Jahresauswertung 2013

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation 09/6

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 291
Datensatzversion: 09/6 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14169-L89384-P43479

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
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation
09/6

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 291
Datensatzversion: 09/6 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14169-L89384-P43479

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
2013/09n6-ICD-REV/52000 **QI 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff**			3,6%	<= 9,2%	innerhalb	-	6
2013/09n6-ICD-REV/52001 **QI 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff**			7,5%	<= 6,0%	auffällig	-	8
2013/09n6-ICD-REV/52002 **QI 3: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff**			1,4%	<= 4,3%	innerhalb	-	11
QI 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden							
4a: 2013/09n6-ICD-REV/50037 Vorhofsonden			100,0%	>= 95,0%	innerhalb	96,1%	13
4b: 2013/09n6-ICD-REV/50038 Ventrikelsonden			96,8%	>= 95,0%	innerhalb	97,0%	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 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden							
5a: 2013/09n6-ICD-REV/50039							
Vorhofsonden			100,0%	>= 95,0%	innerhalb	96,3%	16
5b: 2013/09n6-ICD-REV/50040							
Ventrikelsonden			97,3%	>= 95,0%	innerhalb	96,9%	16
QI 6: Perioperative Komplikationen							
6a: 2013/09n6-ICD-REV/50041							
Chirurgische Komplikationen			1,0%	<= 5,2%	innerhalb	1,7%	19
6b: 2013/09n6-ICD-REV/50042							
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion			2,7%	<= 4,2%	innerhalb	0,0%	21
6c: 2013/09n6-ICD-REV/50043							
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion			0,6%	<= 4,6%	innerhalb	1,4%	21

[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 7: Sterblichkeit im Krankenhaus							
7a: 2013/09n6-ICD-REV/50044							
bei allen Patienten			1,4%	nicht definiert	-	1,0%	26
7b: 2013/09n6-ICD-REV/51196							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,76	<= 4,48	innerhalb	0,71	28

[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 Defibrillator-Hardwareproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Eingriffe der jeweils meldenden Institution(en)

Indikator-ID: 2013/09n6-ICD-REV/52000

Referenzbereich: <= 9,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[1]				
Aggregat[2]				
Fehlfunktion/Rückruf			2 / 1.473	0,1%
sonstige Indikation zum Aggregatwechsel			4 / 1.473	0,3%
Laufzeit des ICD-Aggregats < 3 Jahre			36 / 1.473	2,4%
Sonde[2]				
Sondenbruch/Isolationsdefekt			12 / 1.473	0,8%
Patienten mit Hardwareproblem[2] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			53 / 1.473	3,6%
Vertrauensbereich				2,8% - 4,7%
Referenzbereich		<= 9,2%		<= 9,2%

Vorjahresdaten[3]	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hardwareproblem[2] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

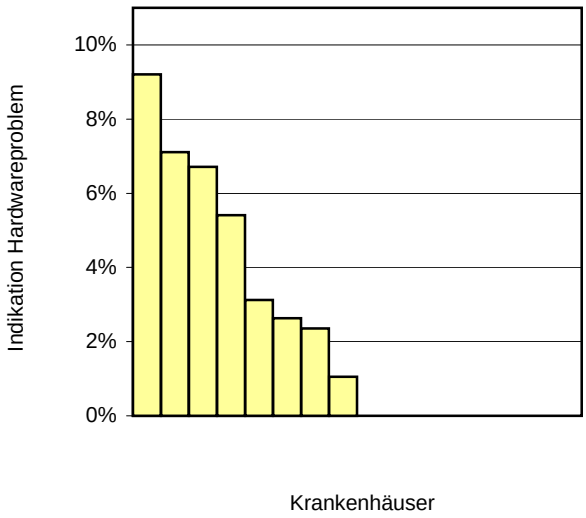
[1] Patienten mit Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) in den Leistungsbereichen 09/5 oder 09/6 als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

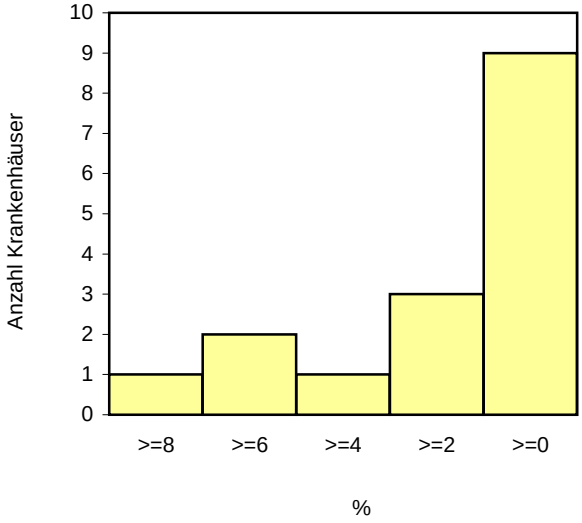
[2] Aggregat: Indikationen zum Wechsel, die Hinweise auf Aggregatprobleme sein können (Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige Indikation) oder Laufzeiten von weniger als 3 Jahren (dokumentiert in den Leistungsbereichen 09/5 und 09/6)
Sonden: Sondenbrüche oder Isolationsdefekte, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist

[3] Die Darstellung der Vorjahresergebnisse entfällt wegen neuer Datenfelder.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/52000]:
Anteil von Patienten mit Hardwareproblemen des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung an allen Eingriffen der jeweils meldenden Institution(en)

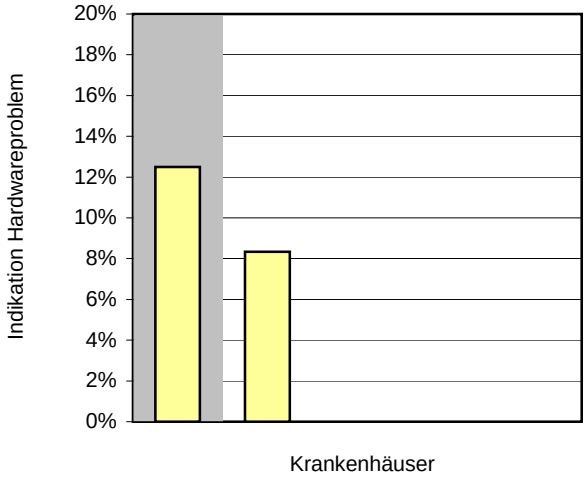
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,5	4,3	7,1		9,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 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	8,3			12,5

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 Defibrillator-Implantation (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

Indikator-ID: 2013/09n6-ICD-REV/52001

Referenzbereich: <= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[1]				
Taschenprobleme[2]			23 / 1.182	1,9%
Taschenhämatom			7 / 1.182	0,6%
sonstiges Taschenproblem			16 / 1.182	1,4%
Sondenprobleme[2]			67 / 1.182	5,7%
Dislokation			29 / 1.182	2,5%
Sondenbruch/Isolationsdefekt			9 / 1.182	0,8%
Zwerchfellzucken			2 / 1.182	0,2%
Oversensing			2 / 1.182	0,2%
Undersensing			3 / 1.182	0,3%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			19 / 1.182	1,6%
Perforation			0 / 1.182	0,0%
sonstiges Sondenproblem			6 / 1.182	0,5%
Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem[2] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			89 / 1.182	7,5%
Vertrauensbereich				6,2% - 9,2%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

[1] Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems.

[2] Taschenproblem: Taschenhämatom oder sonstiges Taschenproblem bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt
Sondenproblem: Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Perforation oder sonstiges Sondenproblem, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

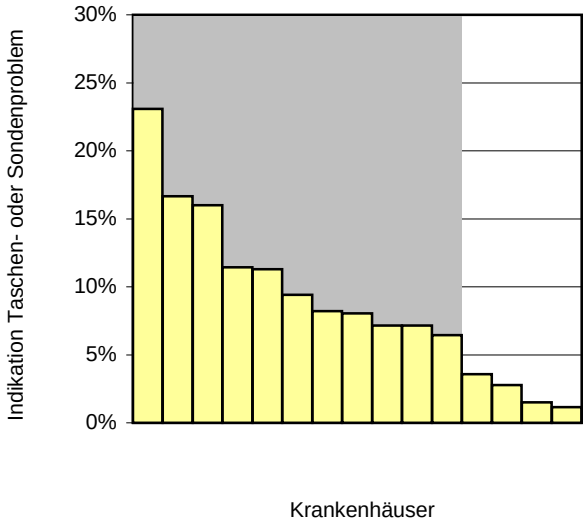
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem[2] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

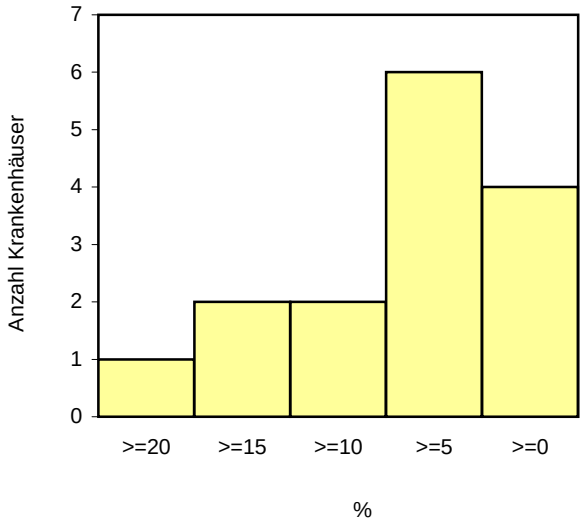
[1] Die Darstellung der Vorjahresergebnisse entfällt wegen neuer Datenfelder.

[2] Taschenproblem: Taschenhämatom oder sonstiges Taschenproblem bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt
Sondenproblem: Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Perforation oder sonstiges Sondenproblem, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/52001]:
Anteil von Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD-Operation in derselben Einrichtung an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

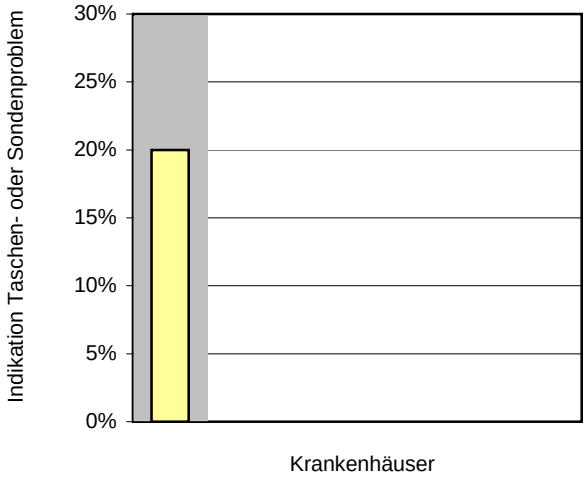
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,1		1,5	3,6	8,0	11,4	16,7		23,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 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			20,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

Indikator-ID: 2013/09n6-ICD-REV/52002

Referenzbereich: <= 4,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[1]				
Systeminfektion[2]			10 / 1.182	0,8%
sonstige Infektion[2]			6 / 1.182	0,5%
Sondeninfektion der[3]				
Vorhofsonde			4 / 1.182	0,3%
1. Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			8 / 1.182	0,7%
2. Ventrikelsonde			3 / 1.182	0,3%
3. Ventrikelsonde			0 / 1.182	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 1.182	0,0%
Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion[2] oder Sondeninfektion[3] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			17 / 1.182	1,4%
Vertrauensbereich				0,9% - 2,3%
Referenzbereich		<= 4,3%		<= 4,3%

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion[2] oder Sondeninfektion[3] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

[1] Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion oder Sondeninfektion als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

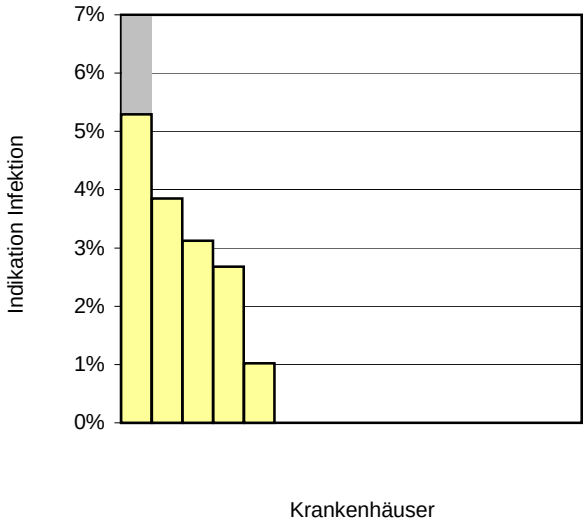
[2] Systeminfektionen/sonstige Infektionen bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt

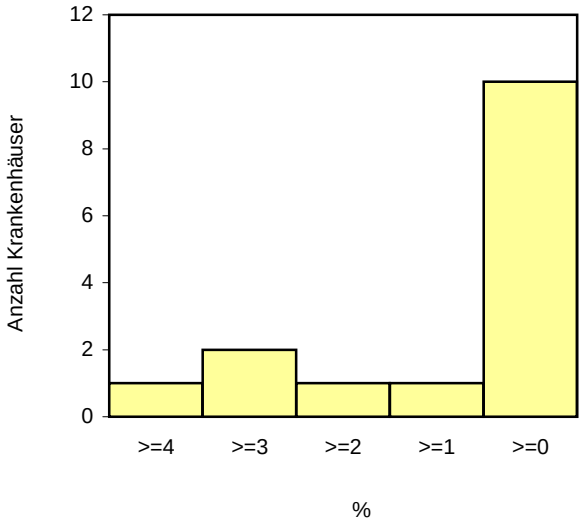
[3] Sondeninfektionen, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

* Die Darstellung der Vorjahresergebnisse entfällt wegen neuer Datenfelder.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/52002]:
Anteil von Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion oder Sondeninfektion als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

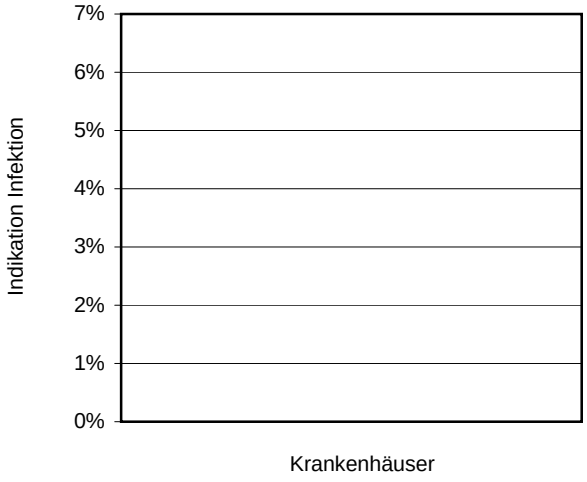
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	2,7	3,8		5,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (ausgeschlossen wird die erste Ventrikelsonde, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 4a): 2013/09n6-ICD-REV/50037
Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n6-ICD-REV/50038

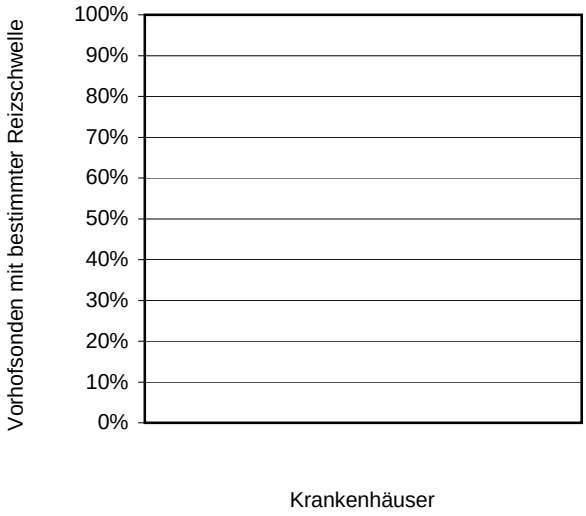
Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

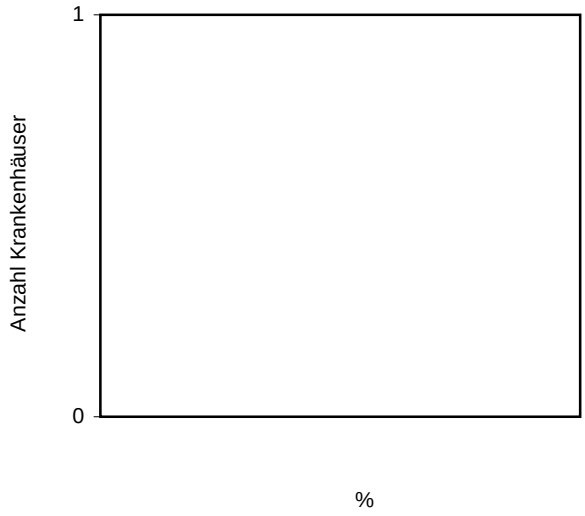
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			65 / 65	100,0%
Vertrauensbereich				94,4% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			184 / 190	96,8%
Vertrauensbereich				93,3% - 98,5%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			73 / 76	96,1%
Vertrauensbereich				89,0% - 98,6%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			225 / 232	97,0%
Vertrauensbereich				93,9% - 98,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50037]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)

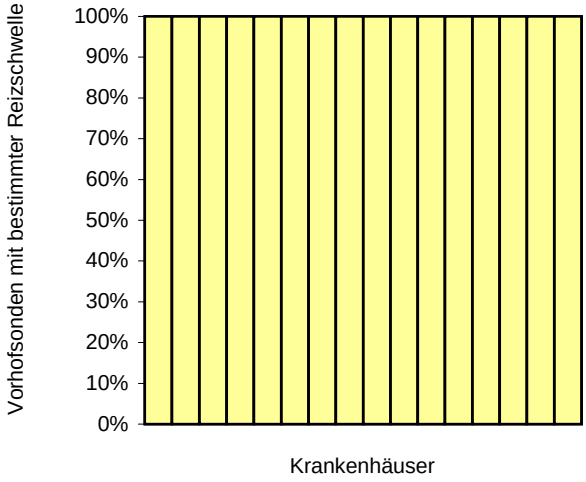
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

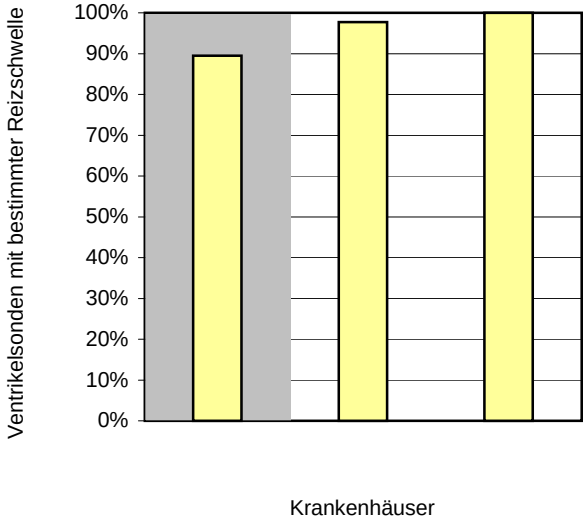


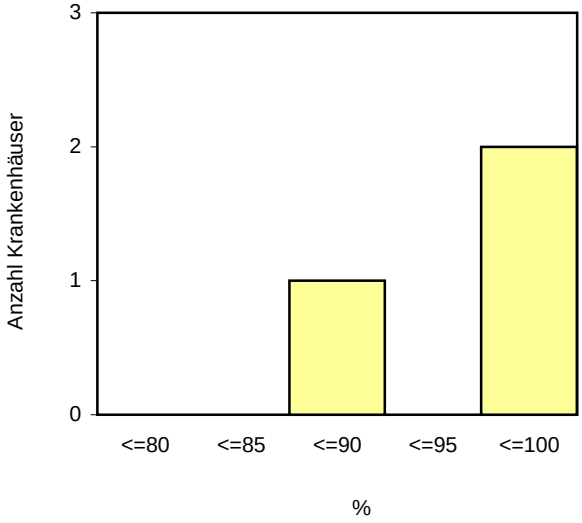
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50038]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (ausgeschlossen wird die erste Ventrikelsonde, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)

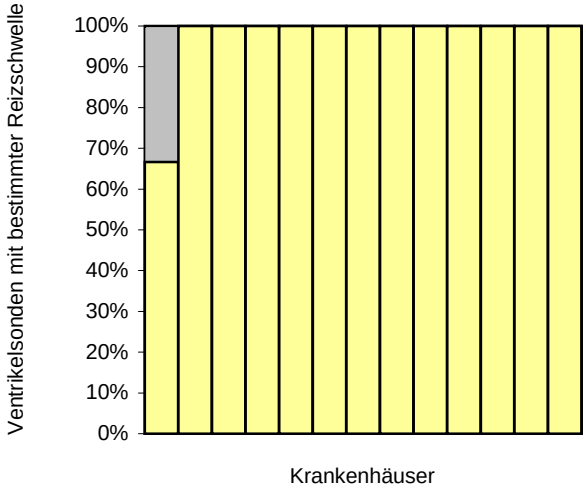
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,5				97,7				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 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		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Signalamplituden

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)
Gruppe 2: Alle revidierten rechtsventrikulären Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus; ausgeschlossen wird die erste Ventrikelsonde, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 5a): 2013/09n6-ICD-REV/50039
Gruppe 2 (QI 5b): 2013/09n6-ICD-REV/50040

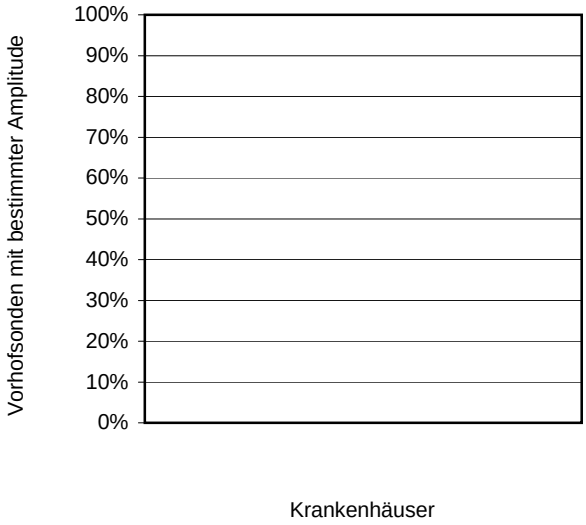
Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

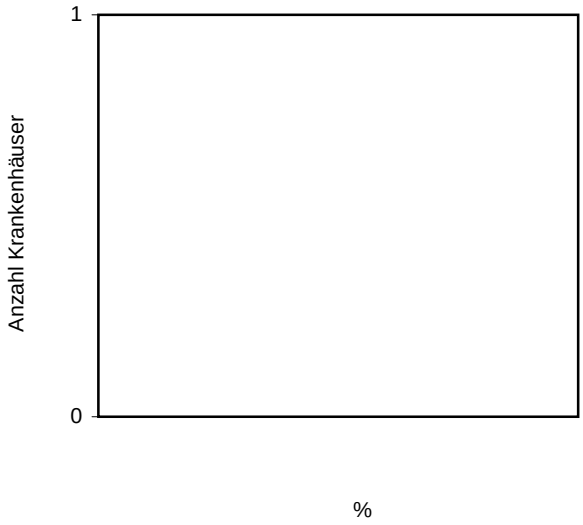
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			72 / 72	100,0%
Vertrauensbereich				94,9% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			110 / 113	97,3%
Vertrauensbereich				92,5% - 99,1%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			78 / 81	96,3%
Vertrauensbereich				89,7% - 98,7%
Gruppe 2				
Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			125 / 129	96,9%
Vertrauensbereich				92,3% - 98,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50039]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)

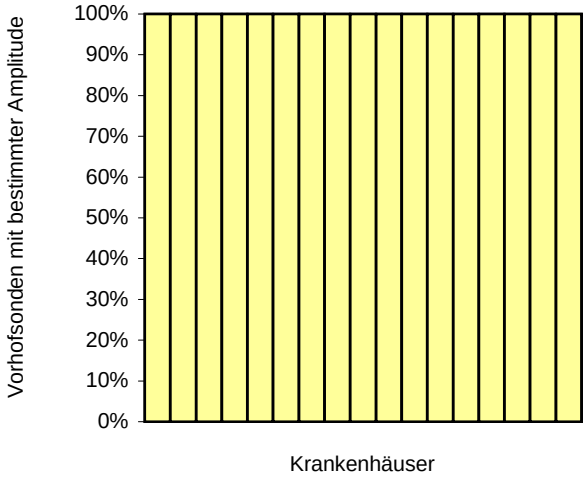
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

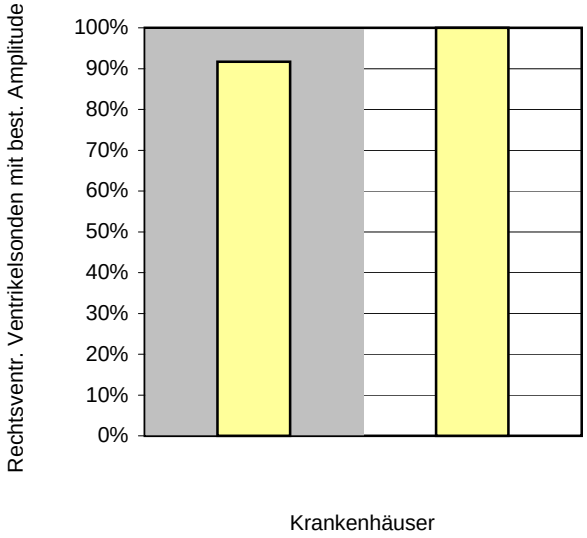


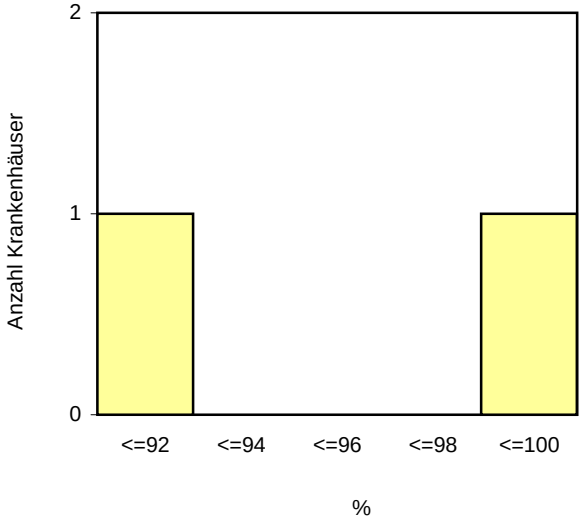
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50040]:
Anteil von rechtsventrikulären Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten rechtsventrikulären Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus, ausgeschlossen wird die erste Ventrikelsonde, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)

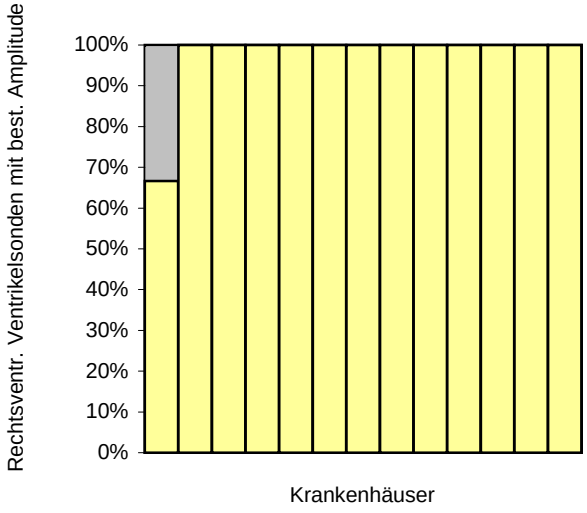
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,7				95,8				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 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		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Chirurgische Komplikationen: Alle Patienten

Indikator-ID: Chirurgische Komplikationen (QI 6a): 2013/09n6-ICD-REV/50041

Referenzbereich: Chirurgische Komplikationen:
<= 5,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			8 / 291	2,7%
Kardiopulmonale Reanimation			0 / 291	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen[1]			3 / 291	1,0%
Vertrauensbereich				0,4% - 3,0%
Referenzbereich		<= 5,2%		<= 5,2%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			0 / 291	0,0%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 291	0,0%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 291	0,0%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 291	1,0%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			3 / 291	1,0%
Patienten mit Sondendislokation			2 / 291	0,7%
Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 291	0,7%
postoperative Wundinfektion			0 / 291	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 291	0,0%
CDC A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0 / 291	0,0%
CDC A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0 / 291	0,0%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			2 / 291	0,7%

[1] interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen[1]			5 / 298	1,7%
Vertrauensbereich				0,7% - 3,9%

[1] interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit:

Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof: Alle Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof

Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel: Alle Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel

Indikator-ID:

Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof (QI 6b): 2013/09n6-ICD-REV/50042
Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel (QI 6c): 2013/09n6-ICD-REV/50043

Referenzbereich:

Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof:
<= 4,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel:
<= 4,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion der Vorhofsonde			2 / 73	2,7%
Vertrauensbereich				0,8% - 9,5%
Referenzbereich		<= 4,2%		<= 4,2%
Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion einer Ventrikelsonde			1 / 180	0,6%
Vertrauensbereich				0,1% - 3,1%
Referenzbereich		<= 4,6%		<= 4,6%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit revidierter Vorhofsonde[1]			1 / 71	1,4%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit revidierter Ventrikelsonde			1 / 180	0,6%
Ventrikelsondendislokation				
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 124	0,0%
zweite Ventrikelsonde			1 / 70	1,4%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 0	
weitere inaktive/stillgelegte Sonde			0 / 1	0,0%

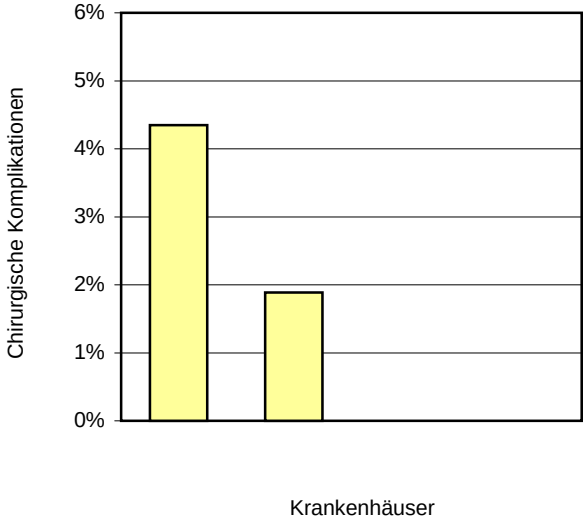
[1] Ausschluss: Patienten mit VDD-System

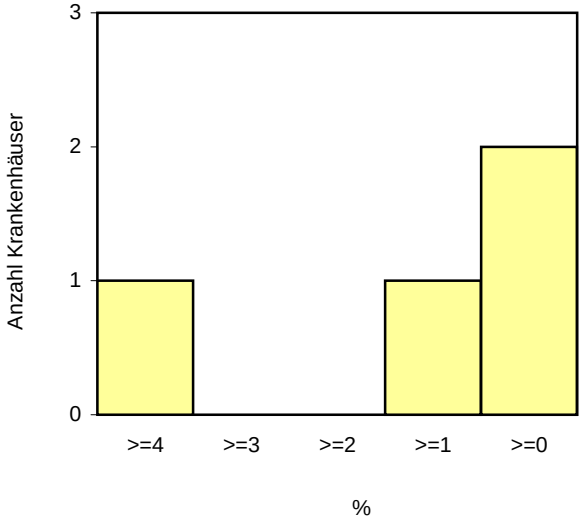
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter Vorhofsonde			1 / 73	1,4%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter Ventrikelsonde			1 / 180	0,6%
Ventrikelsondendysfunktion				
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			1 / 124	0,8%
zweite Ventrikelsonde			0 / 70	0,0%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 0	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion der Vorhofsonde			0 / 81	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 4,5%
Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion einer Ventrikelsonde			3 / 214	1,4%
Vertrauensbereich				0,5% - 4,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50041]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten

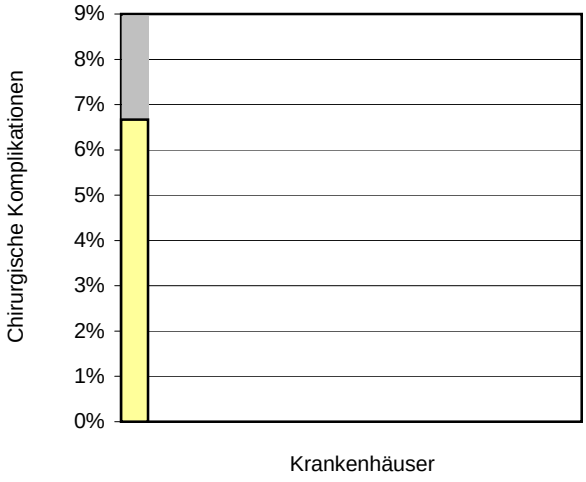
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

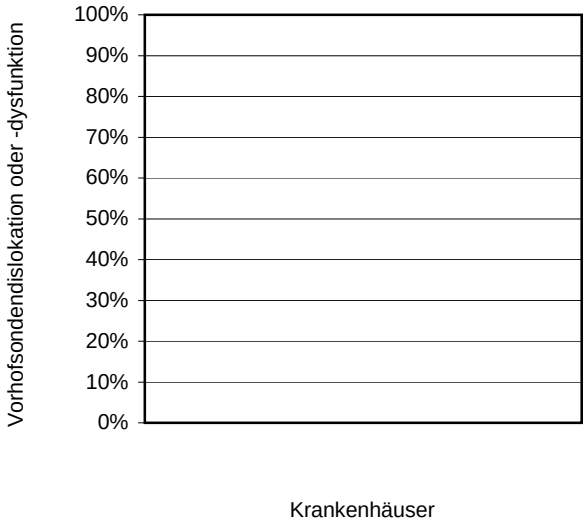


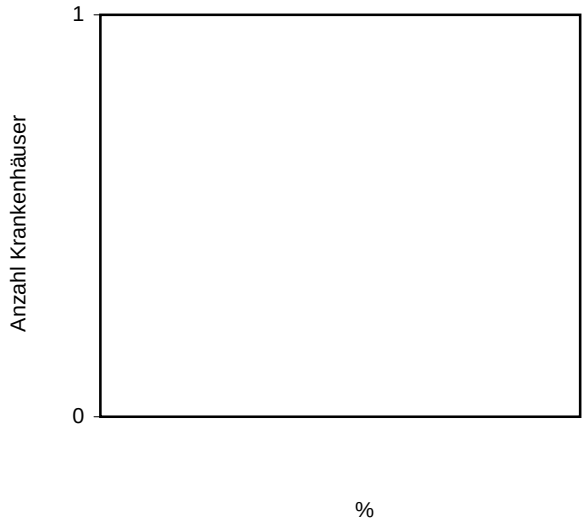
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		6,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50042]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion der Vorhofsonde an allen Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof

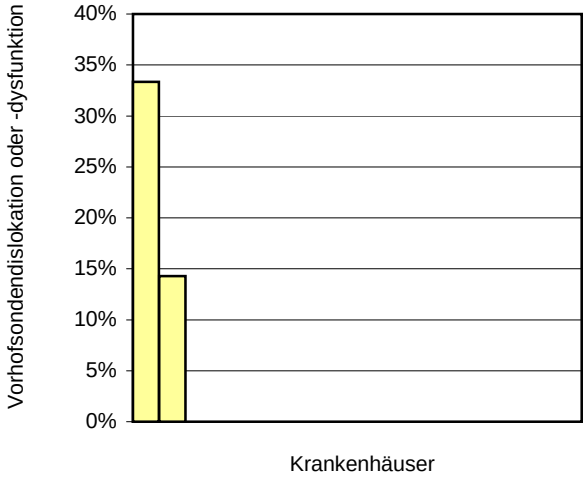
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

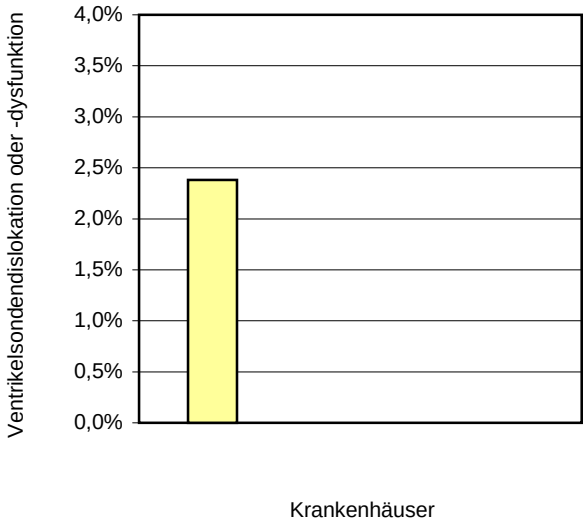


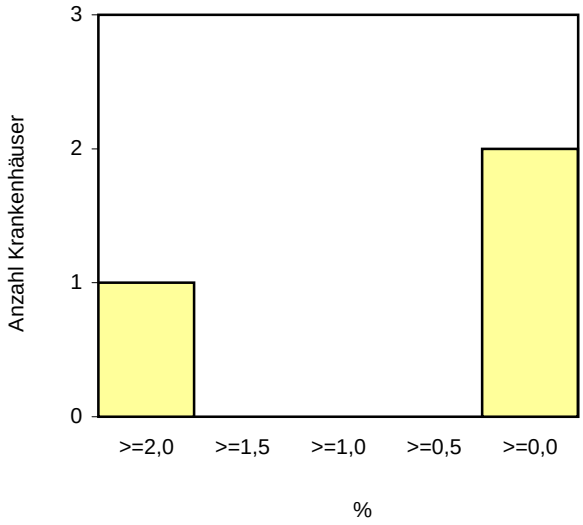
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	14,3		33,3

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50043]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion einer Ventrikelsonde an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel

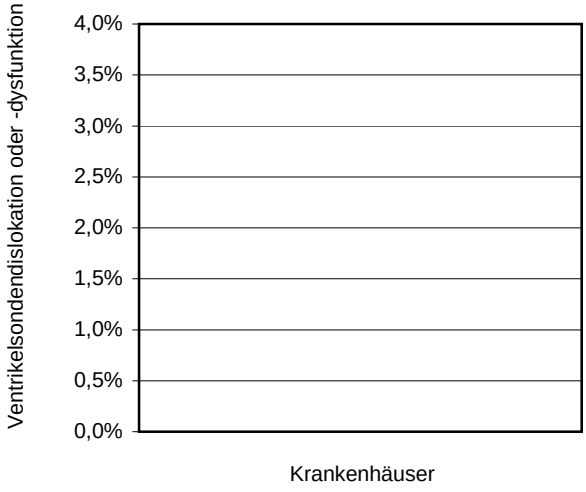
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
14 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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 7a): 2013/09n6-ICD-REV/50044

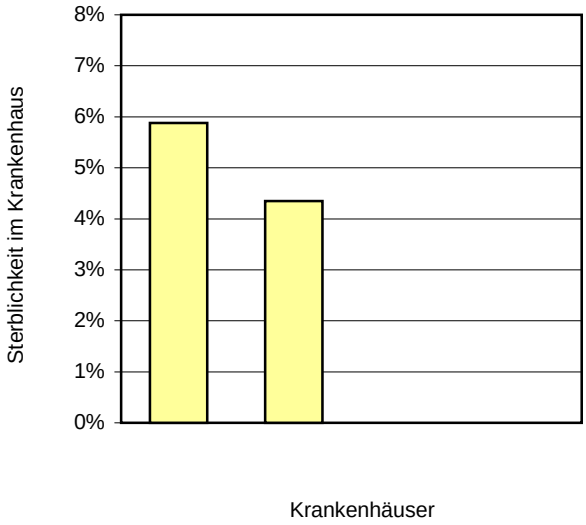
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

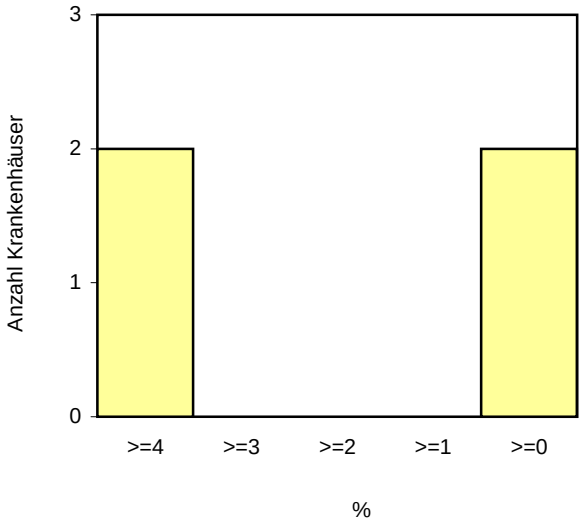
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			4 / 291	1,4%
Vertrauensbereich				0,5% - 3,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			3 / 298	1,0%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/50044]:
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

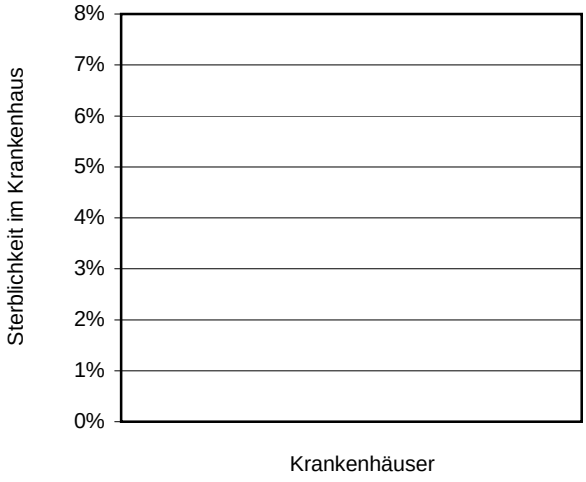
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	2,2	5,1			5,9

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
	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 7b): 2013/09n6-ICD-REV/51196

Referenzbereich: <= 4,48 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		4 / 291 1,37%
vorhergesagt (E)[1]		5,29 / 291 1,82%
O - E		-0,44%

[1] Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für QI-ID 51196.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		0,76
Vertrauensbereich		0,29 - 1,91
Referenzbereich	<= 4,48	<= 4,48

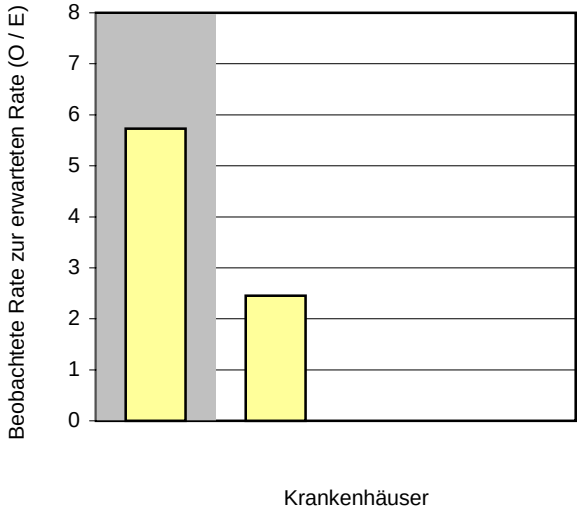
[2] Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

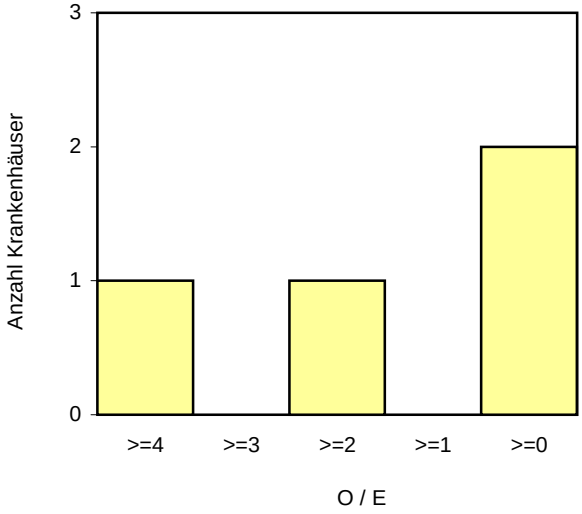
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		3 / 298 1,01%
vorhergesagt (E)		4,20 / 298 1,41%
O - E		-0,40%
O / E		0,71
Vertrauensbereich		0,24 - 2,07

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/09n6-ICD-REV/51196]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

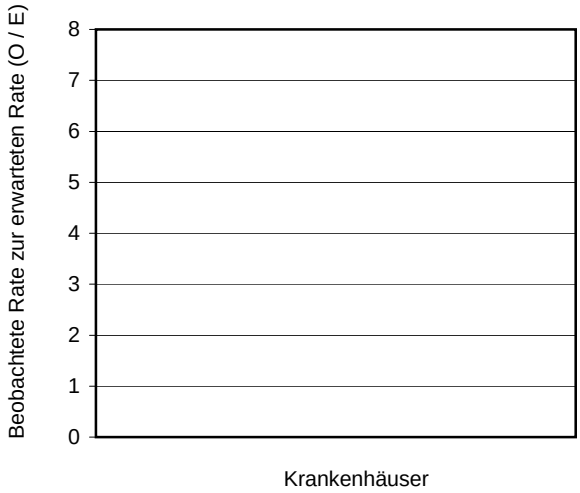
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	1,23	4,09			5,73

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

Jahresauswertung 2013

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation 09/6

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 291
Datensatzversion: 09/6 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14169-L89384-P43479

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			291		298	
1. Quartal			72	24,7	89	29,9
2. Quartal			71	24,4	66	22,1
3. Quartal			72	24,7	69	23,2
4. Quartal			76	26,1	74	24,8
Gesamt			291	100,0	298	100,0

[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		291		298	
Median			*2,0*		*2,0*
Mittelwert			*4,3*		*4,3*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		291		298	
Median			*3,0*		*3,5*
Mittelwert			*6,8*		*6,9*
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		291		298	
Median			*7,0*		*7,0*
Mittelwert			*11,1*		*11,2*

OPS 2013[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-378.7f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
2	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)
3	5-378.6f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
4	5-378.3f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5	5-378.c2	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, 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				5-378.7f	28	9,6	5-378.c6	33	11,1
2				1-266.1	26	8,9	5-378.c2	30	10,1
3				5-378.6f	22	7,6	5-378.7f	27	9,1
4				5-378.3f	22	7,6	5-378.75	25	8,4
5				5-378.c2	21	7,2	1-266.1	24	8,1

[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	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
4	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators

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	161	55,3	Z95.0	166	55,7
2				Z95.0	157	54,0	T82.1	140	47,0
3				I25.5	87	29,9	I42.0	97	32,6
4				I42.0	79	27,1	I25.5	79	26,5
5				I10.00	67	23,0	I10.00	75	25,2
6				I50.13	53	18,2	Z45.0	68	22,8
7				E11.90	45	15,5	I50.13	65	21,8
8				Z45.01	44	15,1	I44.7	65	21,8

[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			291 / 291		298 / 298	
< 20 Jahre			0 / 291	0,0	0 / 298	0,0
20 - 29 Jahre			2 / 291	0,7	1 / 298	0,3
30 - 39 Jahre			1 / 291	0,3	4 / 298	1,3
40 - 49 Jahre			13 / 291	4,5	15 / 298	5,0
50 - 59 Jahre			68 / 291	23,4	61 / 298	20,5
60 - 69 Jahre			66 / 291	22,7	88 / 298	29,5
70 - 79 Jahre			118 / 291	40,5	108 / 298	36,2
80 - 89 Jahre			23 / 291	7,9	21 / 298	7,0
>= 90 Jahre			0 / 291	0,0	0 / 298	0,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			291		298	
Median				*69,0*		*68,0*
Mittelwert				*66,6*		*65,5*
Geschlecht						
männlich			245	84,2	241	80,9
weiblich			46	15,8	57	19,1

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			5	1,7	5	1,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			45	15,5	38	12,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			209	71,8	230	77,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			31	10,7	25	8,4
5: moribunder Patient			1	0,3	0	0,0
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			265	91,1	282	94,6
bedingt aseptische Eingriffe			12	4,1	5	1,7
kontaminierte Eingriffe			6	2,1	3	1,0
septische Eingriffe			8	2,7	8	2,7

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Infektion						
Systeminfektion			30	10,3	26	8,7
sonstige			17	5,8	15	5,0
Taschenproblem (exklusive Infektion)						
Taschenhämatom			7	2,4	3	1,0
sonstige			23	7,9	14	4,7
Indikation zum Aggregatwechsel						
Batterieerschöpfung			32	11,0	39	13,1
Fehlfunktion/Rückruf			4	1,4	3	1,0
vorzeitiger Aggregat-austausch anlässlich einer Revisionsoperation			5	1,7	1	0,3
sonstige Indikation			5	1,7	4	1,3
Systemumwandlung						
zwischen ICD-Systemen			60	20,6	80	26,8
vom Defibrillator zum Schrittmacher (Downgrade)			0	0,0	0	0,0
Sondenproblem			135	46,4	135	45,3
ineffektive Defibrillation			2	0,7	2	0,7
sonstige			13	4,5	18	6,0
Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)Op vor diesem Eingriff						
eigene Institution			209	71,8	189	63,4
andere Institution			82	28,2	109	36,6
Therapien abgegeben						
nein			158	54,3	120	40,3
adäquat			120	41,2	158	53,0
inadäquat			12	4,1	20	6,7
beides			1	0,3	0	0,0

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			291		298	
Median				*60,0*		*61,0*
Mittelwert				*74,8*		*78,3*
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			204		208	
Median				*4,0*		*4,7*
Mittelwert				*9,1*		*10,3*
intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
ja			68	23,4	118	39,6
nein, wegen intrakardialen Thromben			8	2,7	9	3,0
nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem)			25	8,6	14	4,7
nein, aus sonstigen Gründen			190	65,3	157	52,7
wenn intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J						
ja			65 / 68	95,6	118 / 118	100,0
nein			3 / 68	4,4	0 / 118	0,0

ICD-System

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
aktives System (nach dem Eingriff)						
keines (Explantation oder Stilllegung)			42	14,4	34	11,4
VVI			48	16,5	57	19,1
DDD ohne AV-Management			7	2,4	15	5,0
DDD mit AV-Management			63	21,6	50	16,8
VDD			5	1,7	1	0,3
CRT-System mit einer Vorhofsonde			114	39,2	128	43,0
CRT-System ohne Vorhofsonde			9	3,1	13	4,4
sonstiges			3	1,0	0	0,0

ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Art des Vorgehens						
Aggregat nicht vorhanden			3	1,0	2	0,7
kein Eingriff am Aggregat			107	36,8	114	38,3
Wechsel			106	36,4	122	40,9
Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral			6	2,1	12	4,0
Aggregatverlagerung			26	8,9	15	5,0
Explantation			39	13,4	30	10,1
sonstiges			4	1,4	3	1,0
bei vorhandenem Aggregat						
Aggregatposition						
infraclaviculär subcutan			52 / 249	20,9	74 / 266	27,8
infraclaviculär subfaszial			22 / 249	8,8	29 / 266	10,9
infraclaviculär submuskulär			174 / 249	69,9	161 / 266	60,5
abdominal			0 / 249	0,0	1 / 266	0,4
andere			1 / 249	0,4	1 / 266	0,4
bei Explantation						
explantiertes System						
VVI			63 / 151	41,7	72 / 164	43,9
DDD ohne AV-Management			5 / 151	3,3	10 / 164	6,1
DDD mit AV-Management			48 / 151	31,8	46 / 164	28,0
VDD			0 / 151	0,0	1 / 164	0,6
CRT-System mit einer Vorhofsonde			31 / 151	20,5	30 / 164	18,3
CRT-System ohne Vorhofsonde			3 / 151	2,0	3 / 164	1,8
sonstiges			1 / 151	0,7	2 / 164	1,2
Zeit zwischen Implantation und Explantation (in Jahren)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			142		158	
Median				*4,0*		*4,0*
Mittelwert				*4,0*		*4,0*
Jahr der Implantation nicht bekannt			9 / 151	6,0	6 / 164	3,7

Sonden

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			120	41,2	113	37,9
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			11	3,8	7	2,3
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			17	5,8	29	9,7
Neuimplantation zusätzlich			30	10,3	36	12,1
Neuplatzierung			15	5,2	8	2,7
Reparatur			0	0,0	1	0,3
Explantation			27	9,3	14	4,7
Stilllegung			2	0,7	3	1,0
sonstiges			1	0,3	3	1,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			30 / 103	29,1	38 / 101	37,6
Dislokation			19 / 103	18,4	9 / 101	8,9
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			13 / 103	12,6	8 / 101	7,9
Zwerchfellzucken			0 / 103	0,0	0 / 101	0,0
Oversensing			4 / 103	3,9	4 / 101	4,0
Undersensing			2 / 103	1,9	4 / 101	4,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			2 / 103	1,9	9 / 101	8,9
Perforation			1 / 103	1,0	3 / 101	3,0
Infektion			25 / 103	24,3	14 / 101	13,9
sonstige			7 / 103	6,8	12 / 101	11,9
Zeitabstand zur Implantation der atrialen Pace/Sense-Sonde[1]						
<= 1 Jahr			27 / 103	26,2	-	-
> 1 Jahr			69 / 103	67,0	-	-
unbekannt			7 / 103	6,8	-	-
bei aktiven Sonden (außer VDD)						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			154		163	
Median				*0,7*		*0,7*
Mittelwert				*0,8*		*0,8*
nicht gemessen			35 / 189	18,5	32 / 196	16,3
wegen Vorhofflimmerns			18 / 189	9,5	17 / 196	8,7
aus anderen Gründen			17 / 189	9,0	15 / 196	7,7

[1] neues Datenfeld in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			172		175	
Median				*2,9*		*3,0*
Mittelwert				*3,1*		*3,3*
nicht gemessen			22 / 194	11,3	22 / 197	11,2
wegen Vorhofflimmerns			5 / 194	2,6	5 / 197	2,5
fehlender Vorhofeigenrhythmus			0 / 194	0,0	1 / 197	0,5
aus anderen Gründen			17 / 194	8,8	16 / 197	8,1

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel **Erste Ventrikelsonde/** **Defibrillationssonde**						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			125	43,0	135	45,3
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			18	6,2	27	9,1
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			63	21,6	79	26,5
Neuimplantation zusätzlich			10	3,4	2	0,7
Neuplatzierung			25	8,6	15	5,0
Reparatur			2	0,7	2	0,7
Explantation			33	11,3	24	8,1
Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde			6	2,1	2	0,7
Stilllegung des Defibrillations-anteils der Sonde			0	0,0	0	0,0
Stilllegung der gesamten Sonde			1	0,3	3	1,0
sonstiges			0	0,0	3	1,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			5 / 158	3,2	8 / 157	5,1
Dislokation			17 / 158	10,8	20 / 157	12,7
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			30 / 158	19,0	39 / 157	24,8
Zwerchfellzucken			0 / 158	0,0	0 / 157	0,0
Oversensing			10 / 158	6,3	19 / 157	12,1
Undersensing			5 / 158	3,2	4 / 157	2,5
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			42 / 158	26,6	28 / 157	17,8
Perforation			1 / 158	0,6	5 / 157	3,2
Infektion			38 / 158	24,1	25 / 157	15,9
sonstige			10 / 158	6,3	9 / 157	5,7
Zeitabstand zur Implantation der ersten Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde[1]						
<= 1 Jahr			59 / 158	37,3	-	-
> 1 Jahr			94 / 158	59,5	-	-
unbekannt			5 / 158	3,2	-	-

[1] neues Datenfeld in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Defibrillations-Elektroden						
Single Coil			24 / 249	9,6	15 / 265	5,7
Dual Coil			219 / 249	88,0	250 / 265	94,3
sonstige[1]			6 / 249	2,4	-	-
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			195 / 250	78,0	205 / 268	76,5
rechtsventrikuläres Septum			47 / 250	18,8	61 / 268	22,8
andere			8 / 250	3,2	2 / 268	0,7
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			230		247	
Median				*0,6*		*0,7*
Mittelwert				*0,7*		*0,8*
nicht gemessen			13 / 243	5,3	16 / 263	6,1
separate Pace/ Sense-Sonde			0 / 243	0,0	2 / 263	0,8
aus anderen Gründen			13 / 243	5,3	14 / 263	5,3
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			215		238	
Median				*12,0*		*12,0*
Mittelwert				*13,2*		*13,1*
nicht gemessen			28 / 243	11,5	25 / 263	9,5
separate Pace/ Sense-Sonde			0 / 243	0,0	2 / 263	0,8
kein Eigenrhythmus			13 / 243	5,3	8 / 263	3,0
aus anderen Gründen			15 / 243	6,2	15 / 263	5,7

[1] neuer Schlüsselwert in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zweite Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			58	19,9	46	15,4
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			7	2,4	5	1,7
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			16	5,5	20	6,7
Neuimplantation zusätzlich			44	15,1	75	25,2
Neuplatzierung			3	1,0	3	1,0
Reparatur			0	0,0	2	0,7
Explantation			10	3,4	11	3,7
Stilllegung			2	0,7	2	0,7
sonstiges			5	1,7	3	1,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			42 / 87	48,3	68 / 121	56,2
Dislokation			8 / 87	9,2	5 / 121	4,1
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 87	0,0	9 / 121	7,4
Zwerchfellzucken			3 / 87	3,4	5 / 121	4,1
Oversensing			1 / 87	1,1	0 / 121	0,0
Undersensing			2 / 87	2,3	1 / 121	0,8
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			15 / 87	17,2	11 / 121	9,1
Perforation			1 / 87	1,1	0 / 121	0,0
Infektion			8 / 87	9,2	9 / 121	7,4
sonstige			7 / 87	8,0	13 / 121	10,7
Zeitabstand zur Implantation der zweiten Ventrikelsonde[1]						
<= 1 Jahr			22 / 87	25,3	-	-
> 1 Jahr			58 / 87	66,7	-	-
unbekannt			7 / 87	8,0	-	-
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			8 / 135	5,9	8 / 156	5,1
rechtsventrikuläres Septum			1 / 135	0,7	4 / 156	2,6
Koronarvene, anterior			3 / 135	2,2	6 / 156	3,8
Koronarvene, lateral, posterolateral			91 / 135	67,4	93 / 156	59,6
Koronarvene, posterior			5 / 135	3,7	12 / 156	7,7
epimyokardial linksventrikulär			20 / 135	14,8	28 / 156	17,9
andere			7 / 135	5,2	5 / 156	3,2

[1] neues Datenfeld in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V)						
(intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			116		137	
Median				*1,0*		*1,0*
Mittelwert				*1,2*		*1,1*
nicht gemessen			17 / 133	12,8	17 / 154	11,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			106		125	
Median				*12,1*		*11,6*
Mittelwert				*14,0*		*13,6*
nicht gemessen			27 / 133	20,3	29 / 154	18,8
kein Eigenrhythmus			9 / 133	6,8	7 / 154	4,5
aus anderen Gründen			18 / 133	13,5	22 / 154	14,3

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dritte Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			2	0,7	2	0,7
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			1	0,3	0	0,0
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation zusätzlich			1	0,3	3	1,0
Neuplatzierung			0	0,0	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Explantation			1	0,3	5	1,7
Stilllegung			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	1	0,3
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			1 / 3	33,3	1 / 9	11,1
Dislokation			0 / 3	0,0	0 / 9	0,0
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 3	0,0	1 / 9	11,1
Zwerchfellzucken			2 / 3	66,7	0 / 9	0,0
Oversensing			0 / 3	0,0	0 / 9	0,0
Undersensing			0 / 3	0,0	0 / 9	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			0 / 3	0,0	1 / 9	11,1
Perforation			0 / 3	0,0	0 / 9	0,0
Infektion			0 / 3	0,0	4 / 9	44,4
sonstige			0 / 3	0,0	2 / 9	22,2
Zeitabstand zur Implantation der dritten Ventrikelsonde[1]						
<= 1 Jahr			0 / 3	0,0	-	-
> 1 Jahr			3 / 3	100,0	-	-
unbekannt			0 / 3	0,0	-	-
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			0 / 4	0,0	1 / 6	16,7
rechtsventrikuläres Septum			0 / 4	0,0	3 / 6	50,0
Koronarvene, anterior			0 / 4	0,0	0 / 6	0,0
Koronarvene, lateral, posterolateral			3 / 4	75,0	2 / 6	33,3
Koronarvene, posterior			0 / 4	0,0	0 / 6	0,0
epimyokardial linksventrikulär			1 / 4	25,0	0 / 6	0,0
andere			0 / 4	0,0	0 / 6	0,0

[1] neues Datenfeld in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V)						
(intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3		5	
Median				*0,7*		*1,0*
Mittelwert				*1,1*		*1,6*
nicht gemessen			1 / 4	25,0	1 / 6	16,7
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			3		3	
Median				*11,2*		*8,1*
Mittelwert				*11,7*		*8,6*
nicht gemessen			1 / 4	25,0	3 / 6	50,0
kein Eigenrhythmus			0 / 4	0,0	2 / 6	33,3
aus anderen Gründen			1 / 4	25,0	1 / 6	16,7

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Andere Defibrillationssonde(n)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			1	0,3	0	0,0
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation zusätzlich			0	0,0	0	0,0
Neuplatzierung			0	0,0	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Explantation			1	0,3	1	0,3
Stilllegung			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	0	0,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
Dislokation			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 1	0,0	1 / 1	100,0
Perforation			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
Infektion			1 / 1	100,0	0 / 1	0,0
sonstige			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
Zeitabstand zur Implantation anderer Defibrillationssonden[1]						
<= 1 Jahr			0 / 1	0,0	-	-
> 1 Jahr			1 / 1	100,0	-	-
unbekannt			0 / 1	0,0	-	-
bei verbleibenden Sonden						
Position						
Vena cava superior			0 / 1	0,0	0 / 0	
Vena subclavia			0 / 1	0,0	0 / 0	
rechter Vorhof			0 / 1	0,0	0 / 0	
subkutan (Sub-Q-Array)			0 / 1	0,0	0 / 0	
subkutan (S-ICD)[2]			0 / 1	0,0	-	-
epimyokardial (Patch-Elektrode)			1 / 1	100,0	0 / 0	
mehrere			0 / 1	0,0	0 / 0	
andere			0 / 1	0,0	0 / 0	

[1] neues Datenfeld in 2013
[2] neuer Schlüsselwert in 2013

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
weitere inaktive oder explantierte Sonden						
weitere inaktive/ stillgelegte Sonden						
ja			1	0,3	5	1,7
nein			290	99,7	293	98,3
weitere explantierte Sonden						
ja			1	0,3	3	1,0
nein			290	99,7	295	99,0

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri-operativen Komplikation			8	2,7	8	2,7
kardiopulmonale Reanimation			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			0	0,0	1	0,3
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3	1,0	4	1,3

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
revisionsbedürftige Sondendislokation			2	0,7	2	0,7
Vorhof			1 / 2	50,0	0 / 2	0,0
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 2	0,0	1 / 2	50,0
zweite Ventrikelsonde			1 / 2	50,0	1 / 2	50,0
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
andere Defibrillationssonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
weitere inaktive/ stillgelegte Sonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
revisionsbedürftige Sondendysfunktion			2	0,7	2	0,7
Vorhof			1 / 2	50,0	0 / 2	0,0
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			1 / 2	50,0	2 / 2	100,0
zweite Ventrikelsonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
andere Defibrillationssonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0	0,0	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventions-pflichtige Komplikation			2	0,7	1	0,3

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			257	88,3	262	87,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			8	2,7	19	6,4
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,7	1	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			10	3,4	9	3,0
07: Tod			4	1,4	3	1,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			7	2,4	3	1,0
10: in Pflegeeinrichtung			3	1,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
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			0	0,0	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	1	0,3
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

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ Risikoadjustierung mit dem logistischen DEFI-REV-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.sqg.de.

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/5 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 1 in 09/6 basieren auf Vorgängen, deren Zähler in beiden Leistungsbereichen 09/5 und 09/6 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/6 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/6 - Qualitätsindikator 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Eingriffe der jeweils meldenden Institution(en)

Indikator-ID: 2013/09n6-ICD-REV/52000

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[1]				
Aggregat[2]				
Fehlfunktion/Rückruf				
sonstige Indikation zum Aggregatwechsel	Indikator-Ergebnisse siehe QI 1 in der Auswertung 09/6			
Laufzeit des ICD-Aggregats < 3 Jahre				
Sonde[2]				
Sondenbruch/Isolationsdefekt				
Patienten mit Hardwareproblem[2] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				

[1] Patienten mit Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) in den Leistungsbereichen 09/5 oder 09/6 als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

[2] Aggregat: Indikationen zum Wechsel, die Hinweise auf Aggregatprobleme sein können (Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige Indikation) oder Laufzeiten von weniger als 3 Jahren (dokumentiert in den Leistungsbereichen 09/5 und 09/6)
Sonden: Sondenbrüche oder Isolationsdefekte, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist

Berechnung der Fälle, die aus 09/6 in den Qualitätsindikator 1 des Leistungsbereiches 09/6 einfließen

Grundgesamtheit: Alle Eingriffe in 09/6

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hardwareproblem[1] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			44 / 291	15,1%

[1] Aggregat: Indikationen zum Wechsel, die Hinweise auf Aggregatprobleme sein können (Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige Indikation) oder Laufzeiten von weniger als 3 Jahren (dokumentiert in den Leistungsbereichen 09/5 und 09/6)
Sonden: Sondenbrüche oder Isolationsdefekte, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist

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.

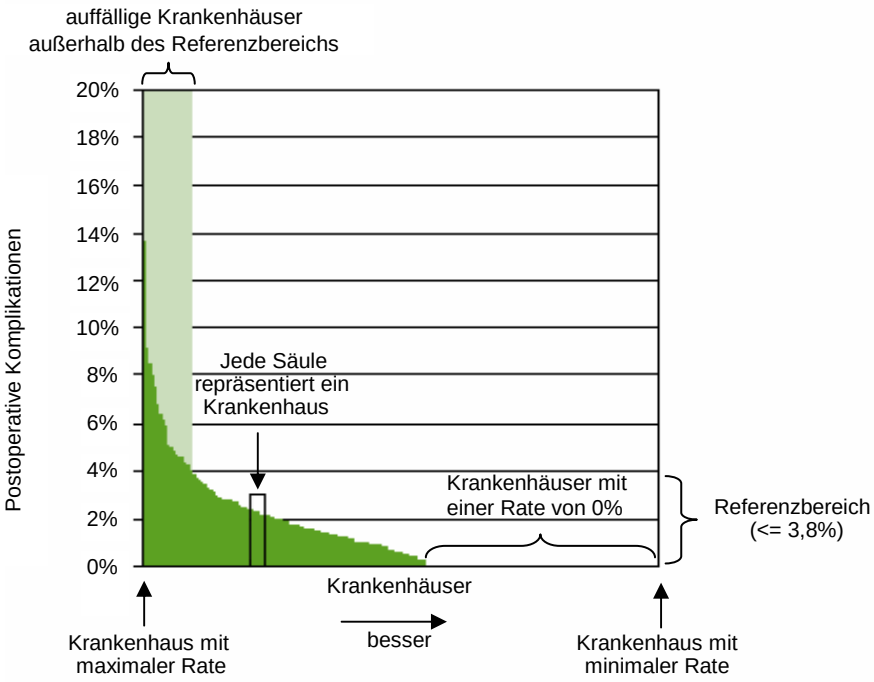
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

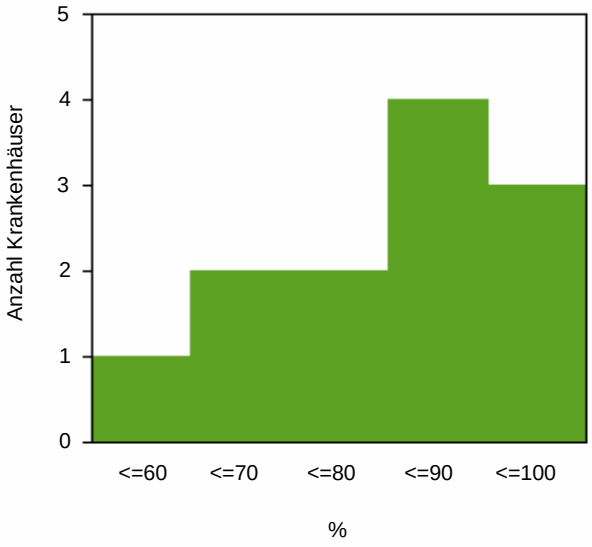
Beispiel:

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.