

Jahresauswertung 2005 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 43
Auswertungsversion: 09. Mai 2006
Datensatzversion: 09/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 09. Mai 2006
Nr. Gesamt-3022
2005 - D4040-L28798-P16977

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Ab- weichung ¹ | Seite |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|-------|
| QI 1: Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats | | | | | | |
| AAI oder VVI: unter 4 Jahre | | | 1,8% | Sentinel Event | | 1.1 |
| AAI oder VVI: über 6 Jahre | | | 89,9% | >= 71,1% | 18,8% | 1.1 |
| VDD oder DDD: unter 4 Jahre | | | 1,7% | Sentinel Event | | 1.1 |
| VDD oder DDD: über 6 Jahre | | | 72,9% | >= 43,5% | 29,4% | 1.1 |
| Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit | | | 92,4% | >= 90% | 2,4% | 1.3 |
| QI 2: Eingriffsdauer | | | 96,5% | >= 84,6% | 11,9% | 1.9 |
| QI 3: Perioperative Komplikationen | | | | | | |
| chirurgische Komplikationen | | | 0,7% | <= 1% | 0,3% | 1.11 |
| QI 4: Reizschwellenbestimmung | | | | | | |
| Vorhofsonden | | | 80,5% | >= 32,0% | 48,5% | 1.14 |
| Ventrikelsonden | | | 90,8% | >= 29,4% | 61,4% | 1.14 |
| QI 5: Amplitudenbestimmung | | | | | | |
| Vorhofsonden | | | 85,5% | >= 37,0% | 48,4% | 1.17 |
| Ventrikelsonden | | | 92,4% | >= 35,0% | 57,4% | 1.17 |

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Qualitätsziel: Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe zum explantierten Herzschrittmacher-System
 Gruppe 1: Einkammersysteme (AAI, VVI)
 Gruppe 2: Zweikammersysteme (VDD, DDD)

Referenzbereich: Laufzeit des SM-Aggregats¹ unter 4 Jahre
 Gruppe 1: Sentinel Event
 Gruppe 2: Sentinel Event

Laufzeit des SM-Aggregats¹ Summe über 6 Jahre
 Gruppe 1: $\geq 71,1\%$ (10%-Bundesperzentile)
 Gruppe 2: $\geq 43,5\%$ (10%-Bundesperzentile)

| | Krankenhaus 2005 | |
|--|------------------|----------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre | | |
| Vertrauensbereich | Sentinel Event | Sentinel Event |
| Referenzbereich | | |
| 4 bis 6 Jahre | | |
| 7 bis 8 Jahre | | |
| 9 bis 12 Jahre | | |
| über 12 Jahre | | |
| Summe | | |
| über 6 Jahre | | |
| Vertrauensbereich | $\geq 71,1\%$ | $\geq 43,5\%$ |
| Referenzbereich | | |

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

| | Gesamt 2005 | |
|--|--------------------|--------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Laufzeit des SM-Aggregats ¹ | | |
| unter 4 Jahre | 6 / 338 1,8% | 12 / 697 1,7% |
| Vertrauensbereich | 0,64% - 3,85% | 0,89% - 3,00% |
| Referenzbereich | Sentinel Event | Sentinel Event |
| 4 bis 6 Jahre | 28 / 338 8,3% | 177 / 697 25,4% |
| 7 bis 8 Jahre | 98 / 338 29,0% | 332 / 697 47,6% |
| 9 bis 12 Jahre | 158 / 338 46,7% | 164 / 697 23,5% |
| über 12 Jahre | 48 / 338 14,2% | 12 / 697 1,7% |
| Summe | 304 / 338 | 508 / 697 |
| über 6 Jahre | 89,9% | 72,9% |
| Vertrauensbereich | 86,22% - 92,94% | 69,42% - 76,15% |
| Referenzbereich | >= 71,1% | >= 43,5% |

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | |
|--|------------------|----------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Vertrauensbereich | | |
| Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2004 | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Vertrauensbereich | 1 / 251 0,4% 0,00% - 2,26% | 9 / 454 2,0% 0,90% - 3,75% |
| Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich | 221 / 251 88,0% 83,36% - 91,80% | 341 / 454 75,1% 70,86% - 79,02% |

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 90%

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|---|------------------|---|---|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Laufzeit des SM-Aggregats dokumentiert Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 1.067 / 1.155 92,4% 90,69% - 93,85% >= 90% | |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|---------------------------------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Laufzeit des SM-Aggregats dokumentiert Vertrauensbereich | | | 766 / 987 77,6% 74,88% - 80,18% | |

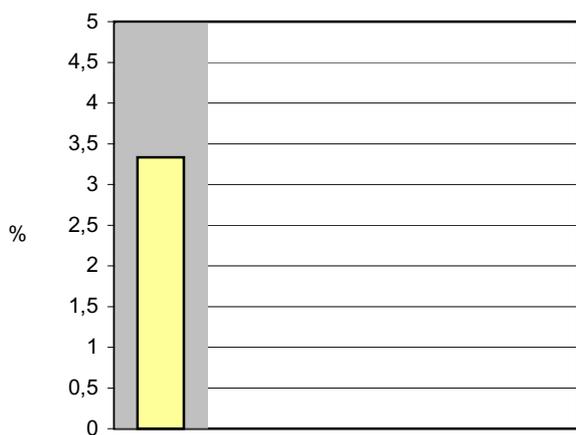
¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1a]:

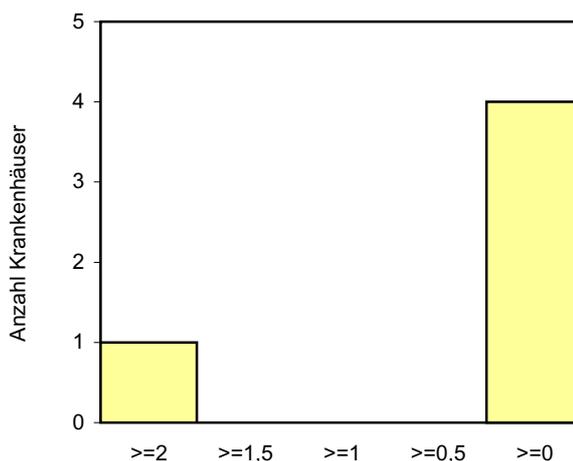
Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System
 6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 3,3%
 Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



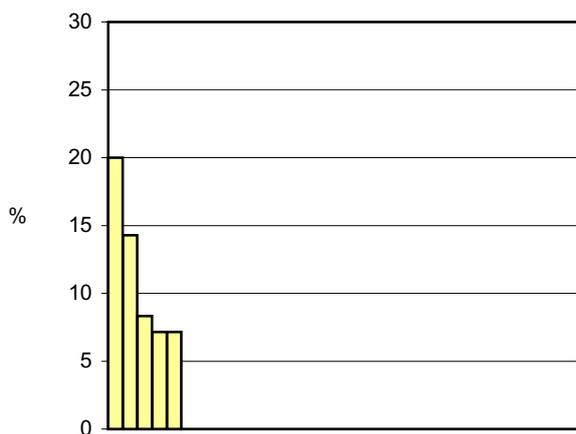
%

5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 20,0%
 Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

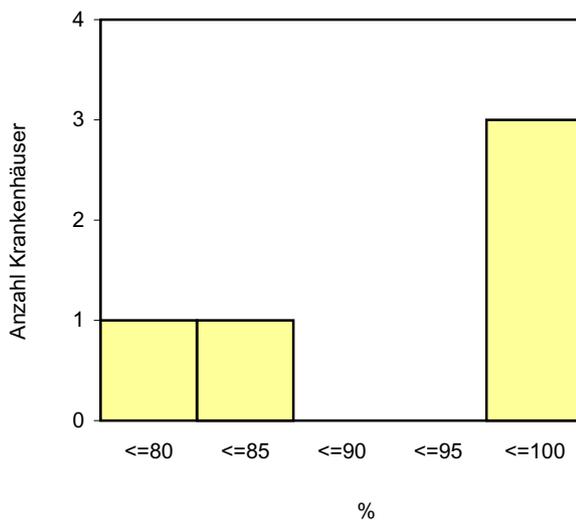
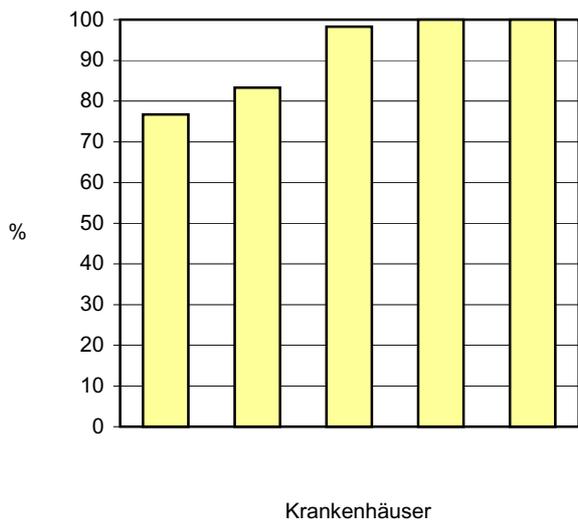
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System
 6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

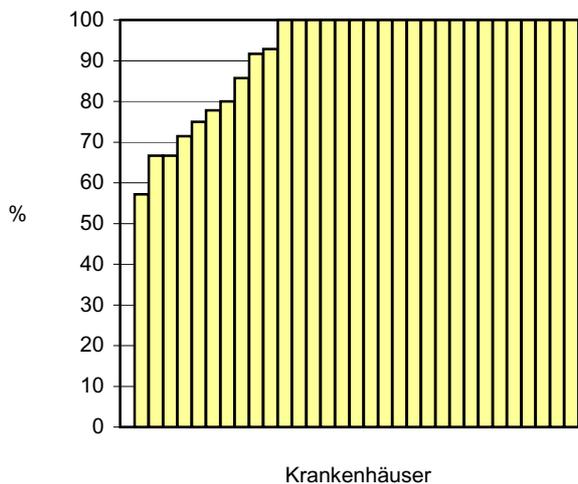
Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 76,7% - 100,0%
 Median der Krankenhäusergebnisse: 98,2%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhäusergebnisse: 100,0%



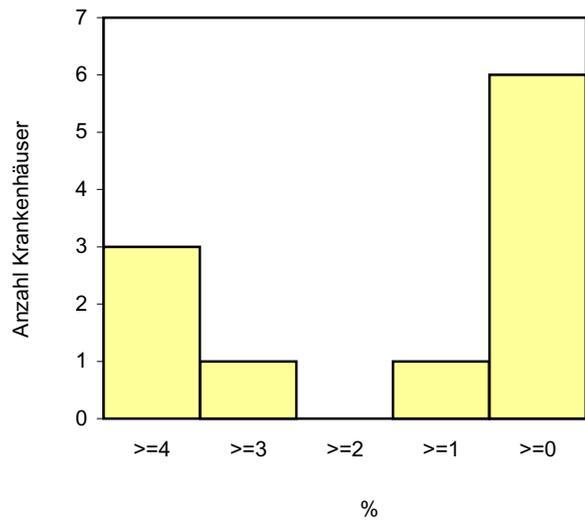
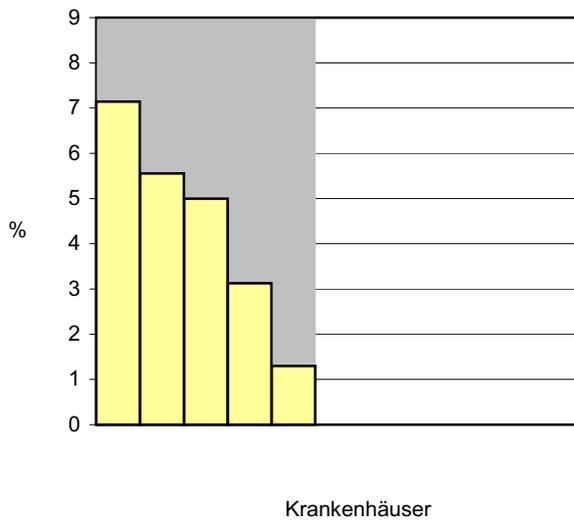
32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System
 3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

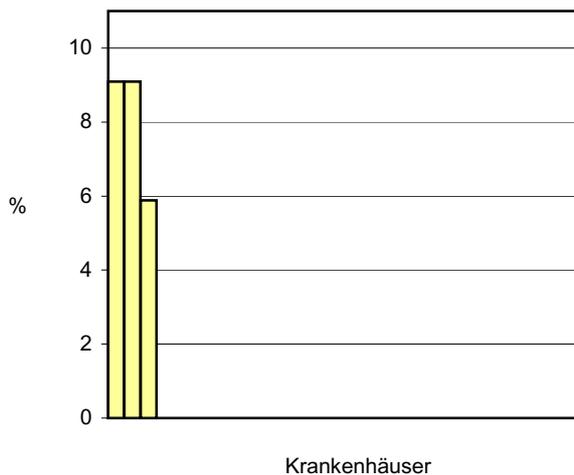
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



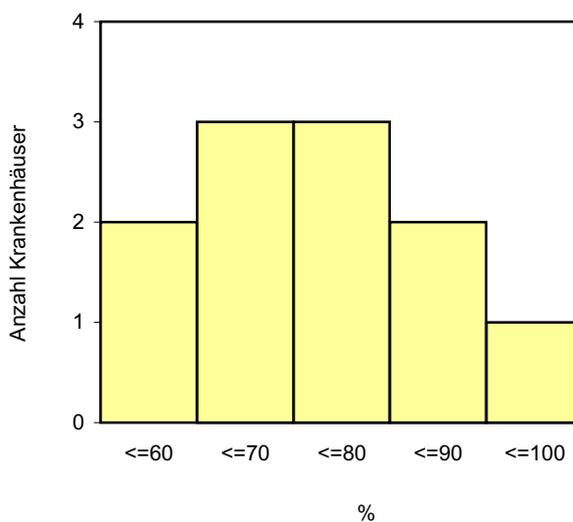
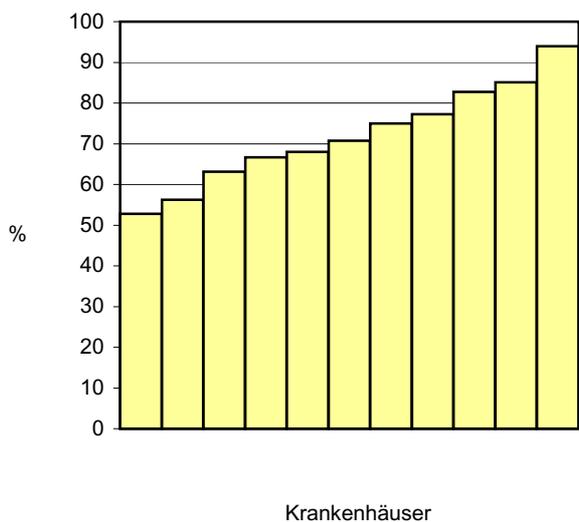
29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1d]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System
 3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

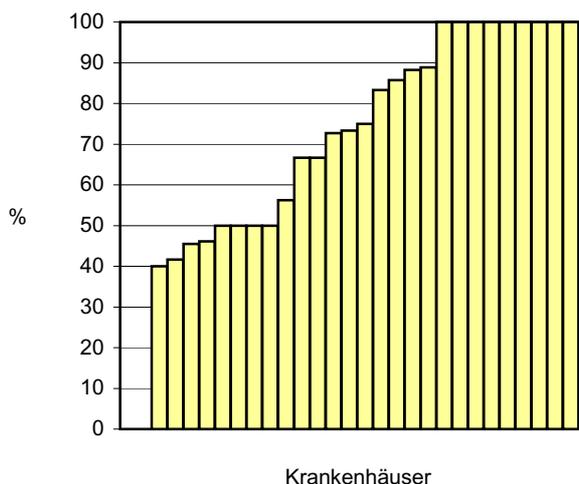
Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 52,8% - 93,9%
 Median der Krankenhauseergebnisse: 70,7%



11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

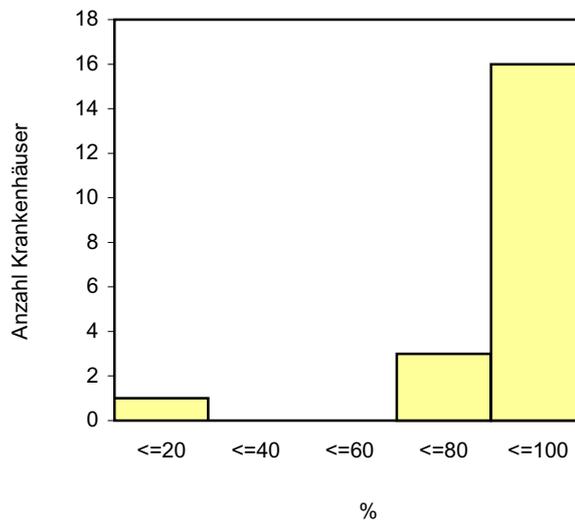
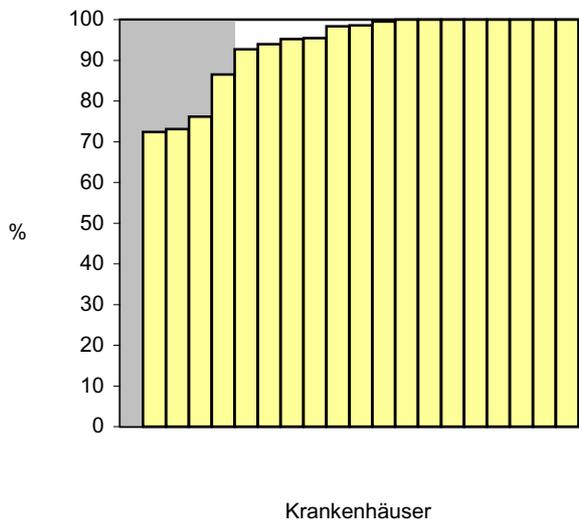
Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhauseergebnisse: 73,3%



29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

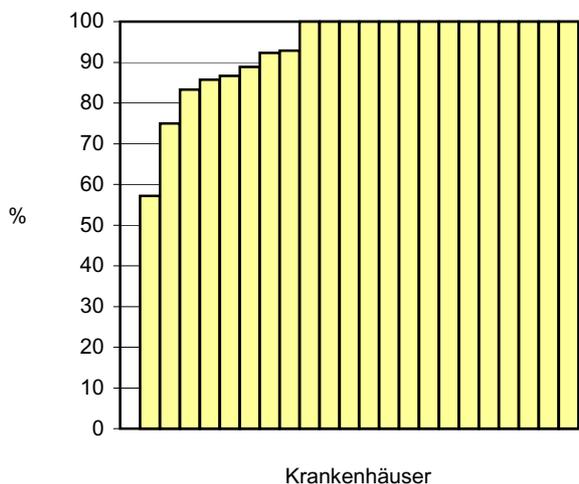
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1e]:
Anteil von Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 98,4%



20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer, um das Infektionsrisiko zu mindern

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer

Referenzbereich: >= 84,6% (5%-Bundesperzentile)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|---------------------------|------------------|----------|---------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eingriffsdauer bis 30 min | | | 615 / 1.155 | 53,2% |
| 30 bis 60 min | | | 500 / 1.155 | 43,3% |
| Summe <= 60 min | | | 1.115 / 1.155 | 96,5% |
| Vertrauensbereich | | | | 95,31% - 97,52% |
| Referenzbereich | | >= 84,6% | | >= 84,6% |
| > 60 min | | | 40 / 1.155 | 3,5% |
| Median (min) | | | 1.155 | 25,0 |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eingriffsdauer Summe <= 60 min | | | 920 / 987 | 93,2% |
| Vertrauensbereich | | | | 91,46% - 94,70% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

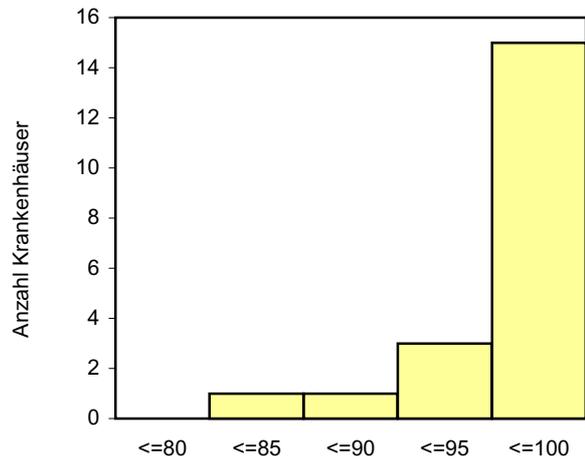
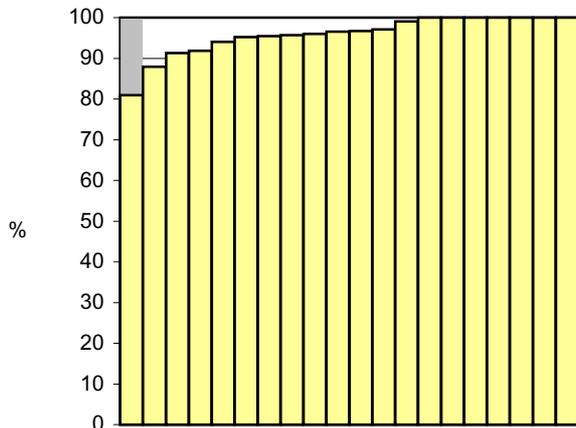
Anteil von Patienten mit Eingriffsdauer <= 60 min an allen Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,6%



Krankenhäuser

%

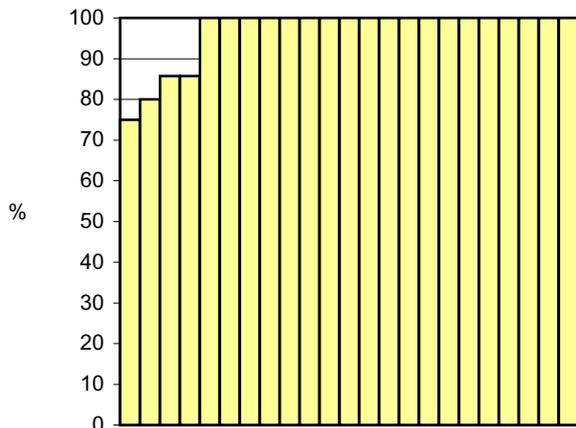
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenig perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

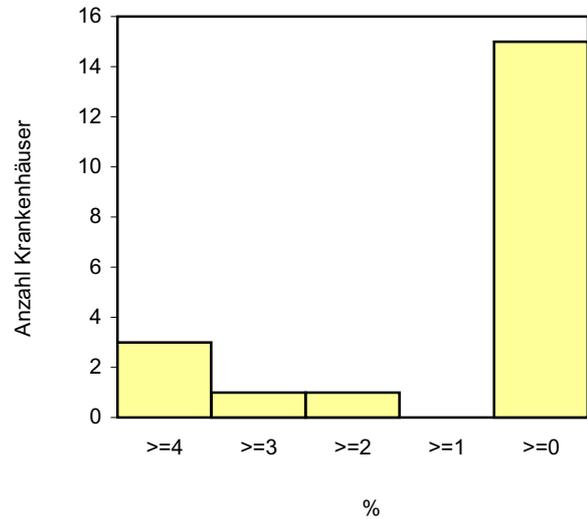
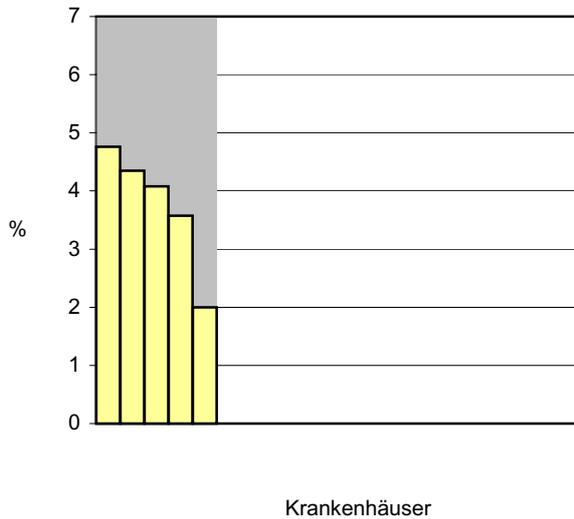
Referenzbereich: <= 1%

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|---|------------------|-------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation | | | 14 / 1.155 | 1,2% |
| Patienten mit Arrhythmien (Asystolie, Kammerflimmern oder Vorhofflimmern) | | | 4 / 1.155 | 0,3% |
| Asystolie | | | 2 / 1.155 | 0,2% |
| Kammerflimmern | | | 0 / 1.155 | 0,0% |
| Vorhofflimmern | | | 2 / 1.155 | 0,2% |
| Patienten mit chirurgischen Komplikationen | | | 8 / 1.155 | 0,7% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,30% - 1,37% |
| Referenzbereich | | <= 1% | | <= 1% |
| Taschenhämatom | | | 7 / 1.155 | 0,6% |
| Wundinfektion ohne erforderliche Revision | | | 0 / 1.155 | 0,0% |
| Wundinfektion mit erforderlicher Revision | | | 1 / 1.155 | 0,1% |
| Patienten mit Reanimation | | | 1 / 1.155 | 0,1% |
| Patienten mit Entlassungsgrund Tod | | | 1 / 1.155 | 0,1% |
| im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung | | | 0 / 1.155 | 0,0% |
| bei Herzschrittmacher- oder Sondendysfunktion | | | 0 / 1.155 | 0,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich | | | 6 / 987 | 0,6% 0,22% - 1,33% |

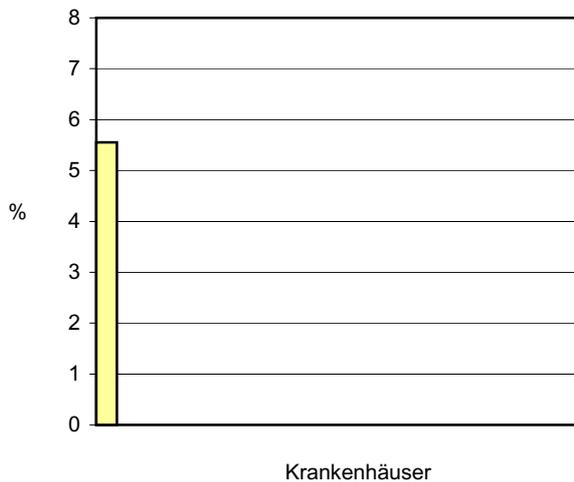
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,8%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,6%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 4: Reizschwellenbestimmung

| | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|
| Qualitätsziel: | Immer Bestimmung der Reizschwellen | |
| Grundgesamtheit: | Gruppe 1: | Alle Vorhofsonden (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern) |
| | Gruppe 2: | Alle Ventrikelsonden |
| Referenzbereich: | Gruppe 1: | >= 32,0% (5%-Bundesperzentile) |
| | Gruppe 2: | >= 29,4% (5%-Bundesperzentile) |

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|--|---|----------|---------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle |  | | 595 / 739 |  80,5% |
| Vertrauensbereich | | | | 77,47% - 83,31% |
| Referenzbereich | | >= 32,0% | | >= 32,0% |
| Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle |  | | 1.040 / 1.145 |  90,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 89,01% - 92,44% |
| Referenzbereich | | >= 29,4% | | >= 29,4% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|---|---|-------------|---|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle |  | | 439 / 579 |  75,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 72,12% - 79,26% |
| Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle |  | | 865 / 974 |  88,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 86,66% - 90,72% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a]:

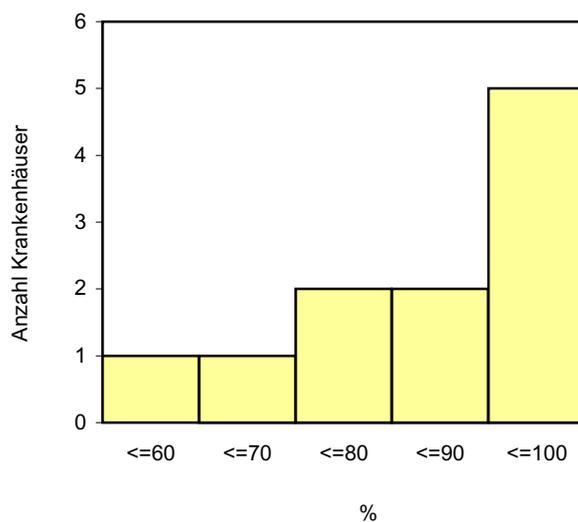
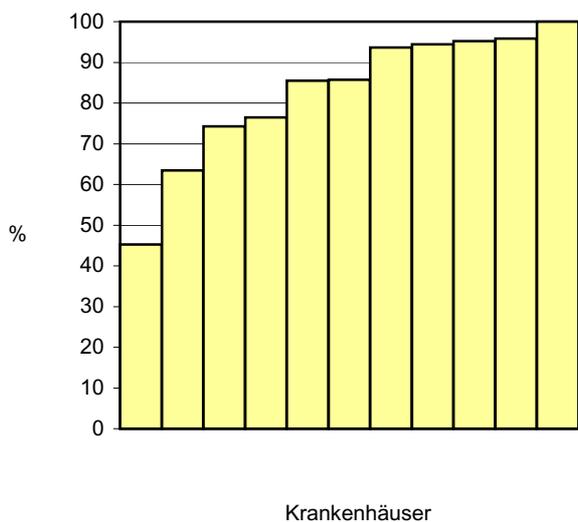
Anteil von Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle an allen Vorhofsonden ohne Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 45,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 85,7%



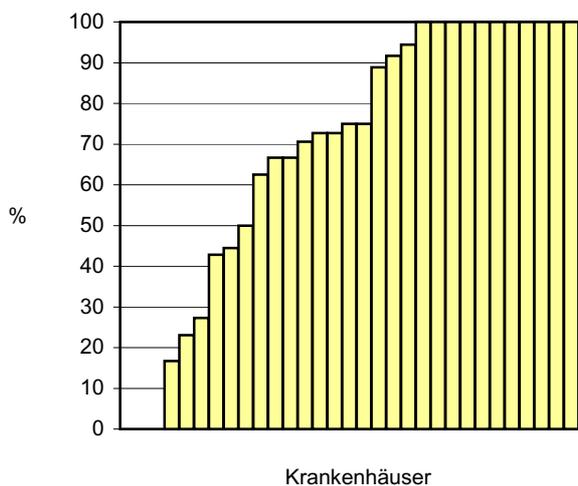
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b]:

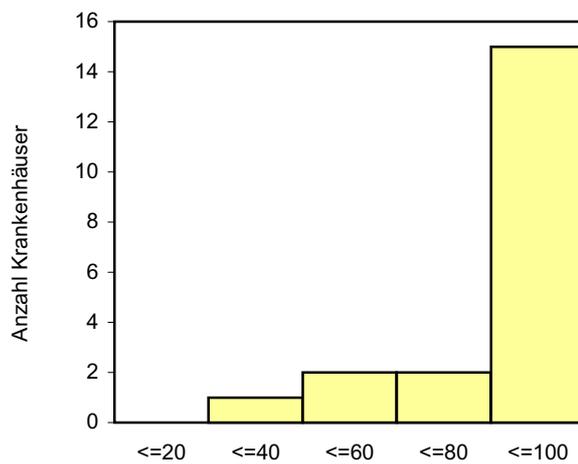
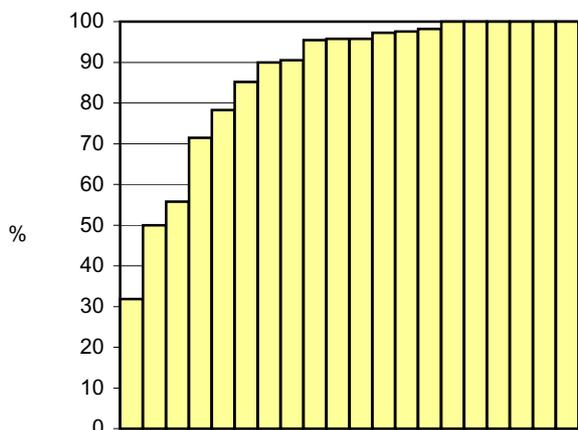
Anteil von Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle an allen Ventrikelsonden

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 31,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,8%



Krankenhäuser

%

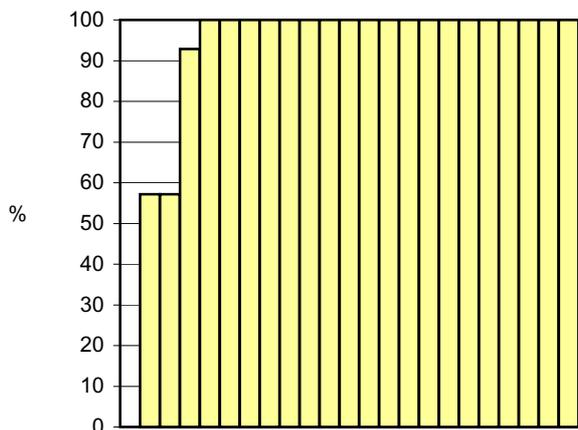
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: Amplitudenbestimmung

| | | |
|-------------------------|---------------------------------|---|
| Qualitätsziel: | Immer Bestimmung der Amplituden | |
| Grundgesamtheit: | Gruppe 1: | Alle Vorhofsonden |
| | Gruppe 2: | Alle Ventrikelsonden (Ausschluss: Patienten mit SM-Abhängigkeit) |
| Referenzbereich: | Gruppe 1: | >= 37,0% (5%-Bundesperzentile) |
| | Gruppe 2: | >= 35,0% (5%-Bundesperzentile) |

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|--|------------------|----------|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude | | | 652 / 763 | 85,5% |
| Vertrauensbereich | | | | 82,74% - 87,88% |
| Referenzbereich | | >= 37,0% | | >= 37,0% |
| Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude | | | 666 / 721 | 92,4% |
| Vertrauensbereich | | | | 90,18% - 94,20% |
| Referenzbereich | | >= 35,0% | | >= 35,0% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude | | | 491 / 605 | 81,2% |
| Vertrauensbereich | | | | 77,81% - 84,20% |
| Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude | | | 529 / 593 | 89,2% |
| Vertrauensbereich | | | | 86,42% - 91,59% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

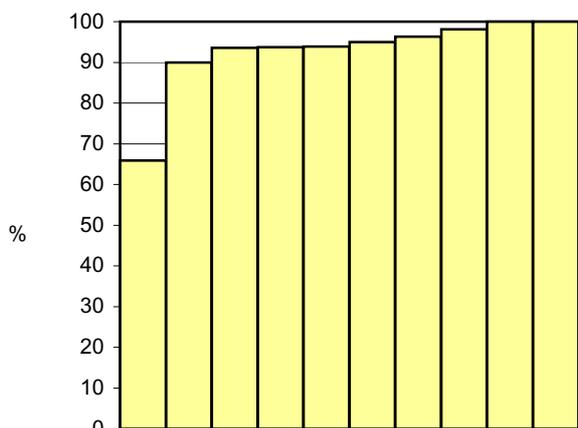
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen Ventrikelsonden ohne Patienten mit Schrittmacherabhängigkeit

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

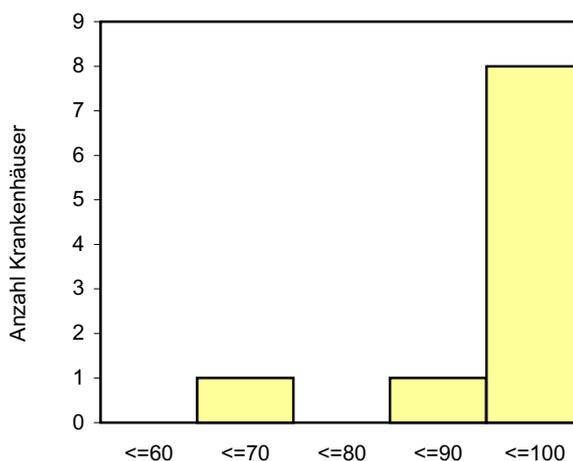
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 65,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,4%



Krankenhäuser



%

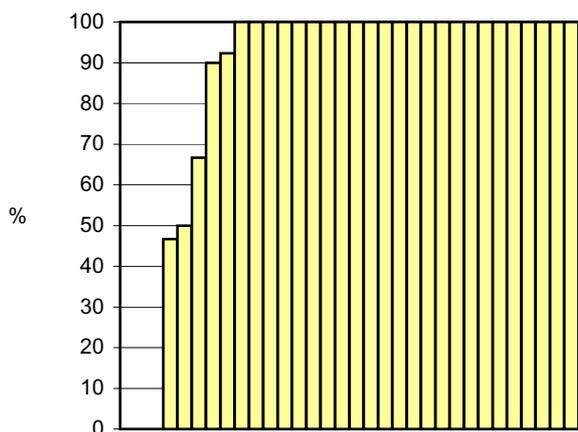
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2005 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 43
Auswertungsversion: 09. Mai 2006
Datensatzversion: 09/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 09. Mai 2006
Nr. Gesamt-3022
2005 - D4040-L28798-P16977

Basisdaten

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 219 | 19,0 | 270 | 27,4 |
| 2. Quartal | | | 341 | 29,5 | 247 | 25,0 |
| 3. Quartal | | | 277 | 24,0 | 216 | 21,9 |
| 4. Quartal | | | 318 | 27,5 | 254 | 25,7 |
| Gesamt | | | 1.155 | | 987 | |

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

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|-----------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Versorgungsart | | | | | | |
| stationär | | | 1.152 | 99,7 | 976 | 98,9 |
| teilstationär | | | 1 | 0,1 | 8 | 0,8 |
| ambulant | | | 2 | 0,2 | 3 | 0,3 |

Behandlungszeiten

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|--|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | | Anzahl | | Anzahl | |
| Postoperative Verweildauer (Tage) | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben | | | 1.155 | | 987 | |
| Median | | | | 3,0 | | 3,0 |
| Mittelwert | | | | 4,1 | | 4,4 |

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

| Bezug der Texte: Gesamt 2005 | | |
|------------------------------|----------|---|
| 1 | 5-378.52 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem |
| 2 | 5-378.51 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem |
| 3 | 5-378.50 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez. |
| 4 | 5-378.53 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Dreikammersystem |
| 5 | 5-983 | Reoperation |

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2005 | | | Gesamt 2005 | | | Gesamt 2004 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ | OPS | Anzahl | % ³ |
| 1 | | | | 5-378.52 | 717 | 62,1 | 5-378.52 | 558 | 56,5 |
| 2 | | | | 5-378.51 | 385 | 33,3 | 5-378.51 | 372 | 37,7 |
| 3 | | | | 5-378.50 | 29 | 2,5 | 5-378.50 | 38 | 3,9 |
| 4 | | | | 5-378.53 | 24 | 2,1 | 5-983 | 22 | 2,2 |
| 5 | | | | 5-983 | 9 | 0,8 | 5-378.53 | 15 | 1,5 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie im Anhang zur Basisauswertung.

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2005

| | | |
|---|--------|---|
| 1 | Z45.0 | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators |
| 2 | I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades |
| 3 | I49.5 | Sick-Sinus-Syndrom |
| 4 | I48.11 | Vorhofflimmern: Chronisch |
| 5 | T82.1 | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät |
| 6 | Z95.0 | Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators |
| 7 | I10.00 | Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| 8 | E11.90 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2005 | | | Gesamt 2005 | | | Gesamt 2004 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | ICD | Anzahl | % ² | ICD | Anzahl | % ² | ICD | Anzahl | % ² |
| 1 | | | | Z45.0 | 776 | 67,2 | Z45.0 | 439 | 44,5 |
| 2 | | | | I44.2 | 232 | 20,1 | T82.1 | 226 | 22,9 |
| 3 | | | | I49.5 | 201 | 17,4 | I44.2 | 162 | 16,4 |
| 4 | | | | I48.11 | 174 | 15,1 | I49.5 | 142 | 14,4 |
| 5 | | | | T82.1 | 157 | 13,6 | I48.11 | 115 | 11,7 |
| 6 | | | | Z95.0 | 110 | 9,5 | Z95.0 | 69 | 7,0 |
| 7 | | | | I10.00 | 105 | 9,1 | I10.00 | 52 | 5,3 |
| 8 | | | | E11.90 | 83 | 7,2 | E11.90 | 44 | 4,5 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|---------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Altersverteilung (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 1.155 / 1.155 | | 987 / 987 | |
| < 20 Jahre | | | 4 / 1.155 | 0,3 | 3 / 987 | 0,3 |
| 20 - 39 Jahre | | | 9 / 1.155 | 0,8 | 7 / 987 | 0,7 |
| 40 - 59 Jahre | | | 44 / 1.155 | 3,8 | 30 / 987 | 3,0 |
| 60 - 79 Jahre | | | 523 / 1.155 | 45,3 | 474 / 987 | 48,0 |
| >= 80 Jahre | | | 575 / 1.155 | 49,8 | 473 / 987 | 47,9 |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 1.155 | | 987 | |
| Median | | | | 79,0 | | 79,0 |
| Mittelwert | | | | 77,7 | | 77,4 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 524 | 45,4 | 442 | 44,8 |
| weiblich | | | 631 | 54,6 | 545 | 55,2 |

Präoperative Diagnostik

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Schrittmacherabhängigkeit (Asystolie von mindestens 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min) | | | 422 | 36,5 | 388 | 39,3 |

Indikation zum Aggregatwechsel

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Batterieerschöpfung | | | | | | |
| regulär | | | 1.127 | 97,6 | 963 | 97,6 |
| vorzeitig, vor Ablauf der Garantiezeit | | | 11 | 1,0 | 24 | 2,4 |
| vermutete Schrittmacher- fehlfunktion¹ | | | 6 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf¹ | | | 8 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| Systemumwandlung¹ | | | | | | |
| zwischen SM-Systemen | | | 34 | 2,9 | 0 | 0,0 |
| vom SM zum Defibrillator (ICD) | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Pektoraliszucken¹ | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Taschenhämatom¹ | | | 6 | 0,5 | 0 | 0,0 |
| Infektion¹ | | | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| anderes Taschenproblem¹ | | | 14 | 1,2 | 0 | 0,0 |
| Aggregatperforation¹ | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| sonstige Indikation¹ | | | 12 | 1,0 | 0 | 0,0 |

¹ Datenfelder 2004 noch nicht in Datensatz

Operation

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|----------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anästhesie | | | | | | |
| Lokalanästhesie | | | 1.136 | 98,4 | 945 | 95,7 |
| Allgemeinanästhesie | | | 19 | 1,6 | 42 | 4,3 |
| Dauer des Eingriffs | | | | | | |
| Schnitt-Nahtzeit (min) | | | | | | |
| gültige Angaben | | | 1.155 | | 987 | |
| Median | | | | 25,0 | | 25,0 |
| Mittelwert | | | | 30,0 | | 31,0 |

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|---------------|-------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Implantiertes Schrittmacher-System | | | | | | |
| gültige Angaben | | | 1.155 | 100,0 | 985 | 99,8 |
| Ein-Kammer-System | | | | | | |
| VVI | | | 383 / 1.155 | 33,2 | 372 / 985 | 37,8 |
| AAI | | | 32 / 1.155 | 2,8 | 19 / 985 | 1,9 |
| Zwei-Kammer-System | | | | | | |
| DDD | | | 661 / 1.155 | 57,2 | 523 / 985 | 53,1 |
| VDD | | | 56 / 1.155 | 4,8 | 59 / 985 | 6,0 |
| Sonstiges System | | | | | | |
| biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde | | | 22 / 1.155 | 1,9 | 7 / 985 | 0,7 |
| biventrikuläres System ohne Vorhofsonde | | | 0 / 1.155 | 0,0 | 0 / 985 | 0,0 |
| Sonstiges | | | 1 / 1.155 | 0,1 | 5 / 985 | 0,5 |
| Frequenzvariabel | | | 1.037 / 1.155 | 89,8 | 817 / 987 | 82,8 |
| Sonstige | | | | | | |
| nein | | | 1.038 / 1.155 | 89,9 | 931 / 987 | 94,3 |
| prophylaktische antitachykarde Funktion | | | 72 / 1.155 | 6,2 | 24 / 987 | 2,4 |
| therapeutische antitachykarde Funktion | | | 19 / 1.155 | 1,6 | 14 / 987 | 1,4 |
| beides | | | 19 / 1.155 | 1,6 | 8 / 987 | 0,8 |
| Sonstige | | | 7 / 1.155 | 0,6 | 10 / 987 | 1,0 |

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Belassene Schrittmacher-Sonden | | | | | | |
| Vorhof | | | | | | |
| Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 561 | | 419 | |
| Median | | | | 0,9 | | 0,9 |
| Mittelwert | | | | 1,0 | | 1,0 |
| nicht gemessen | | | 146 / 740 | 19,7 | 140 / 578 | 24,2 |
| <= 1,5 V | | | 498 / 561 | 88,8 | 369 / 417 | 88,5 |
| > 1,5 - 2,5 V | | | 57 / 561 | 10,2 | 45 / 417 | 10,8 |
| > 2,5 V | | | 6 / 561 | 1,1 | 3 / 417 | 0,7 |
| (Patienten ohne perioperatives Vorhofflimmern) | | | | | | |
| P-Wellen-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 632 | | 480 | |
| Median | | | | 2,9 | | 2,8 |
| Mittelwert | | | | 3,1 | | 3,1 |
| nicht gemessen | | | 111 / 762 | 14,6 | 114 / 601 | 19,0 |
| < 1,5 mV | | | 89 / 600 | 14,8 | 56 / 446 | 12,6 |
| 1,5 - 3,0 mV | | | 232 / 600 | 38,7 | 200 / 446 | 44,8 |
| > 3,0 mV | | | 279 / 600 | 46,5 | 190 / 446 | 42,6 |
| (ohne VDD-Sonden) | | | | | | |

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Ventrikel | | | | | | |
| Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 1.018 | | 859 | |
| Median | | | | 0,8 | | 0,8 |
| Mittelwert | | | | 0,9 | | 0,9 |
| nicht gemessen | | | 104 / 1.123 | 9,3 | 109 / 968 | 11,3 |
| <= 1,2 V | | | 861 / 1.018 | 84,6 | 704 / 859 | 82,0 |
| > 1,2 - 2,5 V | | | 148 / 1.018 | 14,5 | 148 / 859 | 17,2 |
| > 2,5 V | | | 9 / 1.018 | 0,9 | 7 / 859 | 0,8 |
| R-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 849 | | 736 | |
| Median | | | | 12,0 | | 12,0 |
| Mittelwert | | | | 12,6 | | 13,1 |
| nicht gemessen | | | 170 / 1.123 | 15,1 | 178 / 968 | 18,4 |
| < 4,0 mV | | | 13 / 647 | 2,0 | 6 / 518 | 1,2 |
| 4,0 - 8,0 mV | | | 131 / 647 | 20,2 | 113 / 518 | 21,8 |
| > 8,0 mV (ohne Patienten mit Schrittmacherabhängigkeit) | | | 503 / 647 | 77,7 | 399 / 518 | 77,0 |

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Bei System mit zwei Vorhofsonden | | | | | | |
| Vorhof (2. Sonde) | | | | | | |
| Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 1 | | 4 | |
| Median | | | | 2,4 | | 1,8 |
| Mittelwert | | | | 2,4 | | 1,9 |
| nicht gemessen | | | 0 / 1 | 0,0 | 0 / 4 | 0,0 |
| <= 1,5 V | | | 0 / 1 | 0,0 | 0 / 3 | 0,0 |
| > 1,5 bis 2,5 V | | | 1 / 1 | 100,0 | 3 / 3 | 100,0 |
| > 2,5 V | | | 0 / 1 | 0,0 | 0 / 3 | 0,0 |
| (Patienten ohne peri-operatives Vorhofflimmern) | | | | | | |
| P-Wellen-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 1 | | 4 | |
| Median | | | | 2,7 | | 1,3 |
| Mittelwert | | | | 2,7 | | 2,3 |
| nicht gemessen | | | 0 / 1 | 0,0 | 0 / 4 | 0,0 |
| < 1,5 mV | | | 0 / 1 | 0,0 | 2 / 4 | 50,0 |
| 1,5 - 3,0 mV | | | 1 / 1 | 100,0 | 1 / 4 | 25,0 |
| > 3,0 mV (ohne VDD-Sonden) | | | 0 / 1 | 0,0 | 1 / 4 | 25,0 |

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Bei System mit zwei Ventrikelsonden | | | | | | |
| Ventrikel (2. Sonde) | | | | | | |
| Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 21 | | 6 | |
| Median | | | | 1,8 | | 1,4 |
| Mittelwert | | | | 2,0 | | 1,5 |
| nicht gemessen | | | 1 / 22 | 4,5 | 0 / 6 | 0,0 |
| <= 1,2 V | | | 6 / 21 | 28,6 | 3 / 6 | 50,0 |
| > 1,2 bis 2,5 V | | | 10 / 21 | 47,6 | 3 / 6 | 50,0 |
| > 2,5 V | | | 5 / 21 | 23,8 | 0 / 6 | 0,0 |
| R-Amplitude (mV) | | | | | | |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe | | | 14 | | 4 | |
| Median | | | | 10,4 | | 11,5 |
| Mittelwert | | | | 9,6 | | 13,2 |
| nicht gemessen | | | 2 / 21 | 9,5 | 1 / 6 | 16,7 |
| < 4,0 mV | | | 0 / 11 | 0,0 | 0 / 4 | 0,0 |
| 4,0 - 8,0 mV | | | 5 / 11 | 45,5 | 1 / 4 | 25,0 |
| > 8,0 mV | | | 6 / 11 | 54,5 | 3 / 4 | 75,0 |
| (ohne Patienten mit Schrittmacherabhängigkeit) | | | | | | |

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Explantiertes Schrittmacher-System | | | | | | |
| gültige Angaben | | | 1.155 | 100,0 | 839 | 85,0 |
| Ein-Kammer-System | | | | | | |
| VVI | | | 326 / 1.155 | 28,2 | 285 / 839 | 34,0 |
| AAI | | | 39 / 1.155 | 3,4 | 17 / 839 | 2,0 |
| Zwei-Kammer-System | | | | | | |
| DDD | | | 688 / 1.155 | 59,6 | 470 / 839 | 56,0 |
| VDD | | | 70 / 1.155 | 6,1 | 58 / 839 | 6,9 |
| Sonstiges System | | | | | | |
| biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde | | | 22 / 1.155 | 1,9 | 5 / 839 | 0,6 |
| biventrikuläres System ohne Vorhofsonde | | | 0 / 1.155 | 0,0 | 0 / 839 | 0,0 |
| Sonstiges | | | 10 / 1.155 | 0,9 | 4 / 839 | 0,5 |
| Frequenzvariabel | | | 534 / 1.155 | 46,2 | 436 / 987 | 44,2 |
| Sonstige | | | | | | |
| prophylaktische antitachykarde Funktion | | | 24 / 1.155 | 2,1 | 15 / 987 | 1,5 |
| therapeutische antitachykarde Funktion | | | 17 / 1.155 | 1,5 | 10 / 987 | 1,0 |
| beides | | | 18 / 1.155 | 1,6 | 10 / 987 | 1,0 |
| Sonstige | | | 5 / 1.155 | 0,4 | 7 / 987 | 0,7 |
| Explantiertes Schrittmacher-Aggregat | | | | | | |
| Abstand Implantationsdatum und Entlassquartal (Jahre) | | | | | | |
| gültige Angaben | | | 1.067 | | 766 | |
| Median | | | | 8,0 | | 8,0 |
| Mittelwert | | | | 8,1 | | 8,2 |
| Jahr der Implantation nicht bekannt | | | 88 / 1.155 | 7,6 | 221 / 987 | 22,4 |

Perioperative Komplikationen

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Perioperative Komplikationen | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation | | | 14 | 1,2 | 12 | 1,2 |
| Asystolie | | | 2 | 0,2 | 1 | 0,1 |
| Kammerflimmern | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 |
| Vorhofflimmern | | | 2 | 0,2 | 3 | 0,3 |
| Taschenhämatom | | | 7 | 0,6 | 5 | 0,5 |
| Wundinfektion | | | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| Wundinfektion mit erforderlicher Revision | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| Sonstige | | | 3 | 0,3 | 1 | 0,1 |
| Reanimation erforderlich | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |

Entlassung

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Anzahl importierter Datensätze | | | 1.155 | 100,0 | 987 | 100,0 |
| Stimulationsart bei Abschlusskontrolle | | | | | | |
| NBG-Code | | | | | | |
| AAI | | | | | | |
| davon Frequenzadaptation | | | 34 / 1.155 | 2,9 | 18 / 987 | 1,8 |
| keine | | | 12 / 34 | 35,3 | 4 / 18 | 22,2 |
| Frequenzadaptation | | | 22 / 34 | 64,7 | 14 / 18 | 77,8 |
| Multifokale Stimulation | | | | | | |
| Anzahl vorhandener Angaben | | | 22 / 34 | 64,7 | 14 / 18 | 77,8 |
| davon | | | | | | |
| keine | | | 21 / 22 | 95,5 | 14 / 14 | 100,0 |
| Atrium | | | 1 / 22 | 4,5 | 0 / 14 | 0,0 |
| Ventrikel | | | 0 / 22 | 0,0 | 0 / 14 | 0,0 |
| doppelt (A + V) | | | 0 / 22 | 0,0 | 0 / 14 | 0,0 |
| VVI | | | | | | |
| davon Frequenzadaptation | | | 403 / 1.155 | 34,9 | 376 / 987 | 38,1 |
| keine | | | 179 / 403 | 44,4 | 191 / 376 | 50,8 |
| Frequenzadaptation | | | 224 / 403 | 55,6 | 185 / 376 | 49,2 |
| Multifokale Stimulation | | | | | | |
| Anzahl vorhandener Angaben | | | 272 / 403 | 67,5 | 228 / 376 | 60,6 |
| davon | | | | | | |
| keine | | | 263 / 272 | 96,7 | 217 / 228 | 95,2 |
| Atrium | | | 0 / 272 | 0,0 | 1 / 228 | 0,4 |
| Ventrikel | | | 9 / 272 | 3,3 | 10 / 228 | 4,4 |
| doppelt (A + V) | | | 0 / 272 | 0,0 | 0 / 228 | 0,0 |

Entlassung (Fortsetzung)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|----------------------------|------------------|---|-------------|-------|-------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| VDD | | | | | | |
| davon Frequenzadaptation | | | 58 / 1.155 | 5,0 | 59 / 987 | 6,0 |
| keine | | | 32 / 58 | 55,2 | 31 / 59 | 52,5 |
| Frequenzadaptation | | | 26 / 58 | 44,8 | 28 / 59 | 47,5 |
| Multifokale Stimulation | | | | | | |
| Anzahl vorhandener Angaben | | | 47 / 58 | 81,0 | 41 / 59 | 69,5 |
| davon | | | | | | |
| keine | | | 47 / 47 | 100,0 | 41 / 41 | 100,0 |
| Atrium | | | 0 / 47 | 0,0 | 0 / 41 | 0,0 |
| Ventrikel | | | 0 / 47 | 0,0 | 0 / 41 | 0,0 |
| doppelt (A + V) | | | 0 / 47 | 0,0 | 0 / 41 | 0,0 |
| DDD | | | | | | |
| davon Frequenzadaptation | | | 604 / 1.155 | 52,3 | 502 / 987 | 50,9 |
| keine | | | 311 / 604 | 51,5 | 278 / 502 | 55,4 |
| Frequenzadaptation | | | 293 / 604 | 48,5 | 224 / 502 | 44,6 |
| Multifokale Stimulation | | | | | | |
| Anzahl vorhandener Angaben | | | 405 / 604 | 67,1 | 334 / 502 | 66,5 |
| davon | | | | | | |
| keine | | | 384 / 405 | 94,8 | 318 / 334 | 95,2 |
| Atrium | | | 2 / 405 | 0,5 | 3 / 334 | 0,9 |
| Ventrikel | | | 7 / 405 | 1,7 | 3 / 334 | 0,9 |
| doppelt (A + V) | | | 12 / 405 | 3,0 | 10 / 334 | 3,0 |
| DDI | | | | | | |
| davon Frequenzadaptation | | | 41 / 1.155 | 3,5 | 22 / 987 | 2,2 |
| keine | | | 21 / 41 | 51,2 | 10 / 22 | 45,5 |
| Frequenzadaptation | | | 20 / 41 | 48,8 | 12 / 22 | 54,5 |
| Multifokale Stimulation | | | | | | |
| Anzahl vorhandener Angaben | | | 22 / 41 | 53,7 | 20 / 22 | 90,9 |
| davon | | | | | | |
| keine | | | 21 / 22 | 95,5 | 20 / 20 | 100,0 |
| Atrium | | | 0 / 22 | 0,0 | 0 / 20 | 0,0 |
| Ventrikel | | | 0 / 22 | 0,0 | 0 / 20 | 0,0 |
| doppelt (A + V) | | | 1 / 22 | 4,5 | 0 / 20 | 0,0 |

Entlassung (Fortsetzung)

| Entlassungsgrund ¹ | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | | | 1.091 | 94,5 | 954 | 96,7 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 40 | 3,5 | 15 | 1,5 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 3 | 0,3 | 0 | 0,0 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 06: Verlegung | | | 5 | 0,4 | 3 | 0,3 |
| 07: Tod | | | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 08: Verlegung nach § 14 | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 2 | 0,2 | 1 | 0,1 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 12 | 1,0 | 10 | 1,0 |
| 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 | 1 | 0,1 |
| 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 | | | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG) | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18: Rückverlegung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 21: Wiederaufnahme | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung ² | | | 0 / 1.155 | 0,0 | 0 / 986 | 0,0 |
| Tod bei Schrittmacher- oder Sondendysfunktion ² | | | 0 / 1.155 | 0,0 | 0 / 985 | 0,0 |
| Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten) | | | 0 / 1 | 0,0 | 0 / 1 | 0,0 |

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt- bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG- Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | |

² 2004: Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Anhang: OPS Version 2005

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 5-378.50 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez. | | | 29 / 1.155 | 2,5 | 38 / 987 | 3,9 |
| 5-378.51 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem | | | 385 / 1.155 | 33,3 | 372 / 987 | 37,7 |
| 5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem | | | 717 / 1.155 | 62,1 | 558 / 987 | 56,5 |
| 5-378.53 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Dreikammersystem | | | 24 / 1.155 | 2,1 | 15 / 987 | 1,5 |
| 5-378.58 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem | | | 0 / 1.155 | 0,0 | 2 / 987 | 0,2 |
| 5-378.59 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem | | | 2 / 1.155 | 0,2 | 2 / 987 | 0,2 |

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

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. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

| | |
|----------------------------------|---|
| Qualitätsindikator: | Postoperative Wundinfektionen |
| Kennzahl zum Qualitätsindikator: | Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten |
| Krankenhauswert: | 10,0% |
| Vertrauensbereich: | 8,2 - 11,8% |

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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 $\leq 15\%$ definiert, d.h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Landesdatenpools 2005.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl 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".

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Jahresauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

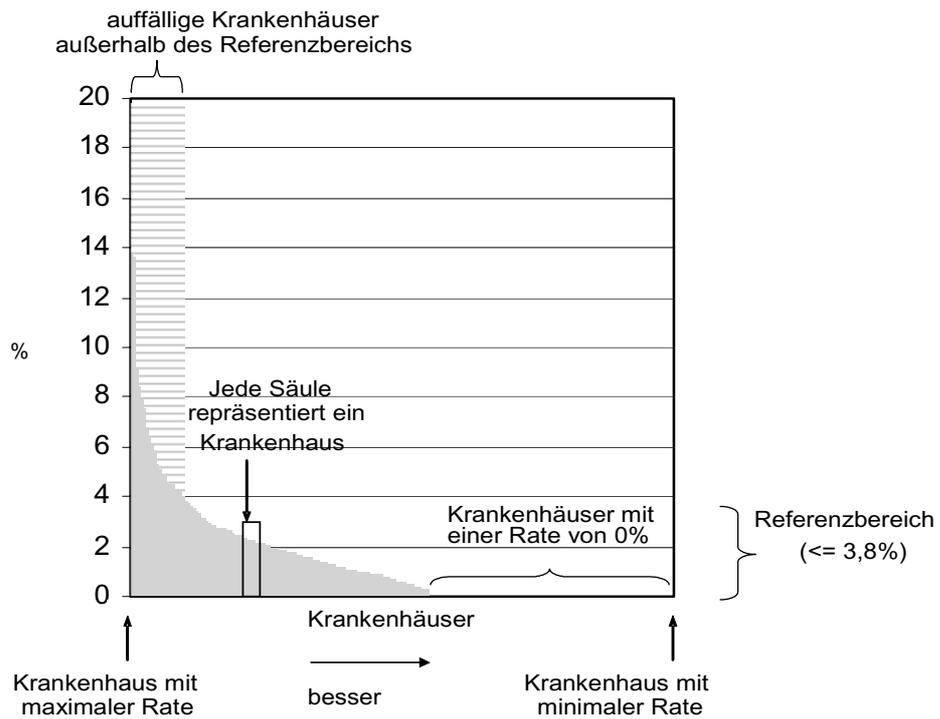
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

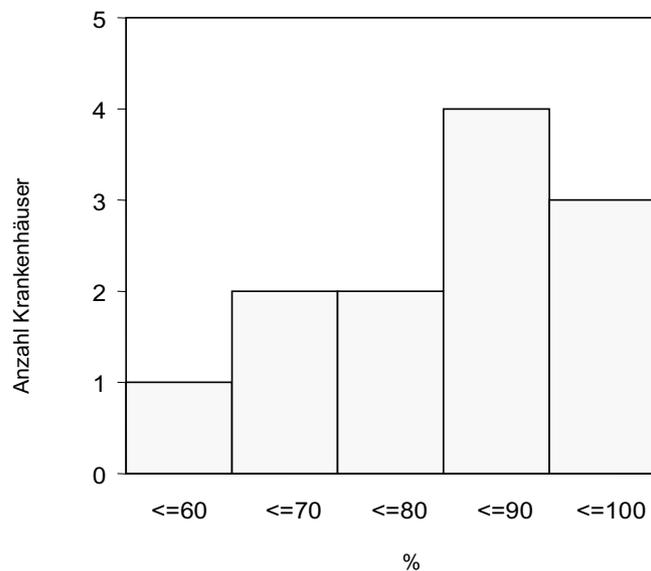
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

| Klasse | $\leq 60\%$ | $60\% - 70\%$ | $70\% - 80\%$ | $80\% - 90\%$ | $90\% - 100\%$ |
|---|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse | 1 | 2 | 3 | 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. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

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.

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil 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.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

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 der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.