



**Inhalt**

Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert ..... 2

  Postoperative Mediastinitis ..... 3

    28245 ..... 4

    47902 ..... 5

  Postoperative Retentionsstörung ..... 6

    47907 ..... 7

  Neurologische Komplikationen ..... 8

    47916 ..... 9

    47917 ..... 10

  Letalität ..... 11

    28269 ..... 12

    28270 ..... 13

    28272 ..... 14

    47944 ..... 15

**Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert**

<p><b>Einleitung</b> <b>Leistungsbereich</b></p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert</p>
<p>Einleitung</p>	<p>Erkrankungen der Aortenklappe stellen die häufigste Herzklappenerkrankung des Erwachsenenalters dar. Als Ursache kommen degenerative oder entzündliche Veränderungen der Herzklappe in Frage. Diese können an der Herzklappe eine Stenose, eine Insuffizienz oder eine Kombination aus beidem hervorrufen.</p> <p>Der klinische Verlauf und die Indikation zur Operation variieren je nach zugrunde liegender Erkrankung und der Art des Vitiums. Während bei Patienten mit insuffizienter Aortenklappe in vielen Fällen zunächst eine medikamentöse Therapie mit Vasodilatoren empfohlen wird, besteht bei Patienten mit symptomatischer Aortenklappenstenose praktisch immer die Indikation zur Operation (ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease (Eagle et al. 1999)).</p> <p>Für den Ersatz der Aortenklappe stehen mechanische Klappen, biologische Klappen aus tierischem Gewebe oder konservierte, menschliche Herzklappen zur Verfügung. In einigen Zentren wird diese Operation neuerdings bei einem ausgewählten Patientenkollektiv in so genannter „Schlüssellochtechnik“ (MIC-Technik) durchgeführt. Nach wie vor stellt jedoch die Eröffnung des Brustbeins (Sternotomie) mit nachfolgendem Ersatz der Aortenklappe am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine das operative Standardvorgehen dar.</p> <p>Eine operative Rekonstruktion der Aortenklappe ist hingegen nur in Sonderfällen möglich und wird daher selten durchgeführt.</p> <p>Die Fachgruppe Herzchirurgie hat in diesem Leistungsbereich vier Qualitätsziele identifiziert, die Aspekte der Ergebnisqualität betrachten.</p>

**Postoperative Mediastinitis**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	1
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Postoperative Mediastinitis
<b>Qualitätsziel</b>	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Die Mediastinitis ist eine schwere und potentiell lebensbedrohliche Komplikation in der Herzchirurgie. Sie tritt in 1 bis 4% aller Operationen auf. Die Letalitätsrate wird mit bis zu 25% angegeben.</p> <p>Der Vergleich der Wundinfektionsraten in der Literatur ist allerdings eingeschränkt, da unterschiedliche Wund-Surveillance-Techniken angewandt werden und unterschiedliche Definitionen der tiefen sternalen Wundinfektion existieren (Parisian Mediastinitis Study Group 1996).</p> <p>Als Risikofaktoren gelten neben einer ausgeprägten Adipositas (BMI &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>) der insulinpflichtige Diabetes mellitus und eine erneute Sternotomie während desselben stationären Aufenthaltes. Auch die Verwendung von einer oder beiden Arteriae mammae internae als Bypassgraft erhöht das Risiko, postoperativ eine Mediastinitis zu erleiden. Patientinnen, die wegen eines Mammakarzinoms bestrahlt worden sind, tragen ebenfalls ein höheres Risiko für diese Komplikation.</p> <p>Die routinemäßige prophylaktische perioperative Kurzzeitantibiotikagabe führt zu einer Reduktion der postoperativen Mediastinitisrate um etwa 80% (Kreter &amp; Woods 1992).</p> <p>Mindestens 20% aller Patienten, die sich einer Herzoperation unterziehen müssen, leiden unter einem Diabetes mellitus. Der Blutzuckerspiegel sollte dabei Werte von 200 mg/dl nicht überschreiten (Furnary et al. 1999). Für diese Patienten hat sich die perioperative kontinuierliche intravenöse Insulintherapie als günstig zur Prophylaxe perioperativer Wundinfektionen erwiesen.</p> <p>In Anlehnung an den vom National Infections Surveillance System der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC entwickelten Risikoscore wird die postoperative Mediastinitisrate nach Risikoklassen stratifiziert dargestellt (Culver et al. 1991).</p>
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Additiver Score
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG, Banerjee S, Edwards JR, Tolson JS, Henderson TS, Hughes JM. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. The American Journal of Medicine 1991; 91 (Suppl 3B): 3B-152S-3B-157S.</p> <p>Furnary AP, Zerr KJ, Grunkemeier GL, Starr A. Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procedures. Ann Thorac Surg 1999; 67 (2): 352-360.</p> <p>Kreter B, Woods M. Antibiotic prophylaxis for cardiothoracic operations. Meta-analysis of thirty years of clinical trials. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104 (3): 590-599.</p> <p>Parisian Mediastinitis Study Group. Risk Factors for Deep Sternal Wound Infection after Sternotomy: A Prospective, Multicenter Study. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery 1996; 111 (6): 1200-1207.</p>

**28245**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	28245
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Mediastinitis oder tiefer Wundinfektion des Thorax als postoperativer Wundinfektion, Sternumrevision oder Rethorakotomie wegen Mediastinitis  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich isoliert an der Aortenklappe operiert wurden ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:I bzw. HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**47902**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47902
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax und CDC-Risikoklasse 0
Referenzbereich 2004	<= x% (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die Rate an postoperativer Mediastinitis kann bei einzelnen Krankenhäusern allein aufgrund geringer Fallzahlen von Jahr zu Jahr zwischen 0,5% und 2,5% schwanken. Der Vergleich mit den Daten der Literatur wird zusätzlich durch die unterschiedliche Definition der Mediastinitis erschwert. Die Fachgruppe verzichtet daher auf die Festlegung eines fixen Referenzbereichs.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Mediastinitis oder tiefer Wundinfektion des Thorax als postoperativer Wundinfektion, Sternumrevision oder Rethorakotomie wegen Mediastinitis  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert an der Aortenklappe operiert wurden und die der CDC-Risikoklasse 0 zugeordnet sind
Erläuterung der Rechenregel	Risikoklassen werden gebildet gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance) der Centers for Disease Control (Culver et al. 1991).. Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn - ASA >= 3 - OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung der betrachteten Operationsart - ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt. Patienten der CDC-Risikoklasse 0 haben keinen Risikopunkt.  OP-Dauer > 75%-Perzentile: 190 min
Teildatensatzbezug	HCH:I bzw. HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**Postoperative Retentionsstörung**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	2
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Postoperative Retentionsstörung
<b>Qualitätsziel</b>	Seltenes Auftreten einer postoperativen Nierenfunktionsstörung
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Herzchirurgische Operationen werden überwiegend unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt.</p> <p>Während der extrakorporalen Zirkulation kommt es zu einer Maldistribution des renalen Blutflusses und einer Erhöhung des renalen vaskulären Widerstands. Renaler Blutfluss und glomeruläre Filtrationsrate nehmen ab. Diese Veränderungen können zu einer postoperativen Nierenfunktionsstörung führen.</p> <p>Insbesondere sind Patienten in höherem Lebensalter (&gt; 70 Jahre), Patienten mit präoperativer Herzinsuffizienz, insulinpflichtigem Diabetes mellitus und präexistierender Nierenerkrankung gefährdet.</p> <p>Die Letalität ist bei Patienten mit postoperativer Nierenfunktionsstörung deutlich erhöht. Sie beträgt 19% gegenüber 0,9% bei Patienten ohne renale Komplikationen und steigt bis auf 63%, wenn eine Dialysebehandlung erforderlich wird (Mangano et al. 1998).</p> <p>In der Leitlinie der American Heart Association werden keine prophylaktischen oder therapeutischen Maßnahmen genannt, die die Rate an postoperativen Nierenfunktionsstörungen günstig beeinflussen können (ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Grafting Eagle et al. 2004).</p>
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Risikostandardisierte Fallkonstellation
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Edwards FH, Ewy GA, Gardner TJ, Hart JC, Herrmann HC, Hillis LD, Hutter AM, Jr., Lytle BW, Marlow RA, Nugent WC, Orszulak TA. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Circulation 2004; 110 (14): e340-e437.</p> <p>Mangano CM, Diamondstone LS, Ramsay JG, Aggarwal A, Herskowitz A, Mangano DT. Renal Dysfunction after Myocardial Revascularization: Risk Factors, Adverse Outcomes, and Hospital Resource Utilization. Ann Intern Med 1998; 128:194-203.</p>

**47907**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47907
Ergänzung Bezeichnung QI	-
Referenzbereich 2004	$\leq 7\%$
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Ergebnisse einer prospektiv randomisierten Multicenterstudie
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Differenz des Kreatininwertes post- zu präoperativ von $\geq 0,7$ mg/dl und einem postoperativen Kreatininwert $> 200 \mu\text{mol/l}$ ( $> 2,3$ mg/dl) bzw. postoperativ neu aufgetretener Dialysepflicht  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich isoliert an der Aortenklappe operiert wurden und mit einer gültiger Angabe zum präoperativen Kreatininwert von $\leq 124 \mu\text{mol/l}$ ( $\leq 1,4$ mg/dl) sowie einer gültiger Angabe zum postoperativen Kreatininwert
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:I bzw. HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**Neurologische Komplikationen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	3
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Neurologische Komplikationen
<b>Qualitätsziel</b>	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Krampf, Parese, Plegie oder Koma)
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Rationale</b>	<p>Postoperative neurologische Komplikationen werden unterteilt in Typ 1- und Typ 2-Defizite.</p> <p>Unter dem Begriff Typ 1-Defizit versteht man größere fokale Schädigungen, die sich klinisch als TIA oder Apoplex sowie Stupor und Koma äußern können.</p> <p>Das Typ 2-Defizit beschreibt eine eher diffuse globale zerebrale Schädigung mit konsekutiver postoperativer Verschlechterung der intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten sowie ein postoperatives Durchgangssyndrom.</p> <p>Bei der Betrachtung des Qualitätsindikators werden ausschließlich Typ 1-Defizite ausgewertet, da diese aufgrund ihres eindeutigen klinischen Bildes in der vergleichenden Qualitätsdarstellung besser abgebildet werden können.</p> <p>Typ 1-Defizite treten in bis zu 3,8% aller Patienten nach koronarchirurgischen Eingriffen auf, sind verantwortlich für 21% aller Todesfälle bei koronarchirurgischen Eingriffen und für 11 zusätzliche Behandlungstage auf der Intensivstation und verdoppeln die Krankenhausaufenthaltsdauer. Zusätzlich besteht gegenüber Patienten ohne diese Komplikation ein sechsfach erhöhtes Risiko für die Verlegung in ein Pflegeheim (Roach et al. 1996).</p> <p>Als Risikofaktoren für postoperative Typ 1-Defizite gelten ein Patientenalter über 70 Jahre, die Atherosklerose der proximalen Aorta, die Dauer der extrakorporalen Zirkulation, präoperativ bestehende neurologische Defizite, der Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie. Aber auch Patienten, bei denen postoperativ die Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe erforderlich ist, sowie Patienten mit bestehender Stenose der Arteria carotis interna tragen ein erhöhtes Risiko, postoperativ einen Schlaganfall zu erleiden (ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, Eagle et al. 2004).</p>
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Risikostandardisierte Fallkonstellation
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Bucerius J, Gummert JF, Borger MA, Walther T, Doll N, Onnasch JF, Metz S, Falk V, Mohr FW. Stroke after cardiac surgery: a risk factor analysis of 16,184 consecutive adult patients. Ann Thorac Surg 2003; 75 (2): 472-478.</p> <p>Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Edwards FH, Ewy GA, Gardner TJ, Hart JC, Herrmann HC, Hillis LD, Hutter AM, Jr., Lytle BW, Marlow RA, Nugent WC, Orszulak TA. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). Circulation 2004; 110 (14): e340-e437.</p> <p>Hogue CW, Jr., Murphy SF, Schechtman KB, Davila-Roman VG. Risk factors for early or delayed stroke after cardiac surgery. Circulation 1999; 100 (6): 642-647.</p> <p>McKhann GM, Grega MA, Borowicz LM, Jr., Bechamps M, Selnes OA, Baumgartner WA, Royall RM. Encephalopathy and stroke after coronary artery bypass grafting: incidence, consequences, and prediction. Arch Neurol 2002; 59 (9): 1422-1428.</p> <p>Roach GW, Kanchuger M, Mora Mangano C, Nweman M, Nussmeier N, Wolman R, Aggarwal A, Marshall K, Graham SH, Ley C, Ozanne G, Mangano DT. Adverse Cerebral Outcomes after Coronary Bypass Surgery. N Engl J Med 1996; 335 (25): 1857-1863.</p> <p>Stamou SC, Hill PC, Dangas G, Pfister AJ, Boyce SW, Dullum MK, Bafi AS, Corso PJ. Stroke after coronary artery bypass: incidence, predictors, and clinical outcome. Stroke 2001; 32 (7): 1508-1513.</p>

**47916**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47916
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses: > 24h bis <= 72h
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 24h bis <= 72h  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP elektiv oder dringlich isoliert an der Aortenklappe operiert wurden und ohne neurologische Vorerkrankung bzw. ohne nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:I bzw. HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**47917**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47917
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten ohne neurologische Vorerkrankungen und Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses: > 72h
Referenzbereich 2004	<= x% (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der BQS-Bundesauswertung wesentliche Risikofaktoren, wie z.B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Roach et al. 1996, Bucerius et al 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 (McKhann et al. 2002) Stunden bzw. 72 Stunden (Hogue, Jr. et al. 1999, Stamou et al 2001) anhält. Daher hat die Fachgruppe eine Perzentile als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Rate von 0% an neurologischen Komplikationen bei mehr als 200 durchgeführten Operationen pro Jahr.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Die Mitglieder der Fachgruppe halten eine dokumentierte Rate von 0% an postoperativen Schlaganfällen bei mehr als 200 durchgeführten Operationen pro Jahr und Leistungsbereich aufgrund der eigenen klinischen Erfahrung und der in der Literatur publizierten Daten für nicht plausibel. Mit auffälligen Krankenhäusern soll ein Strukturierter Dialog zur Daten- und Dokumentationsqualität geführt werden.
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 72 h.  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP elektiv oder dringlich isoliert an der Aortenklappe operiert wurden und ohne neurologische Vorerkrankung bzw. ohne nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:I bzw. HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**Letalität**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Letalität
Qualitätsziel	Möglichst geringe Letalität: In-Hospital-Letalität 30-Tage-Letalität Risikoadjustierte 30-Tage-Letalität
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Die Untersuchung der perioperativen Letalität gehört zum Standard bei der Betrachtung von postoperativen Komplikationen. Die In-Hospital-Letalität erfasst alle Patienten, die während des gleichen stationären Aufenthaltes im Krankenhaus versterben, ohne Angaben zum jeweiligen Todeszeitpunkt. Aussagen zur Ergebnisqualität eines Krankenhauses sind jedoch nur unter Berücksichtigung der Tatsache möglich, dass Patienten, die frühzeitig in ein anderes Krankenhaus verlegt werden und dann dort versterben, nicht erfasst werden.</p> <p>Daher wird in der Literatur neben der In-Hospital-Letalität häufig auch die 30-Tage-Letalität angegeben.</p> <p>Die 30-Tage-Letalität wird jedoch nicht allein von der Qualität der erbrachten Leistung beeinflusst. Die medizinischen und pflegerischen Ergebnisse hängen auch davon ab, welches Risikoprofil die in der Klinik behandelten Patienten aufweisen. Nur eine Risikoadjustierung wie z.B. nach dem EuroSCORE ermöglicht hier einen Vergleich der 30-Tage-Letalitätsraten von Krankenhäusern (Roques et al. 1999, Roques et al. 2003).</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Roques F, Michel P, Goldstone AR, Nashef SA. The logistic EuroSCORE. Eur Heart J 2003; 24 (9): 881-882.</p> <p>Roques F, Nashef SAM, Michel P, Gauducheau E, de Vincentiis C, Baudet E, Cortina J, David M, Faichney A, Gavrielle F, Gams E, Harjula A, Jones MT, Pinna Pintor P, Salamon R, Thulin L. Risk factors and outcome in European cardiac surgery: analysis of the EuroSCORE multinational database of 19030 patients. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 1999; 1999 (15): 816-823.</p> <p>The Society of Thoracic Surgeons (STS). Adult Cardiovascular Surgery National Database – Fall 2003, Executive Summary Contents.  <a href="http://www.ctsnet.org/file/STSNationalDatabaseFall2003ExecutiveSummary_Adult_Revised.pdf">http://www.ctsnet.org/file/STSNationalDatabaseFall2003ExecutiveSummary_Adult_Revised.pdf</a>                  f (Recherechdatum: 10.03.2005)</p>

**28269**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	28269
Ergänzung Bezeichnung QI	In-Hospital-Letalität (alle Patienten)
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	<= 1% für alle Eingriffe
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Angesichts einer in der STS-Database angegebenen Letalitätsrate von 4% erscheint eine dokumentierte Rate von unter 1% auffällig.
Rechenregel	Zähler: Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP isoliert an der Aortenklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**28270**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	28270
Ergänzung Bezeichnung QI	In-Hospital-Letalität (Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation)
Referenzbereich 2004	<= x% (95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die In-Hospital-Letalität ohne Risikoadjustierung ist ein Parameter, der z.B. durch das Risikoprofil der operierten Patienten und die postoperative Verweildauer in den Krankenhäusern beeinflusst werden kann. Hierdurch wird auch ein Vergleich mit Daten aus der Literatur erschwert. Da derzeit eine Risikoadjustierung unter Berücksichtigung nur eines Einflussfaktors erfolgt, wird als Referenzbereich eine Perzentile festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP elektiv oder dringlich isoliert an der Aortenklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**28272**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	28272
Ergänzung Bezeichnung QI	In-Hospital-Letalität (Patienten mit Notfall- oder Notfall(Reanimation/ultima ratio)-Operationen)
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP als Notfall oder als Notfall (Reanimation/ultima ratio) isoliert an der Aortenklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:III
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar

**47944**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47944
Ergänzung Bezeichnung QI	30-Tage-Letalität
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten, die innerhalb 30 Tagen postoperativ verstarben  Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten OP isoliert an der Aortenklappe operiert wurden, deren Status am 30. postoperativen Tag bekannt ist und die in einem Krankenhaus operiert wurden, das eine 30-Tage-Follow-Up-Rate von $\geq 97\%$ aufweisen kann
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:I
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vorjahresergebnisse sind vergleichbar