



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

---

## **Herzschrittmacher-Aggregatwechsel**

**Auswertung 2018**

**Modul 09/2**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **1 Basisstatistik**

- 1 Patienten
- 2 Präoperative Anamnese(Klinik)/letzte OP
- 3 Operation
- 4 Schrittmachersystem
- 5 Verlauf / Komplikationen

### **2 Qualitätsindikatoren**

#### **1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren**

- Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
- Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
- Unterkennzahl zum Qualitätsindex 52307 des Moduls 09/2 zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
- Eingriffsdauer bis 45 Minuten

### **3 Qualitätsindikatoren**

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

### **4 Einzelfälle für klinikinterne Analysen**

- 1 Auflistung Vorgangsnummern

## Inhalt »

### Allgemeine Hinweise

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

**Basisstatistik:** Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

**Qualitätsindikatoren-Übersicht:** Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

**Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung:** Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingeblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

**Einzelfallanalyse:** Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

**Detailstatistik:** In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich/ Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

### Ansprechpartner:

Datenmanagement / Programmierung

Mario Callies: 089 211590-14

daten-support@baq-bayern.de

Medizinische Fragestellungen

Franziska Brustmann, MPH: 089 211590-23

kardiologie@baq-bayern.de

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),  
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

Westenriederstr. 19

80331 München

Tel.: 089 211590-0

mail@baq-bayern.de

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Patienten****1. Fallzahlen**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmacher - Aggregatwechsel	2.049	<b>100,0</b>	2.160	100,0
1. Quartal	519	<b>25,3</b>	538	24,9
2. Quartal	522	<b>25,5</b>	548	25,4
3. Quartal	514	<b>25,1</b>	526	24,4
4. Quartal	494	<b>24,1</b>	548	25,4
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	149	<b>100,0</b>	159	100,0

**2. Art der Versicherung**

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmacher - Aggregatwechsel	2.049	<b>100,0</b>	2.160	100,0
Gesetzlich versichert	1.778	<b>86,8</b>	1.851	85,7
eGK-Versichertenr. liegt auch zum Entlasszeitpunkt nicht vor	6	<b>0,3</b>		
Privat versichert	94	<b>4,6</b>	85	3,9
Sonstiges	26	<b>1,3</b>	34	1,6
Unbekannt (Feld leer)	151	<b>7,4</b>	190	8,8

**3. Alter**

	2018		2017	
	n	%	n	%
< 40 Jahre	34	<b>1,7</b>	39	1,8
40 - 49 Jahre	17	<b>0,8</b>	26	1,2
50 - 59 Jahre	47	<b>2,3</b>	65	3,0
60 - 69 Jahre	149	<b>7,3</b>	159	7,4
70 - 79 Jahre	553	<b>27,0</b>	611	28,3
80 - 89 Jahre	952	<b>46,5</b>	946	43,8
>= 90 Jahre	297	<b>14,5</b>	314	14,5
Mittelwert		<b>79,9</b>		79,3
Median		<b>82,0</b>		81,0

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Patienten****4. Geschlecht**

	2018		2017	
	n	%	n	%
männlich	1.069	<b>52,2</b>	1.151	53,3
weiblich	980	<b>47,8</b>	1.009	46,7
unbestimmt	0	<b>0,0</b>		

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Präoperative Anamnese(Klinik)/letzte OP****1. ASA-Klassifikation**

	2018		2017	
	n	%	n	%
normal, ansonsten gesund (ASA 1)	98	<b>4,8</b>	102	4,7
leichte Allgemeinerkrankung (ASA 2)	959	<b>46,8</b>	1.035	47,9
schwere Allgemeinerkrankung (ASA 3)	927	<b>45,2</b>	976	45,2
ständige Lebensbedrohung (ASA 4)	63	<b>3,1</b>	47	2,2
moribund (ASA 5)	2	<b>0,1</b>	0	0,0

**2. Ort der letzten Schrittmacher-OP**

	2018		2017	
	n	%	n	%
stationär, eigene Institution	1.204	<b>58,8</b>	1.279	59,2
stationär, andere Institution	800	<b>39,0</b>	842	39,0
ambulant, eigene Institution	11	<b>0,5</b>	10	0,5
ambulant, andere Institution	34	<b>1,7</b>	29	1,3

Bayern gesamt

**Basisstatistik » Operation***mehrfache Kodierungen möglich***1. OPS-Kodierungen***mehrfache Kodierungen möglich*

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmacher, Einkammersystem	462	22,5	477	22,1
Schrittmacher, Zweikammersystem	1.452	70,9	1.535	71,1
Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation (Dreikammersystem)				
- ohne Vorhofelektrode	10	0,5	10	0,5
- mit Vorhofelektrode	60	2,9	69	3,2
Schrittmacher, n.n. bezeichnet	61	3,0	62	2,9

**2. Dauer des Eingriffs**

	2018		2017	
	n	%	n	%
bis 10 Min	58	2,8	84	3,9
bis 20 Min	778	38,0	827	38,3
bis 30 Min	1.538	75,1	1.563	72,4
bis 40 Min	1.873	91,4	1.915	88,7
bis 45 Min	1.939	94,6	2.015	93,3
über 45 Min	110	5,4	145	6,7
Mittelwert (Min)		25,9		27,0
Median (Min)		24,0		24,0

Bayern gesamt

## Basisstatistik » Schrittmachersystem

## 1. Implantiertes Schrittmachersystem

	2018		2017	
	n	%	n	%
VVI	485	23,7	492	22,8
AAI	18	0,9	20	0,9
DDD	1.445	70,5	1.542	71,4
VDD	27	1,3	21	1,0
CRT-System mit einer Vorhofsonde	64	3,1	77	3,6
CRT-System ohne Vorhofsonde	5	0,2	8	0,4
Sonstiges System	5	0,2	0	0,0

## 2. Belassene Vorhofsonde

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmachersystem AAI, DDD, CRT mit Vorhofsonde oder Sonstiges	1.532	100,0	1.639	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	1	0,1	0	0,0
- 0,1 bis 1,5 V	1.172	76,5	1.270	77,5
- größer als 1,5 V	50	3,3	41	2,5
• Mittelwert (V)		0,8		0,8
Keine Messung	307	20,0	328	20,0
- wegen Vorhofflimmerns	282	18,4	296	18,1
- aus anderen Gründen	25	1,6	32	2,0
Schrittmachersystem AAI, DDD, VDD, CRT mit Vorhofsonde oder Sonstiges	1.559	100,0	1.660	100,0
P-Wellen Amplitude intraop.				
- 0,0 mV	1	0,1	1	0,1
- 0,1 bis 1,4 mV	277	17,8	305	18,4
- 1,5 bis 15,0 mV	1.111	71,3	1.181	71,1
- größer als 15 mV	2	0,1	0	0,0
• Mittelwert (mV)		2,9		2,9
Keine Messung	152	9,7	167	10,1
- wegen Vorhofflimmerns	88	5,6	98	5,9
- fehlender Vorhofeigenrhythmus	45	2,9	53	3,2
- aus anderen Gründen	19	1,2	16	1,0



Bayern gesamt

## Basisstatistik » Schrittmachersystem

## 3. Belassene rechtsventrikuläre Sonde

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmachersystem VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System	2.031	100,0	2.140	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,0 V	1.590	78,3	1.695	79,2
- größer als 1,0 V	412	20,3	419	19,6
• Mittelwert (V)		0,9		0,9
- Keine Messung	27	1,3	26	1,2
R-Amplitude intraop.				
- 0,0 mV	0	0,0	2	0,1
- 0,1 bis 3,9 mV	56	2,8	71	3,3
- 4,0 bis 30,0 mV	1.531	75,4	1.629	76,1
- größer als 30 mV	1	0,0	3	0,1
• Mittelwert (mV)		11,6		12,0
Keine Messung	441	21,7	435	20,3
- kein Eigenrhythmus	421	20,7	422	19,7
- aus anderen Gründen	20	1,0	13	0,6

## 4. Belassene linksventrikuläre Sonde

	2018		2017	
	n	%	n	%
Schrittmachersystem CRT-System oder sonstiges System	74	100,0	85	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,0 V	31	41,9	30	35,3
- größer als 1,0 V	36	48,6	55	64,7
• Mittelwert (V)		1,5		1,6
- Keine Messung	4	5,4	0	0,0

Bayern gesamt

## Basisstatistik » Verlauf / Komplikationen

## 1. Peri- und postoperative Komplikationen

	2018		2017	
	n	%	n	%
Komplikationen				
- Nein	2.044	99,8	2.151	99,6
- Ja	5	0,2	9	0,4
kardiopulmonale Reanimation	0	0,0		
interventionspfl. Taschenhämatom	3	0,1	3	0,1
postop. Wundinfektion (nach CDC)	1	0,0	1	0,0
Sonstige interventionspflichtige Komplikation	1	0,0	4	0,2

## 2. Postoperative Verweildauer

	2018		2017	
	n	%	n	%
Mittelwert (Tage)		1,8		1,9
Median (Tage)		1,0		1,0

## 3. Entlassungsgrund § 301

	2018		2017	
	n	%	n	%
Patient verstorben	8	0,4	5	0,2
Entlassung nach Hause	1.979	96,6	2.072	95,9
externe Verlegung	62	3,0	83	3,8
Sonstige Entlassgründe	0	0,0	0	0,0

Bayern gesamt

## Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen **Hinweis auf die erreichte Qualität** zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine **rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert)** liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozeßqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Bayern gesamt	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden						
52307	8.920	-	9.093	<b>98,10%</b>	97,80 - 98,36	<b>≥ 95,00%</b>
Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)						
111801	5	-	2.049	<b>0,24%</b>	0,10 - 0,57	<b>≤ 2,30%</b>
Unterkennzahl zu modulübergreifenden Qualitätsindikatoren						
092-52307	6.271	-	6.366	<b>98,51%</b>	98,18 - 98,78	-
Eingriffsdauer bis 45 Minuten						
092-52139	1.939	-	2.049	<b>94,63%</b>	93,57 - 95,53	-

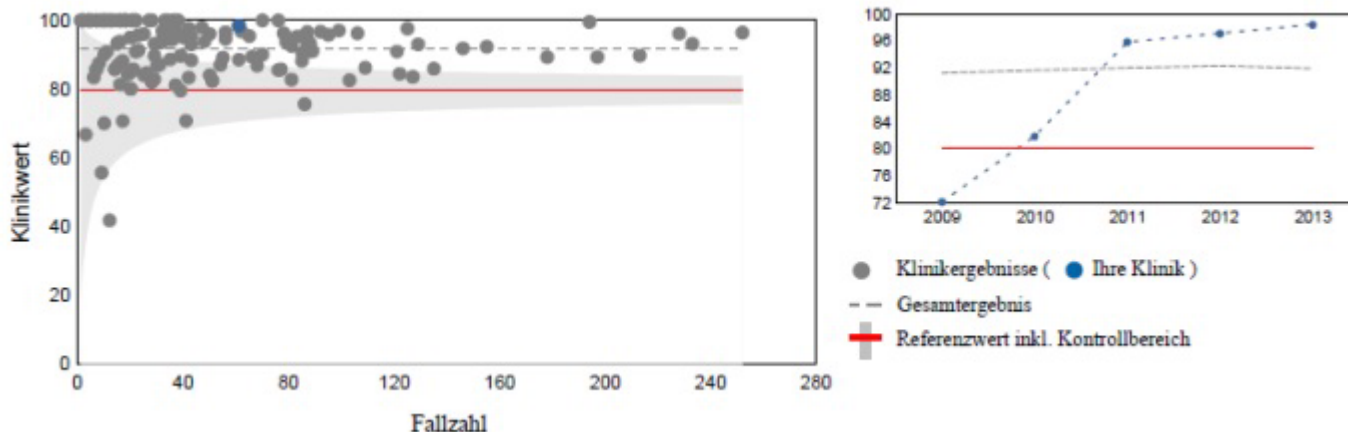
**Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren**

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.

Hinweise zu den Graphiken:



Der Funnelplot (\*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (\*\*) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so läßt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten Vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

\* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

\*\* M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

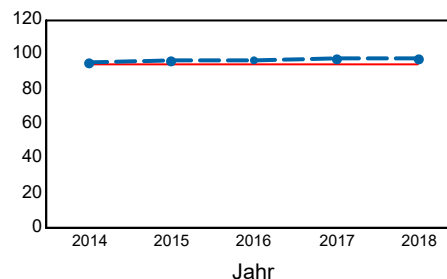
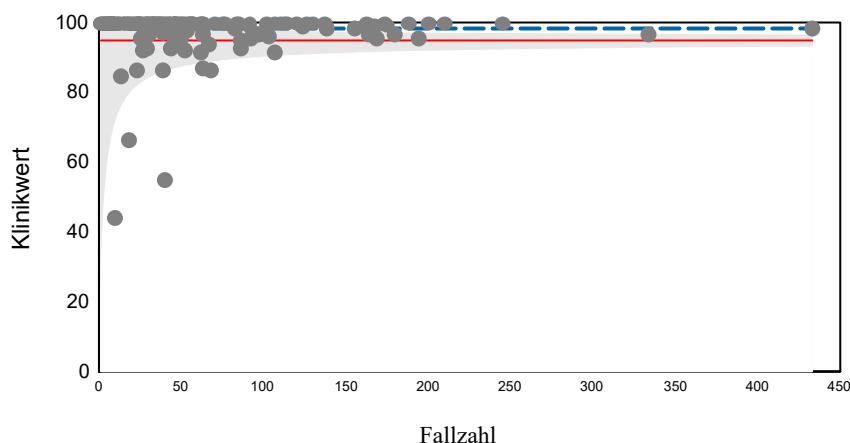
Indikator: 52307

Ziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	10.006	-	10.312	97,03	96,69 - 97,34	>= 95,00
2016	9.884	-	10.138	97,49	97,17 - 97,78	>= 95,00
2017	9.411	-	9.589	98,14	97,85 - 98,40	>= 95,00
<b>2018</b>	<b>8.920</b>	-	<b>9.093</b>	<b>98,10</b>	97,80 - 98,36	<b>&gt;= 95,00</b>

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



● Klinikergebnisse  
 - - Gesamtergebnis  
 - Referenzwert  
 ■ Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
09/1	516	-	516	100,00	-	-
09/2	6.271	-	6.366	98,51	-	-
09/3	2.133	-	2.211	96,47	-	-

**Ereignis:** Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen.

**Fallzahl:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen 09/2 und 09/3 und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen 09/1, 09/2 und 09/3:  
 - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Pat. mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)  
 - Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschl. linksventrikuläre Sonde)  
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Pat. mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofsigenrhythmus (nicht in 09/1)  
 - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Pat. mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1).

Vorgangsnummern:

Die Vorgangsnummern, die das Modul 09/2 betreffen, werden bei der Unterkennzahlen BA-092-52307 aufgeführt. Vorgangsnummern, die das Modul 09/1 bzw. 09/3 betreffen, werden bei der Unterkennzahl BA-091-52307 bzw. BA-093-52307 in der Jahresauswertung für 09/1 bzw. 09/3 dargestellt.

In dem Qualitätsindex werden Eingriffe abgebildet, bei denen die Durchführung einer intraoperativen Messungen als Nachweis einer hinreichenden Versorgungsqualität ausreichend ist. Für die Indexbildung werden die Messung von Reizschwellen und Signalamplituden von unterschiedlichen Sondenpositionen (Vorhof vs. Ventrikel) über unterschiedliche Leistungsbereiche hinweg zusammengefasst.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**

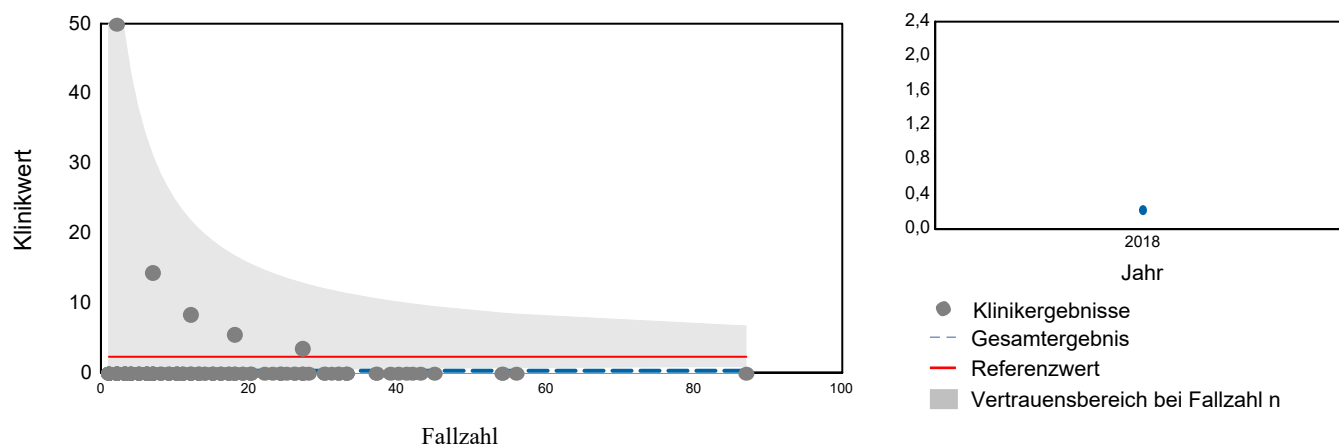
Indikator: 111801

Ziel: Möglichst wenig peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	5	-	2.049	0,24	0,10 - 0,57	<= 2,30

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen):  
 - kardiopulmonale Reanimation,  
 - interventionspflichtiges Taschenhämatom,  
 - postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikationen.

**Fallzahl:** Alle Patienten.

Bei möglichen perioperativen Komplikationen nach Wechseleingriffen stehen Taschenhämatome und Wundinfektionen im Bereich der Tasche im Vordergrund. Insbesondere die Infektionsgefahr scheint nach Wechsel- und Revisionsoperationen höher zu sein (Hildick-Smith et al. 1998).

Hinweis: Dieser Indikator wird für das Erfassungsjahr 2018 erstmals berechnet. Es werden neben chirurgischen Komplikationen auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen als nicht sondenbedingte Komplikationen berücksichtigt.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

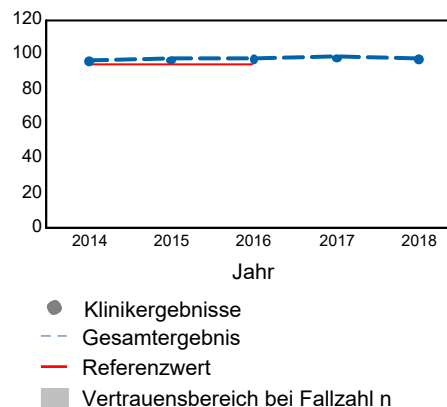
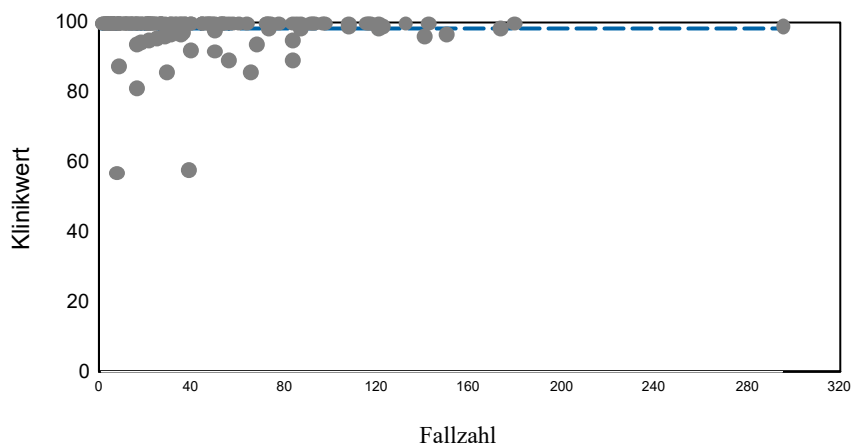
Unterkennzahl zum Qualitätsindex 52307 des Moduls 09/2 zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Indikator: BA-092-52307

Ziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	7.483	-	7.669	97,57	97,21 - 97,90	>= 95,00
2016	7.163	-	7.296	98,18	97,84 - 98,46	>= 95,00
2017	6.702	-	6.789	98,72	98,42 - 98,96	nicht definiert
<b>2018</b>	<b>6.271</b>	-	<b>6.366</b>	<b>98,51</b>	98,18 - 98,78	<b>nicht definiert</b>

Ergebnisanalyse



**Ereignis:** Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen.

**Fallzahl:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2).

Hier werden die Vorgangsnummern zu dem modulübergreifenden Indikator 52307 (9/2) aufgeführt, die das Modul 09/2 betreffen.

Bitte beachten Sie, dass die Anzahl der auffälligen Vorgangsnummern nicht zwingend mit der Differenz zwischen beobachtete Ereignisse (Zähler) und Fallzahl (Nenner) übereinstimmen muss, da bei einem Patient mehrere intraoperative Messungen durchgeführt werden können.

Hinweis:

Vorgangsnummern, die das Modul 09/1 bzw. 09/3 betreffen, werden bei der Unterkennzahl BA-091-52307 bzw. BA-093-52307 in der Jahresauswertung für 09/1 bzw. 09/3 aufgeführt.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

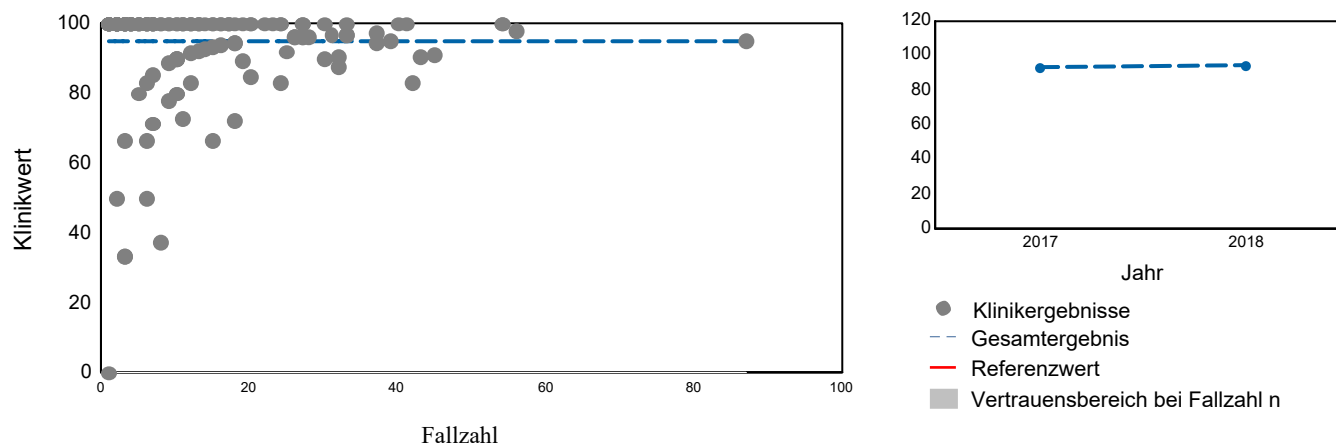
**Eingriffsdauer bis 45 Minuten**

Indikator: BA-092-52139

Ziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	2.015	-	2.160	93,29	92,15 - 94,27	nicht definiert
2018	1.939	-	2.049	94,63	93,57 - 95,53	nicht definiert

**Ergebnisanalyse**



**Ereignis:** Patienten mit Eingriffsdauer <= 45 min.

**Fallzahl:** Alle Patienten.

Eine lange Operationszeit wird als Risikofaktor für nosokomiale Infektionen wie z.B. Taschenabszesse angesehen. Bei Wechsel- und Revisionsoperationen scheint die Infektionsgefahr höher zu sein als bei Erstimplantationen. Deutlich längere Operationszeiten einer Klinik im Vergleich zu Operationszeiten anderer Einrichtungen können einen Hinweis auf ein Qualitätsproblem geben. Ab dem Erfassungsjahr 2013 wurde der Schwellenwert für die Eingriffsdauer von 60 auf 45 Minuten reduziert.

Hinweis:

Hier werden die Vorgangsnummern zu dem modulübergreifenden Indikator 52139 (9/1) aufgeführt, die das Modul 09/2 betreffen.

Vorgangsnummern, die das Modul 09/1 betreffen, werden bei der Unterkennzahl BA-091-52139 in der Jahresauswertung für 09/1 aufgeführt.



Bayern gesamt

**Einzelfälle für klinikinterne Analysen » Auflistung Vorgangsnummern***Vorgangsnummern ermöglichen die Reidentifikation von Patienten in der Dokumentationssoftware*

In den individuellen Klinikstatistiken werden zu diesen Punkten zusätzlich die Vorgangsnummern zu den Fällen, die für eine Einzelfallanalyse von Interesse sein können ausgewiesen.

**1. Dokumentation: Eingriff bei ASA 5 (moribunder Patient)**

	2018		2017	
	n	%	n	%
	2		0	