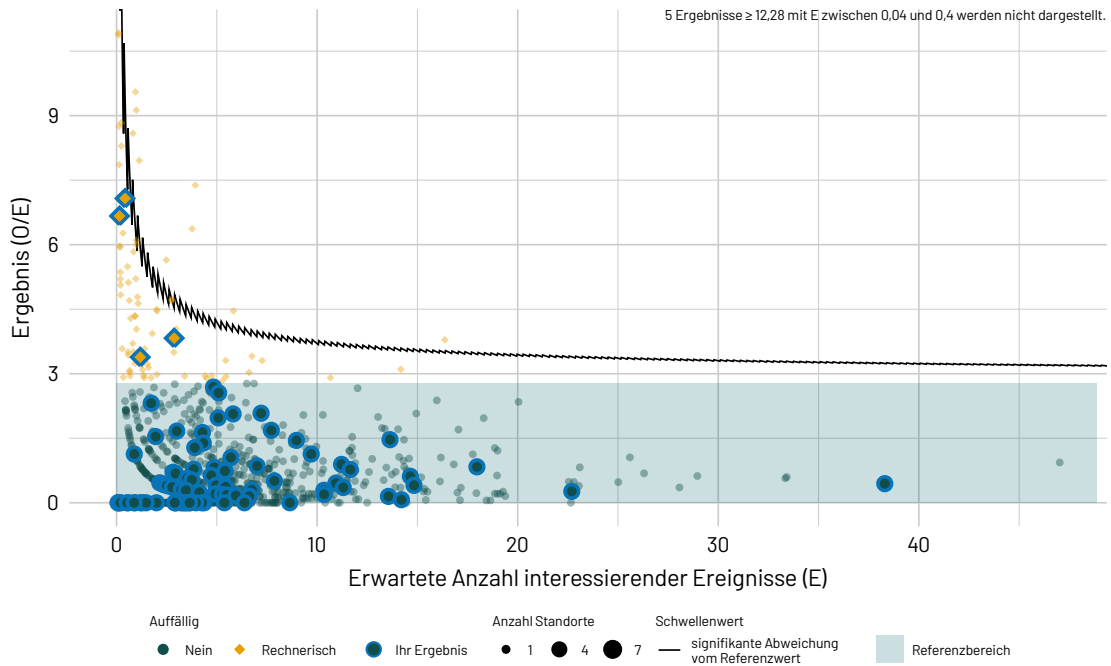
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

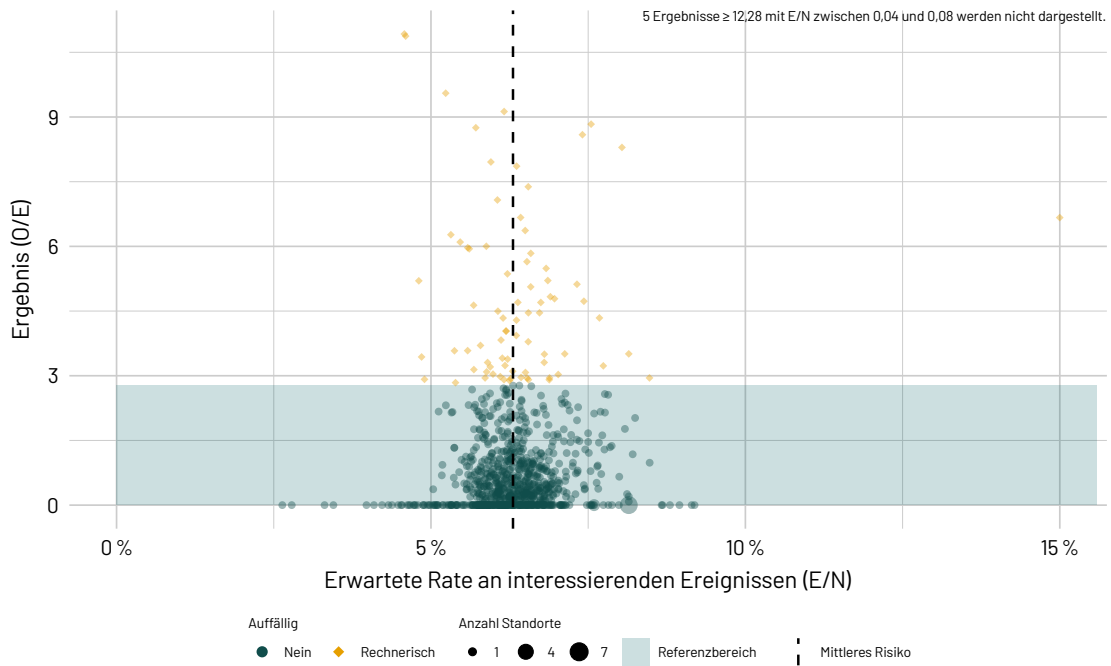
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

| | |
|------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen |
| ID | 52305 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | <p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher- Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofsigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus |
| Zähler | <p>Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: $\geq 1,5$ mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: $\geq 4,0$ mV |
| Referenzbereich | $\geq 90,00$ % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

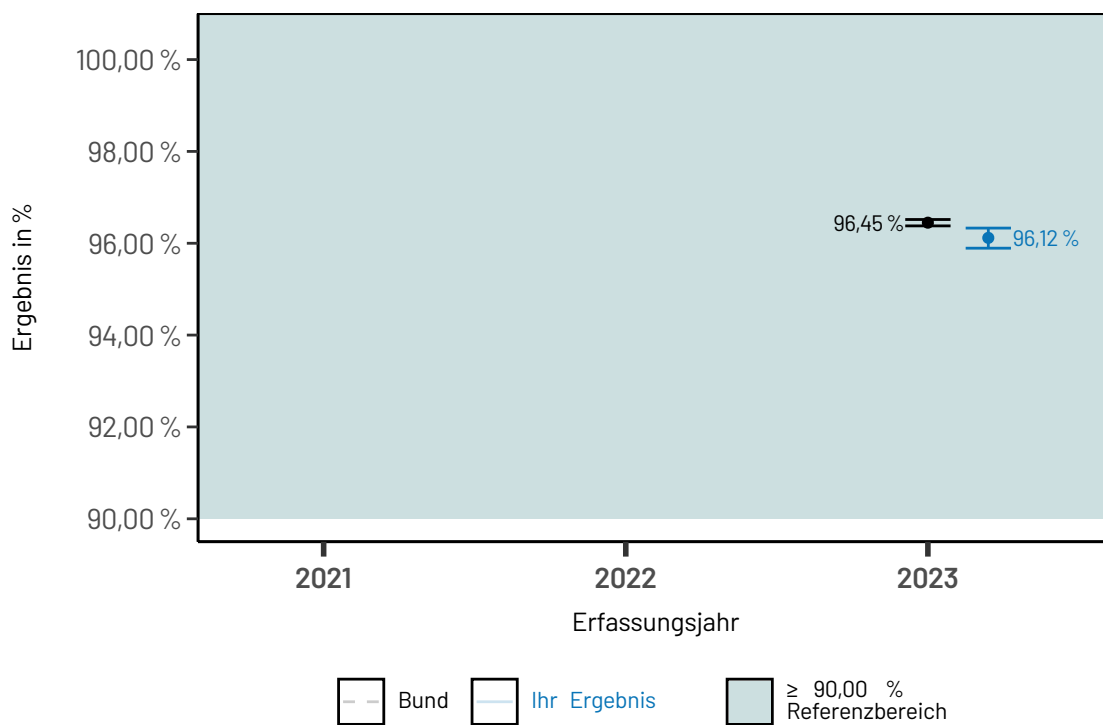
Detailergebnisse

| Dimension | | Ergebnis 0/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 28.074 / 29.075 | 96,56 % | 96,34 % - 96,76 % |
| | 2022 | 28.234 / 29.336 | 96,24 % | 96,02 % - 96,46 % |
| | 2023 | 28.742 / 29.903 | 96,12 % | 95,89 % - 96,33 % |

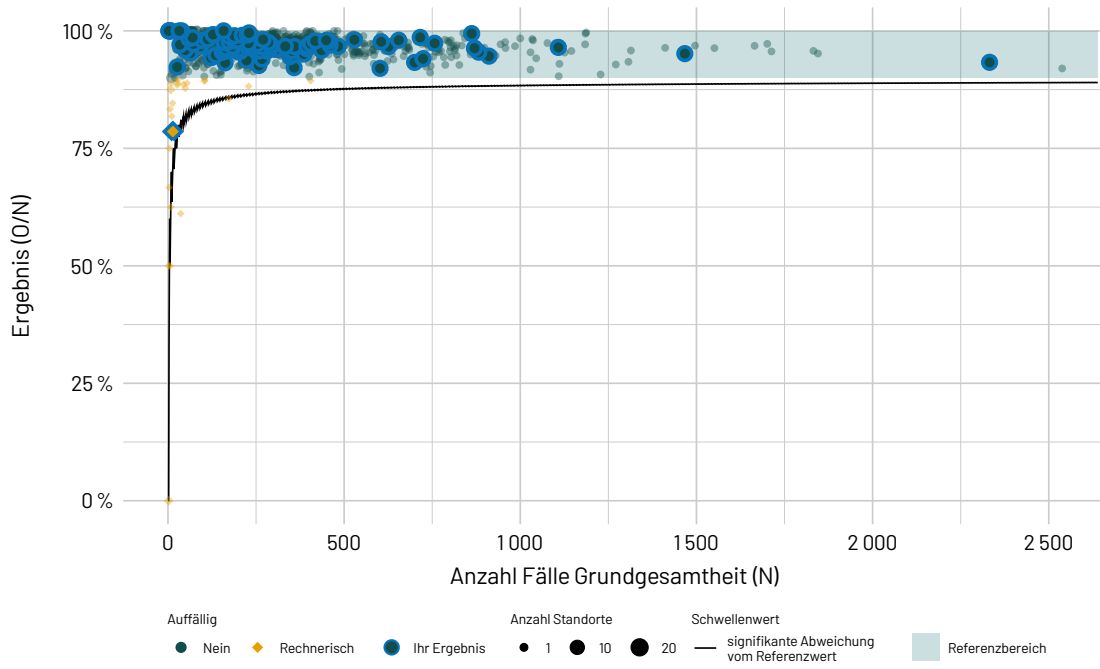
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Bund | 2021 | 256.055 / 265.005 | 96,62 % | 96,55 % - 96,69 % |
| | 2022 | 255.083 / 264.661 | 96,38 % | 96,31 % - 96,45 % |
| | 2023 | 262.650 / 272.323 | 96,45 % | 96,38 % - 96,52 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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

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

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

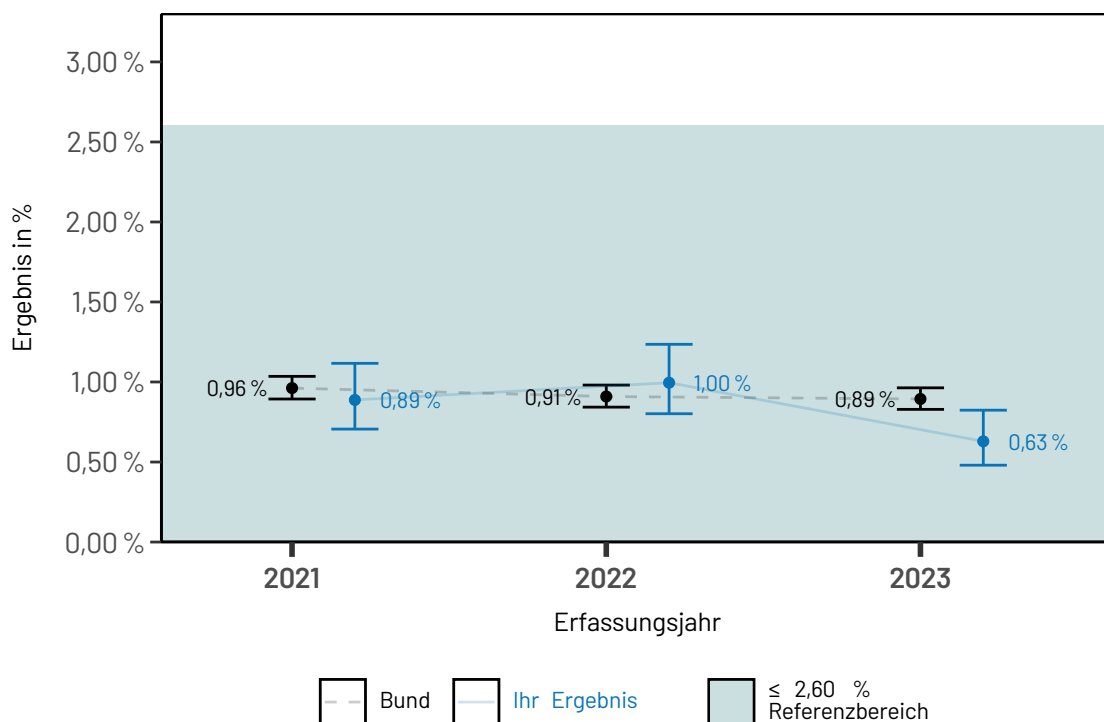
| | |
|------------------|--|
| ID | 101801 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation |
| Referenzbereich | ≤ 2,60 % |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

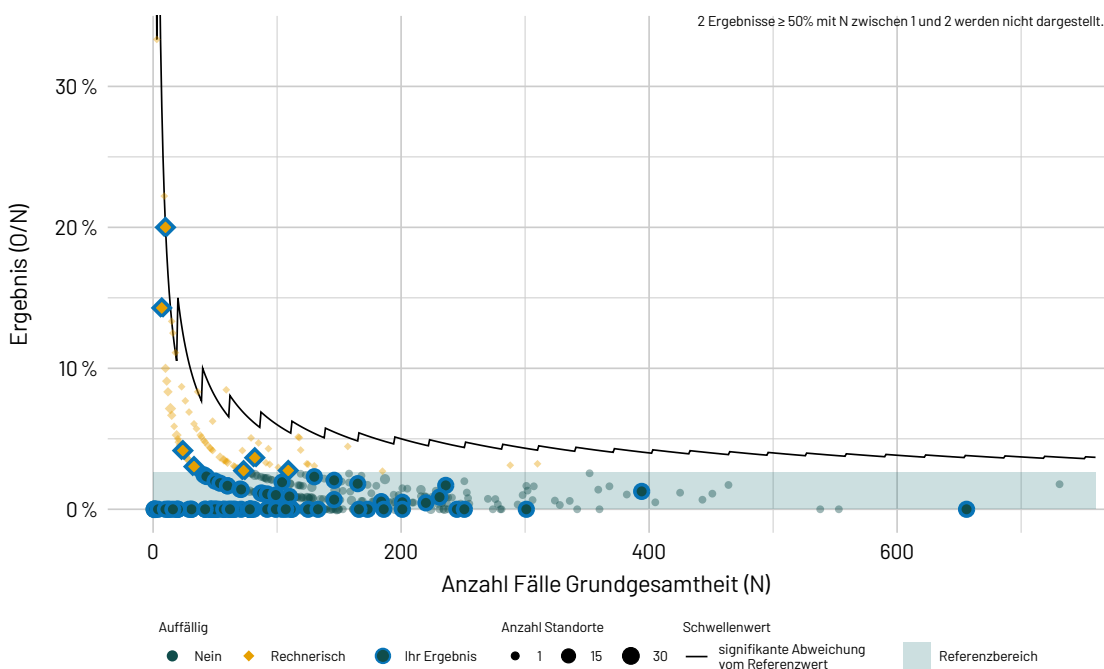
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|---------------------|---------------|------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 72 / 8.109 | 0,89 % | 0,71 % - 1,12 % |
| | 2022 | 81 / 8.137 | 1,00 % | 0,80 % - 1,24 % |
| | 2023 | 52 / 8.266 | 0,63 % | 0,48 % - 0,82 % |
| Bund | 2021 | 705 / 73.293 | 0,96 % | 0,89 % - 1,04 % |
| | 2022 | 665 / 73.140 | 0,91 % | 0,84 % - 0,98 % |
| | 2023 | 673 / 75.305 | 0,89 % | 0,83 % - 0,96 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

| | |
|--------------------------------|--|
| ID | 52311 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion |
| O (observed) | Beobachtete Anzahl an Komplikationen |
| E (expected) | Erwartete Anzahl an Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 52311 |
| Referenzbereich | ≤ 4,59 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Logistische Regression |
| Verwendete Risikofaktoren | Geschlecht - männlich BMI - linear bis 55 BMI - unbekannt oder unplausibel ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 oder 5 Herzinsuffizienz - NYHA III Herzinsuffizienz - NYHA IV Vorhofflimmern LVEF - getrimmt LVEF - unbekannt Eingriffsart - Systemumstellung Systemart - Zweikammersystem Systemart - CRT-System |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

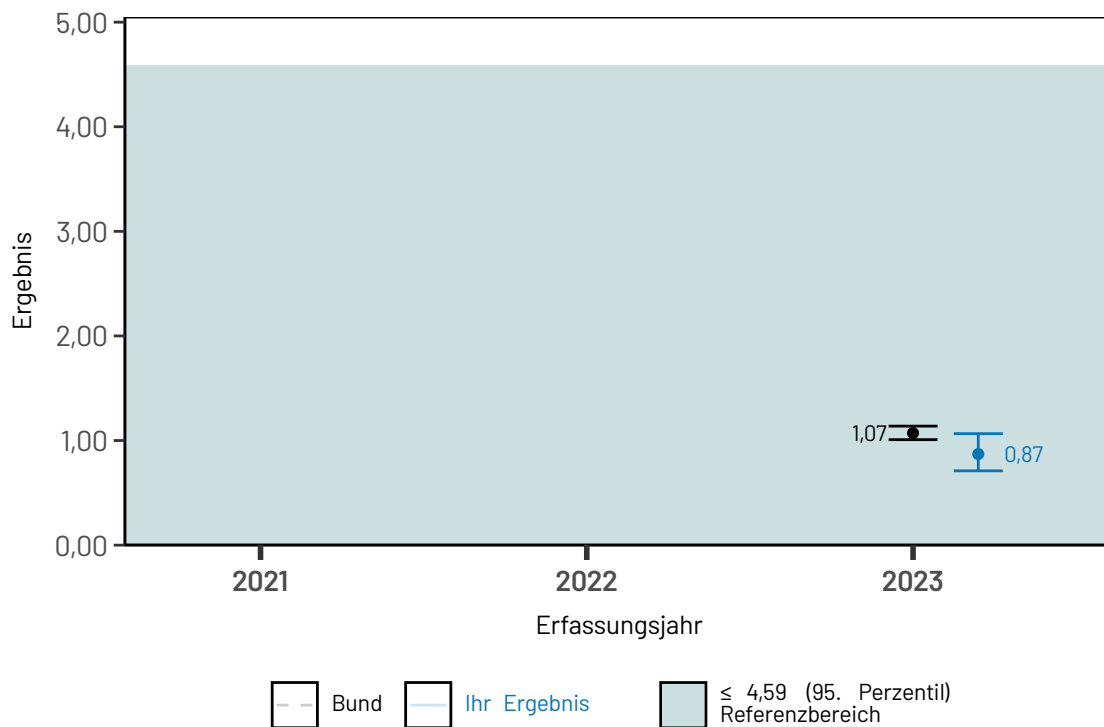
| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 8.109 | 109 / 103,59 | 1,05 | 0,87 - 1,27 |
| | 2022 | 8.137 | 79 / 104,53 | 0,76 | 0,61 - 0,94 |
| | 2023 | 8.266 | 92 / 105,69 | 0,87 | 0,71 - 1,07 |
| Bund | 2021 | 73.293 | 1.041 / 936,61 | 1,11 | 1,05 - 1,18 |
| | 2022 | 73.140 | 938 / 938,00 | 1,00 | 0,94 - 1,07 |
| | 2023 | 75.305 | 1.041 / 971,88 | 1,07 | 1,01 - 1,14 |

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

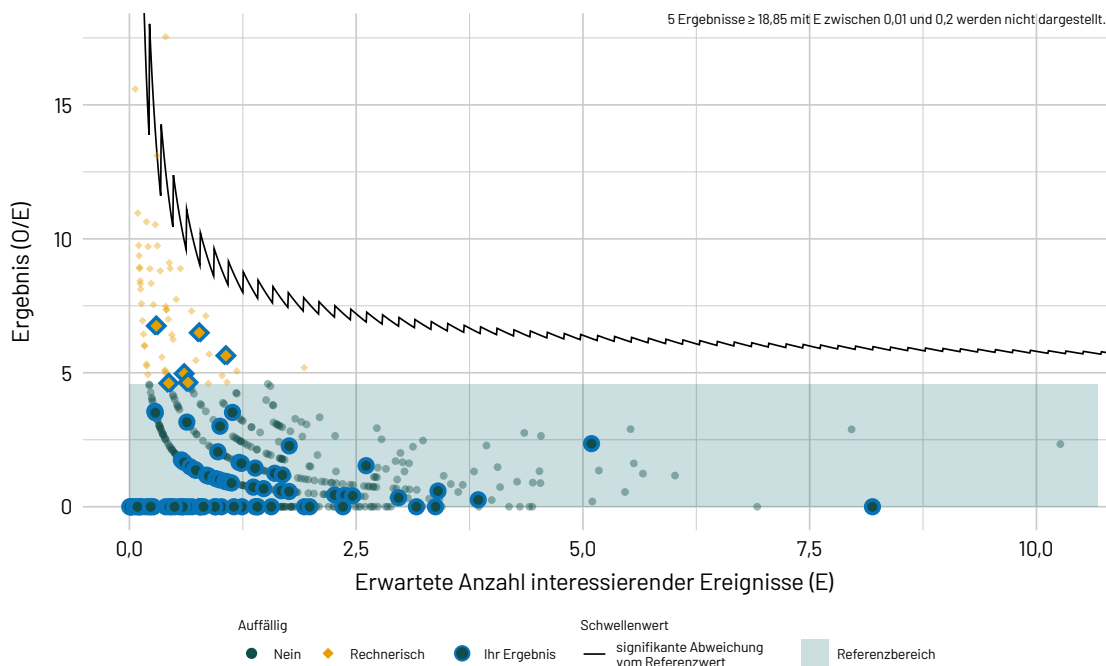
0 / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
0 / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

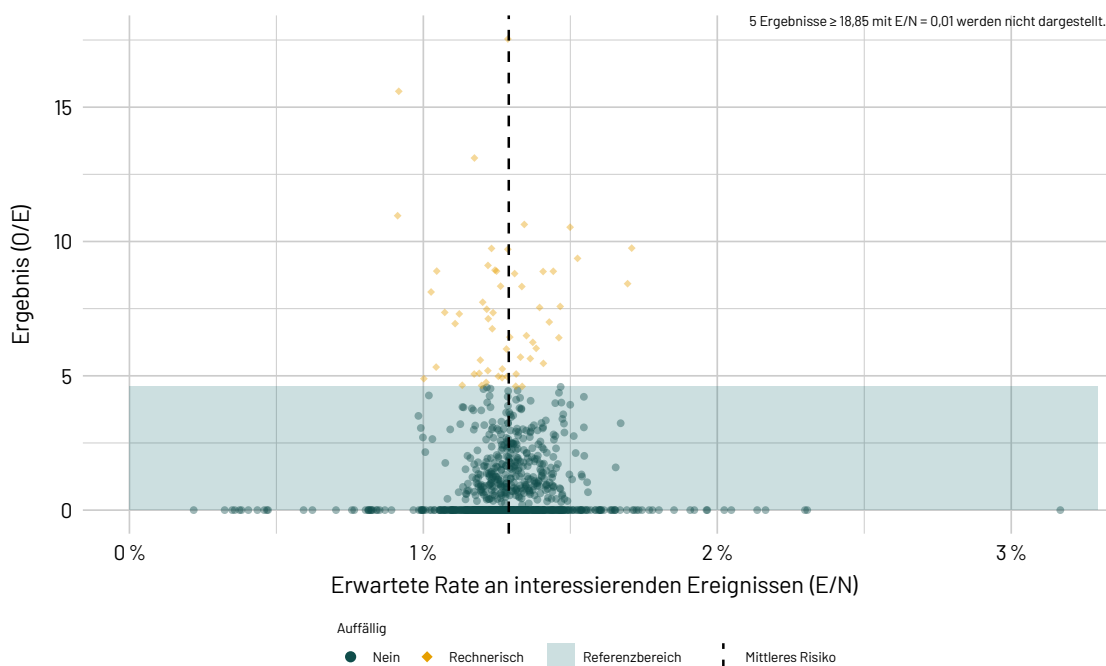
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



101802: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

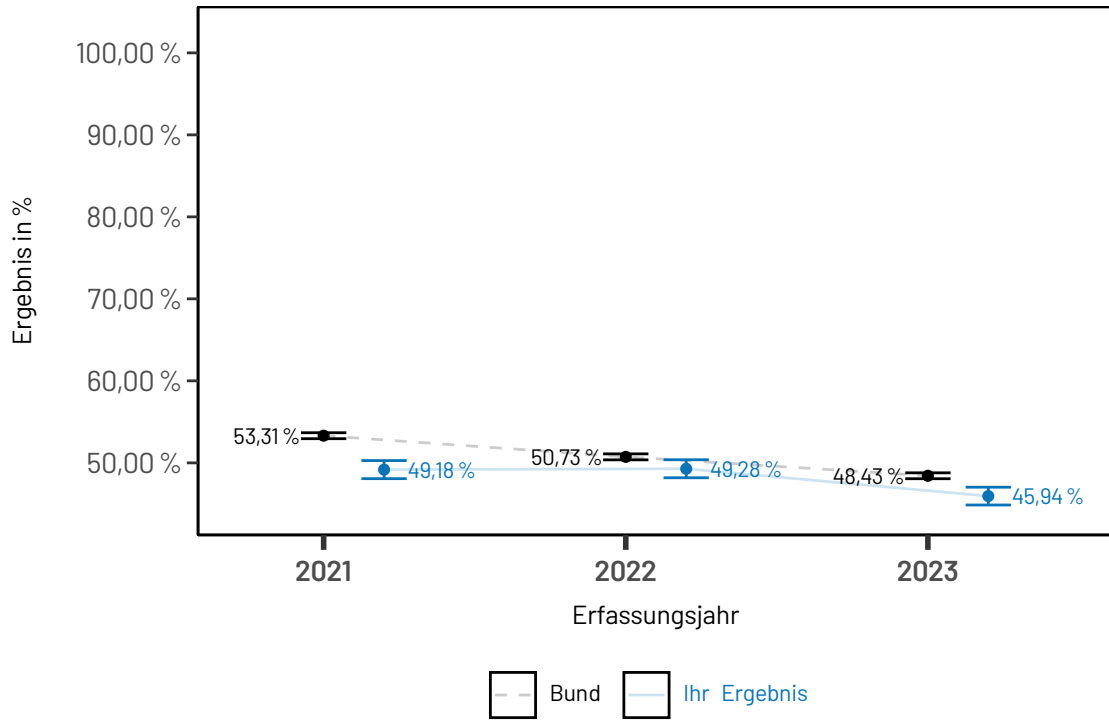
| | |
|------------------|--|
| ID | 101802 |
| Art des Wertes | Transparenzkennzahl |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten (außer Patientinnen und Patienten mit implantiertem Leadless Pacemaker) |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

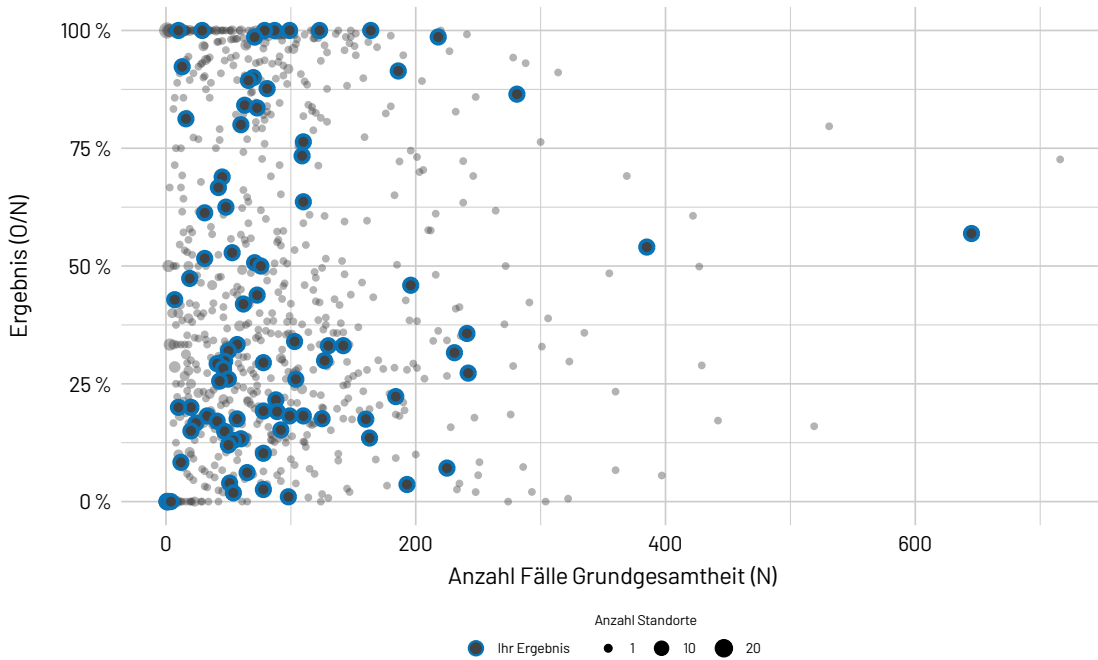
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|------------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 3.882 / 7.894 | 49,18 % | 48,07 % - 50,28 % |
| | 2022 | 3.899 / 7.912 | 49,28 % | 48,18 % - 50,38 % |
| | 2023 | 3.722 / 8.101 | 45,94 % | 44,86 % - 47,03 % |
| Bund | 2021 | 38.495 / 72.208 | 53,31 % | 52,95 % - 53,67 % |
| | 2022 | 36.525 / 71.998 | 50,73 % | 50,37 % - 51,10 % |
| | 2023 | 35.924 / 74.184 | 48,43 % | 48,07 % - 48,79 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



51191: Sterblichkeit im Krankenhaus

| | |
|--------------------------------|--|
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
| ID | 51191 |
| 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-IMPL-Score für ID 51191 |
| Referenzbereich | ≤ 3,68 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Logistische Regression |
| Verwendete Risikofaktoren | Alter (linear zwischen 70 und 90 Jahren) ASA-Klassifikation 3 ASA-Klassifikation 4 ASA-Klassifikation 5 Ätiologie - infarktbedingt AV-Block I. oder II. Grades AV-Block III. Grades Nierenfunktion: Kreatinin > 1,5 mg/dl bis ≤ 2,5 mg/dl Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, nicht dialysepflichtig Nierenfunktion: Kreatinin > 2,5 mg/dl, dialysepflichtig |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

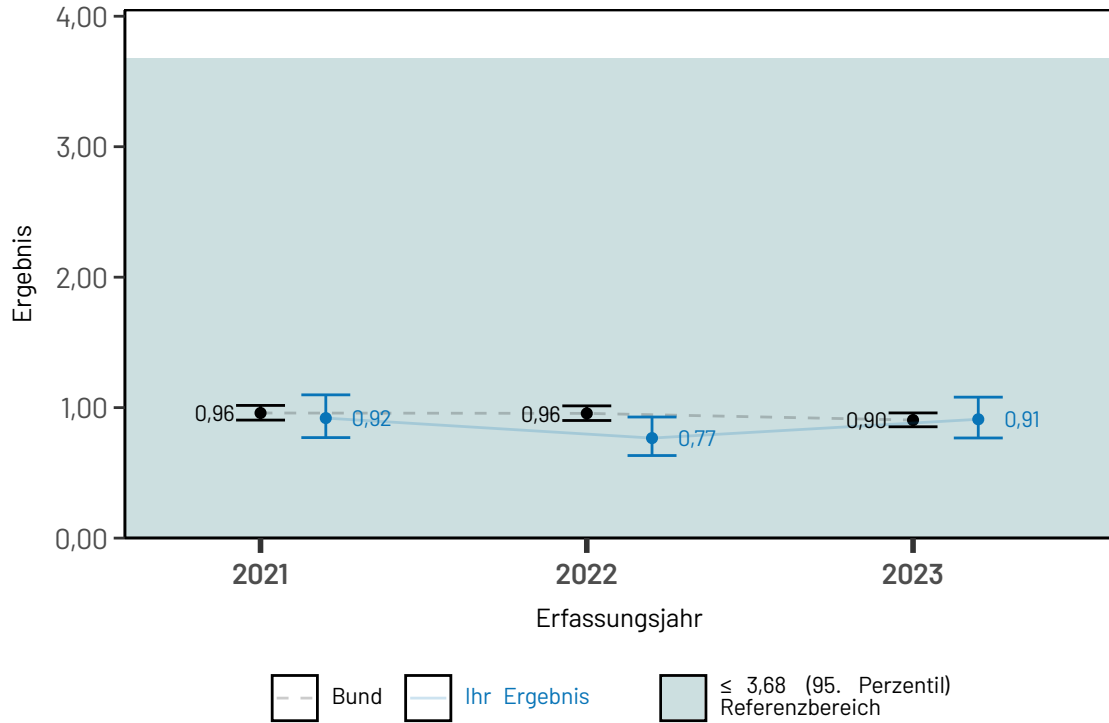
| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 8.109 | 120 / 130,47 | 0,92 | 0,77 - 1,10 |
| | 2022 | 8.137 | 103 / 134,39 | 0,77 | 0,63 - 0,93 |
| | 2023 | 8.266 | 129 / 141,65 | 0,91 | 0,77 - 1,08 |
| Bund | 2021 | 73.293 | 1.106 / 1.153,28 | 0,96 | 0,90 - 1,02 |
| | 2022 | 73.140 | 1.105 / 1.156,15 | 0,96 | 0,90 - 1,01 |
| | 2023 | 75.305 | 1.101 / 1.217,01 | 0,90 | 0,85 - 0,96 |

* 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.

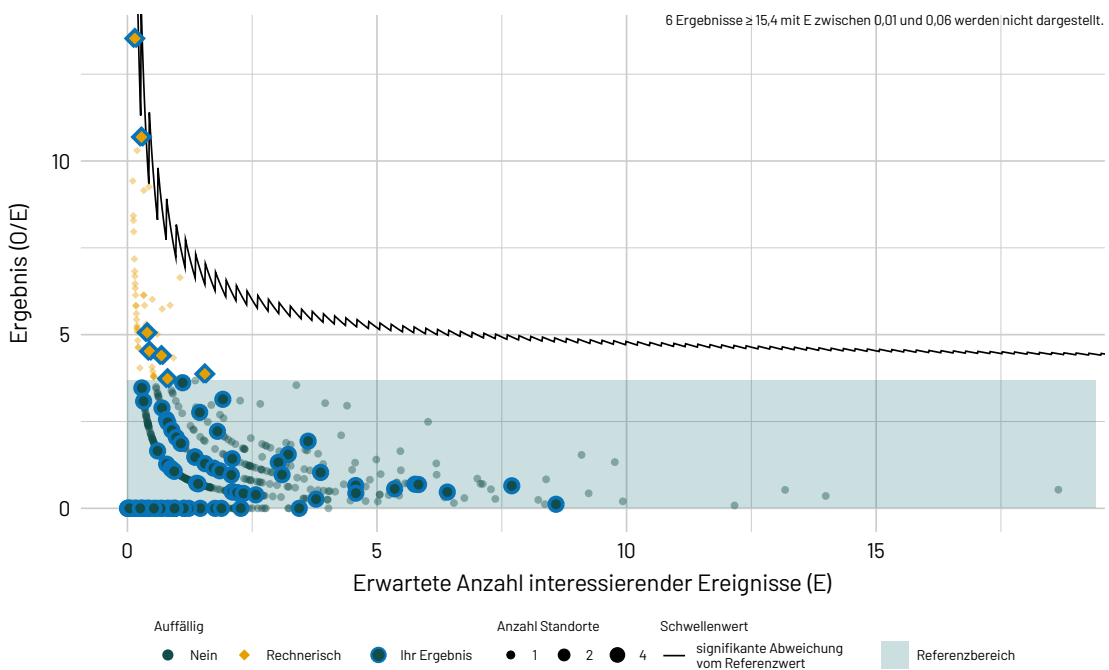
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

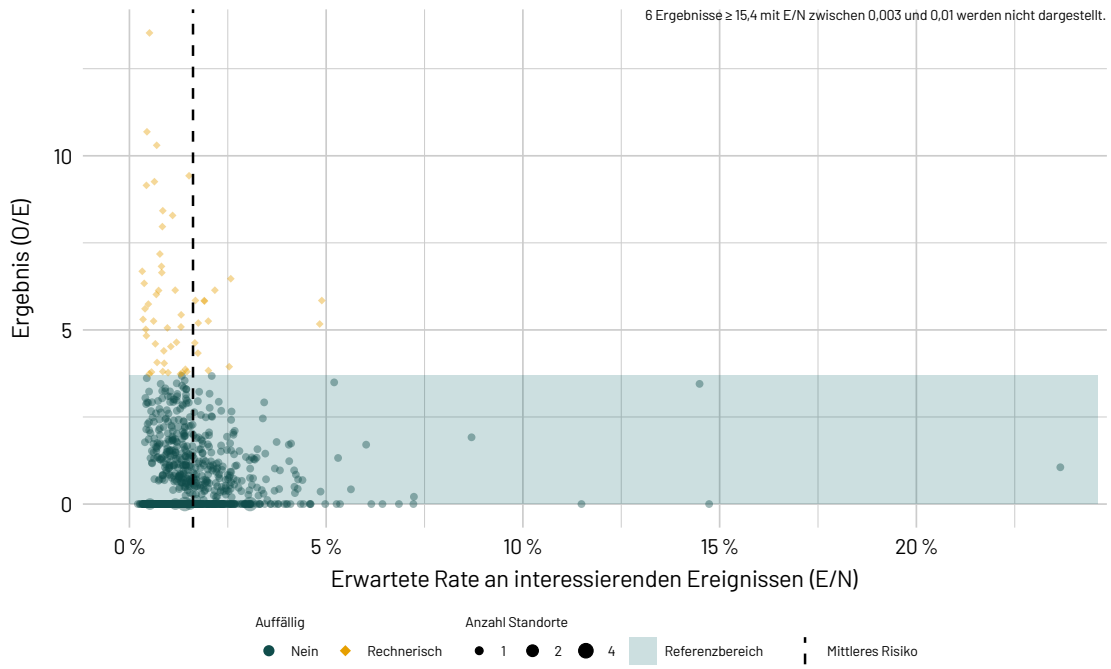
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen

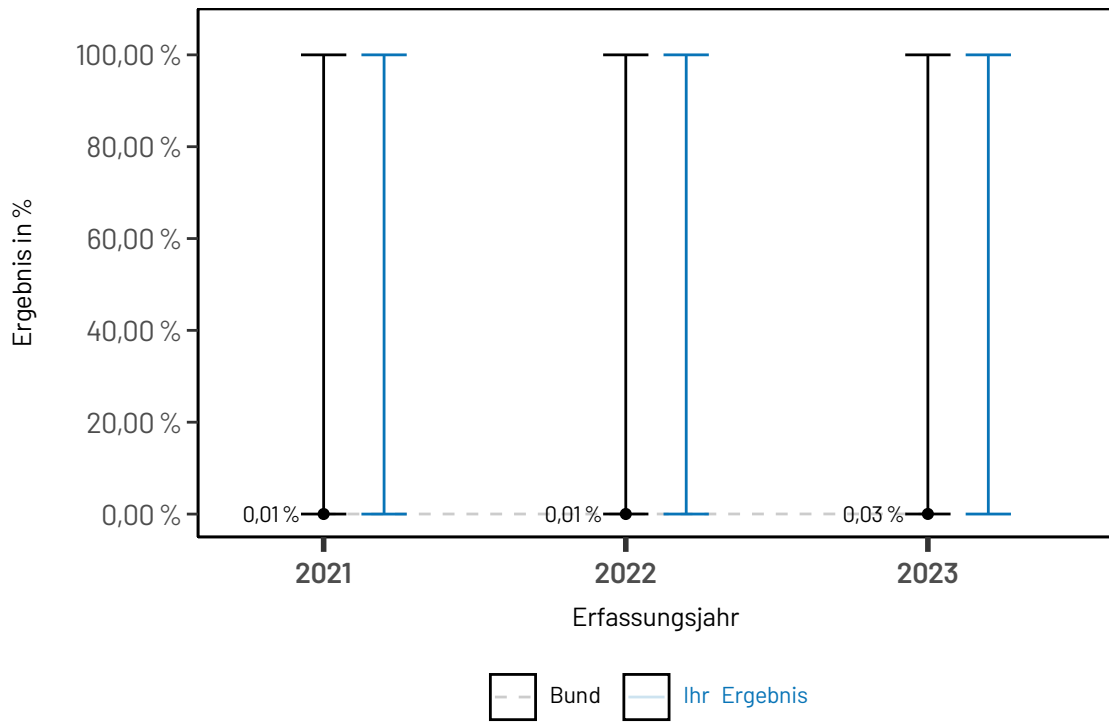
| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen |
| ID | 2190 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen von Ein- oder Zweikammersystemen, die im aktuellen Erfassungsjahr unter Beobachtung standen, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. |
| Zähler | Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Batterieerschöpfung durchgeführten Eingriffe mit Aggregatwechsel innerhalb von vier Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

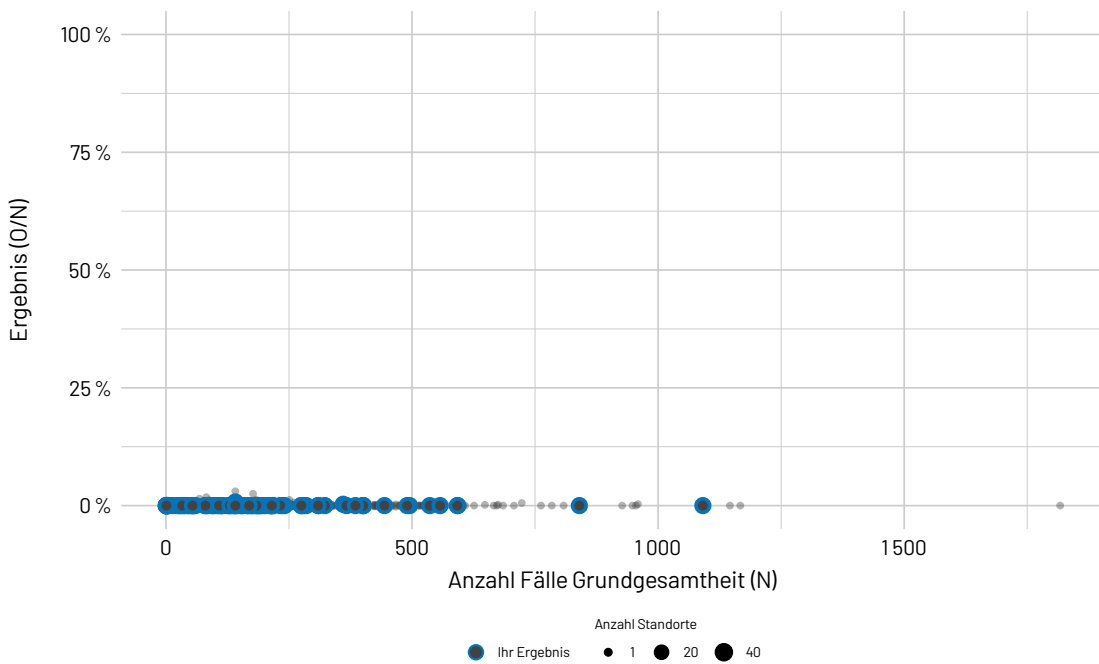
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|---------------------|---------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | ≤3 / 18.233 | x % | 0,00 % - 100,00 % |
| | 2022 | ≤3 / 18.233 | x % | 0,01 % - 100,00 % |
| | 2023 | ≤3 / 18.233 | x % | 0,00 % - 100,00 % |
| Bund | 2021 | 13 / 169.295 | 0,01 % | 0,00 % - 100,00 % |
| | 2022 | 21 / 169.295 | 0,01 % | 0,01 % - 100,00 % |
| | 2023 | 28 / 169.295 | 0,03 % | 0,02 % - 100,00 % |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren

| | |
|------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde) |
| ID | 2191 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von acht Jahren beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. |
| Zähler | Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Hardwareproblemen durchgeführten Eingriffe innerhalb von acht Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2021 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|---------------------|-------------|--------------|----------|-------------------|
| Ihr Ergebnis | 2019 | - / - | - | - |
| | 2020 | - / - | - | - |
| | 2021 | - / - | - | - |
| Bund | 2019 | - / - | - | - |
| | 2020 | - / - | - | - |
| | 2021 | - / - | - | - |

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

| | |
|--------------------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher |
| ID | 2194 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2022), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. |
| Zähler | Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. |
| O (observed) | Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum |
| E (expected) | Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2194 |
| Referenzbereich | ≤ 2,51 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung der Art des Systems (Anzahl der Sonden) und des Geschlechts des Patienten |
| Verwendete Risikofaktoren | |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|
| Ihr Ergebnis | 2020 | 0 | 0 / 0,00 | - | - |
| | 2021 | 6.515 | 272 / 282,70 | 0,96 | 0,85 - 1,08 |
| | 2022 | 6.413 | 263 / 279,83 | 0,94 | 0,83 - 1,06 |

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|-------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| Bund | 2020 | 0 | 0 / 0,00 | - | - |
| | 2021 | 60.604 | 2.680 / 2.640,75 | 1,01 | 0,98 - 1,05 |
| | 2022 | 59.325 | 2.545 / 2.593,64 | 0,98 | 0,94 - 1,02 |

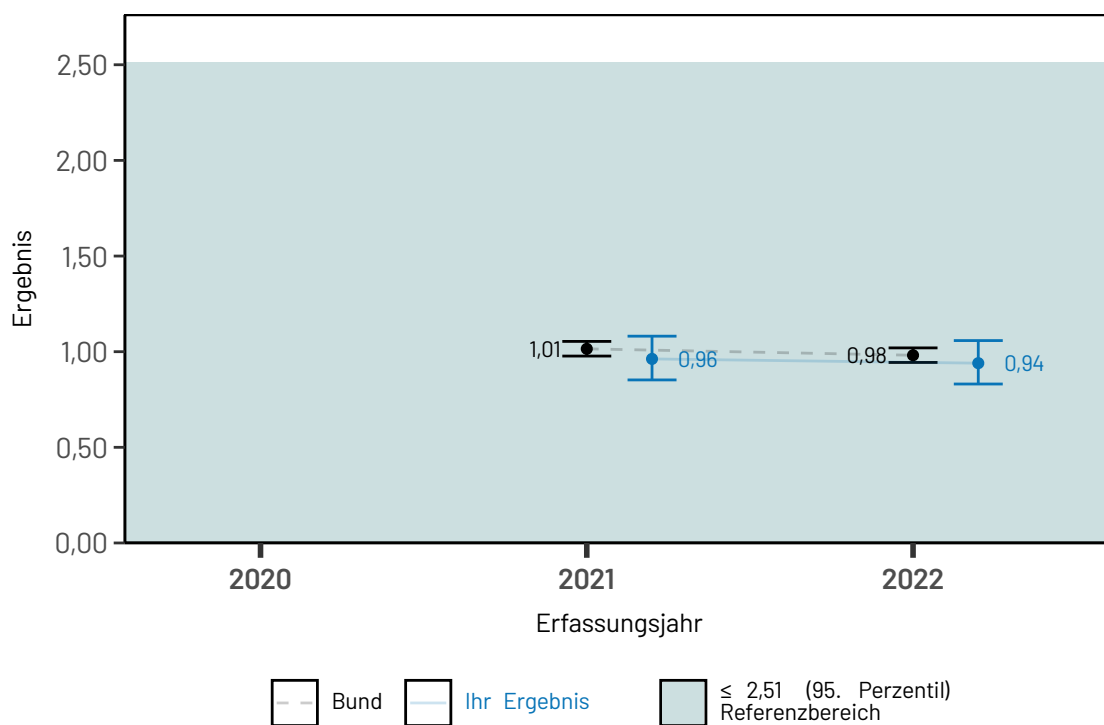
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

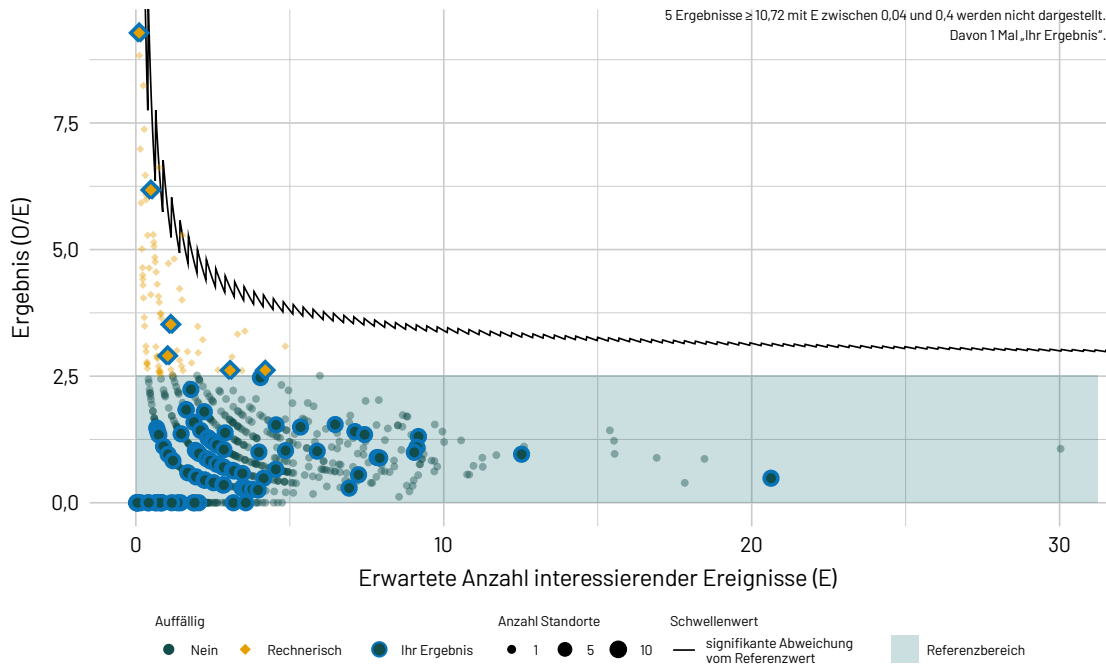
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

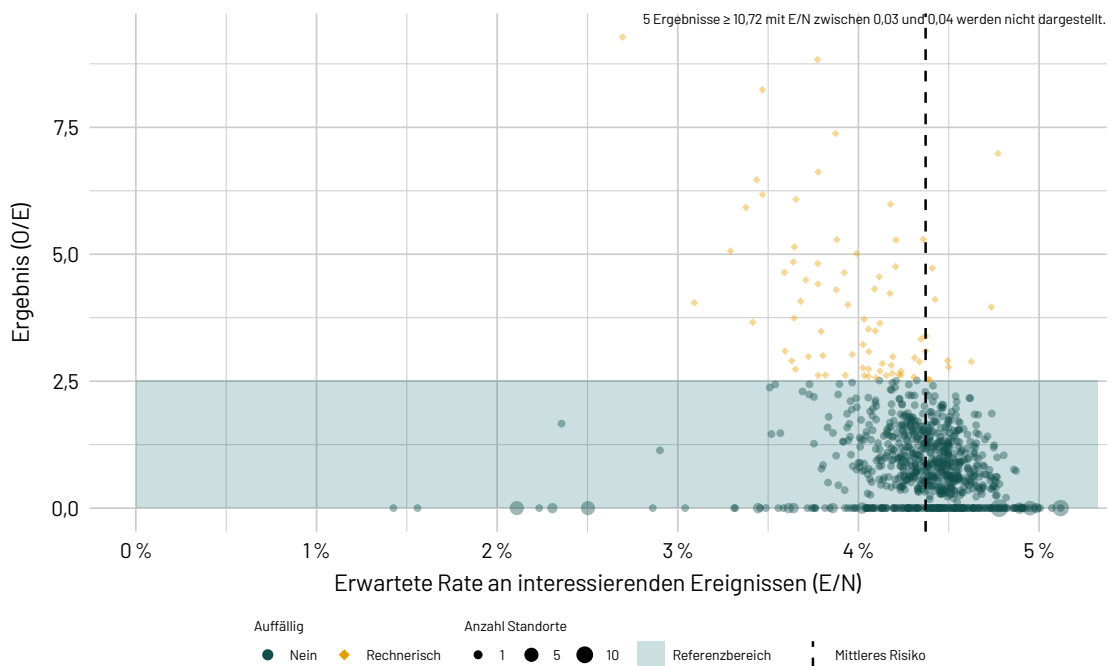
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

| | |
|--------------------------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher |
| ID | 2195 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2022), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. |
| Zähler | Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. |
| O (observed) | Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum |
| E (expected) | Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2195 |
| Referenzbereich | ≤ 5,45 (95. Perzentil) |
| Methode der Risikoadjustierung | Multiplikatives Hazardratenmodell mit Berücksichtigung des Status zu Diabetes mellitus und des Geschlechts des Patienten |
| Verwendete Risikofaktoren | |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2022 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|-------------------------------|-------------------|-------------|--------------------|
| Ihr Ergebnis | 2020 | 0 | 0 / 0,00 | - | - |
| | 2021 | 6.470 | 19 / 23,58 | 0,81 | 0,50 - 1,22 |
| | 2022 | 6.369 | 17 / 23,40 | 0,73 | 0,43 - 1,13 |

| Dimension | | Anzahl in Grundgesamtheit (N) | Ergebnis O/E | Ergebnis * | Vertrauensbereich |
|-----------|-------------|-------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|
| Bund | 2020 | 0 | 0 / 0,00 | - | - |
| | 2021 | 60.132 | 240 / 219,88 | 1,09 | 0,96 - 1,24 |
| | 2022 | 58.948 | 196 / 216,14 | 0,91 | 0,79 - 1,04 |

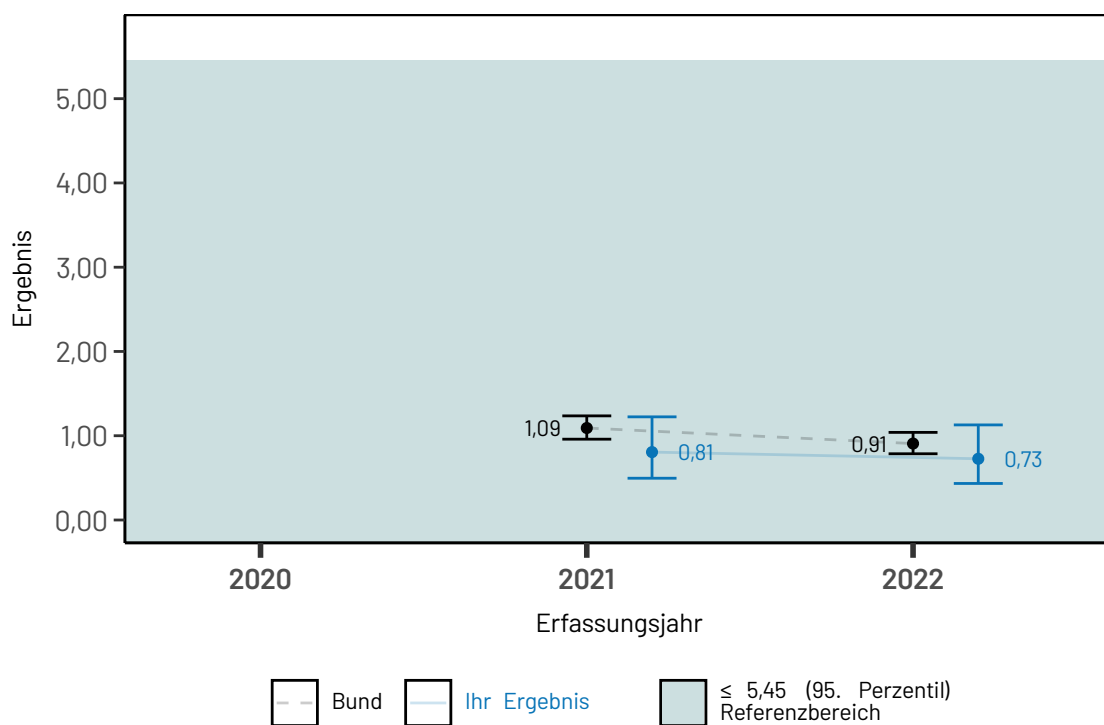
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

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

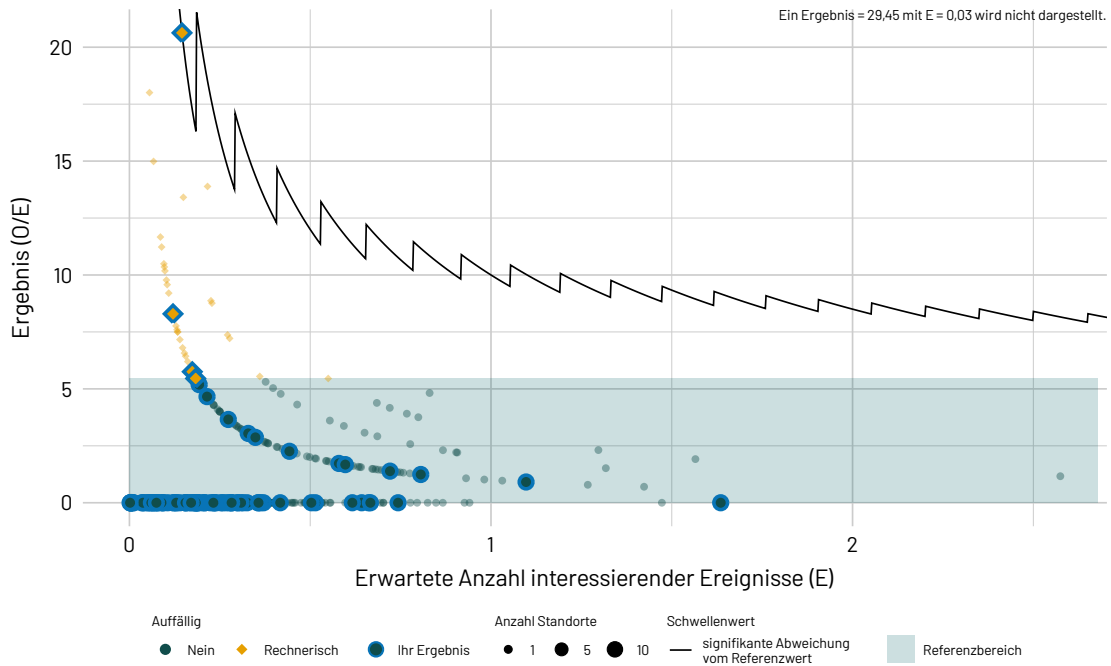
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

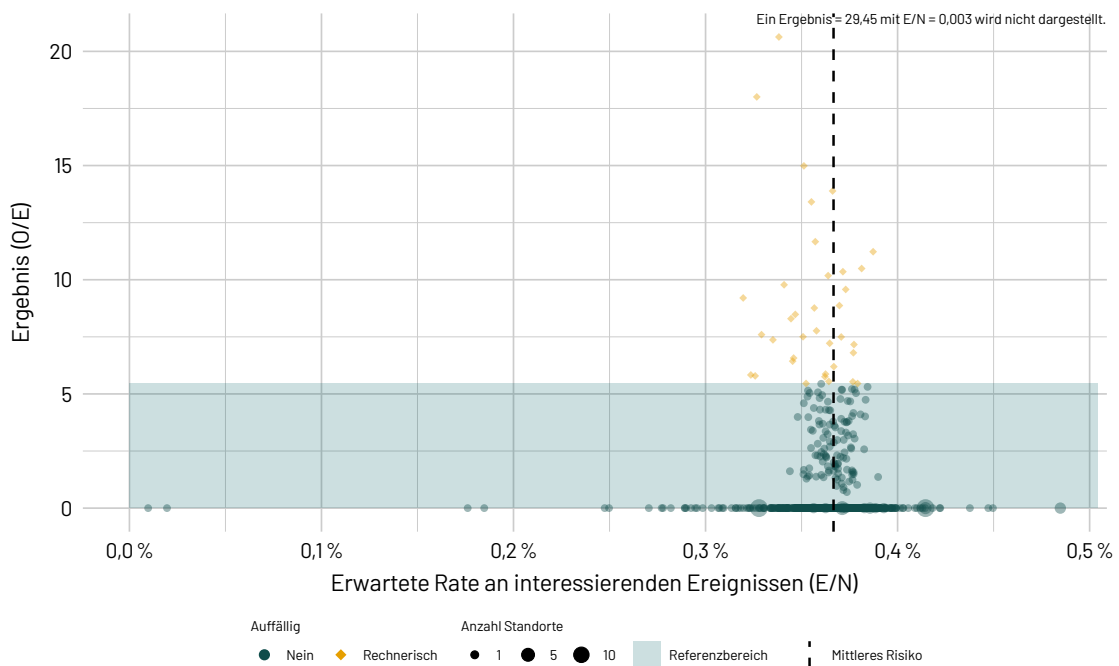
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

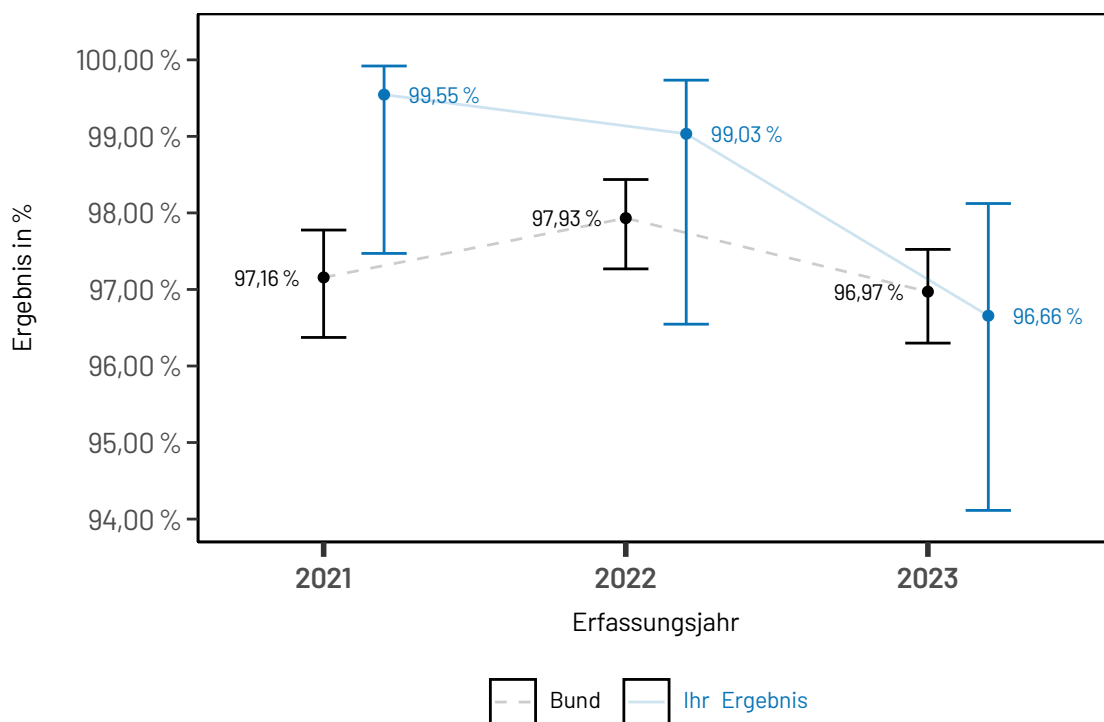
| | |
|------------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation |
| ID | 102001 |
| Art des Wertes | Qualitätsindikator |
| Grundgesamtheit | Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System und kardialer Resynchronisationstherapie als führender Indikation (exklusive Patientinnen und Patienten mit Sonde am HIS-Bündel) |
| Zähler | Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung |
| Referenzbereich | Nicht definiert |
| Datenquellen | QS-Daten |
| Berichtszeitraum | Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023 |

Detailergebnisse

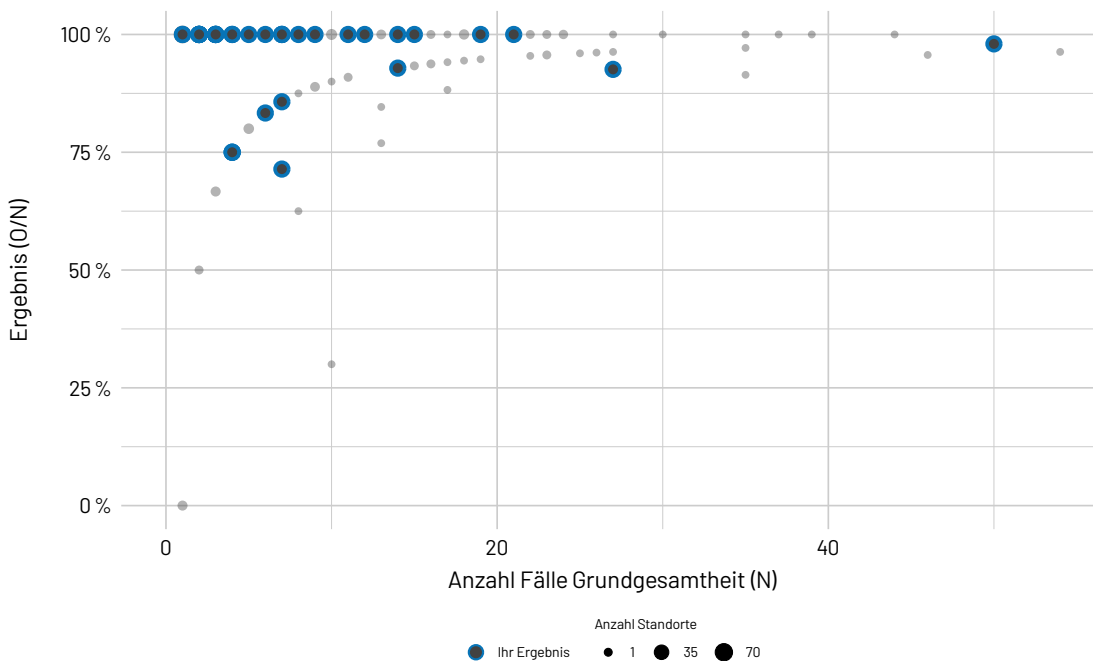
| Dimension | | Ergebnis O/N | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|--------------|-------------|----------------------|----------------|--------------------------|
| Ihr Ergebnis | 2021 | 219 / 220 | 99,55 % | 97,47 % - 99,92 % |
| | 2022 | 205 / 207 | 99,03 % | 96,55 % - 99,73 % |
| | 2023 | 318 / 329 | 96,66 % | 94,11 % - 98,12 % |
| | | | | |
| Bund | 2021 | 2.119 / 2.181 | 97,16 % | 96,37 % - 97,78 % |
| | 2022 | 2.273 / 2.321 | 97,93 % | 97,27 % - 98,44 % |
| | 2023 | 2.945 / 3.037 | 96,97 % | 96,30 % - 97,52 % |
| | | | | |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



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/>