

Bundesauswertung

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

Auswertungsjahr 2025

Erfassungsjahr 2024

Impressum

Titel	Herzschriltmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Bundesauswertung. Auswertungsjahr 2025
Abgabe	15. August 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
verfahrenssupport@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-340

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Datengrundlagen	6
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten	6
Übersicht über weitere Datengrundlagen	8
Ergebnisübersicht	11
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2024	12
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024	13
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen	15
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	15
121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	15
52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	18
Details zu den Ergebnissen	21
51404: Sterblichkeit im Krankenhaus	22
Details zu den Ergebnissen	26
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien	27
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	27
850339: Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	27
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	29
813074: Underdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	29
850166: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	31
850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	33
850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	35
Basisauswertung	37
Basisdokumentation	37
Patientin und Patient	38
Indikation zur Revision/Explantation	39
Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden	40
Operation	43

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems.....	44
Schrittmachersystem.....	44
Schrittmacher-Aggregat.....	45
Schrittmachersonden.....	45
Vorhofsonde.....	46
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel).....	47
Linksventrikuläre Sonde.....	49
Komplikationen.....	50
Sonden- bzw. Systemdislokation.....	50
Sonden- bzw. Systemdysfunktion.....	51
Entlassung.....	52
Behandlungszeiten.....	52

Einleitung

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

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

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

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

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene dar. In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Datensätze wird pro Vergleichsgruppe (Krankenhäuser) ausgegeben.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) / Betriebsstättennummer (BSNR) und auf Standortebezug ausgegeben. Bei der Standortebezug wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Bei Vorhandensein mehrerer entlassender Standorte wird neben der Anzahl der entlassenden Standorte auch die Anzahl auf IKNR-Ebene/BSNR dargestellt. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort Indikator- und Kennzahlberechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für die entlassenden Standorte vor und es kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Für das QS-Verfahren Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren (QS HSMDEF) erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach dem behandelnden Standort bzw. der BSNR-Einheit (= Auswertungsstandort).

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.740 8.688 52	8.675	100,75
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebezug (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	743		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebezug (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	765	762	100,39
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	692	687	100,73

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	8.816 8.769 47	8.709	101,23
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	764		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	782	775	100,90
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	709	703	100,85

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 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.576 7.533 43	7.540	100,48
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	746	100,54
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	683	677	100,89

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

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.525 7.525 -	7.533	99,89
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	731		

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	750	750	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	683	683	100,00

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

Erfassungsjahr 2024		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	1.092 1.092 -	1.109	98,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	385		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	387	383	101,04
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	364	366	99,45

Datengrundlage GKV-Versicherte (IKNR =10)

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.652 7.612 40	7.564	101,16
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	766	758	101,06
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	696	689	101,02

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

Erfassungsjahr 2023		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	7.612 7.612 -	7.612	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	750		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	766	766	100,00
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	696	696	100,00

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

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

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien 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“.
- 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 „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren HSMDEF finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-hsmdef/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/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 2024

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2024.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	Nicht definiert	1,07 % O = 93 N = 8.688
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Nicht definiert	0,74 % O = 46 N = 6.252
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 4,00 (95. Perzentil)	1,07 O/E = 199 / 186,16 N = 8.688

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2024

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850339	Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	≤ 9,64 % (95. Perzentil)	2,79 % 156 / 5.585	2,02 % 14 / 693

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	≥ 95,00 %	100,48 % 7.576 / 7.540	0,94 % 7 / 746
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,75 % 8.740 / 8.675	1,44 % 11 / 762
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,75 % 8.740 / 8.675	0,13 % 1 / 762
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,60 % 52 / 8.675	2,23 % 17 / 762

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

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

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

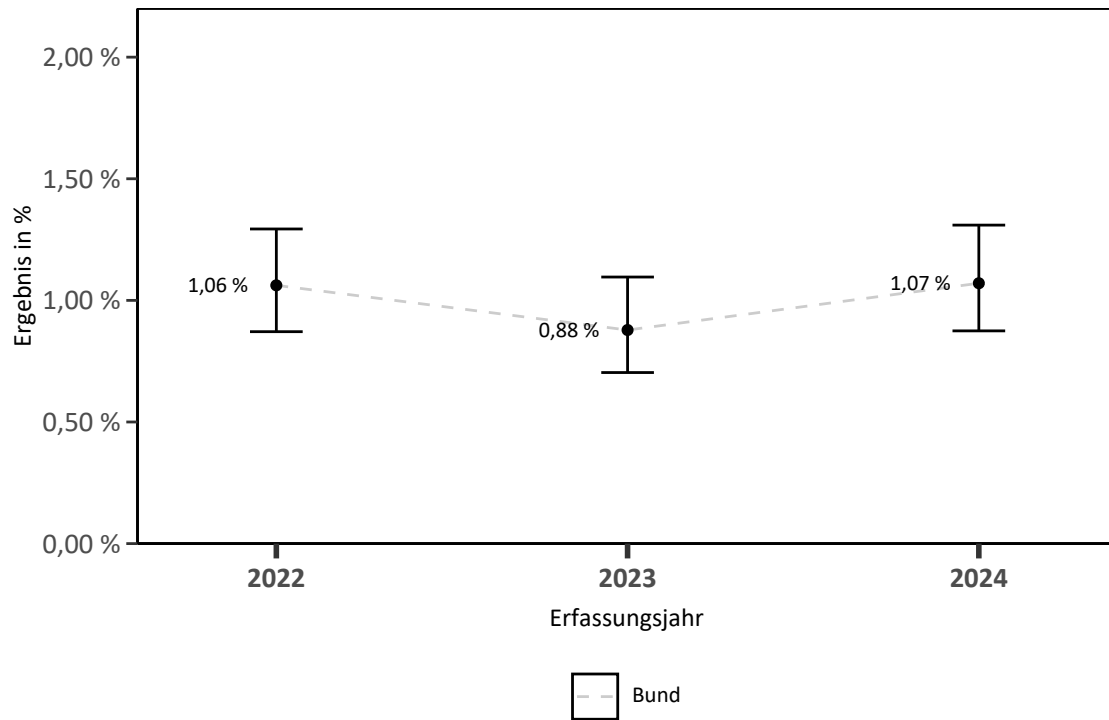
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detaillergebnisse

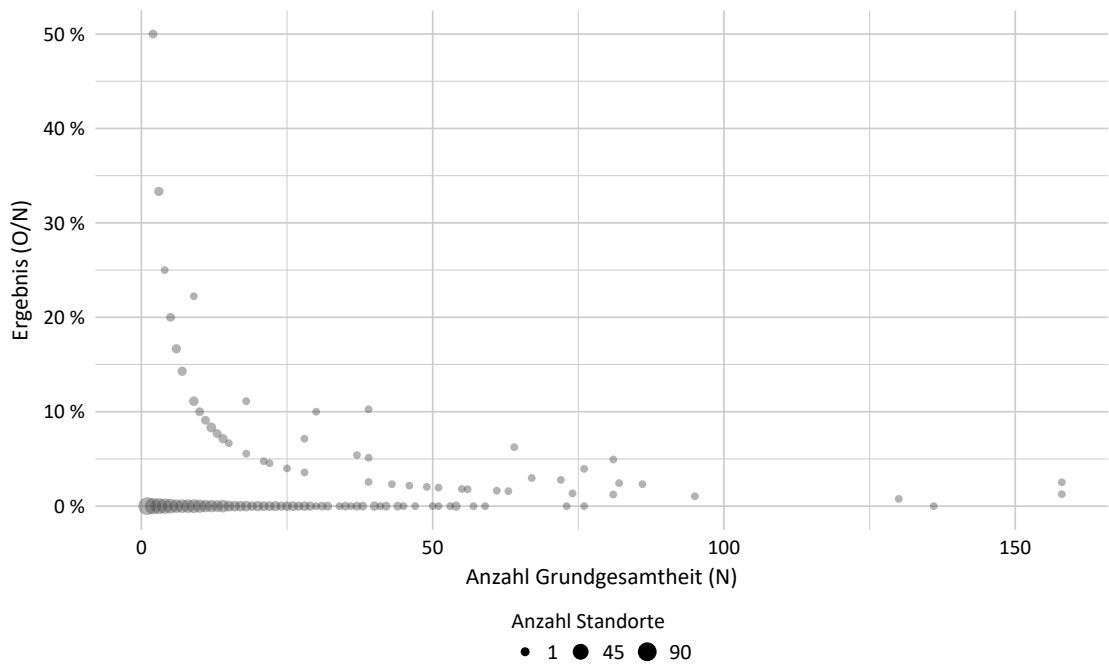
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	97 / 9.135	1,06	0,87 - 1,29
	2023	77 / 8.769	0,88	0,70 - 1,10
	2024	93 / 8.688	1,07	0,87 - 1,31

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	743	0	0,00	50,00	0,00

52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

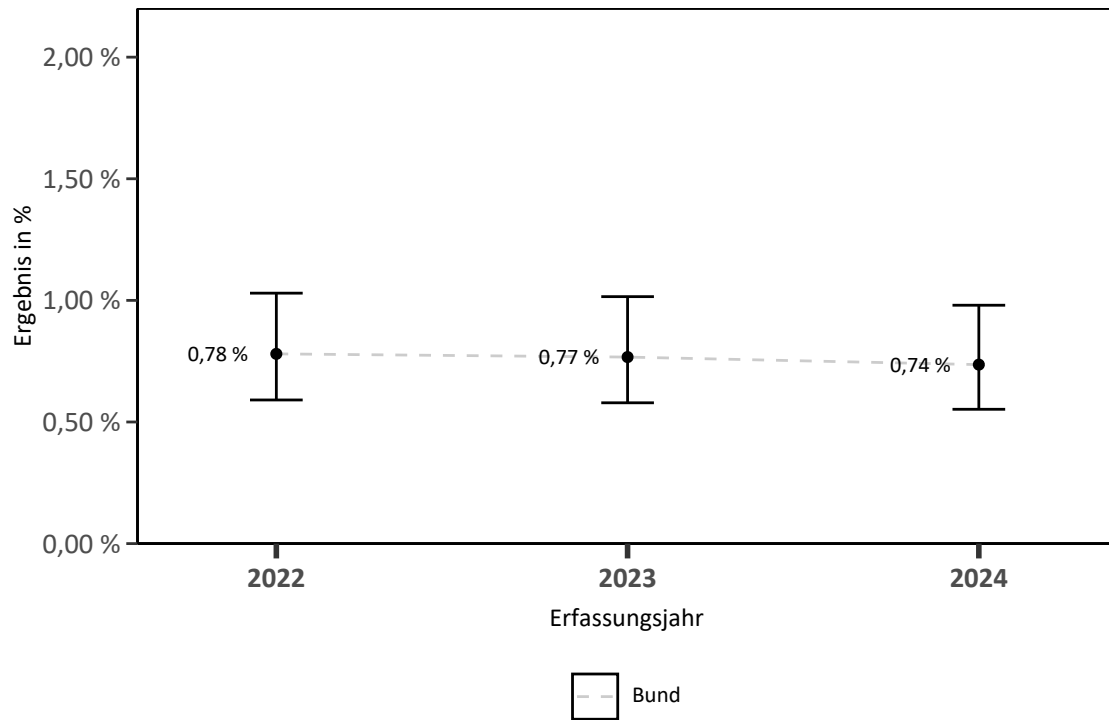
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

Detailergebnisse

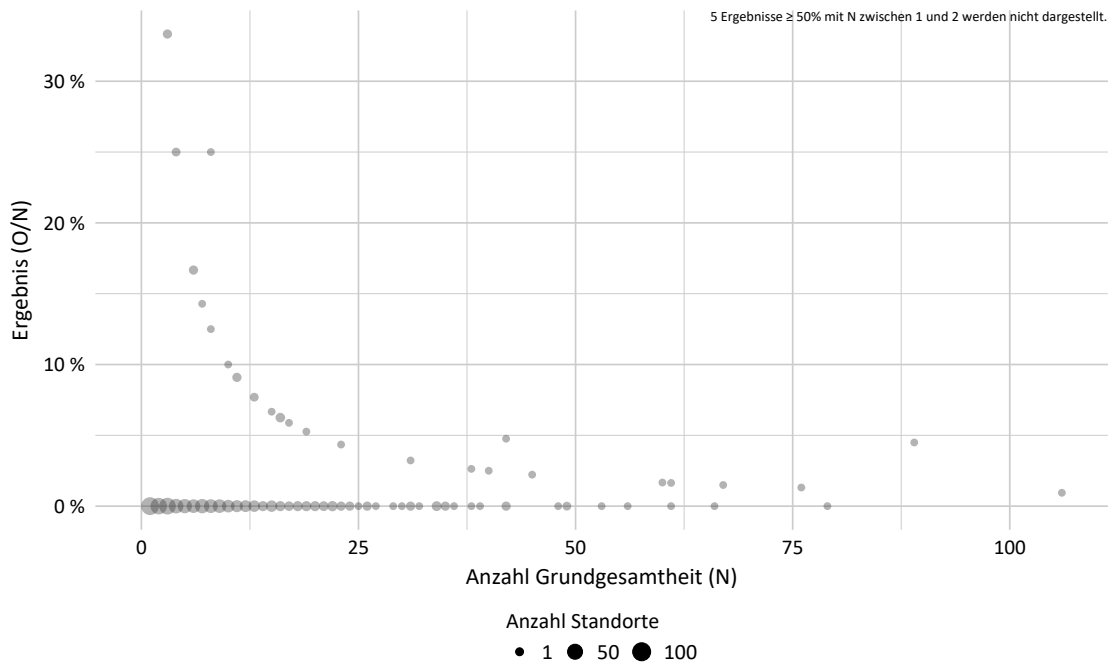
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis in %	Vertrauensbereich in %
Bund	2022	49 / 6.282	0,78	0,59 - 1,03
	2023	48 / 6.259	0,77	0,58 - 1,02
	2024	46 / 6.252	0,74	0,55 - 0,98

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Anzahl Grundgesamtheit je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	705	0	0,00	100,00	0,00

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 12_22021 Patientinnen und Patienten mit mind. einer peri- oder postoperativen Komplikation	1,66 % 144/8.688

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 121800 Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	1,07 % 93/8.688
1.2.1	ID: 12_22025 Kardiopulmonale Reanimation	0,22 % 19/8.688
1.2.2	ID: 12_22026 Interventionspflichtiger Pneumothorax	0,30 % 26/8.688
1.2.3	ID: 12_22027 Interventionspflichtiger Perikarderguss	0,23 % 20/8.688
1.2.4	ID: 12_22028 Interventionspflichtiges Taschenhämatom	0,17 % 15/8.688
1.2.5	ID: 12_22029 Interventionspflichtiger Hämatothorax	0,07 % 6/8.688
1.2.6	ID: 12_22030 Postoperative Wundinfektion	0,08 % 7/8.688
1.2.7	ID: 12_22034 Interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	x % ≤3/8.688
1.2.8	ID: 12_22035 Sonstige interventionspflichtige Komplikationen	0,16 % 14/8.688

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 52315 Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	0,74 % 46/6.252
1.3.1	ID: 12_22036 Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation	0,61 % 38/6.252
1.3.2	ID: 12_22037 Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion	0,14 % 9/6.252

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten
Zähler	Verstorbene Patientinnen und Patienten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404
Referenzbereich	≤ 4,00 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Verwendete Risikofaktoren	Alter - linear bis 60 Jahre ASA-Klassifikation - 3 ASA-Klassifikation - 4 ASA-Klassifikation 5
Datenquellen	QS-Daten
Berichtszeitraum	Quartal 1/2024 bis Quartal 4/2024

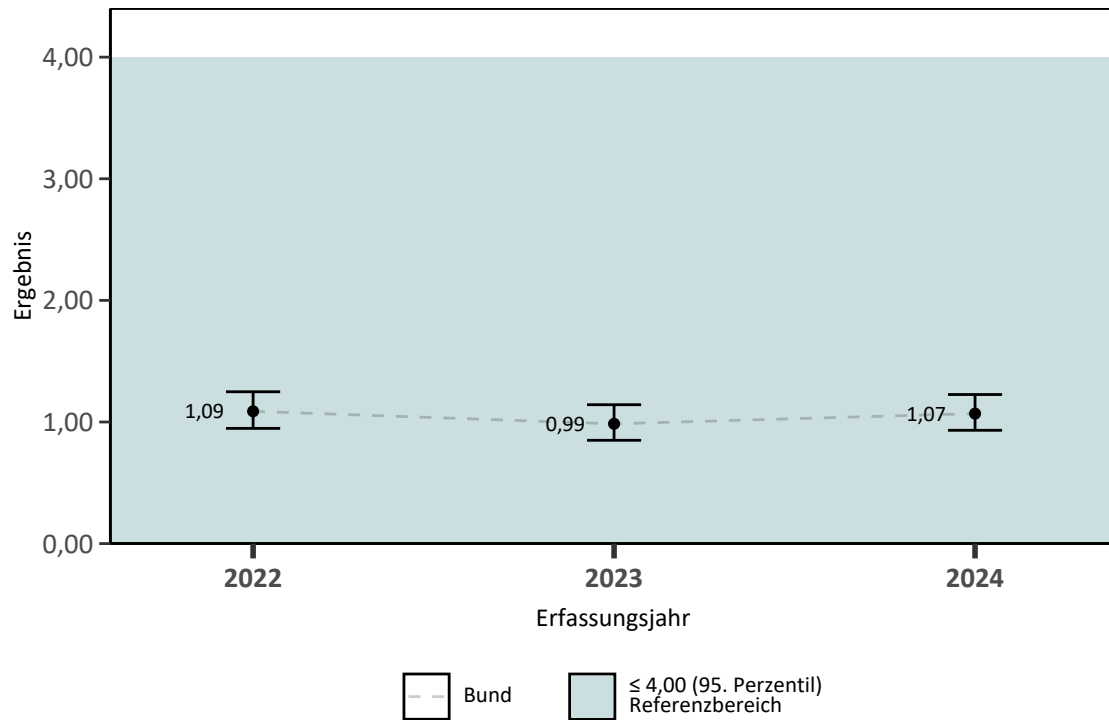
Detaillergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis*	Vertrauensbereich
Bund	2022	9.135	197 / 181,10	1,09	0,95 - 1,25
	2023	8.769	172 / 174,60	0,99	0,85 - 1,14
	2024	8.688	199 / 186,16	1,07	0,93 - 1,23

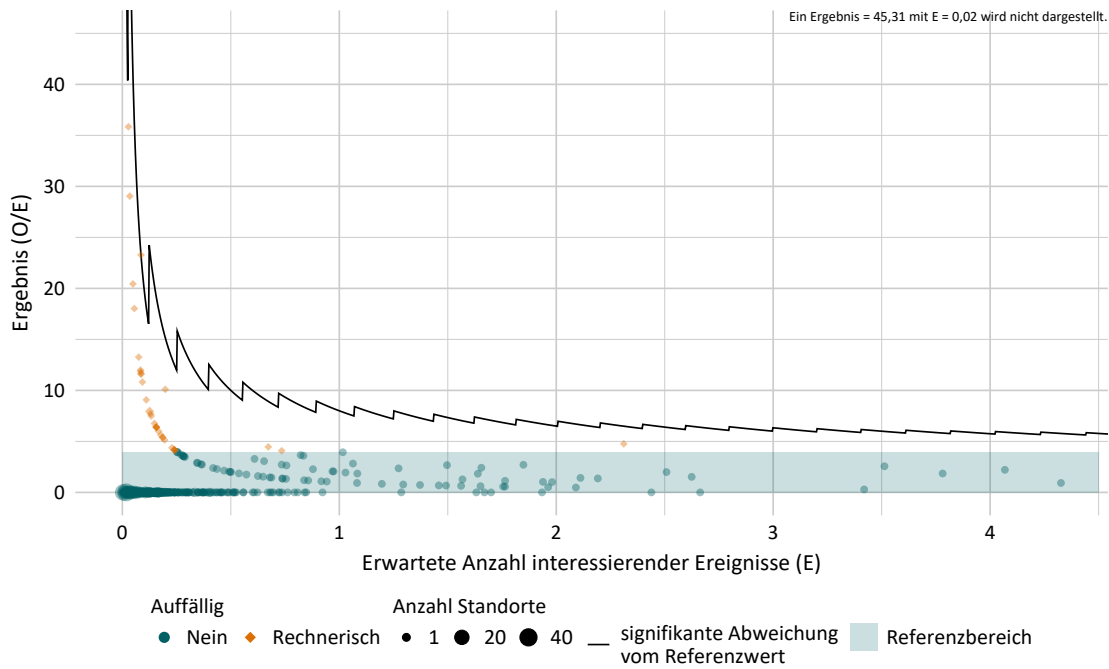
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



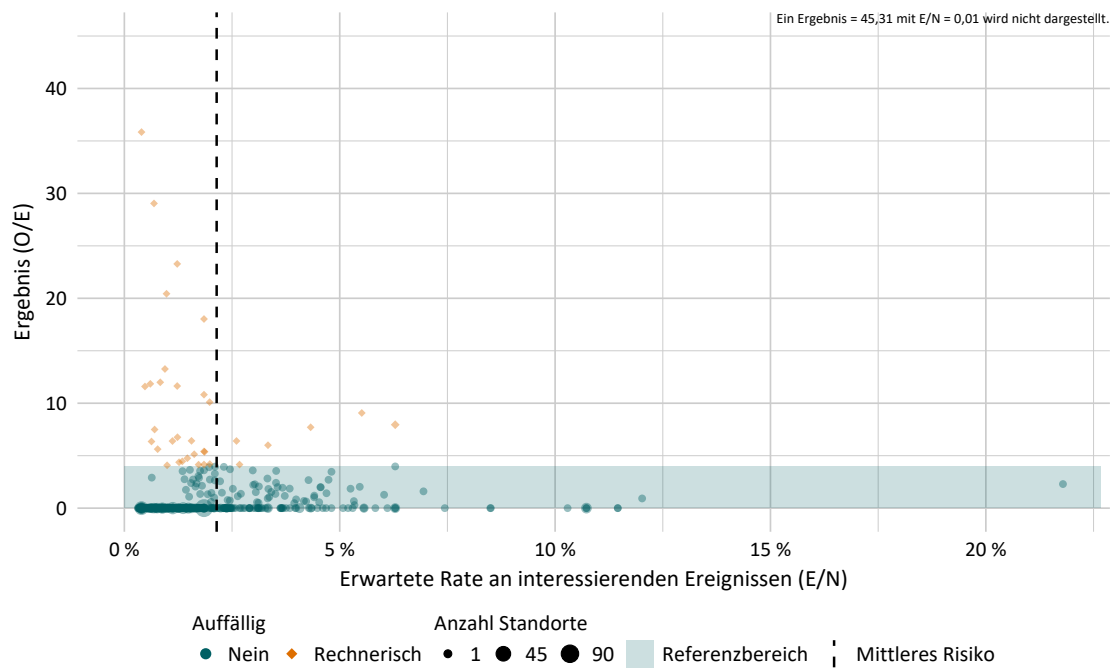
Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum	Maximum	Median
2024	743	36	0,00	45,31	0,00

Ergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 12_22040 Sterblichkeit im Krankenhaus	2,29 % 199/8.688
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
2.1.1.1	ID: O_51404 O/N (observed, beobachtet)	2,29 % 199/8.688
2.1.1.2	ID: E_51404 E/N (expected, erwartet)	2,14 % 186,16/8.688
2.1.1.3	ID: 51404 O/E	1,07

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

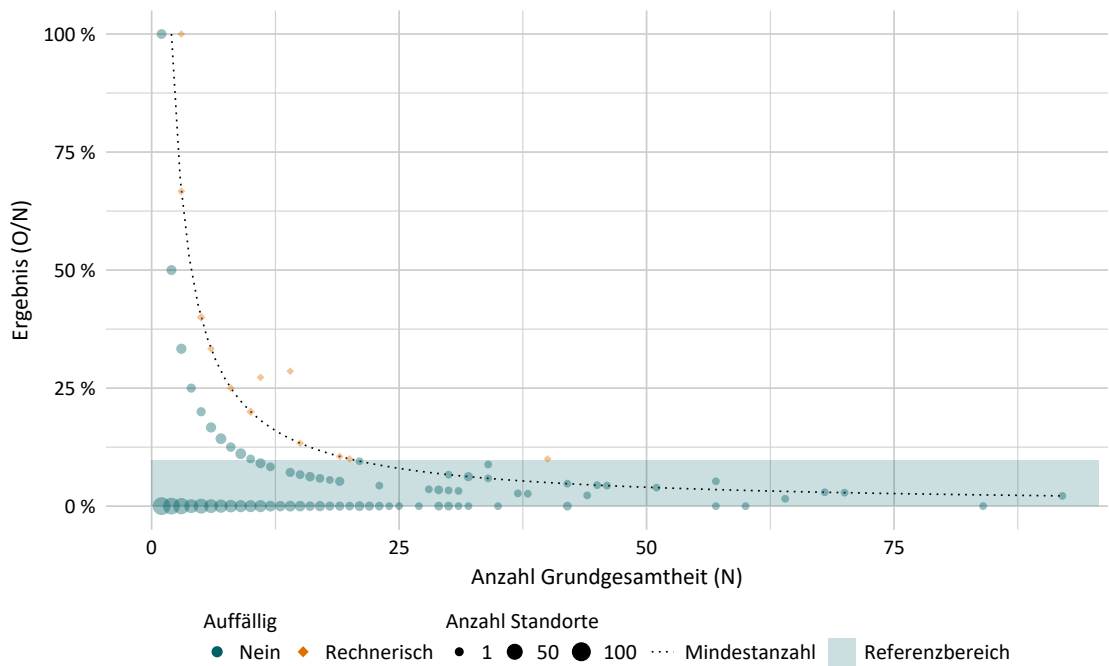
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Fälle für die „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde, werden aus dem Nenner der QI 52315 und QI 52305 ausgeschlossen, weshalb bei einem hohen Anteil an bestätigten Dokumentationsfehlern eine korrekte Berechnung der QI nicht möglich ist.</p> <p>Hypothese Fehl- bzw. Unterdokumentation. Tatsächlich liegen Angaben zur Art des Vorgehens vor.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde
Zähler	Fälle, bei denen 'kein Eingriff an der Sonde' dokumentiert wurde
Referenzbereich	≤ 9,64 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	693	14	0,00	100,00	0,00

Detailergebnisse

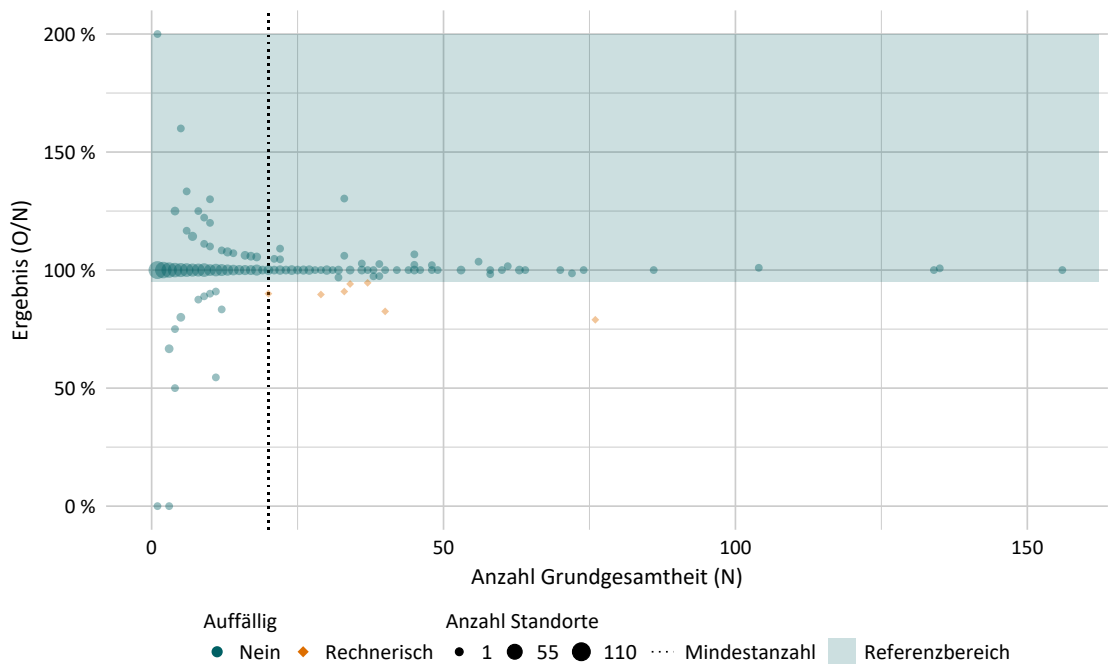
Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	156 / 5.585	2,79	2,02 % 14 / 693

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese Unterdokumentation</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	<p>2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p> <p>2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	20
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	746	7	0,00	200,00	100,00

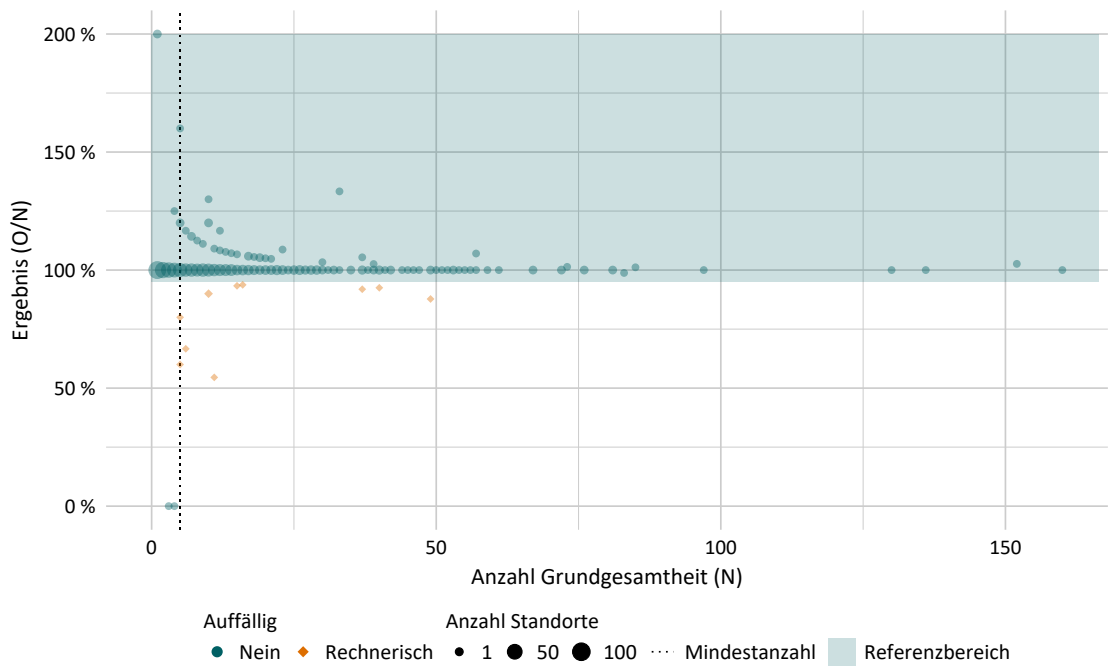
Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	7.576 / 7.540	100,48	0,94 % 7 / 746

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	11	0,00	200,00	100,00

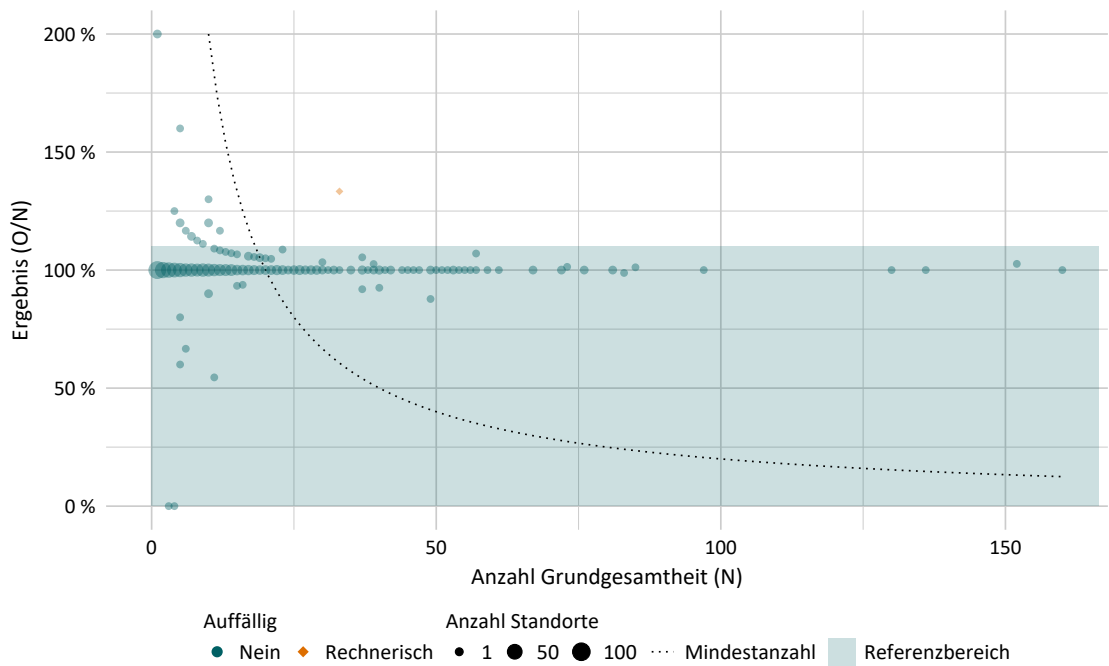
Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.740 / 8.675	100,75	1,44 % 11 / 762

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	1	0,00	200,00	100,00

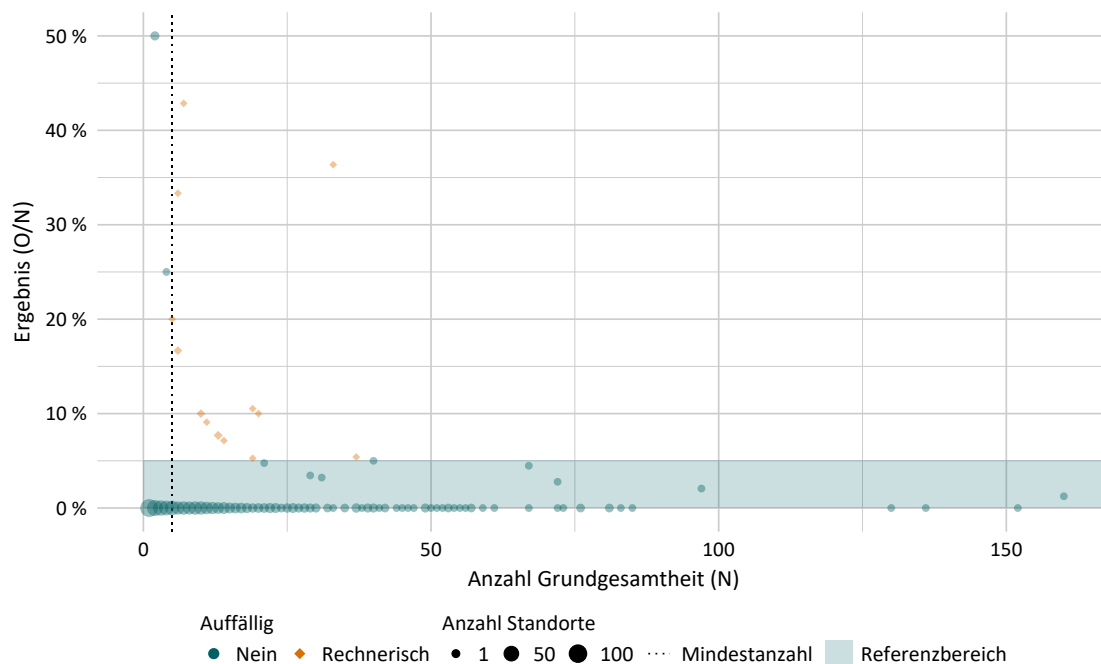
Detaillergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	8.740 / 8.675	100,75	0,13 % 1 / 762

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Ergebnisse über alle Leistungserbringer

Jahr	Anzahl Leistungserbringer	Anzahl Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligem Ergebnis	Minimum in %	Maximum in %	Median in %
2024	762	17	0,00	50,00	0,00

Detailergebnisse

Dimension / Erfassungsjahr 2024	Ergebnis O/N	Ergebnis in %	rechnerisch auffällig
Bund	52 / 8.675	0,60	2,23 % 17 / 762

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Aufnahmequartal		
Aufnahme in den Vorjahren (Überliegerinnen und Überlieger)	133	1,53
1. Quartal	2.267	26,09
2. Quartal	2.214	25,48
3. Quartal	2.177	25,06
4. Quartal	1.897	21,83

Patientin und Patient

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Altersverteilung		
< 50 Jahre	328	3,78
50 - 59 Jahre	426	4,90
60 - 69 Jahre	1.148	13,21
70 - 79 Jahre	2.436	28,04
80 - 89 Jahre	3.770	43,39
≥ 90 Jahre	580	6,68
Geschlecht		
(1) männlich	4.945	56,92
(2) weiblich	3.743	43,08
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
(1) normaler, gesunder Patient	312	3,59
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.989	34,40
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	4.659	53,63
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	691	7,95
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	37	0,43

Indikation zur Revision/Explantation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Indikation zum Eingriff am Aggregat ²		
(0) keine aggregatbezogene Indikation	5.390	62,04
(1) Batterieerschöpfung	1.780	20,49
(3) Fehlfunktion/Rückruf	177	2,04
(4) vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels	806	9,28
(9) sonstige aggregatbezogene Indikation	535	6,16
Taschenproblem		
(0) kein Taschenproblem	7.322	84,28
(1) Taschenhämatom	99	1,14
(2) Aggregatperforation	201	2,31
(3) Infektion	711	8,18
(9) sonstiges Taschenproblem	355	4,09
Sondenproblem ³		
(0) nein	1.954	22,49
(1) ja	6.734	77,51

² inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

³ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		
(1) stationär	8.271	95,20
(2) stationersetzend/ambulant	417	4,80

Spezielle Indikation zur Revision / Explantation von Sonden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	N = 6.734	
Vorhofsonde		
(1) Dislokation	1.644	24,41
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	325	4,83
(3) fehlerhafte Konnektion	57	0,85
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	13	0,19
(5) Oversensing	66	0,98
(6) Undersensing	85	1,26
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	266	3,95
(8) Infektion	794	11,79
(9) Myokardperforation	74	1,10
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	186	2,76

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	N = 6.734	
rechtsventrikuläre Sonde ⁴		
(1) Dislokation	800	11,88
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	663	9,85
(3) fehlerhafte Konnektion	53	0,79
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	55	0,82
(5) Oversensing	148	2,20
(6) Undersensing	129	1,92
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	1.426	21,18
(8) Infektion	837	12,43
(9) Myokardperforation	229	3,40
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	≤3	x
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	≤3	x
(99) sonstige	190	2,82

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sondenproblem	N = 6.734	
linksventrikuläre Sonde		
(1) Dislokation	98	1,46
(2) Sondenbruch/Isolationsdefekt	34	0,50
(3) fehlerhafte Konnektion	≤3	x
(4) Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken	26	0,39
(5) Oversensing	≤3	x
(6) Undersensing	≤3	x
(7) Stimulationsverlust / Reizschwellenanstieg	76	1,13
(8) Infektion	140	2,08
(9) Myokardperforation	7	0,10
(10) Rückruf/Sicherheitswarnung	0	0,00
(11) wachstumsbedingte Sondenrevision	0	0,00
(99) sonstige	38	0,56

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Eingriffe (nach OPS) ⁵		
(5-378.0*) Aggregatentfernung	451	5,19
(5-378.1*) Sondenentfernung	496	5,71
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung	1.167	13,43
(5-378.3*) Sondenkorrektur	2.270	26,13
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats	586	6,74
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel	1.621	18,66
(5-378.7*) Sondenwechsel	1.774	20,42
(5-378.8*) Kupplungskorrektur	49	0,56
(5-378.b*) Systemumstellung	750	8,63

⁵ Mehrfachnennung möglich

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden		
(0) nein, da Explantation	1.315	15,14
(1) ja	7.373	84,86

Schrittmachersystem

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.373	
aktives System (nach dem Eingriff)		
(1) VVI	1.132	15,35
(2) AAI	34	0,46
(3) DDD	5.295	71,82
(4) VDD	9	0,12
(5) CRT-System mit einer Vorhofsonde	693	9,40
(6) CRT-System ohne Vorhofsonde	99	1,34
(7) Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI)	78	1,06
(9) sonstiges	33	0,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.373	
Sonde am HIS-Bündel implantiert		
(0) nein	7.188	97,49
(1) ja	185	2,51

Schrittmacher-Aggregat

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System	N = 7.295	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff am Aggregat	3.720	50,99
(1) Neuimplantation	2.764	37,89
(2) Neuplatzierung	634	8,69
(9) sonstiges	177	2,43

Schrittmachersonden

Vorhofsonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 6.078	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.224	53,04
(1) Neuimplantation	1.541	25,35
(2) Neuplatzierung	1.162	19,12
(4) Reparatur	25	0,41
(9) sonstiges	92	1,51

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.137
Median	0,70
Mittelwert	0,79

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (ohne VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 6.069	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	760	12,52
(9) aus anderen Gründen	134	2,21

	Bund (gesamt)
P-Wellen-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	5.605
Median	2,60
Mittelwert	2,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit Vorhofsonde (mit VDD-System) oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 6.078	
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		
(1) wegen Vorhofflimmerns	216	3,55
(2) fehlender Vorhofeigenrhythmus	95	1,56
(9) aus anderen Gründen	124	2,04

Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.339	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	3.094	42,16
(1) Neuimplantation	3.059	41,68
(2) Neuplatzierung	989	13,48
(4) Reparatur	27	0,37
(9) sonstiges	159	2,17

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	7.199
Median	0,70
Mittelwert	0,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.339	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	125	1,70

	Bund (gesamt)
R-Amplitude (Millivolt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel und Angabe von Werten	6.233
Median	10,60
Mittelwert	11,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit rechtsventrikulärer Sonde oder implantierter Sonde am HIS-Bündel	N = 7.339	
R-Amplitude nicht bestimmt		
(1) kein Eigenrhythmus	980	13,35
(9) aus anderen Gründen	111	1,51

Linksventrikuläre Sonde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	N = 825	
Art des Vorgehens		
(0) kein Eingriff an der Sonde	416	50,42
(1) Neuimplantation	303	36,73
(2) Neuplatzierung	33	4,00
(4) Reparatur	≤3	x
(9) sonstiges	16	1,94

	Bund (gesamt)
Reizschwelle (Volt)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde und Angabe von Werten	745
Median	1,00
Mittelwert	1,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit postoperativ funktionell aktivem SM-System mit linksventrikulärer Sonde	N = 825	
Reizschwelle nicht gemessen		
(1) ja	20	2,42

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen		
Anzahl Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Komplikation	144	1,66
kardiopulmonale Reanimation	19	0,22
interventionspflichtiger Pneumothorax	26	0,30
interventionspflichtiger Hämatothorax	6	0,07
interventionspflichtiger Perikarderguss	20	0,23
interventionspflichtiges Taschenhämatom	15	0,17
Sonden- bzw. Systemdislokation	46	0,53
Sonden- bzw. Systemdysfunktion	12	0,14
postoperative Wundinfektion nach den KISS-Definitionen	7	0,08
interventionspflichtige Komplikation/en an der Punktionsstelle	≤3	x
sonstige interventionspflichtige Komplikation	14	0,16

Sonden- bzw. Systemdislokation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sonden- bzw. Systemdislokation	N = 46	
Ort der Sonden- bzw. Systemdislokation ⁶		
Vorhofsonde	30	65,22
rechter Ventrikel ⁷	15	32,61
linker Ventrikel	≤3	x
beide Ventrikel	0	0,00

⁶ Mehrfachnennung möglich

⁷ inklusive HIS-Bündel

Sonden- bzw. Systemdysfunktion

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen und Patienten mit Sonden- bzw. Systemdysfunktion	N = 12	
Ort der Sonden- bzw. Systemdysfunktion ⁸		
Vorhofsonde	5	41,67
rechter Ventrikel ⁹	10	83,33
linker Ventrikel	0	0,00
beide Ventrikel	0	0,00

⁸ Mehrfachnennung möglich

⁹ inklusive HIS-Bündel

Entlassung

Behandlungszeiten

	Bund (gesamt)
Präoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	1,00
Mittelwert	4,27
Postoperative Verweildauer (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	2,00
Mittelwert	5,20
Stationärer Aufenthalt (Tage)	
Anzahl Patientinnen und Patienten mit Angabe von Werten	8.688
Median	5,00
Mittelwert	9,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Entlassungsdiagnosen (nach ICD) ¹⁰		
(I11.-) Hypertensive Herzkrankheit	882	10,15
(I25.-) Chronische ischämische Herzkrankheit	2.356	27,12
(I44.-) Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	2.848	32,78
(I48.-) Vorhofflattern oder Vorhofflimmern	3.366	38,74
(I49.-) Sonstige kardiale Arrhythmien	1.615	18,59
(T82.-) Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5.766	66,37
(Z45.-) Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	3.176	36,56
(Z95.-) Vorhandensein von kardialen oder vasuklären Implantaten oder Transplantaten	4.273	49,18

¹⁰ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen und Patienten	N = 8.688	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	7.117	81,92
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	398	4,58
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	14	0,16
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	45	0,52
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	635	7,31
(07) Tod	199	2,29
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹¹	12	0,14
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	136	1,57
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	123	1,42
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,06
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹²	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹³	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x
nicht spezifizierter Entlassungsgrund ¹⁴		
(1) ja	≤3	x

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

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

¹³ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

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