



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Auswertung 2020

Modul 09/2

Inhaltsverzeichnis

1 Basisstatistik

- 1 Patienten
- 2 Präoperative Anamnese/Indikation Aggregatwechsel
- 3 Operation
- 4 Schrittmachersystem
- 5 Verlauf/Komplikationen

2 Qualitätsindikatoren

- 1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren
 - Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
 - Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
 - Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (Unterkennzahl zum Qualitätsindex 52307 des Moduls 09/2)
 - Eingriffsdauer bei Herzschrittmacher-Aggregatwechseln (Unterkennzahl zum QI 52139 des Moduls 09/1)

3 Qualitätsindikatoren

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

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
Tanja Grath, 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
www.baq-bayern.de

Datenstand:

Druckdatum / PDF-Erstellung:	19.05.2021
Auswertungsstand:	19.05.2021

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten

1. Fallzahlen

	2020		2019	
	n	%	n	%
Schrittmacher - Aggregatwechsel	1.924	100,0	2.053	100,0
1. Quartal	496	25,8	530	25,8
2. Quartal	420	21,8	506	24,6
3. Quartal	520	27,0	510	24,8
4. Quartal	488	25,4	507	24,7
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	143	100,0	142	100,0

2. Art der Versicherung

	2020		2019	
	n	%	n	%
Schrittmacher - Aggregatwechsel	1.924	100,0	2.053	100,0
Gesetzlich versichert	1.651	85,8	1.744	84,9
Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer	9	0,5	5	0,3
privat versichert	94	4,9	129	6,3
sonstiges	38	2,0	41	2,0
unbekannt (Feld leer)	141	7,3	139	6,8

3. Alter

	2020		2019	
	n	%	n	%
< 40 Jahre	32	1,7	32	1,6
40 - 49 Jahre	29	1,5	17	0,8
50 - 59 Jahre	47	2,4	39	1,9
60 - 69 Jahre	109	5,7	147	7,2
70 - 79 Jahre	423	22,0	505	24,6
80 - 89 Jahre	994	51,7	977	47,6
>= 90 Jahre	290	15,1	336	16,4
Mittelwert (Jahre)		80,3		80,4
Median (Jahre)		83,0		82,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten**4. Geschlecht**

	2020		2019	
	n	%	n	%
männlich	1.034	53,7	1.139	55,5
weiblich	890	46,3	914	44,5
divers	0	0,0		
unbestimmt	0	0,0	0	0,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Präoperative Anamnese/Indikation Aggregatwechsel**1. Indikation zum Aggregatwechsel**

	2020		2019	
	n	%	n	%
Batterieerschöpfung	1.907	99,1	1.999	97,4
Fehlfunktion/Rückruf	8	0,4	36	1,8
sonstige aggregatbezog. Indikation	0	0,0	0	0,0

2. Ort der letzten Schrittmacher-OP

	2020		2019	
	n	%	n	%
stationär, eigene Institution	1.113	57,8	1.235	60,2
stationär, andere Institution	788	41,0	787	38,3
ambulant, eigene Institution	6	0,3	10	0,5
ambulant, andere Institution	17	0,9	21	1,0

Bayern gesamt

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

	2020		2019	
	n	%	n	%
Schrittmacher, Einkammersystem	375	19,5	433	21,1
Schrittmacher, Zweikammersystem	1.411	73,3	1.495	72,8
Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation (Dreikammersystem)				
- ohne Vorhofelektrode	12	0,6	8	0,4
- mit Vorhofelektrode	78	4,1	63	3,1
Schrittmacher, n.n. bezeichnet	46	2,4	51	2,5

2. Dauer des Eingriffs

	2020		2019	
	n	%	n	%
bis 10 Min	76	4,0	74	3,6
bis 20 Min	730	37,9	741	36,1
bis 30 Min	1.418	73,7	1.505	73,3
bis 40 Min	1.712	89,0	1.849	90,1
bis 45 Min	1.788	92,9	1.923	93,7
über 45 Min	136	7,1	130	6,3
Mittelwert (Minuten)		27,1		27,2
Median (Minuten)		24,0		25,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Schrittmachersystem

1. Implantiertes Schrittmachersystem

	2020		2019	
	n	%	n	%
VVI	411	21,4	447	21,8
AAI	8	0,4	11	0,5
DDD	1.402	72,9	1.489	72,5
VDD	11	0,6	23	1,1
CRT-System mit einer Vorhofsonde	86	4,5	68	3,3
CRT-System ohne Vorhofsonde	6	0,3	8	0,4
sonstiges System	0	0,0	7	0,3

2. Belassene Vorhofsonde

	2020		2019	
	n	%	n	%
Schrittmachersystem AAI, DDD, CRT mit Vorhofsonde oder sonstiges (kein VVI/VDD/CRT ohne Vorhofsonde)	1.496	100,0	1.575	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,5 V	1.062	71,0	1.182	75,0
- größer als 1,5 V	35	2,3	47	3,0
Mittelwert (V)		0,8		0,8
keine Messung	399	26,7	340	21,6
- wegen Vorhofflimmerns	373	24,9	313	19,9
- aus anderen Gründen	26	1,7	27	1,7
Schrittmachersystem AAI, DDD, VDD, CRT mit Vorhofsonde oder sonstiges (kein VVI/CRT ohne Vorhofsonde)	1.507	100,0	1.598	100,0
P-Wellen Amplitude intraop.				
- 0,0 mV	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,4 mV	275	18,2	254	15,9
- 1,5 bis 15,0 mV	1.044	69,3	1.154	72,2
- größer als 15 mV	0	0,0	1	0,1
Mittelwert (mV)		2,8		2,8
keine Messung	186	12,3	175	11,0
- wegen Vorhofflimmerns	116	7,7	113	7,1
- fehlender Vorhofeigenrhythmus	63	4,2	48	3,0
- aus anderen Gründen	7	0,5	14	0,9

Bayern gesamt

Basisstatistik » Schrittmachersystem

3. Belassene rechtsventrikuläre Sonde

	2020		2019	
	n	%	n	%
Schrittmachersystem VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System (kein AAI)	1.916	100,0	2.042	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,0 V	1.501	78,3	1.606	78,6
- größer als 1,0 V	401	20,9	410	20,1
Mittelwert (V)		0,9		0,9
- keine Messung	14	0,7	21	1,0
R-Amplitude intraop.				
- 0,0 mV	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 3,9 mV	59	3,1	71	3,5
- 4,0 bis 30,0 mV	1.447	75,5	1.532	75,0
- größer als 30 mV	1	0,1	0	0,0
Mittelwert (mV)		11,6		11,6
keine Messung	409	21,3	434	21,3
- kein Eigenrhythmus	397	20,7	422	20,7
- aus anderen Gründen	12	0,6	12	0,6

4. Belassene linksventrikuläre Sonde

	2020		2019	
	n	%	n	%
CRT-System oder sonstiges Schrittmacher-System (kein VVI, AAI, DDD, VDD)	92	100,0	83	100,0
Reizschwelle intraop. bei 0,5 ms				
- 0,0 V	0	0,0	0	0,0
- 0,1 bis 1,0 V	37	40,2	32	38,6
- größer als 1,0 V	55	59,8	43	51,8
Mittelwert (V)		1,5		1,4
- keine Messung	0	0,0	2	2,4

Bayern gesamt

Basisstatistik » Verlauf/Komplikationen

1. Peri- und postoperative Komplikationen

	2020		2019	
	n	%	n	%
Komplikationen				
- nein	1.922	99,9	2.050	99,9
- ja	2	0,1	3	0,1
kardiopulmonale Reanimation	0	0,0	0	0,0
interventionspfl. Taschenhämatom	1	0,1	1	0,0
postop. Wundinfektion (nach KISS)	1	0,1	1	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation	0	0,0	1	0,0

2. Postoperative Verweildauer

	2020		2019	
	n	%	n	%
Mittelwert (Tage)		1,7		1,8
Median (Tage)		1,0		1,0

3. Entlassungsgrund § 301

	2020		2019	
	n	%	n	%
Patient verstorben	5	0,3	4	0,2
Entlassung nach Hause	1.862	96,8	1.978	96,3
externe Verlegung	56	2,9	70	3,4
sonstige Entlassgründe	1	0,1	1	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				
Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden						
52307	8.695	-	8.809	98,71%	98,45 - 98,92	≥ 95,00%
Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)						
111801	2	-	1.924	0,10%	0,03 - 0,38	≤ 2,30%
Unterkennzahl zu modulübergreifenden Qualitätsindikatoren						
092-52307	5.917	-	5.976	99,01%	98,73 - 99,23	-
Eingriffsdauer bei Herzschrittmacher-Aggregatwechseln (Unterkennzahl zum QI 52139 des Moduls 09/1)						
092-52139	1.788	-	1.924	92,93%	91,70 - 93,99	-

Bayern gesamt

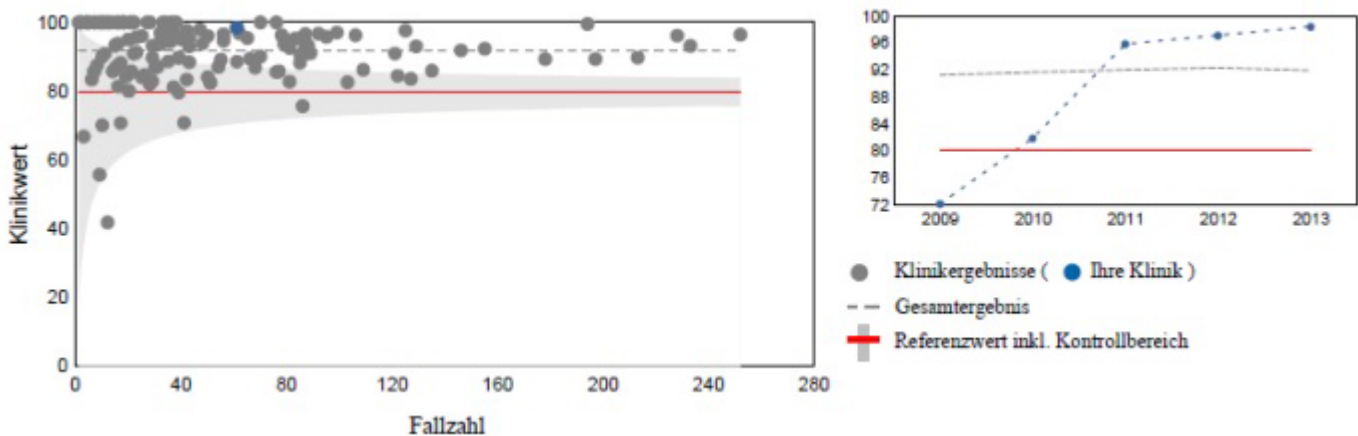
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

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.

Hinweise zu den Tabellen:

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.



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

Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

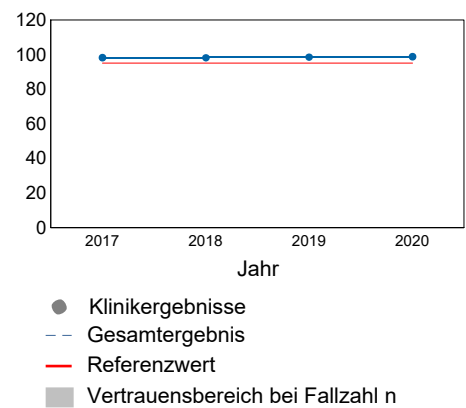
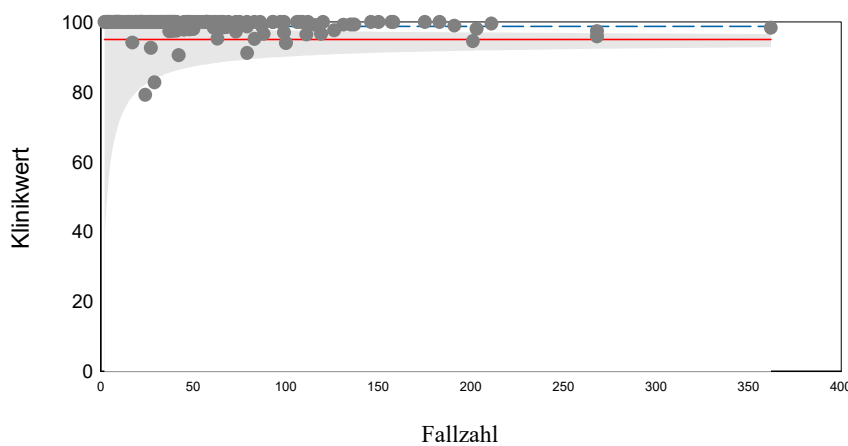
Indikator: 52307

Ziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	9.411	-	9.589	98,14	97,85 - 98,40	>= 95,00
2018	8.920	-	9.093	98,10	97,80 - 98,36	>= 95,00
2019	8.954	-	9.094	98,46	98,19 - 98,69	>= 95,00
2020	8.695	-	8.809	98,71	98,45 - 98,92	>= 95,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ebene	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
09/1	582	-	583	99,83	-	-
09/2	5.917	-	5.976	99,01	-	-
09/3	2.089	-	2.142	97,53	-	-

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 Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
 - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)

In dem Qualitätsindex werden Eingriffe abgebildet, bei denen die Durchführung intraoperativer Messungen als Nachweis einer hinreichenden Versorgungsqualität ausreichend ist. Für die Indexbildung werden die Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden, von unterschiedlichen Sondenpositionen (Vorhof vs. Ventrikel) über unterschiedliche Leistungsbereiche (09/1, 09/2, 09/3) hinweg zusammengefasst. Mit der Indexbildung über mehrere Leistungsbereiche wird das Fallzahl-Prävalenz-Problem reduziert.

Vorgangsnummern, die das Modul 09/2 betreffen, werden bei der Unterkennzahl 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 jeweiligen Jahresauswertung für 09/1 bzw. 09/3 dargestellt.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

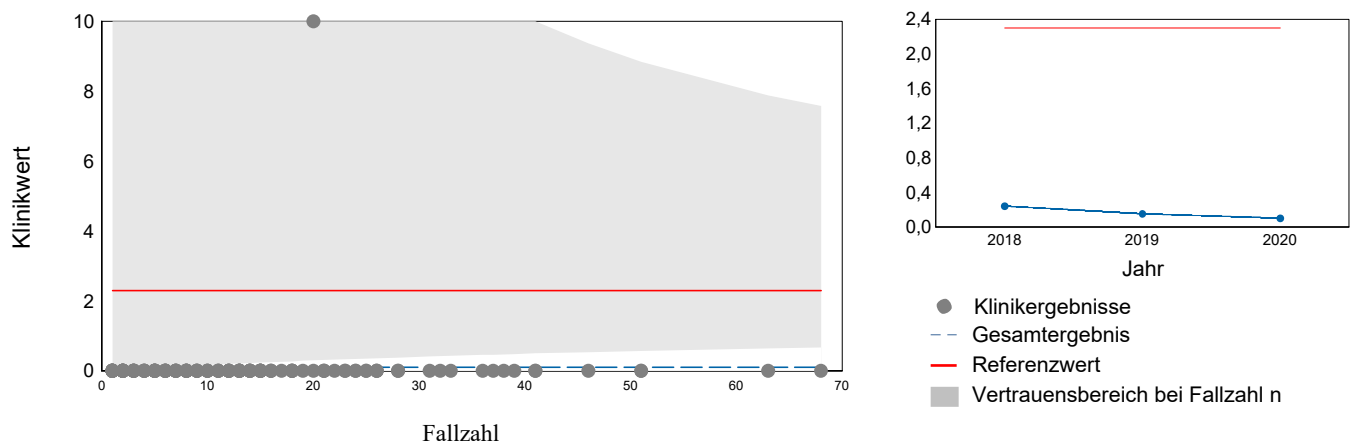
Indikator: 111801

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
2019	3	-	2.053	0,15	0,05 - 0,43	<= 2,30
2020	2	-	1.924	0,10	0,03 - 0,38	<= 2,30

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen):

- kardiopulmonale Reanimation,
- interventionspflichtiges Taschenhämatom,
- postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikationen.

Fallzahl: Alle Patientinnen und 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).

Referenzbereich:

Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde ursprünglich <= 1,00 % als Referenzbereich für die zusammengefasste Rate aller chirurgischen Komplikationen gewählt. Nachdem seit dem Erfassungsjahr 2018 auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

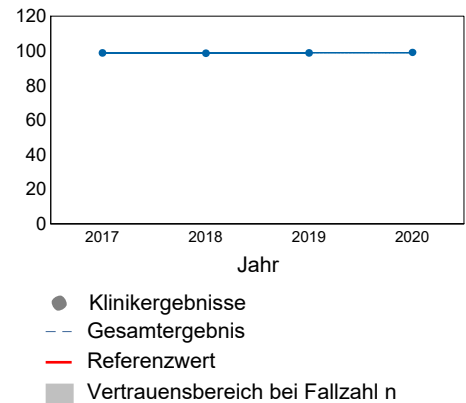
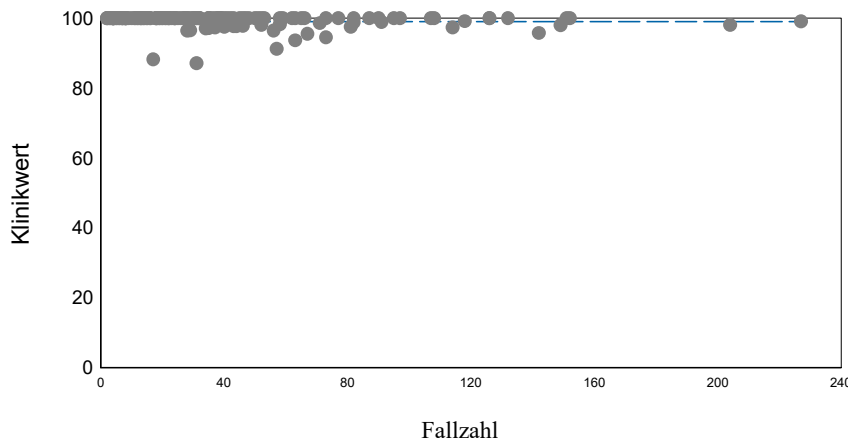
Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (Unterkennzahl zum Qualitätsindex 52307 des Moduls 09/2)

Kennzahl: BA-092-52307

Ziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	6.702	-	6.789	98,72	98,42 - 98,96	nicht definiert
2018	6.271	-	6.366	98,51	98,18 - 98,78	nicht definiert
2019	6.332	-	6.408	98,81	98,52 - 99,05	nicht definiert
2020	5.917	-	5.976	99,01	98,73 - 99,23	nicht definiert

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 beobachteten Ereignissen (Zähler) und Fallzahl (Nenner) übereinstimmen muss, da bei einem Patienten 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

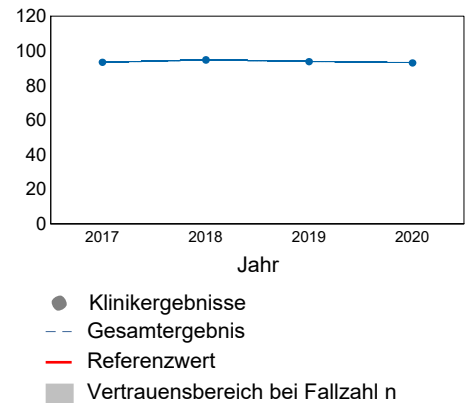
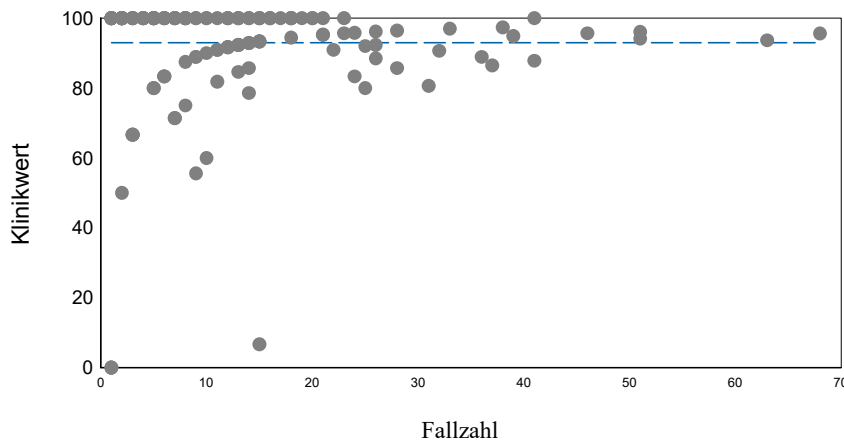
Eingriffsdauer bei Herzschrittmacher-Aggregatwechseln (Unterkennzahl zum QI 52139 des Moduls 09/1)

Kennzahl: 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
2019	1.923	-	2.053	93,67	92,53 - 94,64	nicht definiert
2020	1.788	-	1.924	92,93	91,70 - 93,99	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.