Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie 2
Postoperative Mediastinitis 3
80265 5
80266 7
Postoperative Retentionsstörung 9
80267 10
Neurologische Komplikationen 12
82340 14
Letalität 17
28269 19
28270 21
47942 23
47944 24
47954 25

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Historie	QI-Historie-HCH-KOMB.doc
Laienverständliche Hintergrundinformation zum Leistungsbereich	-
Einleitung	Die in diesem Leistungsbereich betrachteten Patienten stellen eine besondere Risikogruppe in der Herzchirurgie dar. Neben einer koronaren Herzerkrankung und einer Erkrankung der Aortenklappe liegen häufig noch andere relevante Begleiterkrankungen vor. Diese Faktoren führen dazu, dass das perioperative Risiko dieser Patienten deutlich erhöht ist. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, dass auch diese Patienten im höheren Lebensalter erfolgreich operiert werden können. Seit 2004 haben die Operationszahlen kontinuierlich zugenommen. Die BQS-Fachgruppe Herzchirurgie hat vier Qualitätsziele identifiziert, die Aussagen zur Ergebnisqualität in diesem Leistungsbereich ermöglichen.
Stellungnahmen zum Leistungsbereich	-

Postoperative Mediastinitis

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Mediastinitis
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist. Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung. Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein. Bearbeitungsstand 2007.
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	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. Der Vergleich der Wundinfektionraten in der Literatur ist allerdings eingeschränkt, da unterschiedliche Wund-Surveillance-Techniken angewandt werden und unterschiedliche Definitionen der tiefen sternalen Wundinfektion existieren (Parisian Mediastinitits Study Group 1996). Als Risikofaktoren gelten neben einer ausgeprägten Adipositas (BMI > 30 kg/m²) der insulinpflichtige Diabetes mellitus und eine erneute Sternotomie während desselben stationären Aufenthaltes. Auch die Verwendung von einer oder beiden Arteriae mammariae 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. Die routinemäßige prophylaktische perioperative Kurzzeitantibiotikagabe führt zu einer Reduktion der postoperativen Mediastinitisrate um etwa 80% (Kreter & Woods 1992). 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. 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).
Literaturverzeichnis	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): 152S-157S.

	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. 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. 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.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

80265

Kennzahl	
ID-Kennzahl	80265
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert
Referenzbereich 2006	Diese Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich wurde für die risikoadjustierte Mediastinitisrate in der Risikoklasse 0 oder 1 festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Mediastinitis Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
B:24	akute Infektion(en)	00 = keine 01 = Mediastinitis 02 = Bakteriämie 03 = broncho-pulmonale Infektion 04 = oto-laryngologische Infektion 05 = floride Endokarditis 06 = Peritonitis 07 = Wundinfektion Thorax 08 = Pleuraempym 09 = Venenkatheterinfektion 10 = Harnwegsinfektion 11 = Wundinfektion untere Extremitäten 12 = HIV-Infektion 13 = Hepatitis B oder C 18 = andere Wundinfektion 88 = sonstige Infektion	INFEKTIONAKUTHCH
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
O:43	Dringlichkeit	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
B:75	Mediastinitis	0 = nein 1 = ja	MEDIASTINITIS

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit	Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2007 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2006 ab

der Bundesauswertung 2006	
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

80266

Kennzahl	
ID-Kennzahl	80266
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Patienten mit Risikoklasse 0 oder Risikoklasse 1
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)
Referenzbereich 2006	Diese Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	In diesem Leistungsbereich werden methodenbedingt nur 15% der operierten Patienten der Risikoklasse 0, also der Gruppe der Patienten ohne präoperative Risikofaktoren nach den Kriterien der CDC, zugeordnet. Ursächlich hierfür ist die Einstufung der überwiegenden Anzahl der Patienten in die ASA-Gruppen 3 und 4. Diese Einstufung erscheint angesichts des Risikoprofils der in diesem Leistungsbereich behandelten Patienten plausibel, führt jedoch dazu, dass diese Patienten bei der Auswertung der risikoadjustierten Mediastinitis mindestens der Risikoklasse 1 zugeteilt werden. Für die vergleichende risikoadjustierte Darstellung der Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator wurden daher Patienten der Risikoklassen 0 und 1 zusammengefasst. 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 verzichtete daher auf die Festlegung eines fixen Referenzbereiches.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Additiver Score
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativer Mediastinitis Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0 oder Risikoklasse 1, die in ihrer ersten Operation kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Risikoklassen werden gebildet nach NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control). Es wird jeweils ein Risikopunkt vergeben, wenn - ASA >= 3 - OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauer-Verteilung der betrachteten Operationsart - ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt. Patienten der Risikoklasse 0 haben keinen Risikopunkt. Patienten der Risikoklasse 1 haben einen Risikopunkt. OP-Dauer > 75%-Perzentil: x min
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
B:18	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	ASA
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein	AORTENKLAPPE

			1 = ja	
	O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
	O:48	Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	PRAEOPCDC
	O:51	OP-Zeit (Schnitt-Nahtzeit)		OPDAUERHCH
	B:75	Mediastinitis	0 = nein 1 = ja	MEDIASTINITIS
Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0			
Teildatensatzbezug	HCH:B			
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2007 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2006 ab.			
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.			

Postoperative Retentionsstörung

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative Retentionsstörung
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist. Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung. Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein. Bearbeitungsstand 2007.
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten einer postoperativen Nierenfunktionsstörung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	Herzchirurgische Operationen werden überwiegend unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. 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. Insbesondere sind Patienten in höherem Lebensalter (> 70 Jahre), Patienten mit präoperativer Herzinsuffizienz, insulinpflichtigem Diabetes mellitus und präexistierender Nierenerkrankung gefährdet. 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). In die Bewertung der Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator gingen ausschließlich Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation ein, die präoperativ unauffällige Retentionsparameter (Kreatinin <= 1,4 mg/dl oder <= 124 µmol/l) aufwiesen.
Literaturverzeichnis	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.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

80267

Kennzahl	
ID-Kennzahl	80267
Ergänzung Bezeichnung QI	-
Referenzbereich 2007	<= 7% (Toleranzbereich)
Referenzbereich 2006	Diese Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Für die Festlegung des Referenzbereichs wurden die Ergebnisse einer prospektiv randomisierten Multicenterstudie herangezogen (Mangano et al. 1998).
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativ chronischer Nierenersatztherapie oder mit einer Differenz des Kreatininwertes post- zu präoperativ von >= 0,7 mg/dl und einem postoperativen Kreatininwert von > 2,3 mg/dl bzw. > 200 µmol/l Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne präoperative Nierenersatztherapie, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden und mit einer gültigen Angabe zum präoperativen Kreatininwert von <= 1,4 mg/dl (<= 124 µmol/l) sowie einer gültigen Angabe zum postoperativen Kreatininwert
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
B:34	präoperative Nierenersatztherapie	0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	PRAENIEREERSATZTH
B:35	Kreatininwert i. S. in mg/dl (präoperativ)		KREATININWERTMGDL
B:36	Kreatininwert i. S. in µmol/l (präoperativ)		KREATININWERTMOLL
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
O:43	Dringlichkeit	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
B:86	Kreatininwert i. S. in mg/dl (postoperativ)		POSTOPKREAT
B:87	Kreatininwert i. S. in µmol/l (postoperativ)		ANDPOSTOPKREAT
B:88	postoperative Nierenersatztherapie	0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	POSTNIEREERSATZTH

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Für diese Qualitätskennzahl können die Vorjahresergebnisse wegen der Änderungen im Datensatz 2007 nicht dargestellt werden.
Meth. Beurteilung der	Seit der Einführung des neuen Datensatzes Herzchirurgie am 1. Januar 2007 wird bei der

Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Abfrage zur Dialysepflichtigkeit des Patienten in „akut dialysepflichtig“ und „chronisch dialysepflichtig“ differenziert. Die Vorjahresergebnisse können daher nicht berechnet werden.

Neurologische Komplikationen

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist. Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung. Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein. Bearbeitungsstand 2007.
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Schlaganfall oder Koma)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	Postoperative neurologische Komplikationen werden unterteilt in Typ 1- und Typ 2-Defizite. Unter dem Begriff Typ 1-Defizit versteht man größere fokale Schädigungen, die sich klinisch als TIA oder Apoplex sowie Stupor und Koma äußern können. Das Typ 2-Defizit beschreibt eine eher diffuse globale zerebrale Schädigung mit konsekutiver postoperativer Verschlechterung der intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten sowie ein postoperatives Durchgangssyndrom. Bei der Betrachtung dieses Qualitätsindikators werden ausschließlich Typ 1-Defizite ausgewertet, da diese aufgrund ihres eindeutigen klinischen Bildes in der vergleichenden Qualitätsdarstellung besser abgebildet werden können. 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 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). 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).
Literaturverzeichnis	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. 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. 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. 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. Roach GW, Kanchuger M, Mangano MC, Newman 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. 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.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	
Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

82340

Kennzahl	
ID-Kennzahl	82340
Ergänzung Bezeichnung QI	-
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)
Referenzbereich 2006	Diese Qualitätskennzahl wurde 2007 eingeführt
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	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 Stunden (McKhann et al. 2002) bzw. 72 Stunden (Hogue Jr. et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Fachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung
Rechenregel	Zähler: Patienten mit postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 24 h und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin >= 2) Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden und ohne neurologische Vorerkrankung bzw. ohne nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0)
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
B:32	neurologische Erkrankung(en)	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere (Parkinson, Alzheimer) 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
B:33	Schweregrad der Behinderung	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer	RANKIN

		Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
O:43	Dringlichkeit	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
B:82	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses	1 = bis einschl. 24 Stunden 2 = mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden 3 = über 72 Stunden	CEREBROEREIGNISDAUER
B:83	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem	RANKINENTL

			Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Apoplex mit tödlichem Ausgang	

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2007 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2006 ab.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

Letalität

Indikator	
Laufende Nummer Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Letalität
Begründung, warum dieser QI derzeit nicht als QI für Patienten empfohlen wird	Für diesen Qualitätsindikator kann die Empfehlung für eine Veröffentlichung der Ergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht befürwortet werden, da eine vollständige Evaluation dieses Qualitätsindikators anhand des QUALIFY-Instruments (http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/online/public/leistungen/qualify) noch nicht erfolgt ist. Der Qualitätsindikator wurde als Grundlage für den Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern entwickelt. Bei diesem Dialog besprechen Fachleute die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit leitenden Mitarbeitern in den Krankenhäusern. Zur endgültigen Einschätzung der Versorgungssituation können die Fachleute zusätzliche Informationen (z. B. zum gesundheitlichen Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung oder zu organisatorischen Abläufen im Krankenhaus) hinzuziehen. Bei Bedarf werden Ziele zur Verbesserung der Versorgung gemeinsam mit dem Krankenhaus formuliert. Der Strukturierte Dialog ist damit ein wesentlicher Bestandteil des Verfahrens der externen Qualitätssicherung. Soll das Ergebnis eines Qualitätsindikators zur Information von Patienten veröffentlicht werden, müssen bestimmte methodische Kriterien unbedingt erfüllt sein. Um Fehlschlüsse aus dem Ergebnis zu verhindern, muss z. B. der gesundheitliche Allgemeinzustand der Patienten vor der Behandlung für die Berichterstattung über Komplikationen im Krankenhaus bereits bei der Berechnung des Qualitätsindikators berücksichtigt sein. Bearbeitungsstand 2007.
Interpretationshilfe	-
Qualitätsziel	Möglichst geringe Letalität: In-Hospital-Letalität 30-Tage-Letalität Risikoadjustierte 30-Tage-Letalität
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	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. Daher wird in der Literatur neben der In-Hospital-Letalität häufig auch die 30-Tage-Letalität angegeben. 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 Abteilung behandelten Patienten aufweisen. 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).
Literaturverzeichnis	Roques F, Michel P, Goldstone AR, Nashef SA. The logistic EuroSCORE. Eur Heart J 2003; 24 (9): 881-882. 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 19.030 patients. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 1999; 15 (6): 816-823.
Stellungnahmen zum QI	-
Aktuelle Bewertung QUALIFY	

Relevanz	
Wissenschaftlichkeit	
Praktikabilität	

28269

Kennzahl	
ID-Kennzahl	28269
Ergänzung Bezeichnung QI	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert
Referenzbereich 2006	Es ist kein Referenzbereich zu dieser Qualitätskennzahl festgelegt worden
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich wurde für die In-Hospital-Letalitätsrate für Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Rechenregel	Zähler: Patienten, die im Krankenhaus verstarben Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
B:96	Entlassungsgrund	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = interne Verlegung 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	ENTLGRUND

			15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

28270

Kennzahl	
ID-Kennzahl	28270
Ergänzung Bezeichnung QI	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver oder dringlicher Operationsindikation
Referenzbereich 2007	<= x% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)
Referenzbereich 2006	<= 14,1% (95%-Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	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 ein Perzentil festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Stratifizierung
Rechenregel	Zähler: Patienten, die im Krankenhaus verstarben Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation elektiv oder dringlich kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch versorgt wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
O:43	Dringlichkeit	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
B:96	Entlassungsgrund	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	ENTLGRUND

			11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = interne Verlegung 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

47942

Kennzahl	
ID-Kennzahl	47942
Ergänzung Bezeichnung QI	30-Tage-Letalität: Follow-up-Rate
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert
Referenzbereich 2006	Es ist kein Referenzbereich zu dieser Qualitätskennzahl festgelegt worden
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Übermittlung des 30-Tage-Follow-up stellt eine zusätzliche freiwillige Leistung herzchirurgischer Krankenhäuser dar. Aus diesem Grund wurde für diese Kennzahl kein Referenzbereich festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler: Patienten mit bekanntem Status am 30. postoperativen Tag Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige Operation am Herzen	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
FU:98	Status des Patienten am 30. postoperativen Tag (nach der ersten OP)	0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 8 = Falldokumentation vor dem 30. Tag postoperativ abgeschlossen / Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 9 = Situation des Patienten ist unbekannt	STATUS30TAGEPOSTOP

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst, opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

47944

Kennzahl	
ID-Kennzahl	47944
Ergänzung Bezeichnung QI	30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97%
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert
Referenzbereich 2006	Es ist kein Referenzbereich zu dieser Qualitätskennzahl festgelegt worden
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Übermittlung des 30-Tage-Follow-up stellt eine zusätzliche freiwillige Leistung herzchirurgischer Krankenhäuser dar. Aus diesem Grund wurde für diesen Qualitätsindikator kein Referenzbereich festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler: Patienten, die innerhalb von 30 Tagen postoperativ verstarben Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch 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 >= 97% aufweisen kann
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
O:41	sonstige Operation am Herzen	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
FU:98	Status des Patienten am 30. postoperativen Tag (nach der ersten OP)	0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 8 = Falldokumentation vor dem 30. Tag postoperativ abgeschlossen / Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 9 = Situation des Patienten ist unbekannt	STATUS30TAGEPOSTOP

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst und opKlasse wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.

47954

Kennzahl	
ID-Kennzahl	47954
Ergänzung Bezeichnung QI	30-Tage-Letalität in Krankenhäusern mit einer Follow-up-Rate >= 97% bei Patienten mit vollständiger Dokumentation zum EuroSCORE
Referenzbereich 2007	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert
Referenzbereich 2006	Es ist kein Referenzbereich zu dieser Qualitätskennzahl festgelegt worden
Erläuterung zum Referenzbereich 2007	Die Übermittlung des 30-Tage-Follow-up stellt eine zusätzliche freiwillige Leistung herzchirurgischer Krankenhäuser dar. Aus diesem Grund wurde für diesen Qualitätsindikator kein Referenzbereich festgelegt.
Methode der Risikoadjustierung Kennzahl	Keine Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler: Patienten, die innerhalb von 30 Tagen postoperativ verstarben Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation kombiniert koronar- und aortenklappenchirurgisch versorgt wurden, deren Status am 30. postoperativen Tag bekannt ist und mit vollständiger Dokumentation zum EuroSCORE und die in einem Krankenhaus operiert wurden, das eine 30-Tage-Follow-up-Rate von >= 97% aufweisen kann
Erläuterung der Rechenregel	-
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 10.0:

Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
B:5	Geburtsdatum		GEBDATUM
B:6	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	GESCHLECHT
B:11	Infarkt(e)	0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 3 Wochen 3 = ja, letzte(r) länger als 3 Wochen, weniger als 91 Tage zurück 4 = ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDINFARKT
B:12	kardiogener Schock / Dekompensation	0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDSCHOCKKARDIOGEN
B:13	Reanimation	0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r)	AUFNBEFUNDREANIMATION

		innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	
B:14	Patient wird beatmet	0 = nein 1 = ja	AUFNBEFUNDBEATMUNG
B:15	pulmonale Hypertonie	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDHYPERTONIEPULMONAL
B:19	LVEF	1 = schlecht oder < 30% 2 = mittel oder 30% - 50% 3 = gut oder > 50%	LVEF
B:23	Vor-OP(s) an Herz/Aorta Anzahl		VOROPANZAHL
B:24	akute Infektion(en)	0 = keine 1 = Mediastinitis 2 = Bakteriämie 3 = broncho-pulmonale Infektion 4 = oto-laryngologische Infektion 5 = floride Endokarditis 6 = Peritonitis 7 = Wundinfektion Thorax 8 = Pleuraempym 9 = Venenkatheterinfektion 10 = Harnwegsinfektion 11 = Wundinfektion untere Extremitäten 12 = HIV-Infektion 13 = Hepatitis B oder C 18 = andere Wundinfektion 88 = sonstige Infektion	INFEKTIONAKUTHCH
B:26	arterielle Gefäßerkrankung	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVK
B:27	periphere AVK (Extremitäten)	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVKPERIPHER
B:28	Arteria Carotis	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVKHIRNVERSORGEND
B:29	Aortenaneurysma	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVKAORTENANEURYSMA
B:30	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVKSONSTIGE

	B:31	Lungenerkrankung(en)	0 = nein 1 = ja, COPD mit Dauermedikation 2 = ja, COPD ohne Dauermedikation 8 = ja, andere Lungenerkrankungen 9 = unbekannt	LUNGENERKRANKUNGEN
	B:32	neurologische Erkrankung(en)	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
	B:34	präoperative Nierenersatztherapie	0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	PRAENIEREERSATZTH
	B:35	Kreatininwert i. S. in mg/dl (präoperativ)		KREATININWERTMGDL
	B:36	Kreatininwert i. S. in µmol/l (präoperativ)		KREATININWERTMOLL
	O:37	OP-Protokoll Nummer		LFDNREINGRIFF
	O:39	Koronarchirurgie	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
	O:40	Aortenklappenchirurgie	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
	O:41	sonstige OP	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
	O:43	Dringlichkeit	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
	O:44	Nitrate (i. v.)	0 = nein 1 = ja	NITRATEIV
	O:46	Inotrope (i. v.)	0 = nein 1 = ja	INOTROPEIV
	O:47	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	0 = nein 1 = ja, IABP 2 = ja, andere	KREISLAUFUNTERSTUETZUNG
	FU:98	Status des Patienten am 30. postoperativen Tag (nach der ersten OP)	0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 8 = Falldokumentation vor dem 30. Tag postoperativ abgeschlossen / Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 9 = Situation des Patienten ist unbekannt	STATUS30TAGEPOSTOP

Datenbasis BQS-Spezifikation	10.0
Teildatensatzbezug	HCH:B
Kommentar zur Kennzahl (BQS)	Die Funktionen opSonst, opKlasse, preop, crea und rupture wurden den Änderungen im Datensatz 2007 angepasst.
Meth. Beurteilung	Wegen der Änderungen im Datensatz 2007 ist die Grundgesamtheit bei den Vorjahresdaten von der

der Vergleichbarkeit mit der Bundesauswertung 2006	BQS-Bundesauswertung 2006 leicht abweichend.
Meth. Beurteilung der Vergleichbarkeit mit neugerechneten Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2007 vergleichbar.