Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 483
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14166-L89232-P43436

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-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 483
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14166-L89232-P43436

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
2013/09n3-HSM-REV/51987 **QI 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff**			0,4%	<= 2,2%	innerhalb	0,4%	7
2013/09n3-HSM-REV/51988 **QI 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff**			4,1%	<= 6,0%	innerhalb	4,3%	10
2013/09n3-HSM-REV/51994 **QI 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff**			0,3%	<= 1,0%	innerhalb	0,6%	13

[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
QI 4: Intraoperative Reizschwellen-bestimmung bei revidierten Sonden							
4a: 2013/09n3-HSM-REV/494 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			100,0%	>= 95,0%	innerhalb	98,8%	16
4b: 2013/09n3-HSM-REV/495 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			98,6%	>= 95,0%	innerhalb	98,1%	16
QI 5: Intraoperative Amplituden-bestimmung bei revidierten Sonden							
5a: 2013/09n3-HSM-REV/496 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			100,0%	>= 95,0%	innerhalb	98,8%	19
5b: 2013/09n3-HSM-REV/497 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			98,0%	>= 95,0%	innerhalb	99,0%	19

[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
QI 6: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden							
6a: 2013/09n3-HSM-REV/584 Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV			92,0%	>= 80,0%	innerhalb	94,3%	22
6b: 2013/09n3-HSM-REV/585 Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV			99,5%	>= 90,0%	innerhalb	99,5%	22
QI 7: Perioperative Komplikationen							
7a: 2013/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen			1,2%	<= 2,0%	-	0,8%	26
7b: 2013/09n3-HSM-REV/10638 Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof			1,1%	<= 3,0%	-	2,2%	29
7c: 2013/09n3-HSM-REV/10639 Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel			0,0%	<= 3,0%	-	0,9%	29

[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
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus							
8a: 2013/09n3-HSM-REV/51399							
Sterblichkeit im Krankenhaus			0,4%	nicht definiert	-	1,8%	33
8b: 2013/09n3-HSM-REV/51404							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,25	<= 4,74	innerhalb	0,9%	35

[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.

Qualitätsindikator 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

Qualitätsziel: Möglichst selten Revisionen wegen Schrittmacher-Hardwareproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)[1]

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51987

Referenzbereich: <= 2,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist				
Aggregat				
vorzeitige Batterieerschöpfung			2 / 3.193	0,1%
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			3 / 3.193	0,1%
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0 / 3.193	0,0%
Sonden[2]				
Sondenbruch			4 / 3.193	0,1%
Isolationsdefekt			5 / 3.193	0,2%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			13 / 3.193	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,7%
Referenzbereich		<= 2,2%		<= 2,2%

[1] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben.

[2] Sondenprobleme, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist. Sondenbrüche oder Isolationsdefekte vor Ablauf eines Jahres werden für den Indikator 51988 ausgewertet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist				
Aggregat				
Sonden[1]				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			13 / 3.233	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,7%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen[2]

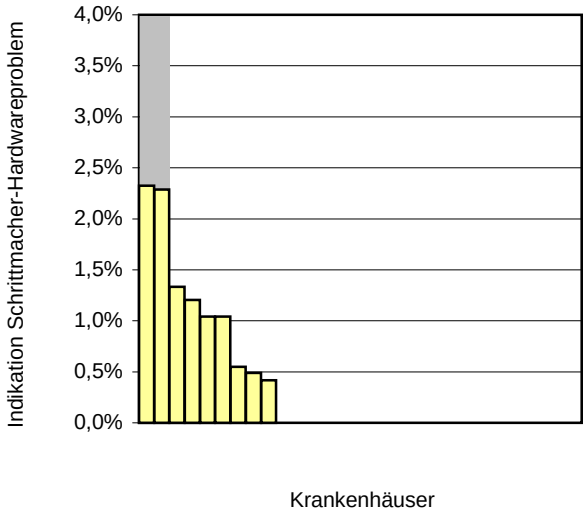
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist				
Aggregat				
Sonden[1]				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			20 / 3.290	0,6%

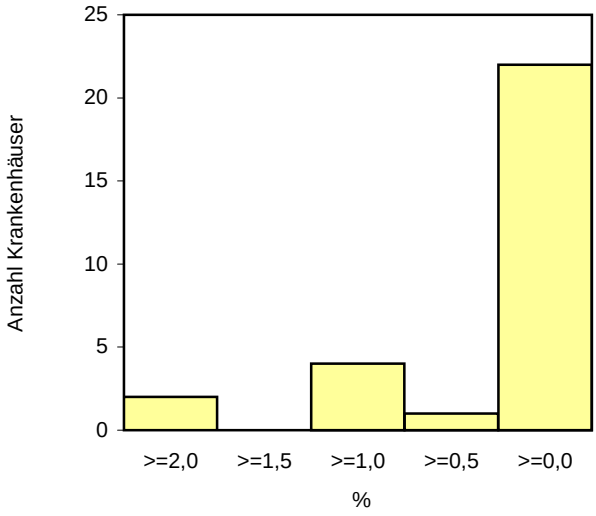
[1] Sondenprobleme, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist. Sondenbrüche oder Isolationsdefekte vor Ablauf eines Jahres werden für den Indikator 51988 ausgewertet.

[2] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51987]:
Anteil von Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist, an allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)

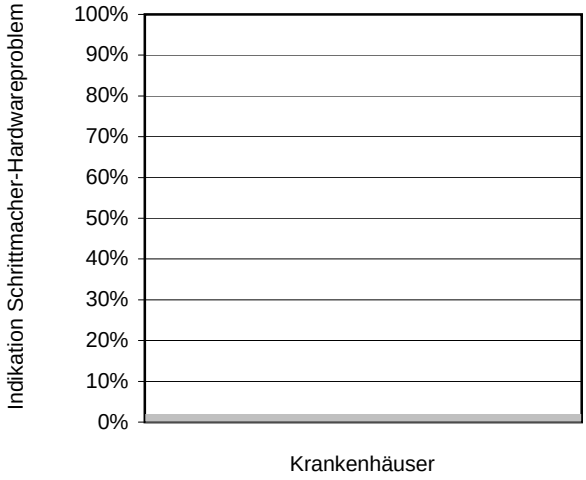
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,3	2,3	2,3

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

Qualitätsziel: Möglichst selten Revision wegen prozedurassoziierter Probleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)[1]

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51988

Referenzbereich: <= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist[2]				
Taschenprobleme				
Pektoraliszucken			0 / 3.193	0,0%
Taschenhämatom			1 / 3.193	0,0%
anderes Taschenproblem			5 / 3.193	0,2%
Sondenprobleme				
Dislokation			67 / 3.193	2,1%
Sondenbruch			1 / 3.193	0,0%
Isolationsdefekt			0 / 3.193	0,0%
Konnektordefekt			0 / 3.193	0,0%
Zwerchfellzucken			0 / 3.193	0,0%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			0 / 3.193	0,0%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			13 / 3.193	0,4%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			41 / 3.193	1,3%
Perforation			0 / 3.193	0,0%
sonstiges Sondenproblem			5 / 3.193	0,2%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			130 / 3.193	4,1%
Vertrauensbereich				3,4% - 4,8%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

[1] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

[2] Die genannten Probleme werden berücksichtigt, sofern die Implantation der betroffenen Sonde/des betroffenen Aggregats nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist[1]				
Taschenprobleme				
Sondenprobleme				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			140 / 3.233	4,3%
Vertrauensbereich				3,7% - 5,1%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)[2]

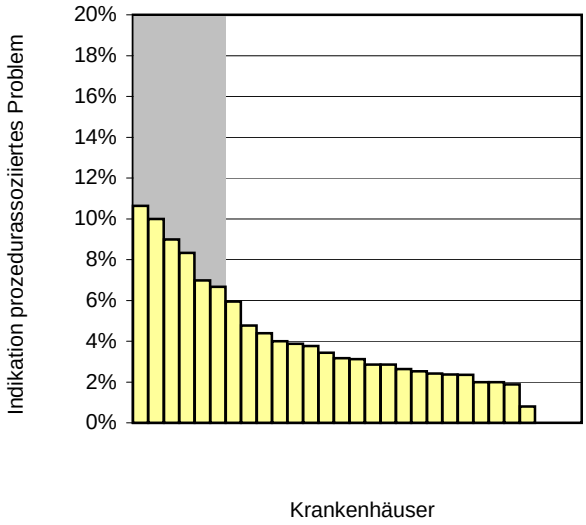
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist[1]				
Taschenprobleme				
Sondenprobleme				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			148 / 3.290	4,5%

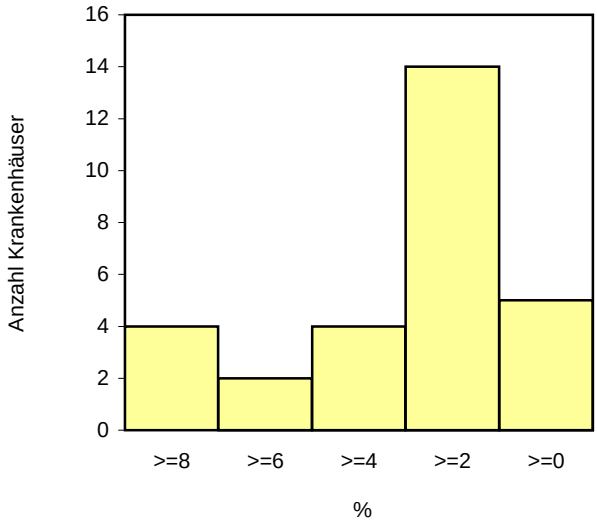
[1] Die genannten Probleme werden berücksichtigt, sofern die Implantation der betroffenen Sonde/des betroffenen Aggregats nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

[2] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51988]:
Anteil von Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist an allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)

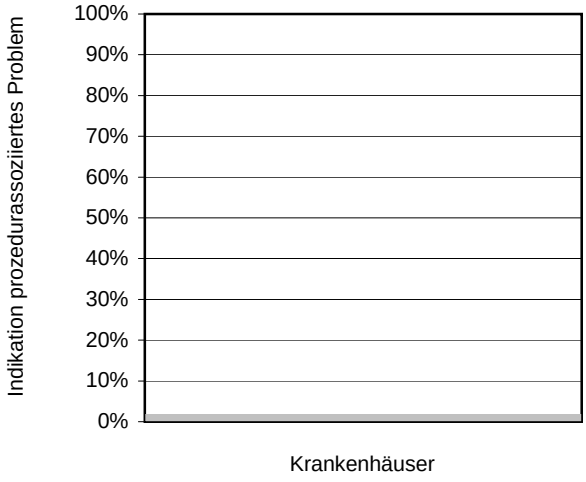
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	2,4	3,1	4,8	9,0	10,0	10,6

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff

Qualitätsziel: Möglichst selten Infektionen von Anteilen des Schrittmacher-Systems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)[1]

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51994

Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist[2]				
Infektion der Aggregattasche			8 / 3.193	0,3%
Aggregatperforation			2 / 3.193	0,1%
Sondeninfektion			5 / 3.193	0,2%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			11 / 3.193	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%

[1] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

[2] Infektion der Aggregattasche oder Aggregatperforation, sofern die Implantation des Aggregats im Erfassungsjahr oder im Vorjahr erfolgte; Sondeninfektion, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist[1]			20 / 3.233	0,6%
Vertrauensbereich				0,4% - 1,0%

Grundgesamtheit: Alle Implantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen[2]

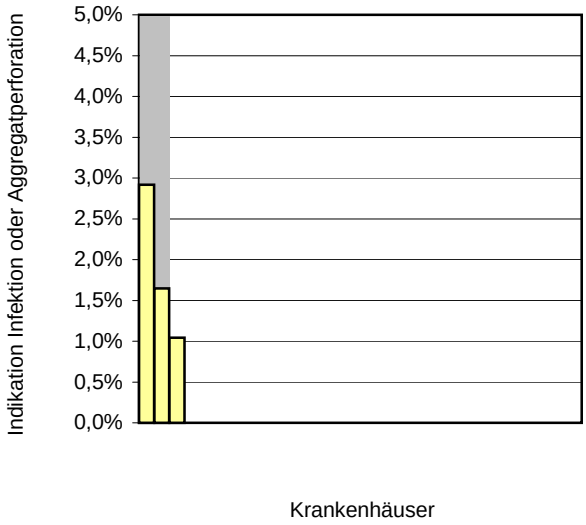
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist[1]			18 / 3.290	0,5%

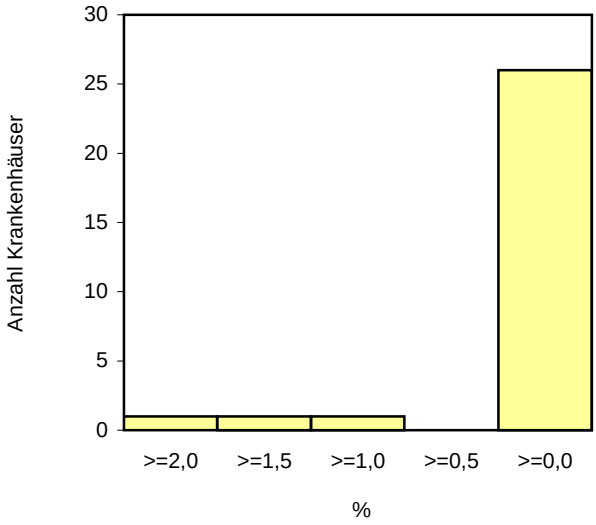
[1] Infektion der Aggregattasche oder Aggregatperforation, sofern die Implantation des Aggregats im Erfassungsjahr oder im Vorjahr erfolgte; Sondeninfektion, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

[2] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51994]:
Anteil von Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist von allen von allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)

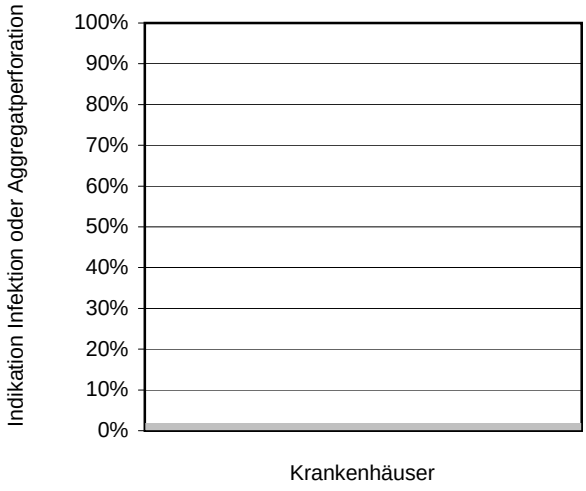
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,6	2,9

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden[1]

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 4a): 2013/09n3-HSM-REV/494
Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n3-HSM-REV/495

Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

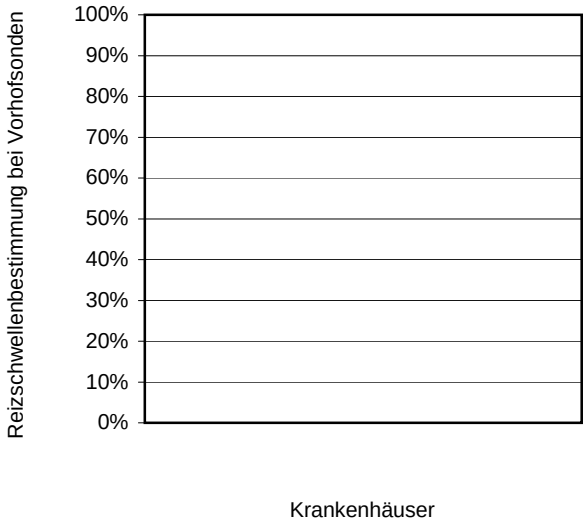
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			84 / 84	100,0%
Vertrauensbereich				95,6% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			210 / 213	98,6%
Vertrauensbereich				95,9% - 99,5%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

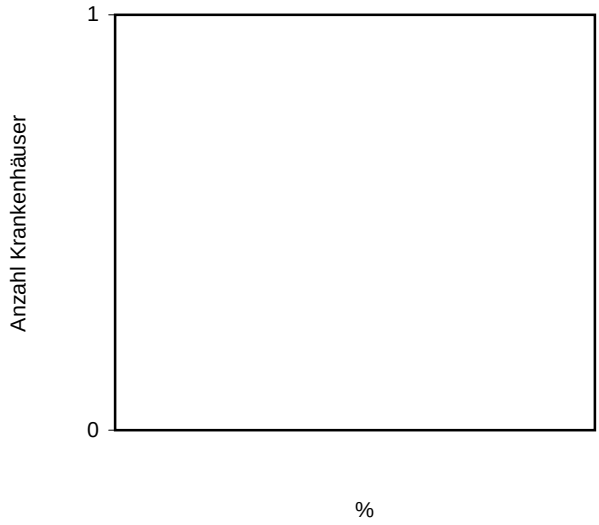
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			80 / 81	98,8%
Vertrauensbereich				93,3% - 99,8%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			210 / 214	98,1%
Vertrauensbereich				95,3% - 99,3%

[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/494]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)

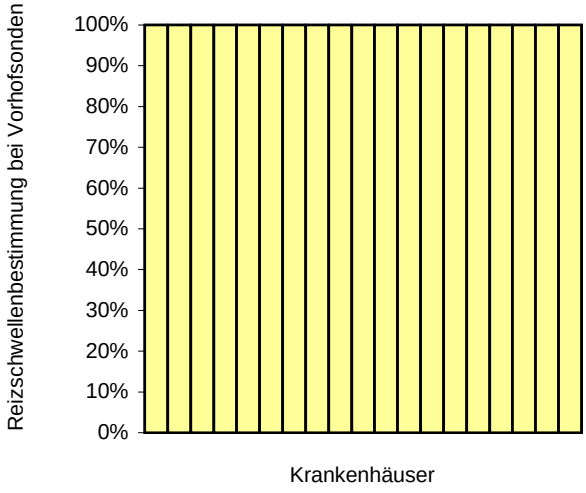
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

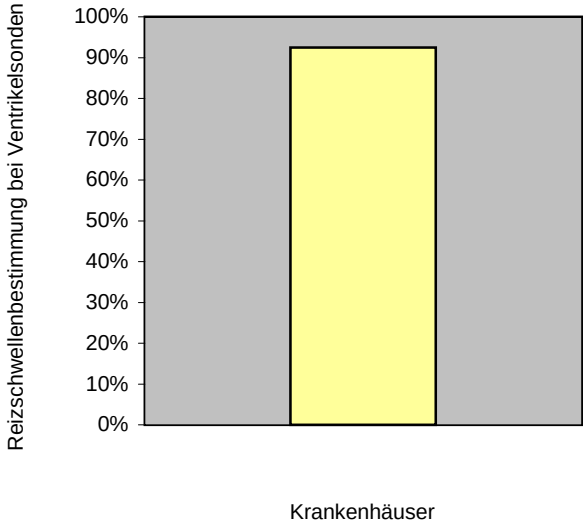


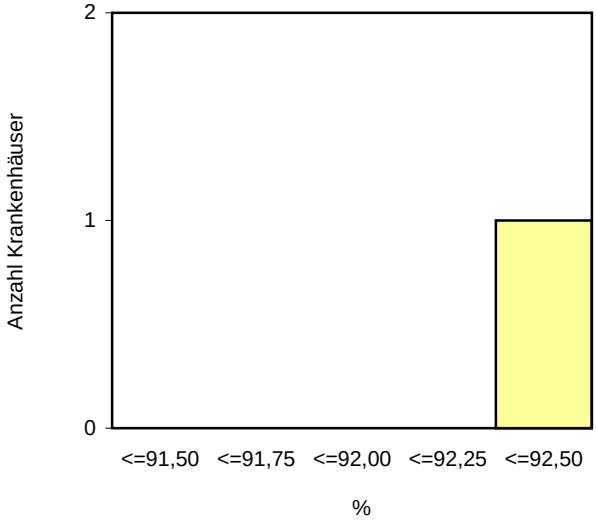
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/495]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

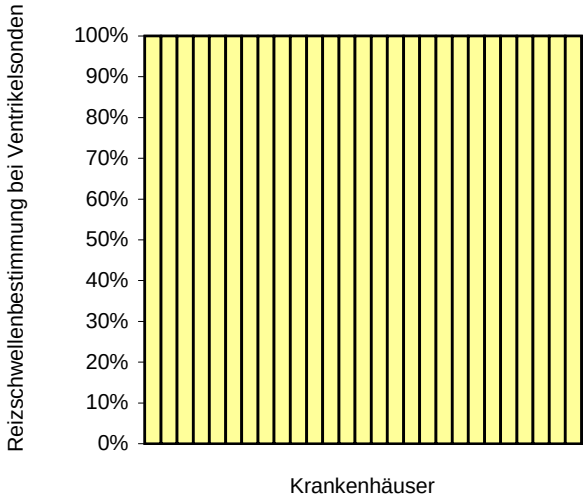
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,5				92,5				92,5

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden[1]

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

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 5a): 2013/09n3-HSM-REV/496
Gruppe 2 (QI 5b): 2013/09n3-HSM-REV/497

Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

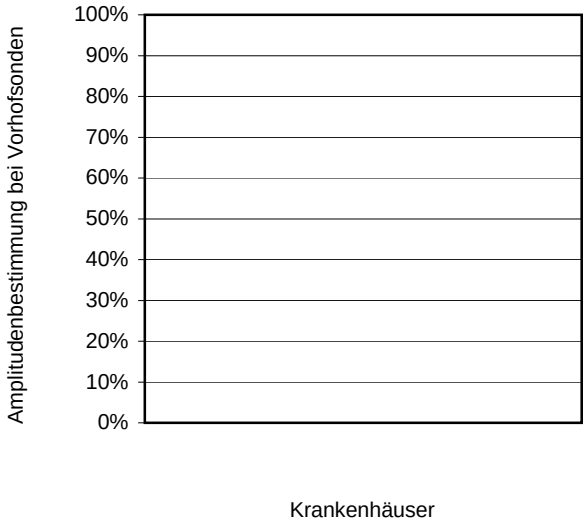
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			84 / 84	100,0%
Vertrauensbereich				95,6% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			196 / 200	98,0%
Vertrauensbereich				95,0% - 99,2%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

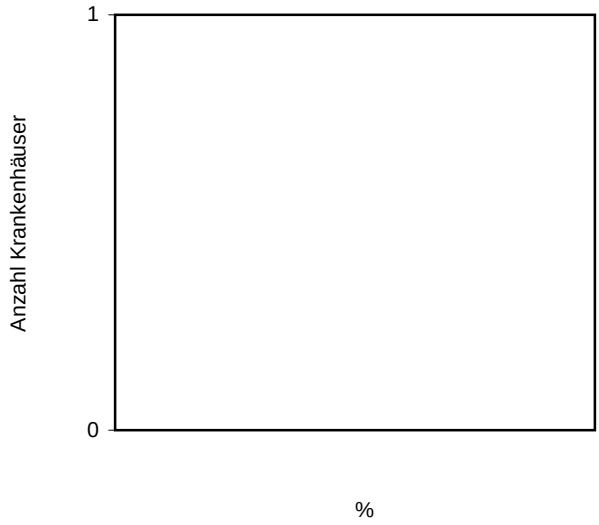
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			85 / 86	98,8%
Vertrauensbereich				93,7% - 99,8%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			206 / 208	99,0%
Vertrauensbereich				96,6% - 99,7%

[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/496]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

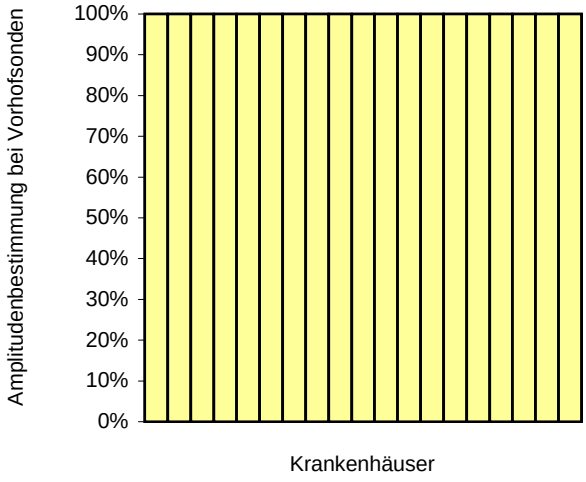
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

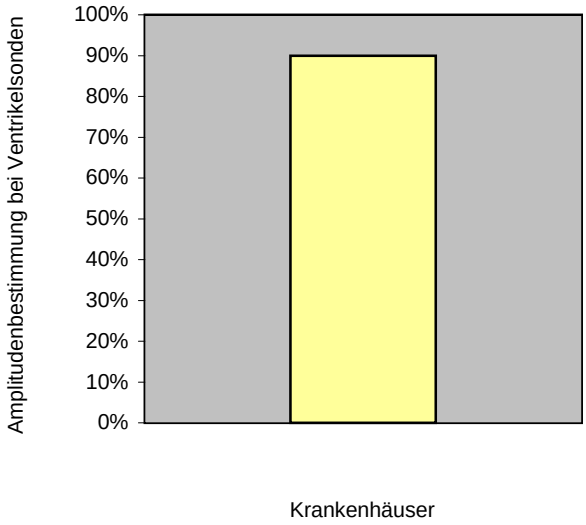


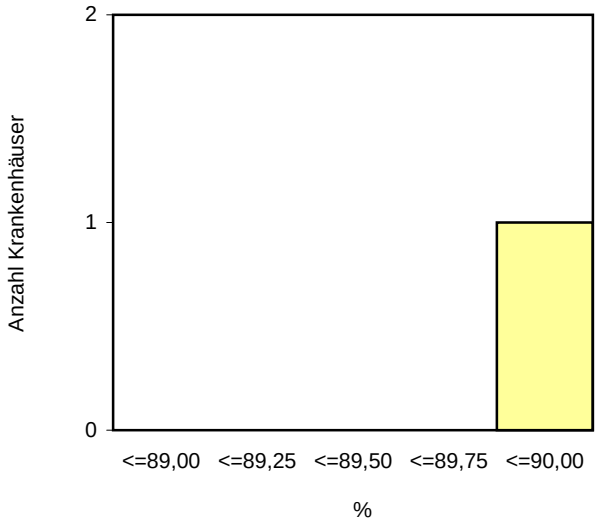
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/497]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

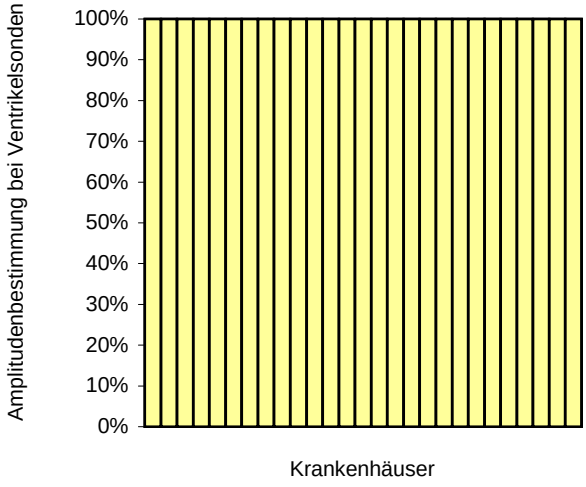
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0				90,0				90,0

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: M~~m~~öglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden[1]

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 6a): 2013/09n3-HSM-REV/584
Gruppe 2 (QI 6b): 2013/09n3-HSM-REV/585

Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 80,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 90,0% (Zielbereich)

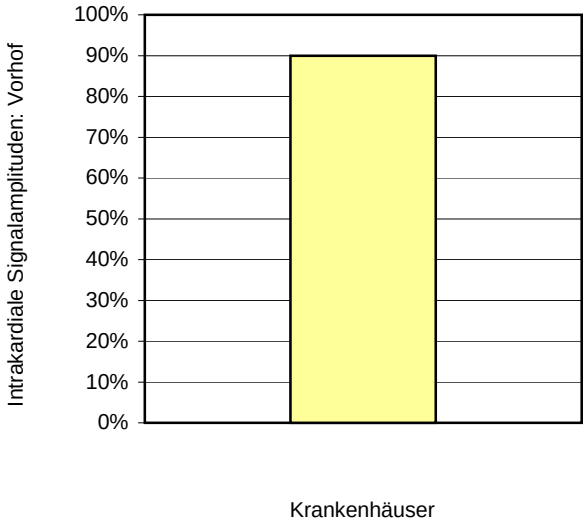
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			80 / 87	92,0%
Vertrauensbereich				84,3% - 96,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 1,5 mV			7 / 87	8,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude 1,5 - 3,0 mV			41 / 87	47,1%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 3,0 mV			39 / 87	44,8%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			197 / 198	99,5%
Vertrauensbereich				97,2% - 99,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 4 mV			1 / 198	0,5%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude 4,0 - 8,0 mV			42 / 198	21,2%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 8 mV			155 / 198	78,3%

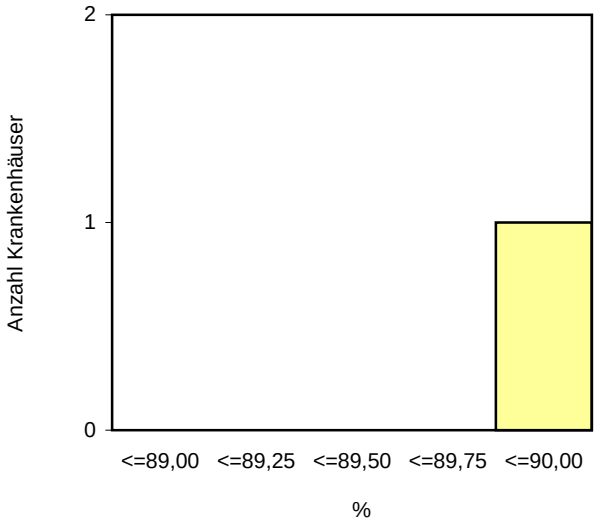
[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			83 / 88	94,3%
Vertrauensbereich				87,4% - 97,5%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			207 / 208	99,5%
Vertrauensbereich				97,3% - 99,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/584]:
Anteil von Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV an allen revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)

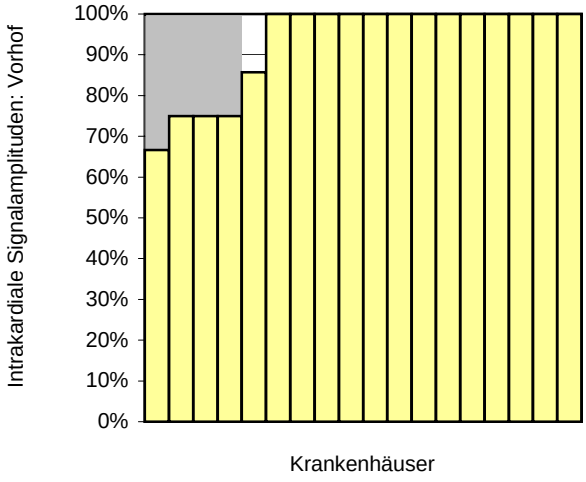
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0				90,0				90,0

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

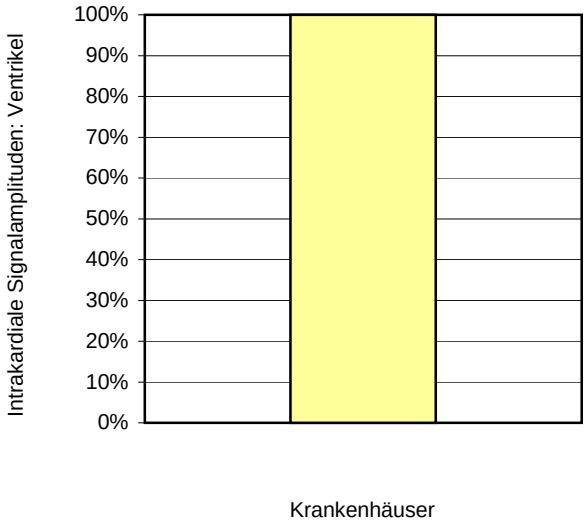


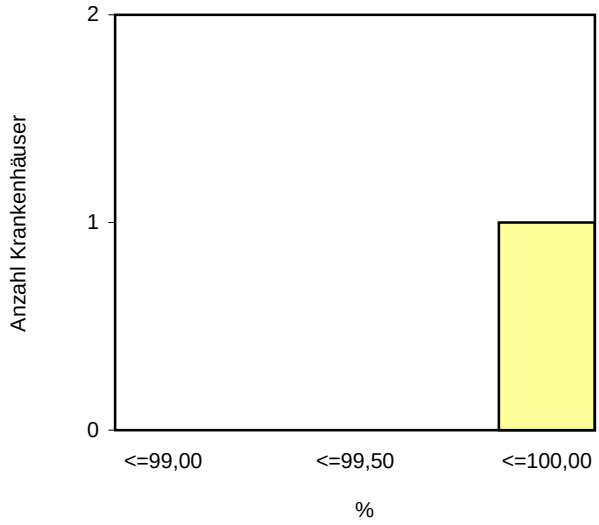
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7		75,0	85,7	100,0	100,0	100,0		100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/585]:
Anteil von Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV an allen revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

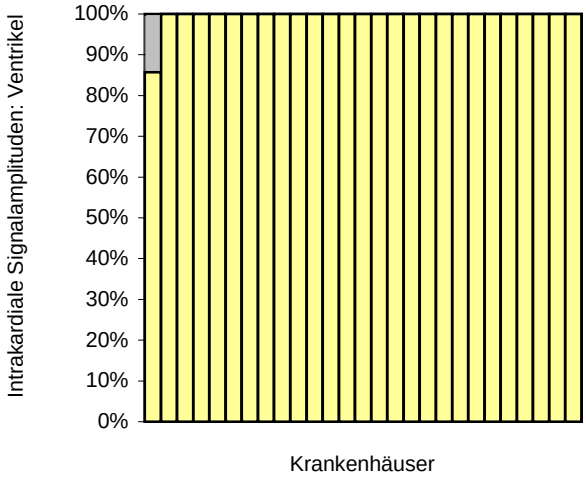
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 7a): 2013/09n3-HSM-REV/1089

Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			10 / 483	2,1%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			2 / 483	0,4%
Asystolie			2 / 483	0,4%
Kammerflimmern			0 / 483	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			6 / 483	1,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,7%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			2 / 483	0,4%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 483	0,2%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 483	0,6%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 483	0,0%
postoperative Wundinfektion			0 / 483	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 483	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 483	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 483	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			1 / 483	0,2%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde[1]			1 / 299	0,3%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			0 / 444	0,0%
Ventrikelsondendislokation				
1. Ventrikelsonde			0 / 444	0,0%
2. Ventrikelsonde			0 / 43	0,0%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 483	0,2%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 301	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			1 / 444	0,2%
Ventrikelsondendysfunktion				
1. Ventrikelsonde			1 / 444	0,2%
2. Ventrikelsonde			0 / 43	0,0%

[1] Ausschluss: Patienten mit VDD-System

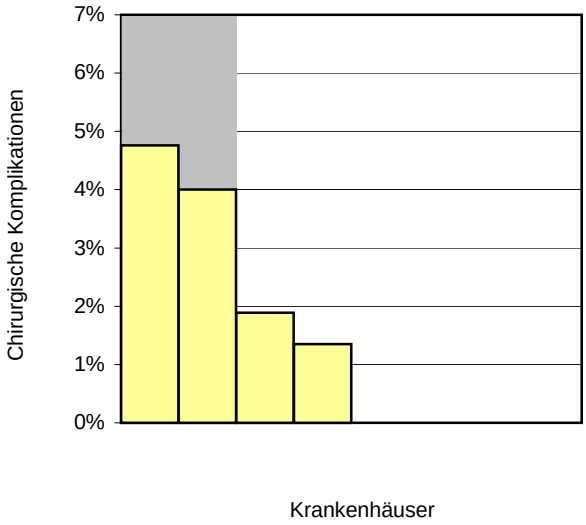
Grundgesamtheit: Alle Patienten

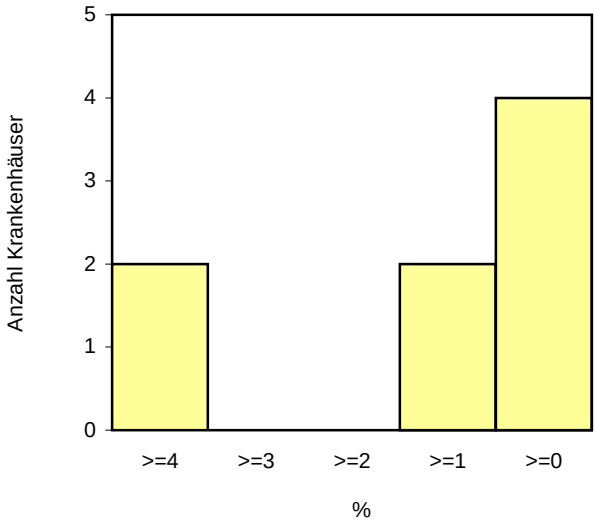
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 483	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			2 / 483	0,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			4 / 495	0,8%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/1089]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten

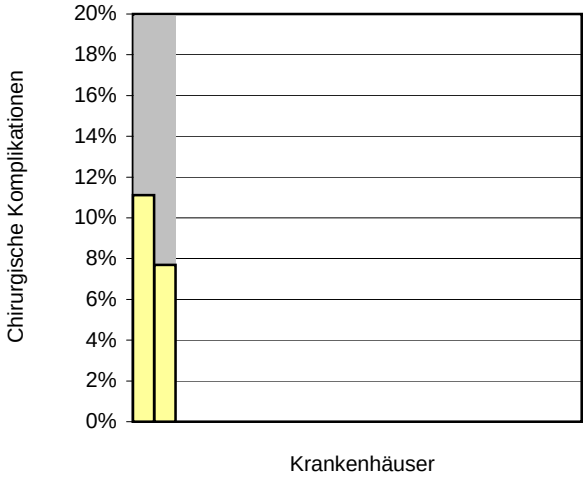
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,7	2,9			4,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 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	0,0	7,7	11,1

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
Gruppe 2: Alle Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 7b): 2013/09n3-HSM-REV/10638
Gruppe 2 (QI 7c): 2013/09n3-HSM-REV/10639

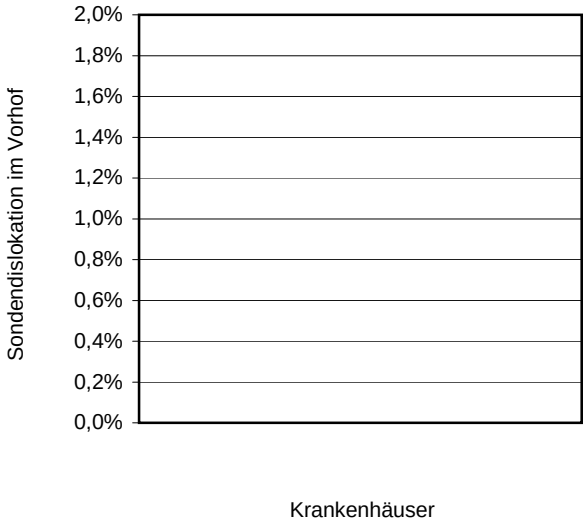
Referenzbereich:
Gruppe 1: <= 3,0% (Toleranzbereich)
Gruppe 2: <= 3,0% (Toleranzbereich)

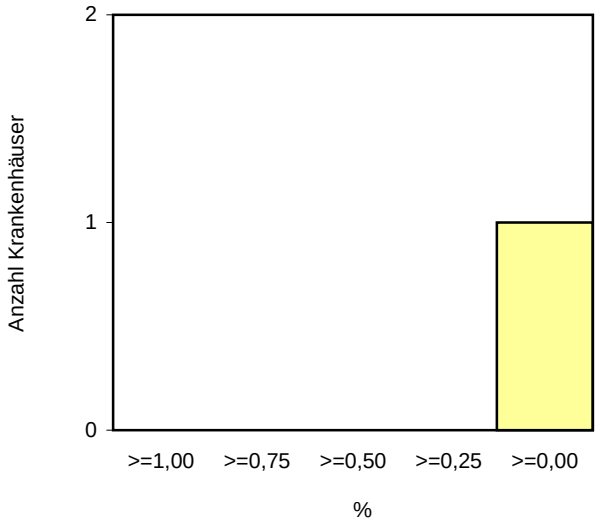
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			1 / 92	1,1%
Vertrauensbereich				0,2% - 5,9%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%
Gruppe 2				
Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			0 / 217	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,7%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			2 / 92	2,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 7,6%
Gruppe 2				
Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			2 / 216	0,9%
Vertrauensbereich				0,3% - 3,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/10638]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Vorhof an allen Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)

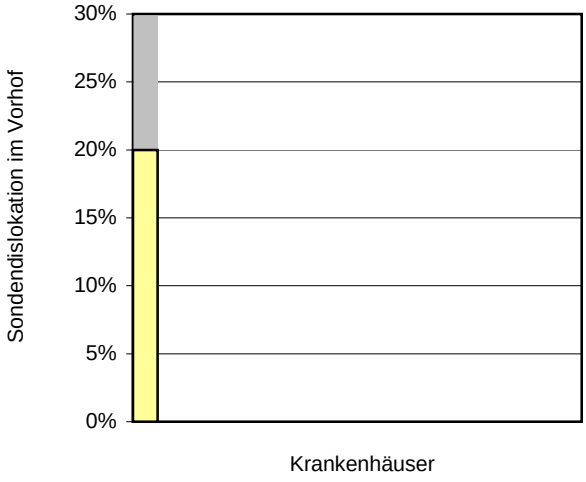
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

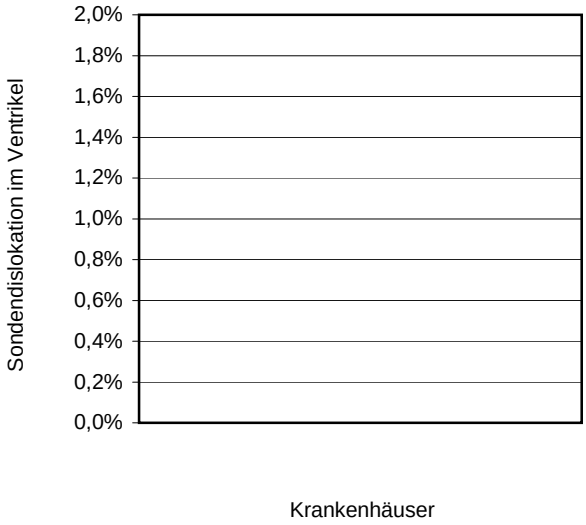


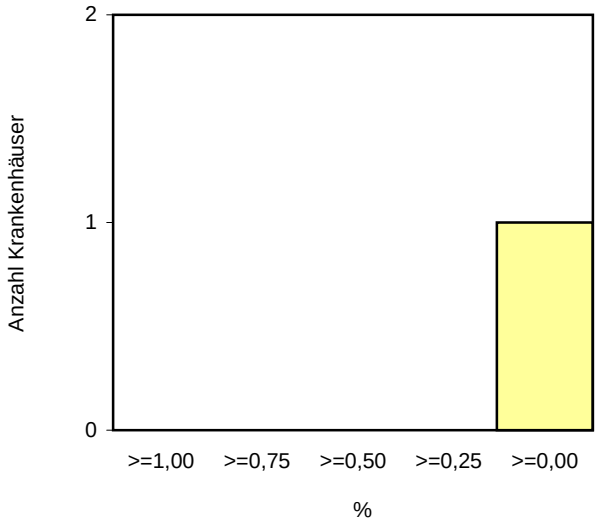
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		20,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/10639]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

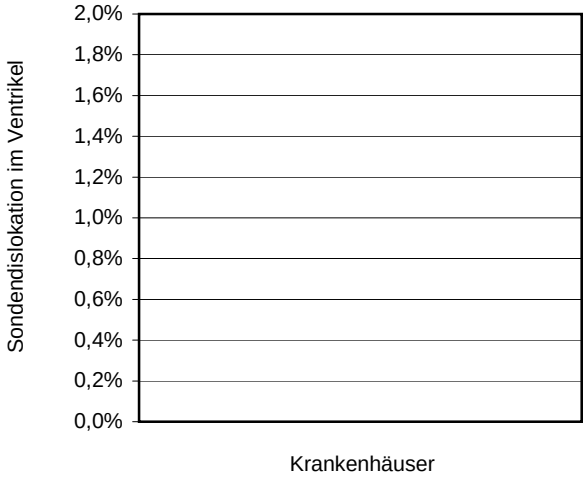
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
27 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	0,0	0,0	0,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 8a): 2013/09n3-HSM-REV/51399

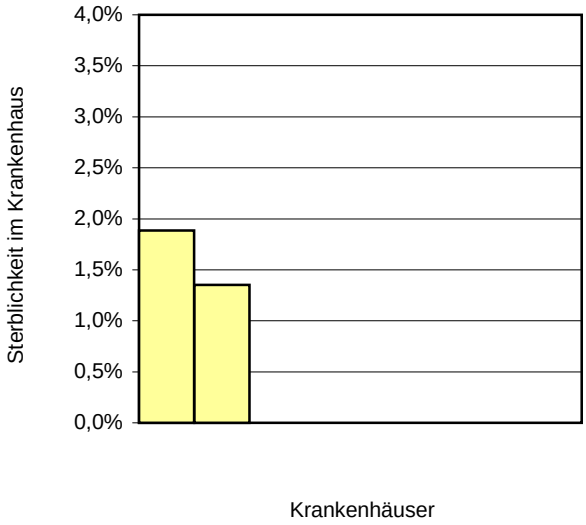
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

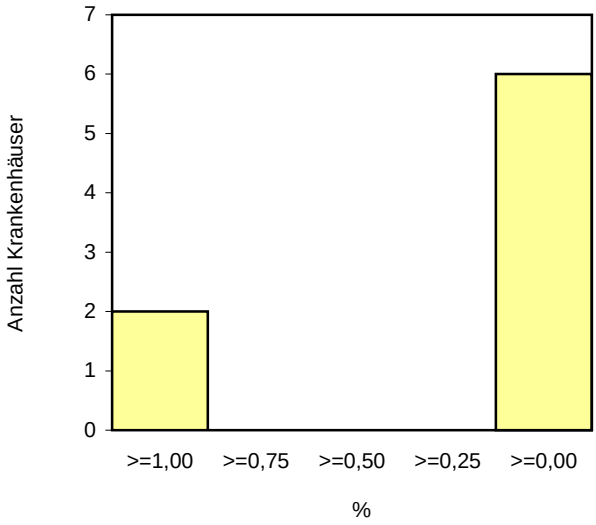
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			2 / 483	0,4%
Vertrauensbereich				0,1% - 1,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			9 / 495	1,8%
Vertrauensbereich				1,0% - 3,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51399]:
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

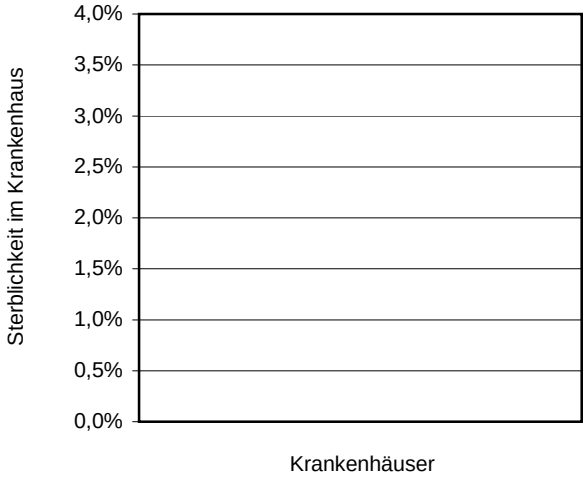
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,7			1,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 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	0,0	0,0	0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 8b): 2013/09n3-HSM-REV/51404

Referenzbereich: <= 4,74 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Sterblichkeit im Krankenhaus	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		2 / 483 0,41%
vorhergesagt (E)[1]		7,96 / 483 1,65%
O - E		-1,23%

[1] Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

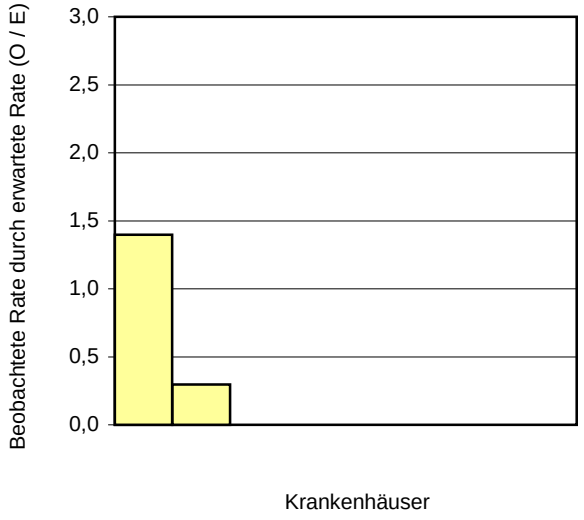
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		0,25
Vertrauensbereich		0,07 - 0,91
Referenzbereich	<= 4,74	<= 4,74

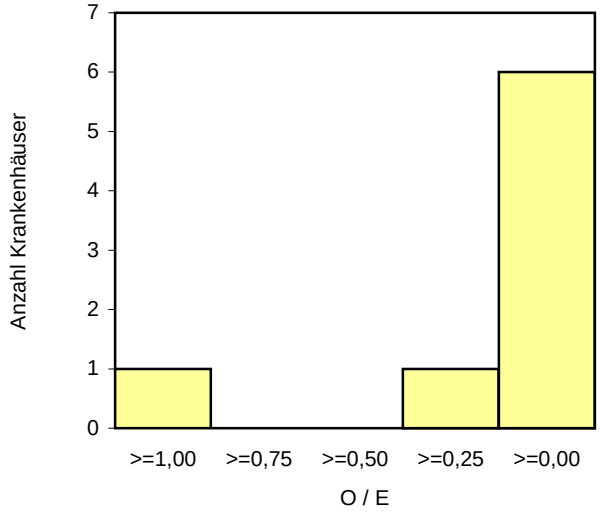
[2] Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		9 / 495 1,82%
vorhergesagt (E)		9,56 / 495 1,93%
O - E		-0,11%
O / E		0,94
Vertrauensbereich		0,50 - 1,77

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51404]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten

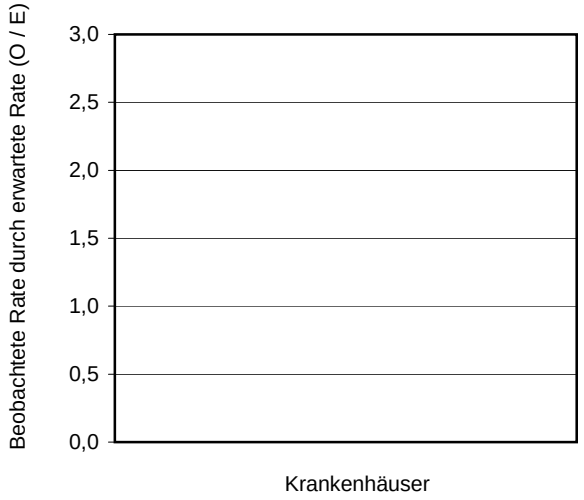
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,15			1,40

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 29
Anzahl Datensätze Gesamt: 483
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14166-L89232-P43436

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			121	25,1	135	27,3
2. Quartal			115	23,8	132	26,7
3. Quartal			136	28,2	133	26,9
4. Quartal			111	23,0	95	19,2
Gesamt			483		495	

[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		483		495	
Median			*2,0*		*2,0*
Mittelwert			*4,5*		*4,1*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		483		495	
Median			*3,0*		*3,0*
Mittelwert			*5,2*		*5,6*
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		483		495	
Median			*6,0*		*6,0*
Mittelwert			*9,7*		*9,8*

OPS 2013[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
4	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher

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				5-378.32	106	21,9	5-378.32	102	20,6
2				5-378.62	54	11,2	5-378.62	66	13,3
3				5-378.b3	53	11,0	5-378.72	60	12,1
4				5-378.72	47	9,7	1-266.0	49	9,9
5				1-266.0	36	7,5	5-378.b3	47	9,5

[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	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
3	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
8	I48.2	Vorhofflimmern, permanent

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				T82.1	228	47,2	T82.1	253	51,1
2				Z95.0	207	42,9	Z95.0	238	48,1
3				Z45.00	176	36,4	Z45.0	165	33,3
4				I10.00	130	26,9	I10.00	139	28,1
5				I44.2	91	18,8	I48.11	93	18,8
6				E11.90	83	17,2	I44.2	83	16,8
7				I49.5	74	15,3	I49.5	77	15,6
8				I48.2	63	13,0	E11.90	74	14,9

[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			483 / 483		495 / 495	
< 20 Jahre			2 / 483	0,4	0 / 495	0,0
20 - 29 Jahre			3 / 483	0,6	7 / 495	1,4
30 - 39 Jahre			1 / 483	0,2	2 / 495	0,4
40 - 49 Jahre			8 / 483	1,7	9 / 495	1,8
50 - 59 Jahre			26 / 483	5,4	36 / 495	7,3
60 - 69 Jahre			61 / 483	12,6	83 / 495	16,8
70 - 79 Jahre			214 / 483	44,3	195 / 495	39,4
80 - 89 Jahre			148 / 483	30,6	152 / 495	30,7
>= 90 Jahre			20 / 483	4,1	11 / 495	2,2
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			483		495	
Median				*76,0*		*75,0*
Mittelwert				*74,9*		*73,6*
Geschlecht						
männlich			258	53,4	280	56,6
weiblich			225	46,6	215	43,4

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			14	2,9	16	3,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			125	25,9	132	26,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			318	65,8	318	64,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			25	5,2	23	4,6
5: moribunder Patient			1	0,2	6	1,2
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			172	35,6	120	24,2
häufig (5 - 90%)			281	58,2	331	66,9
selten (< 5%)			30	6,2	44	8,9
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			427	88,4	438	88,5
bedingt aseptische Eingriffe			32	6,6	33	6,7
kontaminierte Eingriffe			16	3,3	12	2,4
septische Eingriffe			8	1,7	12	2,4

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			156	32,3	178	36,0
Sondenproblem			313	64,8	307	62,0
Systemumwandlung			81	16,8	51	10,3
VVI auf AAI / DDD / VDD			6	1,2	1	0,2
AAI auf DDD / VDD / VVI			2	0,4	2	0,4
DDD / VDD auf VVI / AAI			14	2,9	18	3,6
Sonstige			52	10,8	66	13,3
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			316	65,4	327	66,1
andere Institution			167	34,6	168	33,9
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			95	19,7	113	22,8
vorzeitig			2	0,4	3	0,6
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			6	1,2	9	1,8
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
Pectoraliszucken			2	0,4	0	0,0
Taschenhämatom			3	0,6	2	0,4
Infektion			23	4,8	29	5,9
anderes Taschenproblem			12	2,5	19	3,8
Aggregatperforation			10	2,1	11	2,2
sonstige Indikation			11	2,3	13	2,6

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			41	8,5	51	10,3
Sondenbruch			8	1,7	6	1,2
Isolationsdefekt			5	1,0	5	1,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			0	0,0	0	0,0
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			2	0,4	1	0,2
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			13	2,7	7	1,4
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			16	3,3	16	3,2
Infektion			18	3,7	13	2,6
Perforation			1	0,2	3	0,6
Sonstige			14	2,9	13	2,6

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			45	9,3	64	12,9
Sondenbruch			17	3,5	23	4,6
Isolationsdefekt			13	2,7	6	1,2
Konnektordefekt			1	0,2	0	0,0
Zwerchfellzucken			2	0,4	0	0,0
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			3	0,6	5	1,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			18	3,7	14	2,8
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			91	18,8	86	17,4
Infektion			22	4,6	20	4,0
Perforation			7	1,4	6	1,2
Sonstige			17	3,5	9	1,8
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			5	1,0	1	0,2
Sondenbruch			1	0,2	0	0,0
Isolationsdefekt			0	0,0	0	0,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			0	0,0	0	0,0
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			0	0,0	1	0,2
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			0	0,0	1	0,2
Infektion			1	0,2	0	0,0
Perforation			2	0,4	0	0,0
Sonstige			3	0,6	2	0,4

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregat-entfernung			22	4,6	25	5,1
(5-378.1*) Sondenentfernung			17	3,5	8	1,6
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			41	8,5	64	12,9
(5-378.3*) Sondenkorrektur			141	29,2	133	26,9
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			31	6,4	37	7,5
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			12	2,5	9	1,8
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			86	17,8	88	17,8
(5-378.7*) Sondenwechsel			70	14,5	79	16,0
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			3	0,6	8	1,6
(5-378.9*) System-umwandlung			0	0,0	0	0,0
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			483		495	
Median				*45,0*		*44,0*
Mittelwert				*53,2*		*51,7*
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			322		340	
Median				*3,0*		*2,5*
Mittelwert				*4,7*		*4,0*

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			483		495	
ja			444	91,9	450	90,9
nein, da Explantation			39	8,1	45	9,1
Schrittmacher-System						
VVI			132	27,3	136	27,5
AAI			0	0,0	0	0,0
DDD			266	55,1	291	58,8
VDD			3	0,6	3	0,6
CRT-System mit einer Vorhofsonde			32	6,6	15	3,0
CRT-System ohne Vorhofsonde			10	2,1	4	0,8
sonstiges[1]			1	0,2	1	0,2
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			199	41,2	204	41,2
Neuimplantation			183	37,9	186	37,6
Neuplatzierung			51	10,6	40	8,1
sonstiges			11	2,3	20	4,0
Zeitabstand Erstimplantation - Neuimplantation (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			252		260	
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*1,3*		*1,3*
Hersteller						
Biotronik			111 / 444	25,0	75 / 450	16,7
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			93 / 444	20,9	124 / 450	27,6
Medtronic			164 / 444	36,9	169 / 450	37,6
Osypka			0 / 444	0,0	0 / 450	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			10 / 444	2,3	15 / 450	3,3
Vitatron			1 / 444	0,2	0 / 450	0,0
St. Jude Medical			64 / 444	14,4	67 / 450	14,9
nicht bekannt			0 / 444	0,0	0 / 450	0,0
sonstiger			1 / 444	0,2	0 / 450	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	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			166	34,4	173	34,9
Neuimplantation			84	17,4	81	16,4
Neuplatzierung			39	8,1	44	8,9
Reparatur			2	0,4	1	0,2
sonstiges			8	1,7	8	1,6
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			126	26,1	133	26,9
> 1 Jahr			86	17,8	91	18,4
unbekannt			3	0,6	2	0,4
NBL-Code						
unipolar			4 / 299	1,3	5 / 307	1,6
bipolar			286 / 299	95,7	298 / 307	97,1
multipolar			0 / 299	0,0	0 / 307	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			273 / 299	91,3	282 / 307	91,9
passive Fixation, z.B. Ankersonde			14 / 299	4,7	21 / 307	6,8
keine Fixation			3 / 299	1,0	0 / 307	0,0
nicht bekannt			9 / 299	3,0	4 / 307	1,3
Hersteller						
Biotronik			66 / 299	22,1	46 / 307	15,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			62 / 299	20,7	78 / 307	25,4
Medtronic			114 / 299	38,1	121 / 307	39,4
Osypka			1 / 299	0,3	1 / 307	0,3
Sorin Biomedica/ELA Medical			4 / 299	1,3	4 / 307	1,3
Vitatron			0 / 299	0,0	1 / 307	0,3
St. Jude Medical			45 / 299	15,1	45 / 307	14,7
nicht bekannt			6 / 299	2,0	6 / 307	2,0
sonstiger			1 / 299	0,3	5 / 307	1,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			262		256	
Median				*0,7*		*0,7*
Mittelwert				*0,8*		*0,7*
<= 1,5 V			257	98,1	253	98,8
> 1,5 - 2,5 V			4	1,5	3	1,2
> 2,5 V			1	0,4	0	0,0
nicht gemessen			36 / 298	12,1	49 / 306	16,0
wegen Vorhofflimmerns			21 / 298	7,0	24 / 306	7,8
aus anderen Gründen			15 / 298	5,0	25 / 306	8,2
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			271		267	
Median				*2,9*		*2,9*
Mittelwert				*3,2*		*3,1*
nicht gemessen			28 / 299	9,4	39 / 307	12,7
wegen Vorhofflimmerns			8 / 299	2,7	9 / 307	2,9
fehlender Vorhofeigenrhythmus			4 / 299	1,3	1 / 307	0,3
aus anderen Gründen			16 / 299	5,4	29 / 307	9,4

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			186	38,5	181	36,6
Neuimplantation			168	34,8	187	37,8
Neuplatzierung			77	15,9	74	14,9
Reparatur			3	0,6	1	0,2
sonstiges			10	2,1	7	1,4
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			145	30,0	148	29,9
> 1 Jahr			122	25,3	112	22,6
unbekannt			9	1,9	3	0,6
NBL-Code						
unipolar			11 / 444	2,5	20 / 450	4,4
bipolar			422 / 444	95,0	423 / 450	94,0
multipolar			1 / 444	0,2	2 / 450	0,4
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			219 / 444	49,3	232 / 450	51,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			210 / 444	47,3	213 / 450	47,3
keine Fixation			5 / 444	1,1	0 / 450	0,0
nicht bekannt			10 / 444	2,3	4 / 450	0,9
Hersteller						
Biotronik			94 / 444	21,2	70 / 450	15,6
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			86 / 444	19,4	110 / 450	24,4
Medtronic			179 / 444	40,3	176 / 450	39,1
Osypka			2 / 444	0,5	4 / 450	0,9
Sorin Biomedica/ELA Medical			6 / 444	1,4	7 / 450	1,6
Vitatron			2 / 444	0,5	1 / 450	0,2
St. Jude Medical			61 / 444	13,7	63 / 450	14,0
nicht bekannt			10 / 444	2,3	8 / 450	1,8
sonstiger			4 / 444	0,9	10 / 450	2,2

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			425		426	
Median				*0,6*		*0,6*
Mittelwert				*0,7*		*0,7*
<= 1,2 V			403	94,8	393	92,3
> 1,2 - 2,5 V			18	4,2	30	7,0
> 2,5 V			4	0,9	3	0,7
nicht gemessen			19 / 444	4,3	23 / 449	5,1
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			382		398	
Median				*11,8*		*11,3*
Mittelwert				*12,3*		*12,2*
nicht gemessen			61 / 444	13,7	50 / 449	11,1
kein Eigenrhythmus			37 / 444	8,3	30 / 449	6,7
aus anderen Gründen			24 / 444	5,4	20 / 449	4,5

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)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			10	2,1	3	0,6
Neuimplantation			30	6,2	15	3,0
Neuplatzierung			1	0,2	1	0,2
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			1	0,2	0	0,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			3	0,6	3	0,6
> 1 Jahr			9	1,9	1	0,2
unbekannt			0	0,0	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			3 / 42	7,1	4 / 19	21,1
bipolar			35 / 42	83,3	14 / 19	73,7
multipolar			3 / 42	7,1	0 / 19	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			13 / 42	31,0	6 / 19	31,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			18 / 42	42,9	8 / 19	42,1
keine Fixation			10 / 42	23,8	4 / 19	21,1
nicht bekannt			1 / 42	2,4	1 / 19	5,3
Hersteller						
Biotronik			4 / 42	9,5	0 / 19	0,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			12 / 42	28,6	12 / 19	63,2
Medtronic			8 / 42	19,0	2 / 19	10,5
Osypka			0 / 42	0,0	0 / 19	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 42	0,0	0 / 19	0,0
Vitatron			0 / 42	0,0	0 / 19	0,0
St. Jude Medical			16 / 42	38,1	5 / 19	26,3
nicht bekannt			1 / 42	2,4	0 / 19	0,0
sonstiger			1 / 42	2,4	0 / 19	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			40		17	
Median				*1,0*		*1,0*
Mittelwert				*1,1*		*1,0*
<= 1,2 V			27	67,5	12	70,6
> 1,2 bis 2,5 V			11	27,5	5	29,4
> 2,5 V			2	5,0	0	0,0
nicht gemessen			2 / 42	4,8	2 / 19	10,5
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			32		14	
Median				*12,6*		*12,5*
Mittelwert				*15,0*		*14,8*
nicht gemessen			9 / 42	21,4	5 / 19	26,3
kein Eigenrhythmus			5 / 42	11,9	1 / 19	5,3
aus anderen Gründen			4 / 42	9,5	4 / 19	21,1

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			48	9,9	56	11,3
AAI			2	0,4	6	1,2
DDD			144	29,8	143	28,9
VDD			8	1,7	9	1,8
CRT-System mit einer Vorhofsonde			7	1,4	3	0,6
CRT-System ohne Vorhofsonde			1	0,2	1	0,2
sonstiges			9	1,9	4	0,8
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
Explantation			198	41,0	205	41,4
sonstiges			19	3,9	17	3,4
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			204		208	
Median				*7,0*		*6,0*
Mittelwert				*6,1*		*5,8*
nicht bekannt			13 / 217	6,0	14 / 222	6,3
Hersteller						
Biotronik			30 / 217	13,8	28 / 222	12,6
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			49 / 217	22,6	46 / 222	20,7
Medtronic			94 / 217	43,3	98 / 222	44,1
Osypka			0 / 217	0,0	0 / 222	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 217	0,9	2 / 222	0,9
Vitatron			3 / 217	1,4	8 / 222	3,6
St. Jude Medical			24 / 217	11,1	28 / 222	12,6
nicht bekannt			10 / 217	4,6	9 / 222	4,1
sonstiger			5 / 217	2,3	3 / 222	1,4

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			60	12,4	62	12,5
Stillegung			36	7,5	39	7,9
sonstiges			3	0,6	9	1,8
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			18	3,7	29	5,9
> 1 Jahr			75	15,5	76	15,4
unbekannt			6	1,2	5	1,0
NBL-Code						
unipolar			5 / 99	5,1	3 / 110	2,7
bipolar			84 / 99	84,8	103 / 110	93,6
multipolar			0 / 99	0,0	0 / 110	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			73 / 99	73,7	91 / 110	82,7
passive Fixation, z.B. Ankersonde			14 / 99	14,1	15 / 110	13,6
keine Fixation			2 / 99	2,0	0 / 110	0,0
nicht bekannt			10 / 99	10,1	4 / 110	3,6
Hersteller						
Biotronik			11 / 99	11,1	11 / 110	10,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			26 / 99	26,3	20 / 110	18,2
Medtronic			42 / 99	42,4	51 / 110	46,4
Osypka			2 / 99	2,0	3 / 110	2,7
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 99	0,0	2 / 110	1,8
Vitatron			0 / 99	0,0	1 / 110	0,9
St. Jude Medical			7 / 99	7,1	7 / 110	6,4
nicht bekannt			10 / 99	10,1	5 / 110	4,5
sonstiger			1 / 99	1,0	10 / 110	9,1

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			94	19,5	97	19,6
Stillegung			36	7,5	37	7,5
sonstiges			10	2,1	10	2,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			47	9,7	64	12,9
> 1 Jahr			88	18,2	77	15,6
unbekannt			5	1,0	3	0,6
NBL-Code						
unipolar			11 / 140	7,9	7 / 144	4,9
bipolar			113 / 140	80,7	133 / 144	92,4
multipolar			0 / 140	0,0	0 / 144	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			73 / 140	52,1	80 / 144	55,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			48 / 140	34,3	59 / 144	41,0
keine Fixation			3 / 140	2,1	1 / 144	0,7
nicht bekannt			16 / 140	11,4	4 / 144	2,8
Hersteller						
Biotronik			9 / 140	6,4	13 / 144	9,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			35 / 140	25,0	26 / 144	18,1
Medtronic			63 / 140	45,0	64 / 144	44,4
Osypka			1 / 140	0,7	7 / 144	4,9
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 140	1,4	2 / 144	1,4
Vitatron			0 / 140	0,0	1 / 144	0,7
St. Jude Medical			11 / 140	7,9	15 / 144	10,4
nicht bekannt			16 / 140	11,4	12 / 144	8,3
sonstiger			3 / 140	2,1	4 / 144	2,8

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			5	1,0	1	0,2
Stillegung			0	0,0	3	0,6
sonstiges			1	0,2	1	0,2
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			2	0,4	1	0,2
> 1 Jahr			4	0,8	4	0,8
unbekannt			0	0,0	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			0 / 6	0,0	1 / 5	20,0
bipolar			5 / 6	83,3	3 / 5	60,0
multipolar			0 / 6	0,0	0 / 5	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			0 / 6	0,0	3 / 5	60,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			4 / 6	66,7	1 / 5	20,0
keine Fixation			1 / 6	16,7	0 / 5	0,0
nicht bekannt			1 / 6	16,7	1 / 5	20,0
Hersteller						
Biotronik			0 / 6	0,0	0 / 5	0,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			0 / 6	0,0	0 / 5	0,0
Medtronic			1 / 6	16,7	2 / 5	40,0
Osypka			1 / 6	16,7	0 / 5	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 6	0,0	0 / 5	0,0
Vitatron			0 / 6	0,0	0 / 5	0,0
St. Jude Medical			0 / 6	0,0	1 / 5	20,0
nicht bekannt			3 / 6	50,0	0 / 5	0,0
sonstiger			1 / 6	16,7	2 / 5	40,0

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			10	2,1	16	3,2
Asystolie			2	0,4	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			2	0,4	1	0,2
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	1	0,2
interventionspflichtiger Perikarderguss			1	0,2	2	0,4
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3	0,6	0	0,0
Sondendislokation			1	0,2	5	1,0
Vorhof			1	100,0	4	80,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			0	0,0	2	40,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			1	0,2	5	1,0
Vorhof			0	0,0	0	0,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			1	100,0	5	100,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0	0,0	1	0,2
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	1	0,2
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventions-pflichtige Komplikation			0	0,0	3	0,6

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			419	86,7	418	84,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			23	4,8	27	5,5
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,4	1	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			17	3,5	15	3,0
07: Tod			2	0,4	9	1,8
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			12	2,5	14	2,8
10: in Pflegeeinrichtung			8	1,7	7	1,4
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung 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			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung (Wechsel BPflV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	2	0,4
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	1	0,2
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.

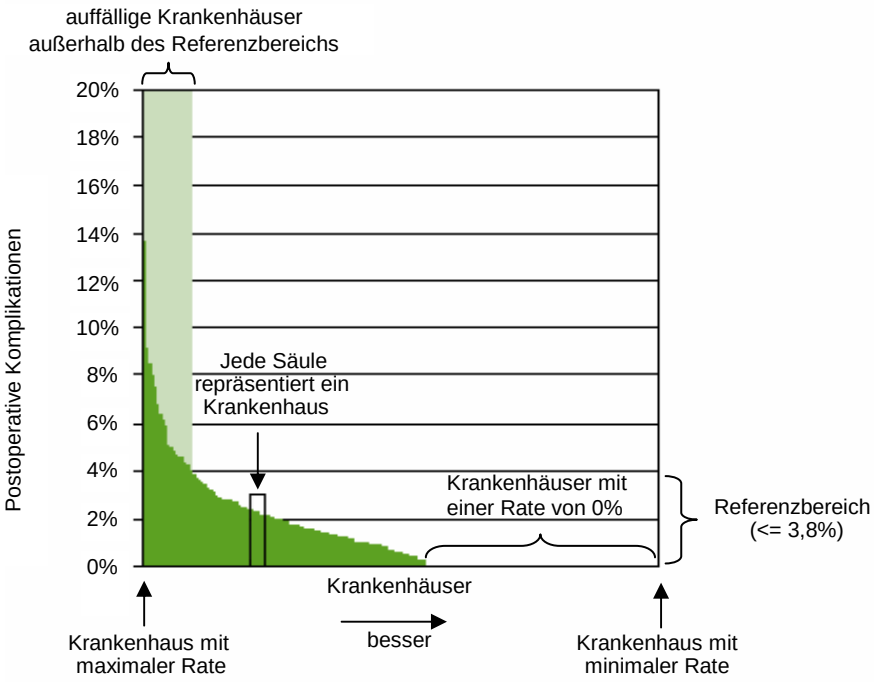
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

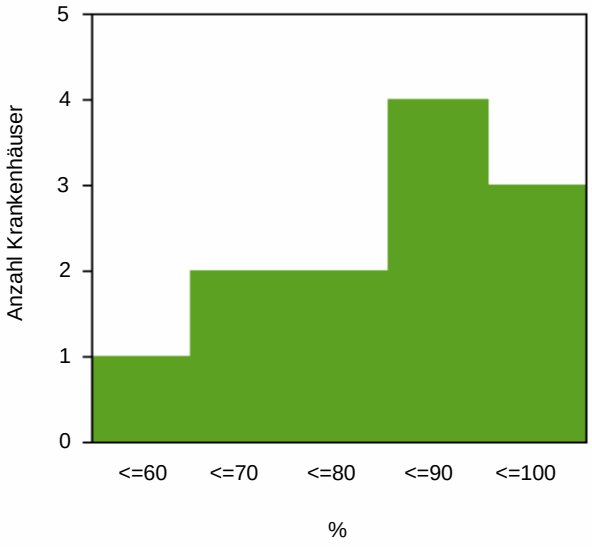
Beispiel:

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.