Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 731
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14281-L89228-P43434

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 731
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14281-L89228-P43434

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats							
1a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1092 unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			3,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	2,0 Fälle	6
1b: 2013/09n2-HSM-AGGW/480 über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			86,5%	>= 75,0%	innerhalb	85,1%	6
1c: 2013/09n2-HSM-AGGW/1093 unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			5,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	2,0 Fälle	6
1d: 2013/09n2-HSM-AGGW/481 über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			87,5%	>= 50,0%	innerhalb	86,2%	6
1e: 2013/09n2-HSM-AGGW/11484 Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats			97,3%	>= 90,0%	innerhalb	95,3%	15

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2013/09n2-HSM-AGGW/210							
QI 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten			96,6%	>= 60,0%	innerhalb	95,6%	17
QI 3: Intraoperative Reizschwellenbestimmung							
3a: 2013/09n2-HSM-AGGW/482 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			97,4%	>= 84,2%	innerhalb	95,0%	19
3b: 2013/09n2-HSM-AGGW/483 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			98,4%	>= 88,4%	innerhalb	96,5%	19
QI 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung							
4a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1099 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			97,3%	>= 87,2%	innerhalb	95,3%	22
4b: 2013/09n2-HSM-AGGW/484 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			98,2%	>= 87,9%	innerhalb	97,5%	22

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2013/09n2-HSM-AGGW/1096 **QI 5: Chirurgische Komplikationen**			0,5%	<= 1,0%	innerhalb	0,3%	25
2013/09n2-HSM-AGGW/51398 **QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus**			3,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	0,0 Fälle	27

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

PGS QS Ärztekammer Sachsen-Anhalt

08.05.2014 / 2013 - D14281-L89228-P43434

Qualitätsindikatorengruppe 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats

Qualitätsziel: Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und
Gruppe 1: implantiertem Einkammersystem (AAI, VVI)
Gruppe 2: implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)

Indikator-ID: Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] unter 4 Jahre
Gruppe 1 (QI 1a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1092
Gruppe 2 (QI 1c): 2013/09n2-HSM-AGGW/1093

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] über 6 Jahre
Gruppe 1 (QI 1b): 2013/09n2-HSM-AGGW/480
Gruppe 2 (QI 1d): 2013/09n2-HSM-AGGW/481

Referenzbereich: Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] unter 4 Jahre
Gruppe 1: Sentinel Event
Gruppe 2: Sentinel Event

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] über 6 Jahre
Gruppe 1: >= 75,0% (Toleranzbereich)
Gruppe 2: >= 50,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] unter 4 Jahre		
Referenzbereich	Sentinel Event	Sentinel Event
4 bis 6 Jahre		
7 bis 8 Jahre		
9 bis 12 Jahre		
über 12 Jahre		
Summe über 6 Jahre		
Referenzbereich	>= 75,0%	>= 50,0%

[1] Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1]	3 / 171	5 / 529
unter 4 Jahre	3,0 Fälle	5,0 Fälle
Referenzbereich	Sentinel Event	Sentinel Event
4 bis 6 Jahre	20 / 171	61 / 529
	11,7%	11,5%
7 bis 8 Jahre	55 / 171	238 / 529
	32,2%	45,0%
9 bis 12 Jahre	83 / 171	213 / 529
	48,5%	40,3%
über 12 Jahre	10 / 171	12 / 529
	5,8%	2,3%
Summe	148 / 171	463 / 529
über 6 Jahre	86,5%	87,5%
Vertrauensbereich	80,6% - 90,9%	84,4% - 90,1%
Referenzbereich	>= 75,0%	>= 50,0%

[1] Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] unter 4 Jahre		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats[1] unter 4 Jahre	2 / 181 2,0 Fälle	2 / 463 2,0 Fälle
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich	154 / 181 85,1% 79,2% - 89,5%	399 / 463 86,2% 82,7% - 89,0%

[1] Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Laufzeiten nach Herstellern differenziert

Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2013						
Hersteller	N	Anteil[1]	Laufzeit Median (Jahre)	N	Laufzeit < 4 Jahre Anteil[2]	N	Laufzeit > 6 Jahre Anteil[2]
01 Biotronik							
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics							
07 Medtronic							
08 Osypka							
09 Sorin Biomedica/ELA Medical							
11 Vitatron							
18 St. Jude Medical							
89 nicht bekannt							
99 sonstiger							
Gesamt							

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2013						
Hersteller	N	Anteil[1]	Laufzeit Median (Jahre)	N	Laufzeit < 4 Jahre Anteil[2]	N	Laufzeit > 6 Jahre Anteil[2]
01 Biotronik							
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics							
07 Medtronic							
08 Osypka							
09 Sorin Biomedica/ELA Medical							
11 Vitatron							
18 St. Jude Medical							
89 nicht bekannt							
99 sonstiger							
Gesamt							

[1] Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller
[2] Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

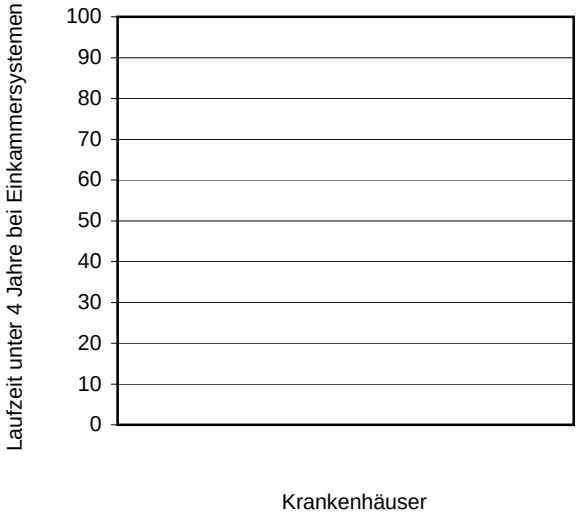
Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2013						
Hersteller	N	Anteil[1]	Laufzeit Median (Jahre)	N	Laufzeit < 4 Jahre Anteil[2]	N	Laufzeit > 6 Jahre Anteil[2]
01 Biotronik	17	9,9%	*9,0*	0	0,0%	17	100,0%
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	19	11,1%	*9,0*	0	0,0%	14	73,7%
07 Medtronic	105	61,4%	*8,0*	2	1,9%	91	86,7%
08 Osypka	0	0,0%		0		0	
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	2	1,2%	*10,5*	0	0,0%	2	100,0%
11 Vitatron	13	7,6%	*10,0*	0	0,0%	12	92,3%
18 St. Jude Medical	13	7,6%	*8,0*	1	7,7%	10	76,9%
89 nicht bekannt	0	0,0%		0		0	
99 sonstiger	2	1,2%	*15,0*	0	0,0%	2	100,0%
Gesamt	171	100,0%	*9,0*	3	1,8%	148	86,5%

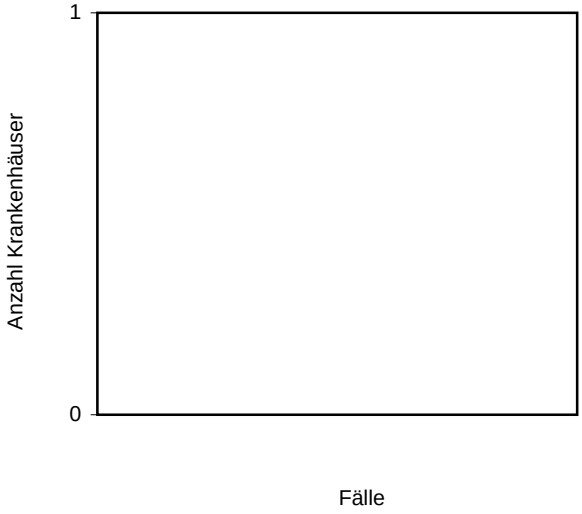
Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2013						
Hersteller	N	Anteil[1]	Laufzeit Median (Jahre)	N	Laufzeit < 4 Jahre Anteil[2]	N	Laufzeit > 6 Jahre Anteil[2]
01 Biotronik	76	14,4%	*8,0*	1	1,3%	64	84,2%
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	100	18,9%	*8,0*	4	4,0%	77	77,0%
07 Medtronic	272	51,4%	*8,0*	0	0,0%	249	91,5%
08 Osypka	0	0,0%		0		0	
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	6	1,1%	*9,5*	0	0,0%	5	83,3%
11 Vitatron	38	7,2%	*8,0*	0	0,0%	37	97,4%
18 St. Jude Medical	34	6,4%	*8,0*	0	0,0%	29	85,3%
89 nicht bekannt	3	0,6%	*7,0*	0	0,0%	2	66,7%
99 sonstiger	0	0,0%		0		0	
Gesamt	529	100,0%	*8,0*	5	0,9%	463	87,5%

[1] Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller
[2] Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1092]:
Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

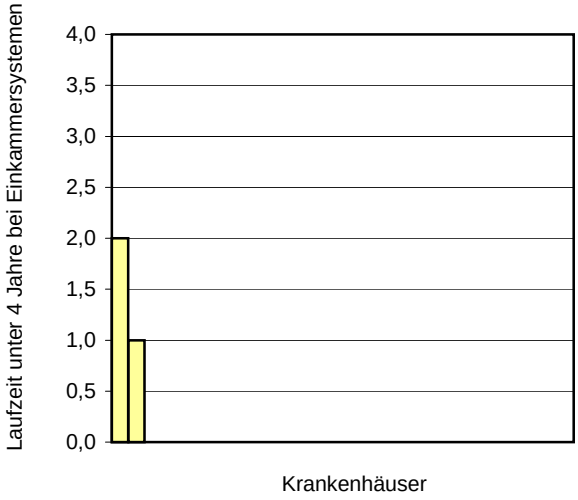
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

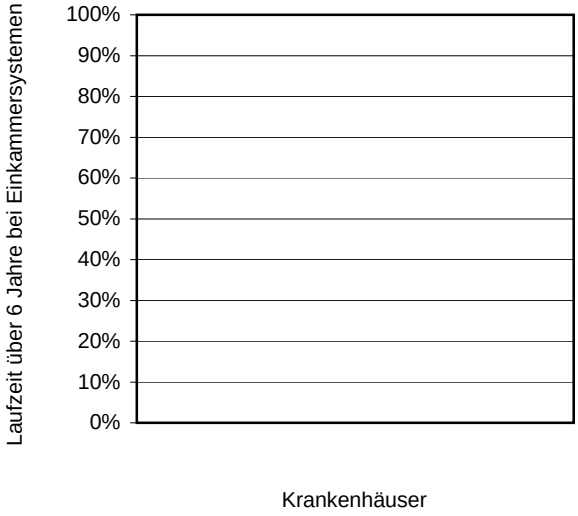


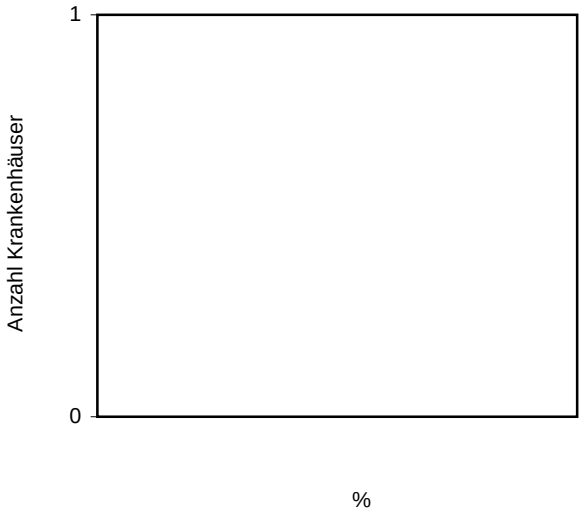
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/480]:
Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

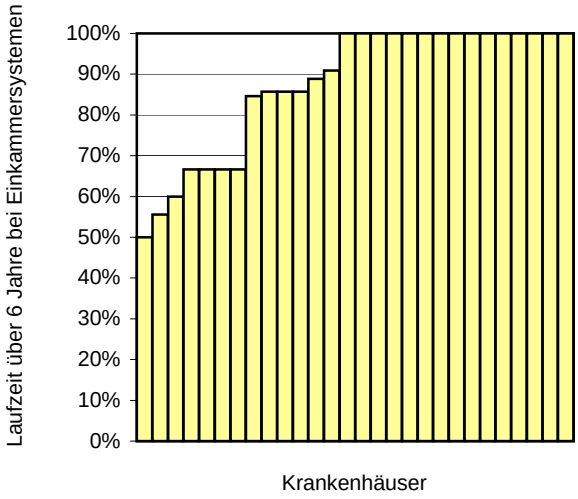
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

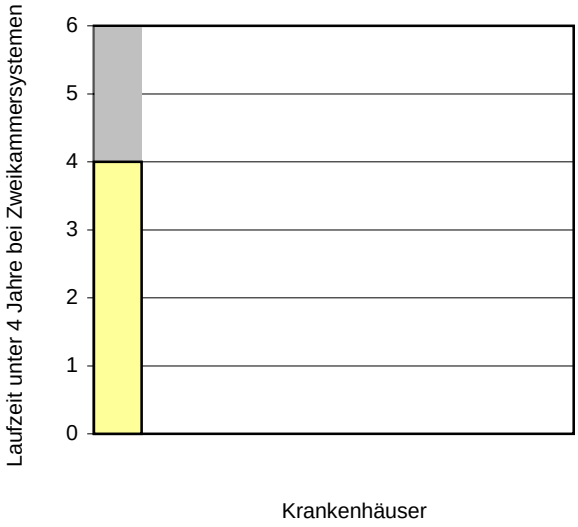


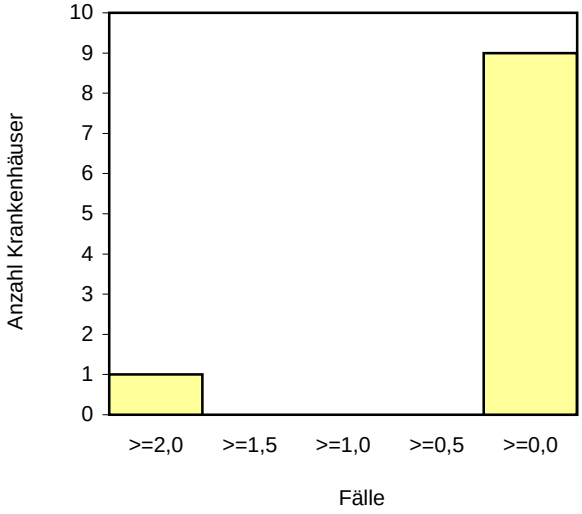
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	55,6	60,0	75,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1093]:
Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

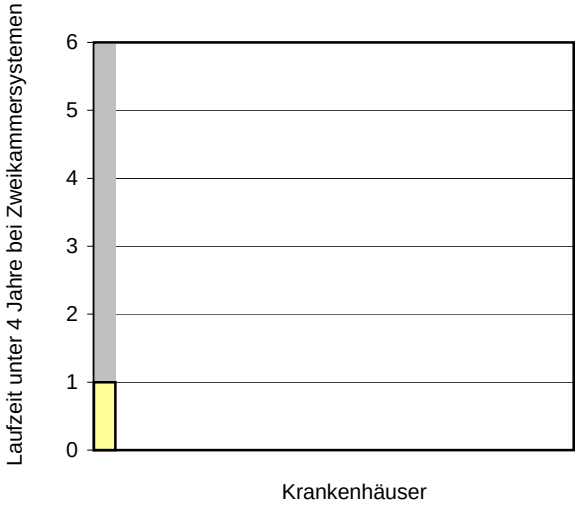
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	2,0		4,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

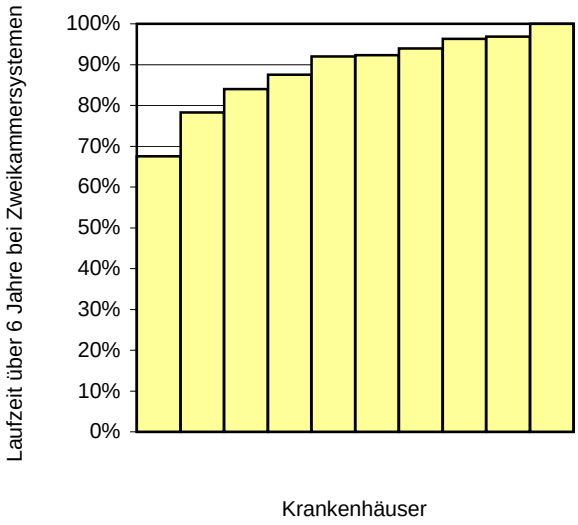


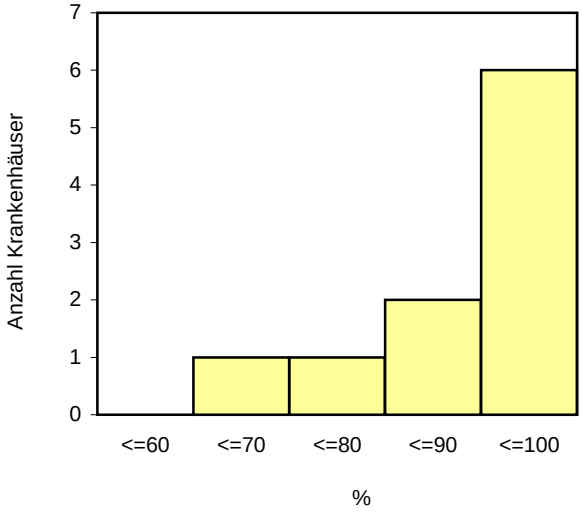
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/481]:
Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

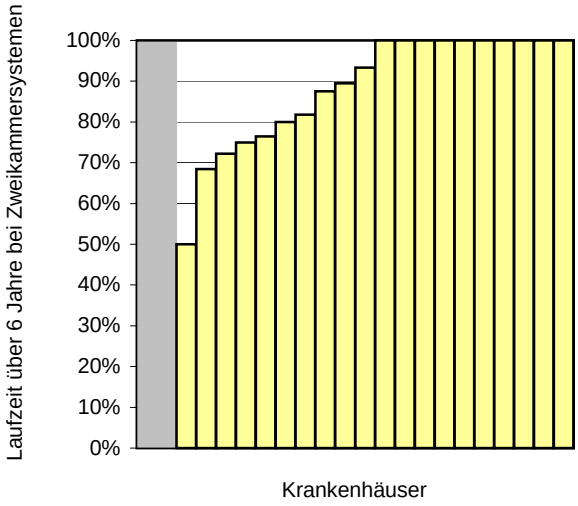
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	67,5		72,9	84,0	92,2	96,3	98,4		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	50,0	75,0	91,4	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1e): 2013/09n2-HSM-AGGW/11484

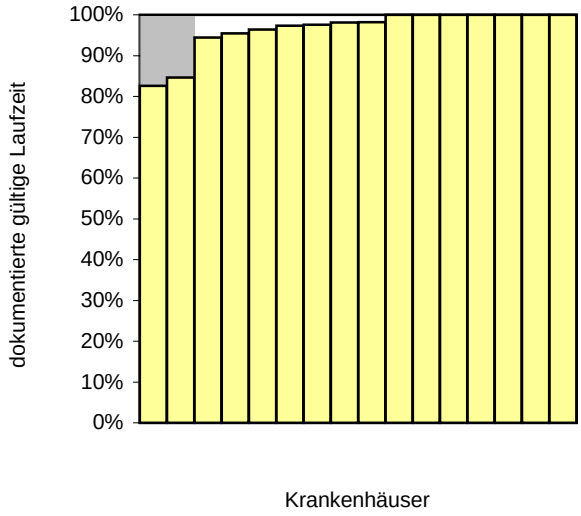
Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

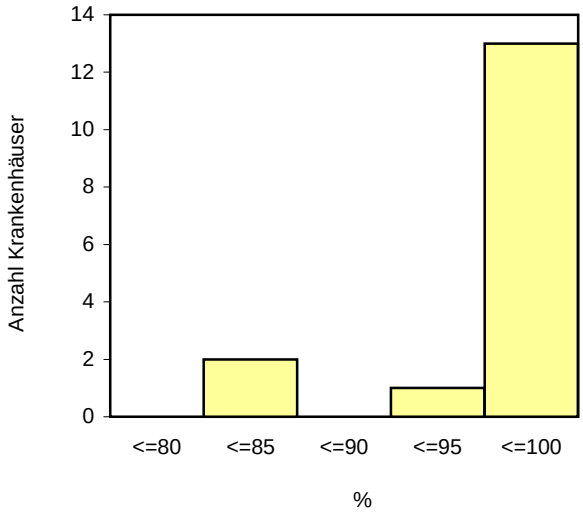
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			711 / 731	97,3%
Vertrauensbereich				95,8% - 98,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			651 / 683	95,3%
Vertrauensbereich				93,5% - 96,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1e, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/11484]:
Anteil von Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats an allen Patienten

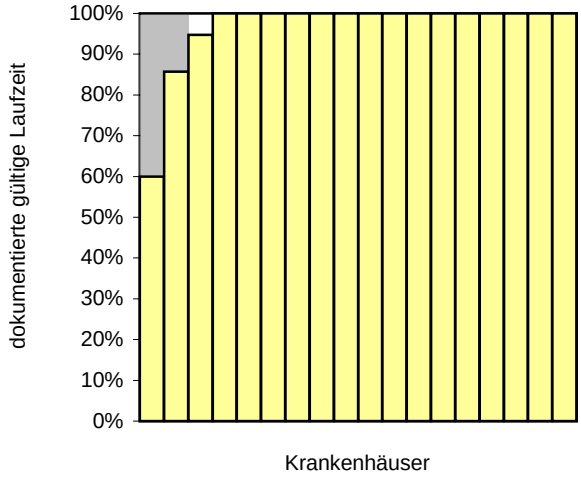
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,6		84,6	95,9	98,1	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0		85,7	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/210

Referenzbereich: >= 60,0% (Toleranzbereich)

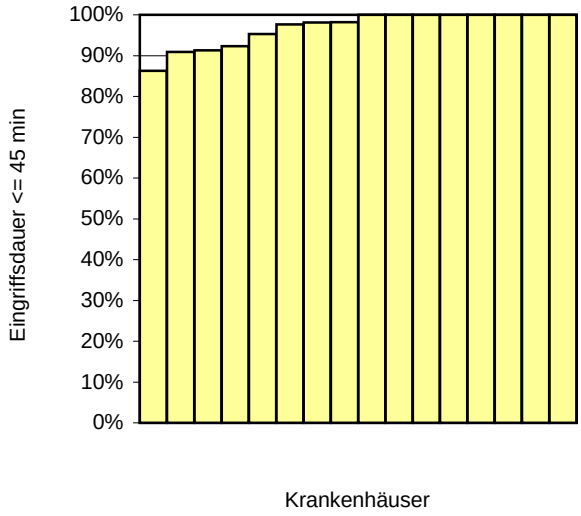
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer				
bis unter 30 min			540 / 731	73,9%
30 bis 45 min			166 / 731	22,7%
Summe				
bis 45 Minuten			706 / 731	96,6%
Vertrauensbereich				95,0% - 97,7%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%
über 45 min			25 / 731	3,4%
Median (min)			731	*21,0*

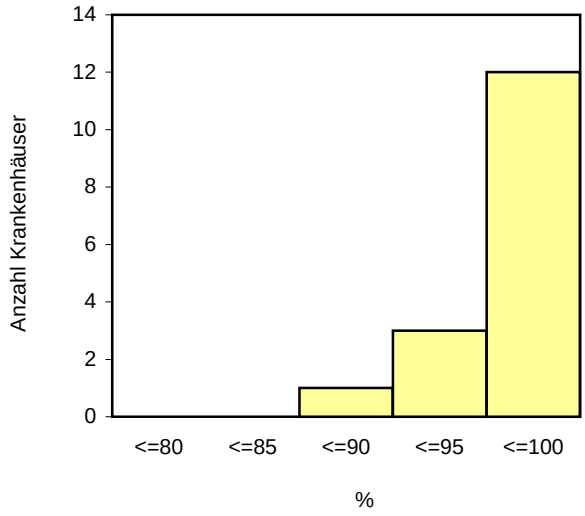
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer				
Summe				
bis 45 Minuten			653 / 683	95,6%
Vertrauensbereich				93,8% - 96,9%

[1] Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/210]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer <= 45 min an allen Patienten

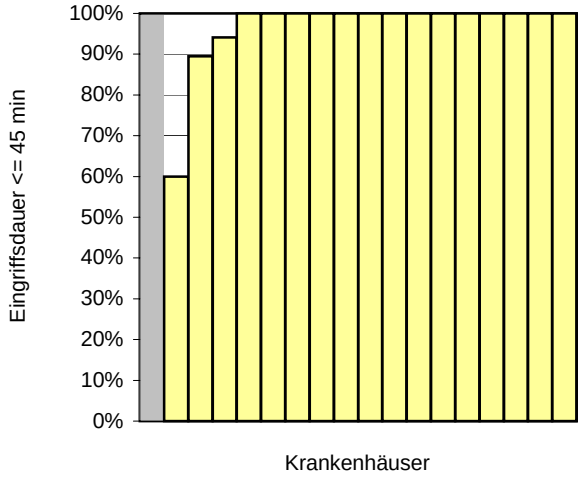
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,3		90,9	93,8	99,1	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		60,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Reizschwellenbestimmung

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 3a): 2013/09n2-HSM-AGGW/482
Gruppe 2 (QI 3b): 2013/09n2-HSM-AGGW/483

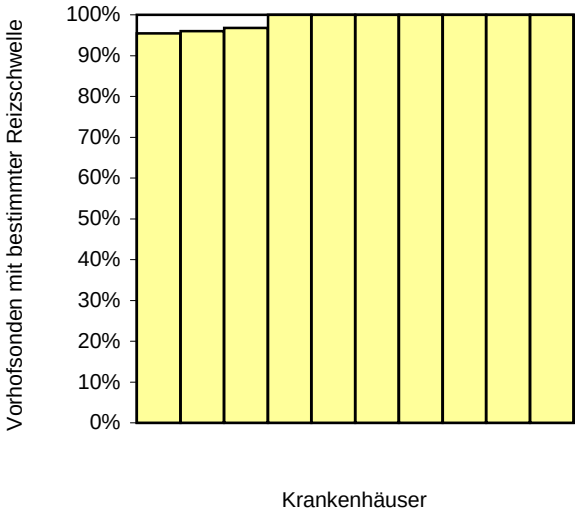
Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 84,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Gruppe 2: >= 88,4% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

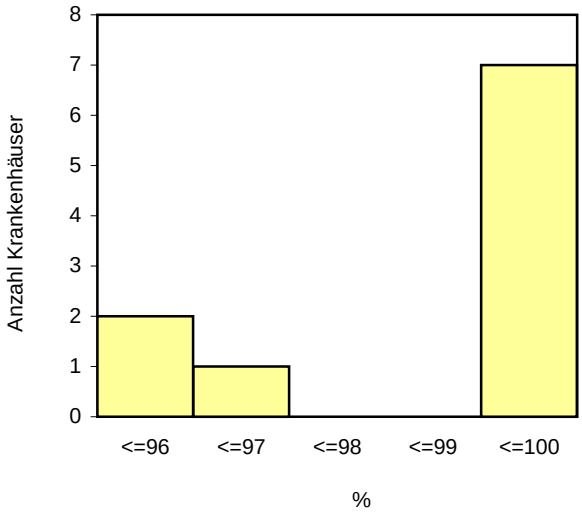
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			451 / 463	97,4%
Vertrauensbereich				95,5% - 98,5%
Referenzbereich		>= 84,2%		>= 84,2%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			719 / 731	98,4%
Vertrauensbereich				97,2% - 99,1%
Referenzbereich		>= 88,4%		>= 88,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			381 / 401	95,0%
Vertrauensbereich				92,4% - 96,7%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			655 / 679	96,5%
Vertrauensbereich				94,8% - 97,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/482]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)

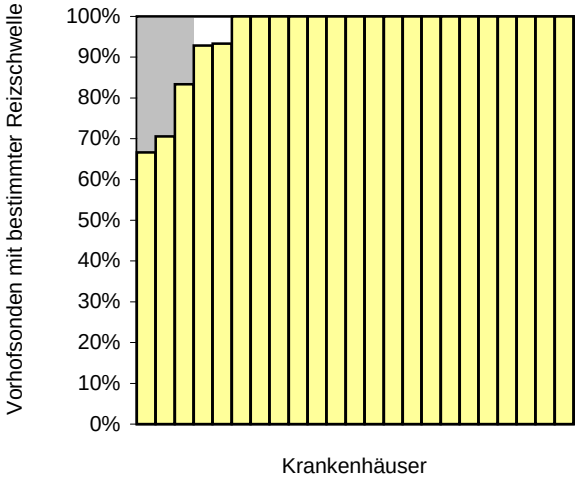
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,5		95,7	96,8	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

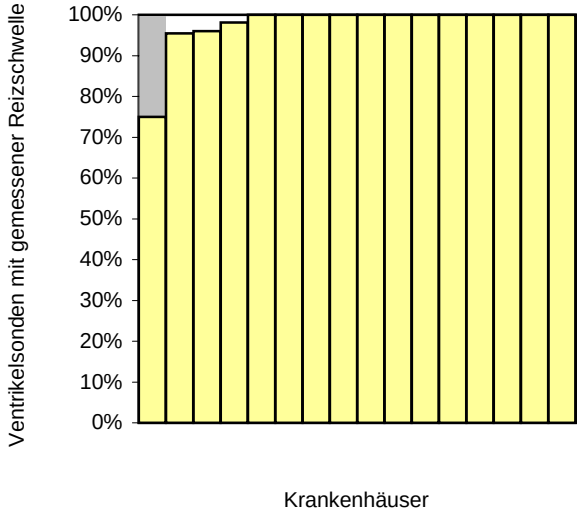


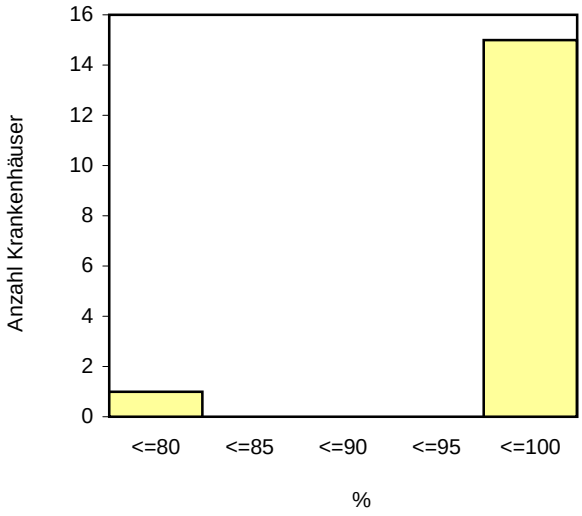
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	70,6	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/483]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Ventrikelsonden

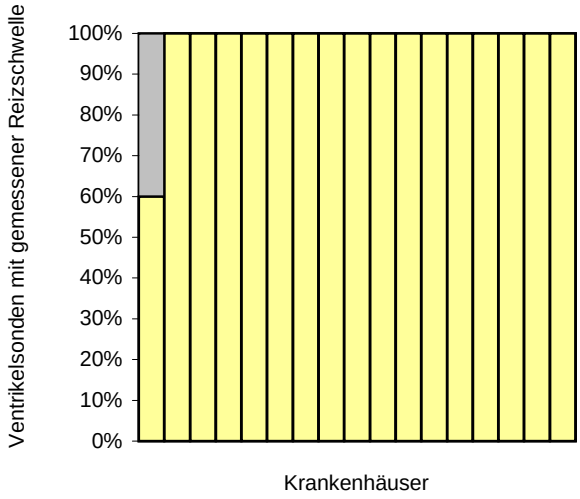
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0		95,5	99,1	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)
Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 4a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1099
Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n2-HSM-AGGW/484

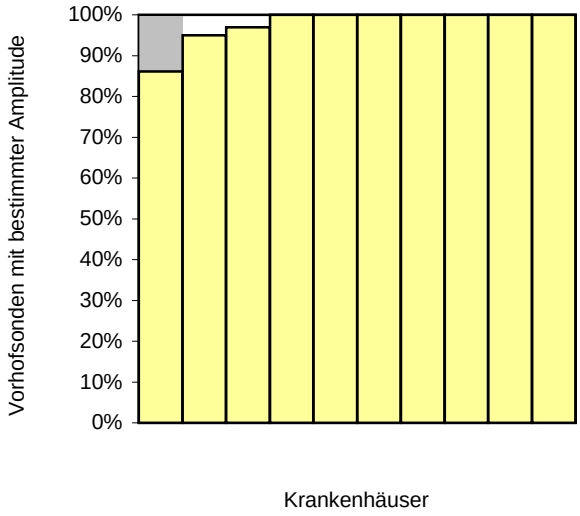
Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 87,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Gruppe 2: >= 87,9% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

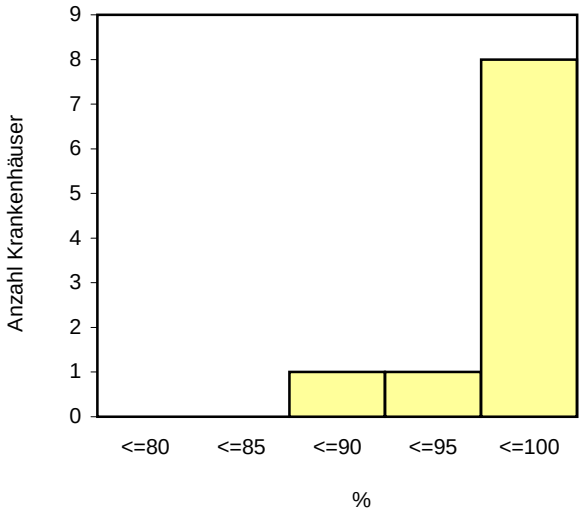
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			463 / 476	97,3%
Vertrauensbereich				95,4% - 98,4%
Referenzbereich		>= 87,2%		>= 87,2%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			544 / 554	98,2%
Vertrauensbereich				96,7% - 99,0%
Referenzbereich		>= 87,9%		>= 87,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			426 / 447	95,3%
Vertrauensbereich				92,9% - 96,9%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			500 / 513	97,5%
Vertrauensbereich				95,7% - 98,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1099]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)

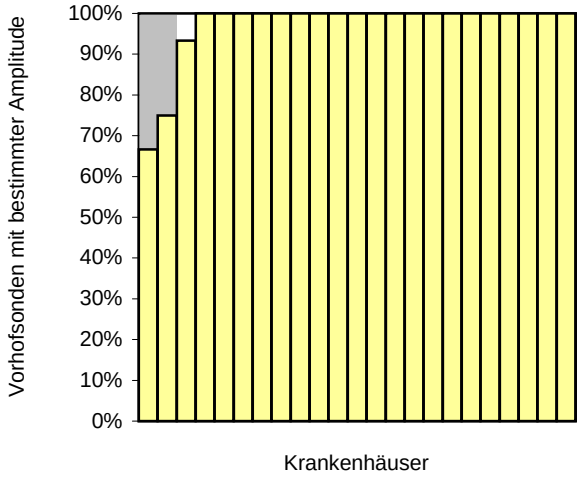
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,1		90,6	97,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

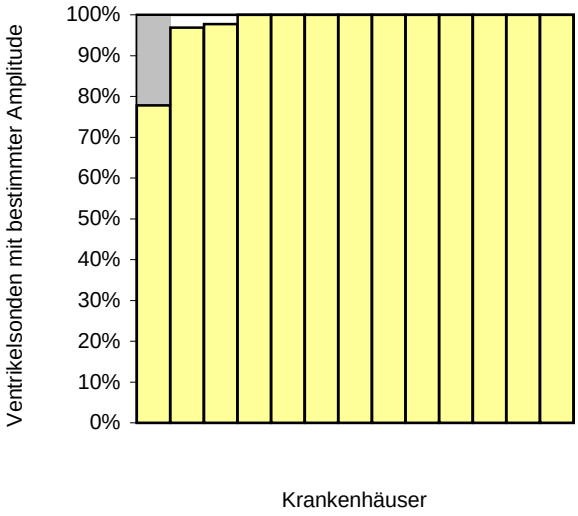


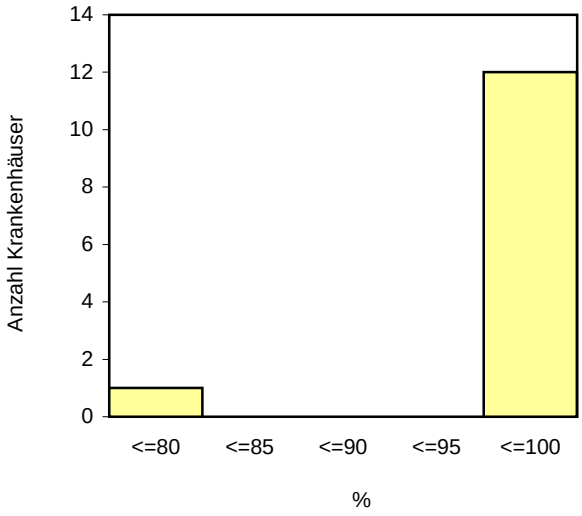
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	75,0	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/484]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

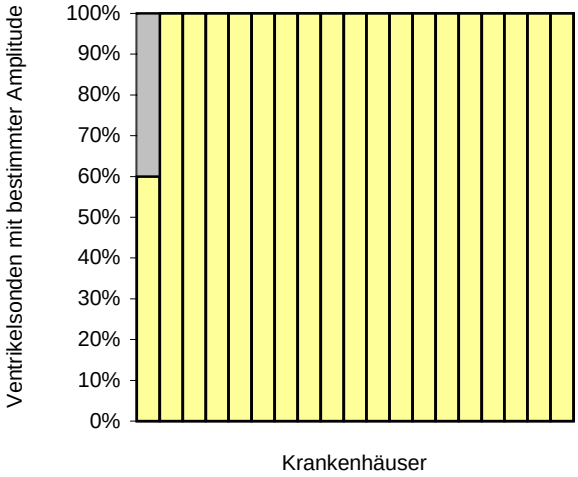
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8		96,9	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Chirurgische Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/1096

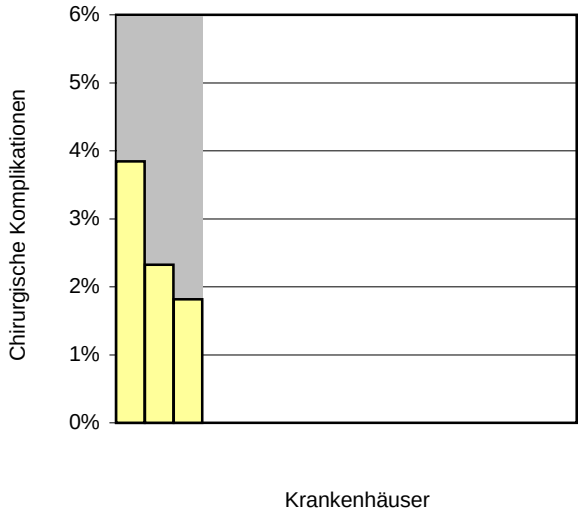
Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

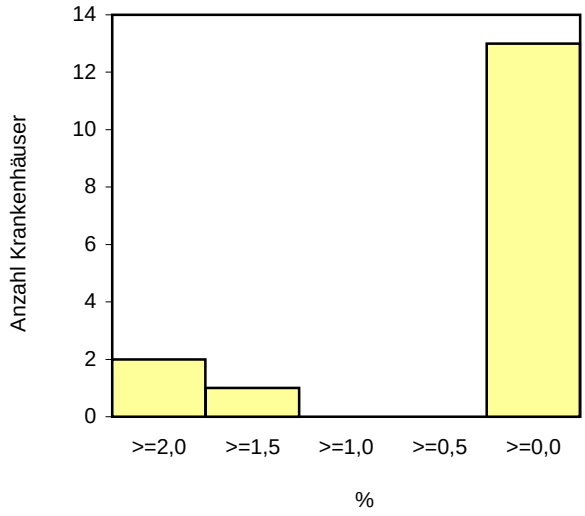
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			6 / 731	0,8%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			1 / 731	0,1%
Asystolie			1 / 731	0,1%
Kammerflimmern			0 / 731	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			4 / 731	0,5%
Vertrauensbereich				0,2% - 1,4%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%
interventionspflichtiges Taschen-hämatom			3 / 731	0,4%
postoperative Wundinfektion			1 / 731	0,1%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 731	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			1 / 731	0,1%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 731	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			3 / 731	0,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			2 / 683	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 1,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1096]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten

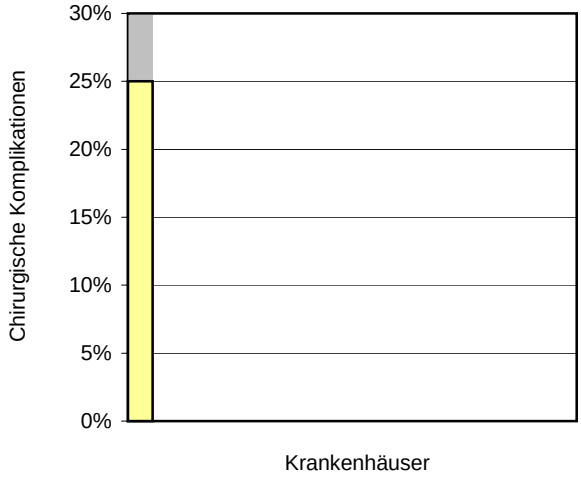
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	2,3		3,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/51398

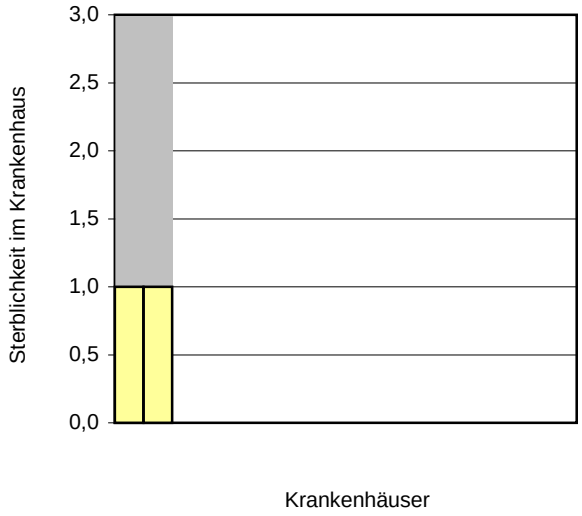
Referenzbereich: Sentinel Event

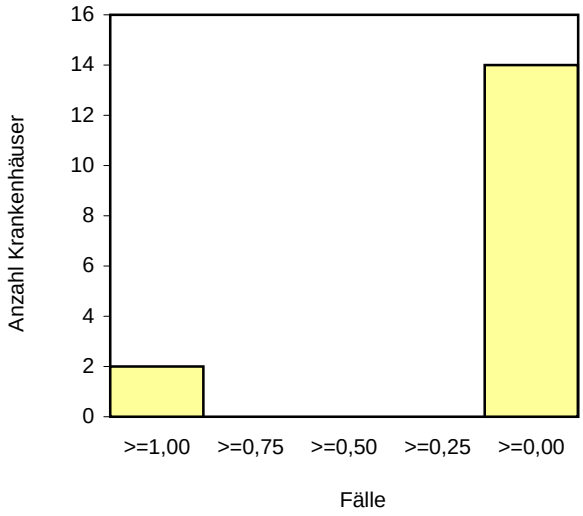
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			3 / 731	3,0 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			0 / 683	0,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/51398]:
Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten

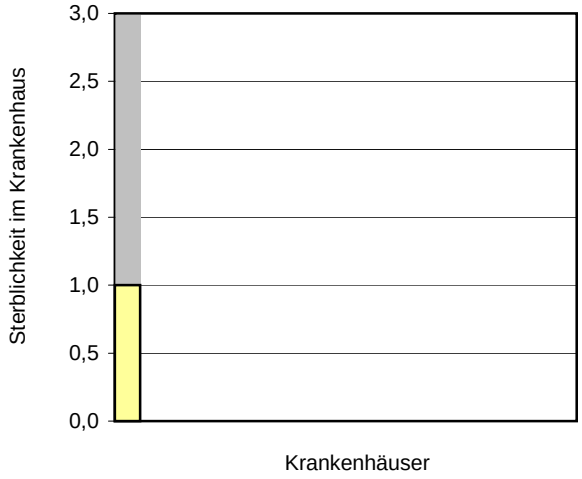
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	1,0		1,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 731
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14281-L89228-P43434

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			179	24,5	179	26,2
2. Quartal			204	27,9	189	27,7
3. Quartal			166	22,7	131	19,2
4. Quartal			182	24,9	184	26,9
Gesamt			731		683	

[1] Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		731		683	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,3*		*1,4*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		731		683	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*2,1*		*2,1*
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		731		683	
Median			*2,0*		*2,0*
Mittelwert			*3,4*		*3,5*

OPS 2013[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem
3	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher
4	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Verwendung von Herzschrittmachern oder Defibrillatoren mit automatischem Fernüberwachungssystem
5	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

OPS 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-378.52	524	71,7	5-378.52	468	68,5
2				5-378.51	192	26,3	5-378.51	205	30,0
3				1-266.0	57	7,8	1-266.0	50	7,3
4				5-377.d	27	3,7	5-378.50	6	0,9
5				5-378.5b	7	1,0	8-930	5	0,7

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2012 und OPS 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
2	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
5	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
6	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
7	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzien in der Eigenanamnese
8	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				Z45.00	630	86,2	Z45.0	591	86,5
2				Z95.0	298	40,8	Z95.0	262	38,4
3				I10.00	220	30,1	I10.00	208	30,5
4				E11.90	133	18,2	I48.11	116	17,0
5				T82.1	100	13,7	E11.90	113	16,5
6				I44.2	84	11,5	I44.2	92	13,5
7				Z92.1	82	11,2	T82.1	91	13,3
8				I49.5	74	10,1	Z92.1	85	12,4

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			731 / 731		683 / 683	
< 20 Jahre			0 / 731	0,0	0 / 683	0,0
20 - 29 Jahre			3 / 731	0,4	0 / 683	0,0
30 - 39 Jahre			1 / 731	0,1	1 / 683	0,1
40 - 49 Jahre			9 / 731	1,2	5 / 683	0,7
50 - 59 Jahre			27 / 731	3,7	20 / 683	2,9
60 - 69 Jahre			62 / 731	8,5	69 / 683	10,1
70 - 79 Jahre			268 / 731	36,7	246 / 683	36,0
80 - 89 Jahre			280 / 731	38,3	294 / 683	43,0
>= 90 Jahre			81 / 731	11,1	48 / 683	7,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			731		683	
Median				*79,0*		*80,0*
Mittelwert				*78,4*		*78,1*
Geschlecht						
männlich			363	49,7	360	52,7
weiblich			368	50,3	323	47,3

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			24	3,3	13	1,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			286	39,1	264	38,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			406	55,5	390	57,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			15	2,1	15	2,2
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,1
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			342	46,8	278	40,7
häufig (5 - 90%)			361	49,4	373	54,6
selten (< 5%)			28	3,8	32	4,7

Indikation zum Aggregatwechsel

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Aggregatwechsel						
reguläre Batterieerschöpfung			725	99,2	676	99,0
vorzeitige Batterie-erschöpfung			2	0,3	4	0,6
vermutete Schrittmacher-fehlfunktion			0	0,0	0	0,0
nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion			1	0,1	1	0,1
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
sonstige Indikation			3	0,4	2	0,3

Operation

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Dauer des Eingriffs					
Schnitt-Nahtzeit (min)					
gültige Angaben		731		683	
Median			*21,0*		*23,0*
Mittelwert			*24,6*		*25,0*

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantiertes Schrittmacher-System						
VVI			185 / 731	25,3	197 / 683	28,8
AAI			7 / 731	1,0	9 / 683	1,3
DDD			515 / 731	70,5	450 / 683	65,9
VDD			15 / 731	2,1	20 / 683	2,9
CRT-System mit einer Vorhofsonde			8 / 731	1,1	5 / 683	0,7
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 731	0,0	1 / 683	0,1
sonstiges[1]			1 / 731	0,1	1 / 683	0,1
Hersteller						
Biotronik			136 / 731	18,6	128 / 683	18,7
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			125 / 731	17,1	120 / 683	17,6
Medtronic			348 / 731	47,6	333 / 683	48,8
Osypka			0 / 731	0,0	0 / 683	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			16 / 731	2,2	26 / 683	3,8
Vitatron			1 / 731	0,1	2 / 683	0,3
St. Jude Medical			103 / 731	14,1	74 / 683	10,8
nicht bekannt			1 / 731	0,1	0 / 683	0,0
sonstiger			1 / 731	0,1	0 / 683	0,0

[1] In der Restkategorie „sonstiges" sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belassene Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			451		381	
Median				*0,7*		*0,7*
Mittelwert				*0,8*		*0,8*
<= 1,5 V			427 / 451	94,7	362 / 381	95,0
> 1,5 - 2,5 V			22 / 451	4,9	16 / 381	4,2
> 2,5 V			2 / 451	0,4	3 / 381	0,8
nicht gemessen			79 / 530	14,9	83 / 464	17,9
wegen Vorhofflimmerns			67 / 530	12,6	63 / 464	13,6
aus anderen Gründen			12 / 530	2,3	20 / 464	4,3
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			463		426	
Median				*2,7*		*2,6*
Mittelwert				*2,9*		*2,8*
< 1,5 mV			89 / 456	19,5	92 / 415	22,2
1,5 - 3,0 mV			190 / 456	41,7	172 / 415	41,4
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			177 / 456	38,8	151 / 415	36,4
nicht gemessen			77 / 540	14,3	50 / 476	10,5
wegen Vorhofflimmerns			25 / 540	4,6	14 / 476	2,9
fehlender Vorhofeigen-rhythmus			39 / 540	7,2	15 / 476	3,2
aus anderen Gründen			13 / 540	2,4	21 / 476	4,4

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			711		649	
Median				*0,7*		*0,7*
Mittelwert				*0,8*		*0,8*
<= 1,2 V			628 / 711	88,3	571 / 649	88,0
> 1,2 - 2,5 V			76 / 711	10,7	72 / 649	11,1
> 2,5 V			7 / 711	1,0	6 / 649	0,9
nicht gemessen			12 / 723	1,7	24 / 673	3,6
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			538		494	
Median				*11,2*		*11,6*
Mittelwert				*12,3*		*12,4*
< 4,0 mV			16 / 538	3,0	9 / 494	1,8
4,0 - 8,0 mV			121 / 538	22,5	97 / 494	19,6
> 8,0 mV			401 / 538	74,5	388 / 494	78,5
nicht gemessen			185 / 723	25,6	177 / 673	26,3
kein Eigenrhythmus			175 / 723	24,2	165 / 673	24,5
aus anderen Gründen			10 / 723	1,4	12 / 673	1,8

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			8		6	
Median				*1,3*		*1,4*
Mittelwert				*1,3*		*1,3*
<= 1,2 V			4 / 8	50,0	2 / 6	33,3
> 1,2 - 2,5 V			4 / 8	50,0	4 / 6	66,7
> 2,5 V			0 / 8	0,0	0 / 6	0,0
nicht gemessen			0 / 8	0,0	0 / 6	0,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			6		4	
Median				*8,2*		*16,9*
Mittelwert				*12,7*		*15,5*
< 4,0 mV			1 / 6	16,7	0 / 4	0,0
4,0 - 8,0 mV			2 / 6	33,3	1 / 4	25,0
> 8,0 mV			3 / 6	50,0	3 / 4	75,0
nicht gemessen			2 / 8	25,0	2 / 6	33,3
kein Eigenrhythmus			2 / 8	25,0	1 / 6	16,7
aus anderen Gründen			0 / 8	0,0	1 / 6	16,7

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantiertes Schrittmacher-Aggregat						
Abstand Implantations-datum und Entlassquartal (Jahre)						
gültige Angaben			711		651	
Median				*8,0*		*8,0*
Mittelwert				*8,5*		*8,4*
Jahr der Implantation nicht bekannt			20 / 731	2,7	32 / 683	4,7
Explantiertes Schrittmacher-System						
VVI			170 / 731	23,3	182 / 683	26,6
AAI			7 / 731	1,0	9 / 683	1,3
DDD			528 / 731	72,2	464 / 683	67,9
VDD			15 / 731	2,1	21 / 683	3,1
CRT-System mit einer Vorhofsonde			10 / 731	1,4	5 / 683	0,7
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 731	0,0	1 / 683	0,1
sonstiges[1]			1 / 731	0,1	1 / 683	0,1
Hersteller						
Biotronik			97 / 731	13,3	105 / 683	15,4
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			128 / 731	17,5	142 / 683	20,8
Medtronic			384 / 731	52,5	310 / 683	45,4
Osypka			0 / 731	0,0	0 / 683	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			8 / 731	1,1	16 / 683	2,3
Vitatron			53 / 731	7,3	50 / 683	7,3
St. Jude Medical			52 / 731	7,1	47 / 683	6,9
nicht bekannt			6 / 731	0,8	11 / 683	1,6
sonstiger			3 / 731	0,4	2 / 683	0,3

[1] In der Restkategorie „sonstiges" sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Peri- bzw. postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			6 / 731	0,8	3 / 683	0,4
Asystolie			1	0,1	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	1	0,1
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3	0,4	2	0,3
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			1	0,1	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			1	0,1	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventions-pflichtige Komplikation			1	0,1	0	0,0

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			670	91,7	634	92,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			32	4,4	27	4,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			4	0,5	2	0,3
07: Tod			3	0,4	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			3	0,4	5	0,7
10: in Pflegeeinrichtung			17	2,3	14	2,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
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
19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.
Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.
In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.
Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.
Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:
Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:
Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.
Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind **(fixer Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 15% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15% gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind **(Perzentil-Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.
Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,5%
5 von 200 = 2,5% <= 2,5% (unauffällig)
5 von 195 = 2,6% (gerundet) > 2,5% (auffällig)

Hinweis:
Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von <= 2,5%
ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von 2,54777070% (gerundet 2,5%).
Diese ist größer als 2,5% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 6%
ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von 5,97014925% (gerundet 6,0%).
Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

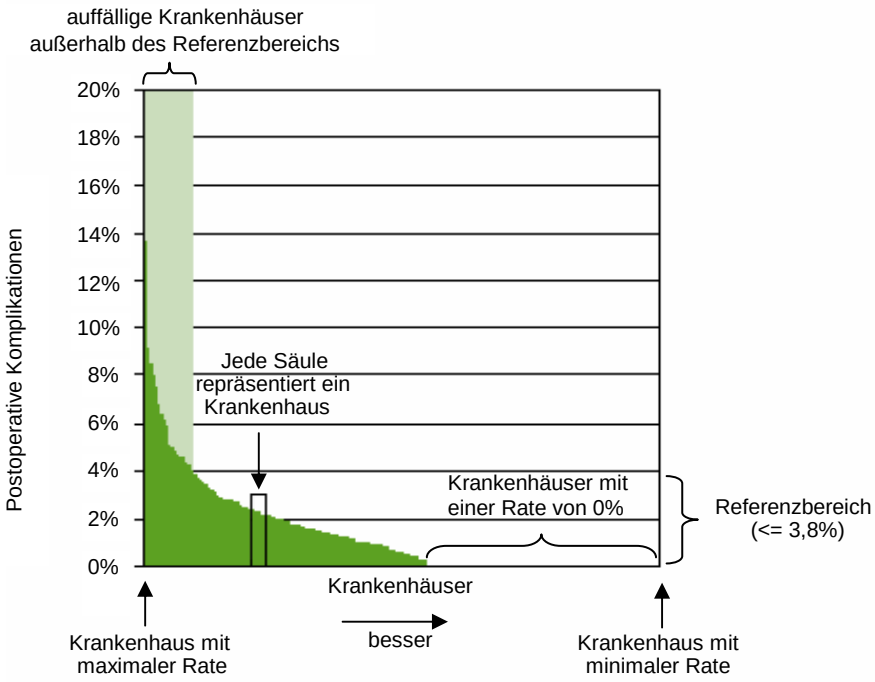
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

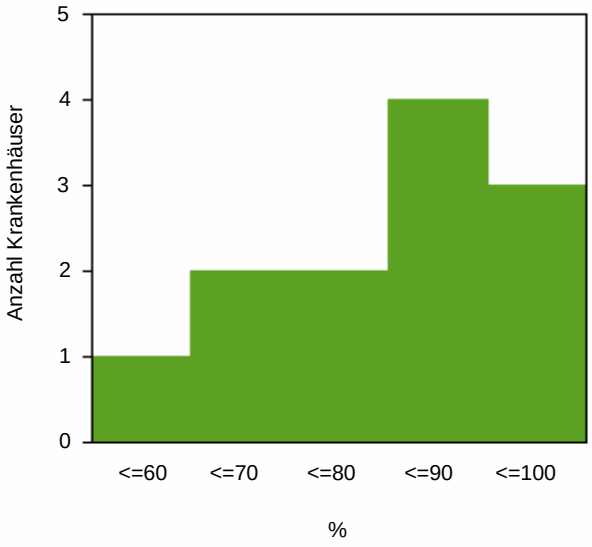
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

8. Glossar

Anteil
Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID
Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.
Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse
Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund
Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe
Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.
Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate
Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse
Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen
Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl
Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl" verwendet.

Vertrauensbereich
Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.