

Jahresauswertung 2007 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.371
Datensatzversion: 09/2 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6350-L48731-P22844

Jahresauswertung 2007 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.371
Datensatzversion: 09/2 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6350-L48731-P22844

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats					
AAI oder VVI: unter 4 Jahre			1,3%	Sentinel Event	1.1
AAI oder VVI: über 6 Jahre			86,8%	>= 75%	1.1
VDD oder DDD: unter 4 Jahre			1,7%	Sentinel Event	1.1
VDD oder DDD: über 6 Jahre			73,5%	>= 50%	1.1
Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit			97,2%	>= 90%	1.12
QI 2: Eingriffsdauer			97,4%	>= 80%	1.14
QI 3: Perioperative Komplikationen					
chirurgische Komplikationen			0,1%	<= 1%	1.16
QI 4: Reizschwellenbestimmung					
Vorhofsonden			88,9%	>= 39,5%	1.24
Ventrikelsonden			93,5%	>= 47,6%	1.24
QI 5: Amplitudenbestimmung					
Vorhofsonden			90,4%	>= 45,0%	1.27
Ventrikelsonden			94,9%	>= 44,4%	1.27

Qualitätsindikator 1: Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Qualitätsziel: Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum
 Gruppe 1: Einkammersysteme (AAI, VVI)
 Gruppe 2: Zweikammersysteme (VDD, DDD)

Kennzahl-ID: Laufzeit des SM-Aggregats¹ unter 4 Jahre
 Gruppe 1: 2007/09n2-HSM-AGGW/11025
 Gruppe 2: 2007/09n2-HSM-AGGW/11026

Laufzeit des SM-Aggregats¹ über 6 Jahre
 Gruppe 1: 2007/09n2-HSM-AGGW/36069
 Gruppe 2: 2007/09n2-HSM-AGGW/36070

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

Laufzeit des SM-Aggregats¹ über 6 Jahre
 Gruppe 1: >= 75% (Toleranzbereich)
 Gruppe 2: >= 50% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Vertrauensbereich Referenzbereich	 Sentinel Event	 Sentinel Event
4 bis 6 Jahre		
7 bis 8 Jahre		
9 bis 12 Jahre		
über 12 Jahre		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 75%	 >= 50%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

	Gesamt 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre	6 / 476 1,3%	14 / 830 1,7%
Vertrauensbereich	0,5% - 2,7%	0,9% - 2,8%
Referenzbereich	Sentinel Event	Sentinel Event
4 bis 6 Jahre	57 / 476 12,0%	206 / 830 24,8%
7 bis 8 Jahre	203 / 476 42,6%	393 / 830 47,3%
9 bis 12 Jahre	172 / 476 36,1%	199 / 830 24,0%
über 12 Jahre	38 / 476 8,0%	18 / 830 2,2%
Summe	413 / 476	610 / 830
über 6 Jahre	86,8%	73,5%
Vertrauensbereich	83,4% - 89,7%	70,3% - 76,5%
Referenzbereich	>= 75%	>= 50%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Vertrauensbereich		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Vertrauensbereich	7 / 394 1,8% 0,7% - 3,6%	15 / 742 2,0% 1,1% - 3,3%
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich	343 / 394 87,1% 83,3% - 90,2%	553 / 742 74,5% 71,2% - 77,6%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Laufzeiten nach Herstellern differenziert

Einkammersysteme (VVI, AAI) bei Patienten mit bekanntem Implantationsdatum	Krankenhaus 2007							
			Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre		
	Hersteller	N	Anteil ¹	N	Anteil ²	N	Anteil ²	
01 Biotronik								
02 Cook								
03 CPI/Guidant								
04 ELA Medical								
05 Implantronik								
06 Intermedics/Guidant								
07 Medtronic								
08 Osypka								
09 Sorin Biomedica								
10 Pacesetter/St. Jude Medical								
11 Vitatron								
12 Siemens/St. Jude Medical								
13 Teletronics/St. Jude Medical								
14 Medico								
15 CCS								
16 Cardiac Impulse								
17 Stöckert								
18 St. Jude Medical								
89 nicht bekannt								
99 sonstiger								
Gesamt								

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Zweikammersysteme (DDD, VDD) bei Patienten mit bekanntem Implantationsdatum	Krankenhaus 2007							
			Laufzeit Median (Jahre)		Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
	Hersteller	N	Anteil ¹		N	Anteil ²	N	Anteil ²
01 Biotronik								
02 Cook								
03 CPI/Guidant								
04 ELA Medical								
05 Implantronik								
06 Intermedics/Guidant								
07 Medtronic								
08 Osypka								
09 Sorin Biomedica								
10 Pacesetter/St. Jude Medical								
11 Vitatron								
12 Siemens/St. Jude Medical								
13 Teletronics/St. Jude Medical								
14 Medico								
15 CCS								
16 Cardiac Impulse								
17 Stöckert								
18 St. Jude Medical								
89 nicht bekannt								
99 sonstiger								
Gesamt								

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Einkammersysteme (VVI, AAI) bei Patienten mit bekanntem Implantationsdatum	Gesamt 2007							
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil ²	N	Anteil ²
01 Biotronik	273	57,4%	8,0	1	0,4%	250	91,6%	
02 Cook	0	0,0%		0		0		
03 CPI/Guidant	15	3,2%	7,0	2	13,3%	9	60,0%	
04 ELA Medical	20	4,2%	7,0	0	0,0%	14	70,0%	
05 Implantronik	0	0,0%		0		0		
06 Intermedics/Guidant	18	3,8%	8,0	1	5,6%	16	88,9%	
07 Medtronic	99	20,8%	8,0	0	0,0%	83	83,8%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica	3	0,6%	9,0	0	0,0%	2	66,7%	
10 Pacesetter/St. Jude Medical	10	2,1%	8,0	0	0,0%	6	60,0%	
11 Vitatron	20	4,2%	8,0	1	5,0%	18	90,0%	
12 Siemens/St. Jude Medical	2	0,4%	8,5	0	0,0%	2	100,0%	
13 Teletronics/St. Jude Medical	1	0,2%	9,0	0	0,0%	1	100,0%	
14 Medico	0	0,0%		0		0		
15 CCS	0	0,0%		0		0		
16 Cardiac Impulse	0	0,0%		0		0		
17 Stöckert	0	0,0%		0		0		
18 St. Jude Medical	5	1,1%	5,0	1	20,0%	2	40,0%	
89 nicht bekannt	5	1,1%	14,0	0	0,0%	5	100,0%	
99 sonstiger	5	1,1%	17,0	0	0,0%	5	100,0%	
Gesamt	476	100,0%	8,0	6	1,3%	413	86,8%	

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

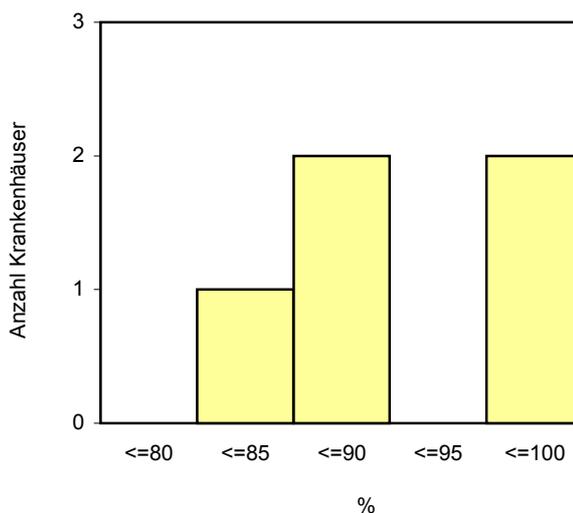
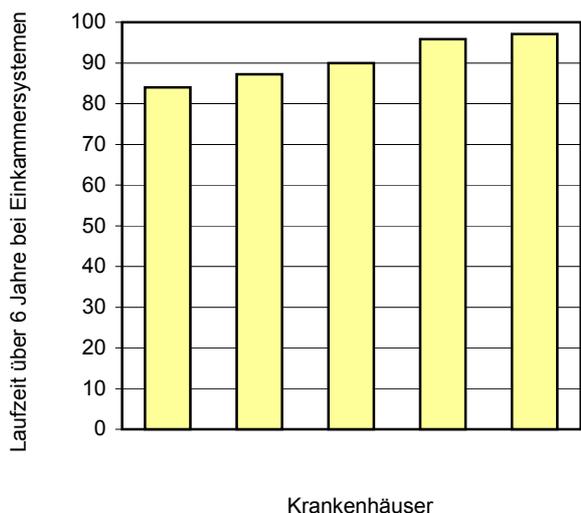
Zweikammersysteme (DDD, VDD) bei Patienten mit bekanntem Implantationsdatum	Gesamt 2007							
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil ²	N	Anteil ²
01 Biotronik	360	43,4%	7,0	4	1,1%	264	73,3%	
02 Cook	0	0,0%		0		0		
03 CPI/Guidant	24	2,9%	7,0	3	12,5%	14	58,3%	
04 ELA Medical	52	6,3%	7,0	0	0,0%	31	59,6%	
05 Implantronik	0	0,0%		0		0		
06 Intermedics/Guidant	31	3,7%	9,0	0	0,0%	30	96,8%	
07 Medtronic	215	25,9%	8,0	1	0,5%	175	81,4%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica	2	0,2%	6,5	0	0,0%	1	50,0%	
10 Pacesetter/St. Jude Medical	37	4,5%	8,0	1	2,7%	26	70,3%	
11 Vitatron	71	8,6%	7,0	0	0,0%	55	77,5%	
12 Siemens/St. Jude Medical	5	0,6%	6,0	0	0,0%	2	40,0%	
13 Teletronics/St. Jude Medical	1	0,1%	4,0	0	0,0%	0	0,0%	
14 Medico	0	0,0%		0		0		
15 CCS	0	0,0%		0		0		
16 Cardiac Impulse	0	0,0%		0		0		
17 Stöckert	0	0,0%		0		0		
18 St. Jude Medical	22	2,7%	5,0	4	18,2%	6	27,3%	
89 nicht bekannt	9	1,1%	7,0	1	11,1%	6	66,7%	
99 sonstiger	1	0,1%	6,0	0	0,0%	0	0,0%	
Gesamt	830	100,0%	7,0	14	1,7%	610	73,5%	

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

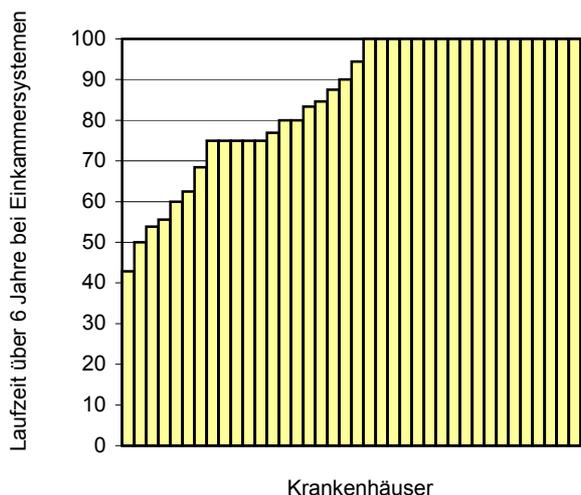
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/36069]:
 Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem
 Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum implantierten Herzschrittmacher-System**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 84,0% - 97,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 90,0%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,9% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 92,2%



38 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

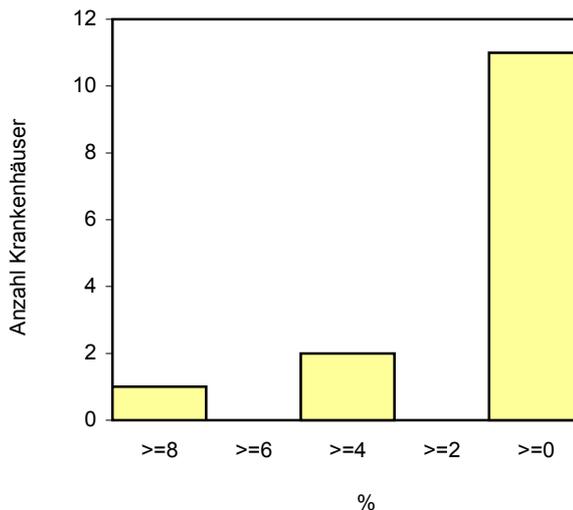
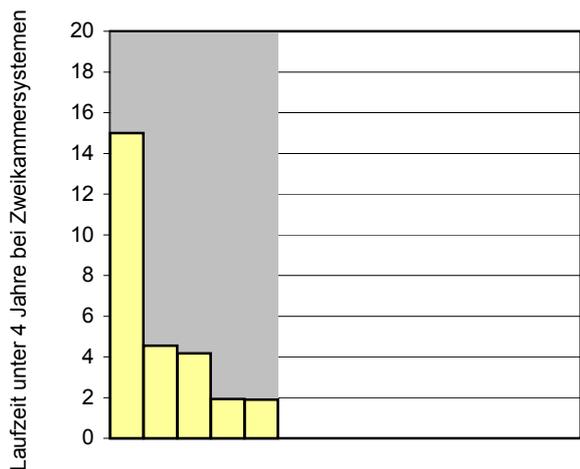
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/11026]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum implantierten Herzschrittmacher-System

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

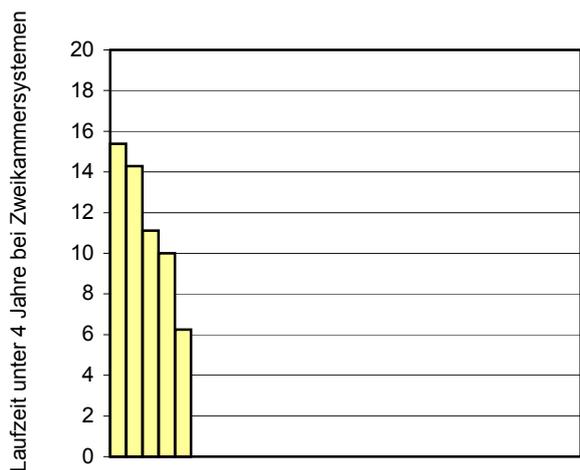


14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

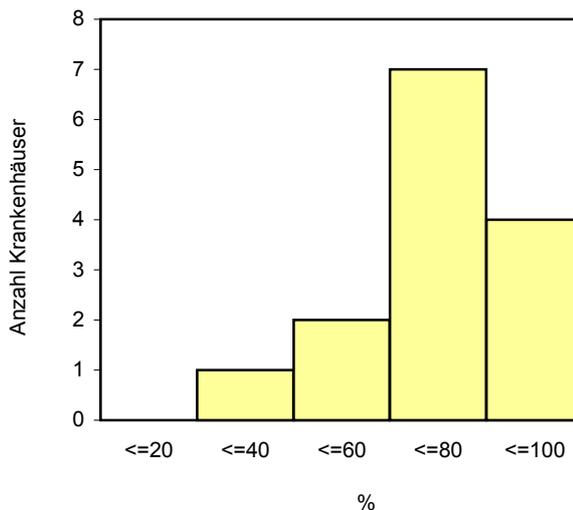
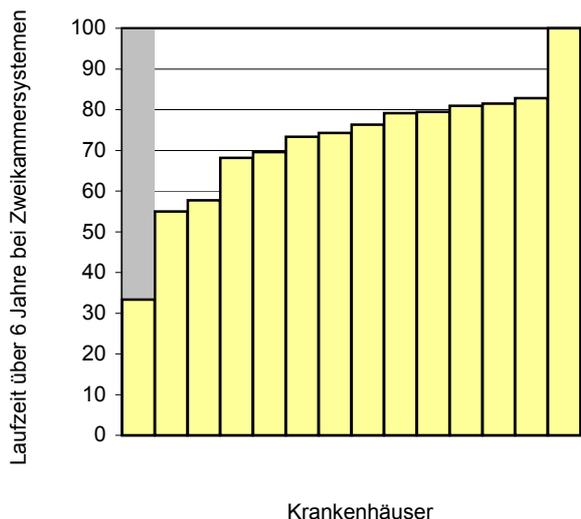


29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

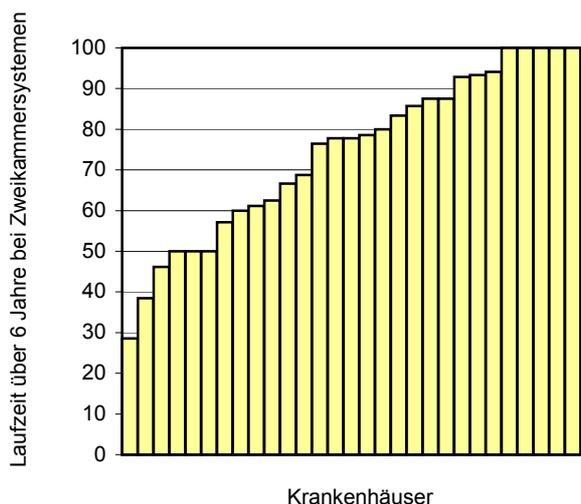
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/36070]:
 Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem
 Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum implantierten Herzschrittmacher-System**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 75,3%



14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 28,6% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 77,8%



29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

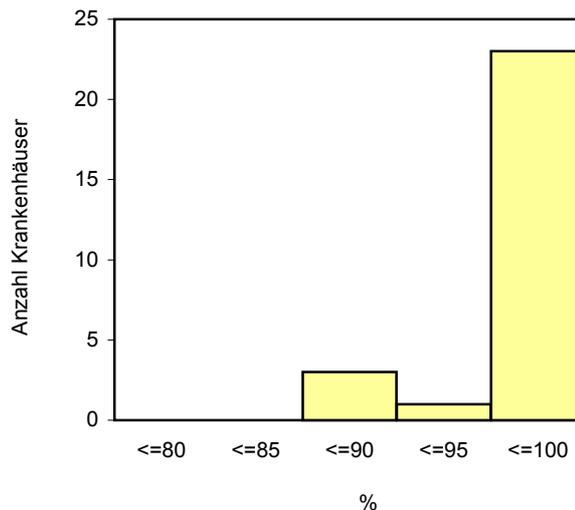
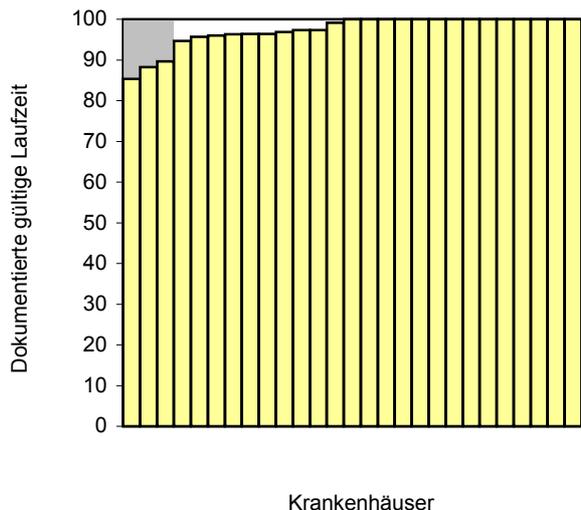
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2007/09n2-HSM-AGGW/68199
Referenzbereich: >= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Laufzeit des SM-Aggregats dokumentiert Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90%	1.333 / 1.371 96,2% - 98,0%	97,2% >= 90%
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Laufzeit des SM-Aggregats dokumentiert Vertrauensbereich			1.150 / 1.205 94,1% - 96,5%	95,4%

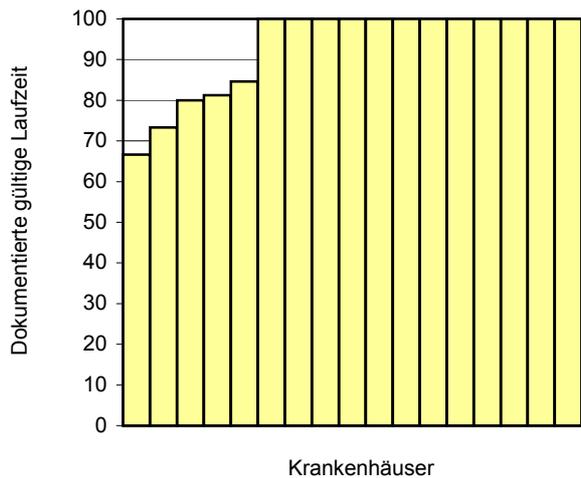
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1e, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/68199]:
 Anteil von Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer

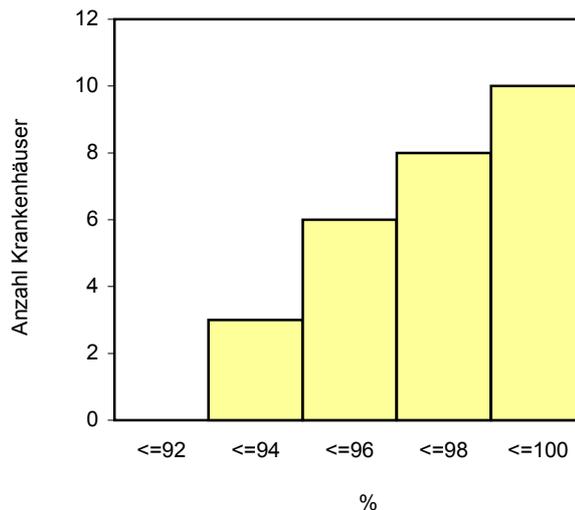
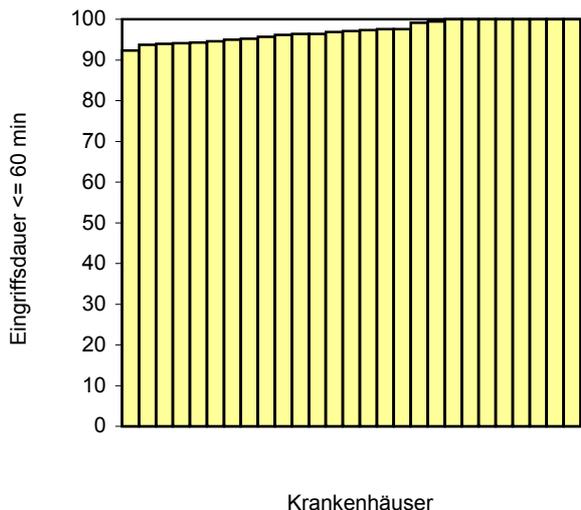
Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer
Kennzahl-ID: 2007/09n2-HSM-AGGW/15623
Referenzbereich: >= 80% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer bis 30 min			870 / 1.371	63,5%
30 bis 60 min			465 / 1.371	33,9%
Summe <= 60 min			1.335 / 1.371	97,4%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,2%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%
> 60 min			36 / 1.371	2,6%
Median (min)			1.371	24,0

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer				
Summe <= 60 min			1.164 / 1.205	96,6%
Vertrauensbereich				95,4% - 97,5%

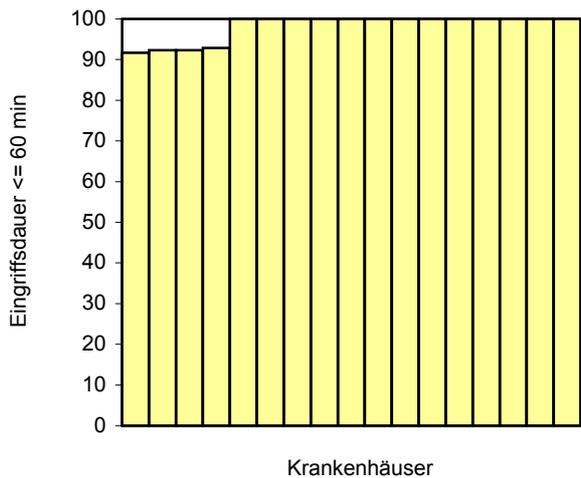
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/15623]:
 Anteil von Patienten mit Eingriffsdauer <= 60 min an allen Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 92,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 97,1%



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 91,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenig peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/09n2-HSM-AGGW/11057

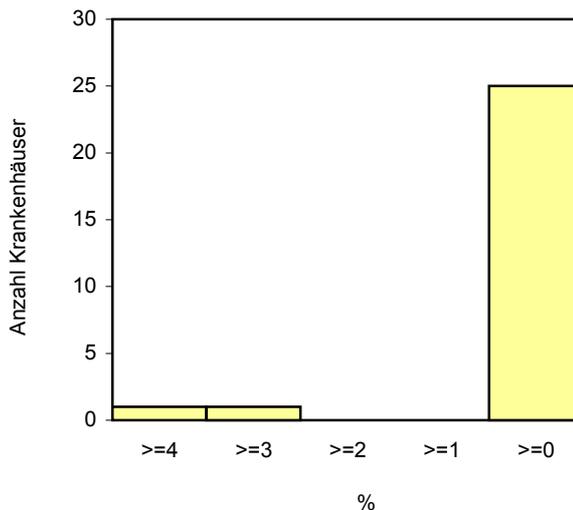
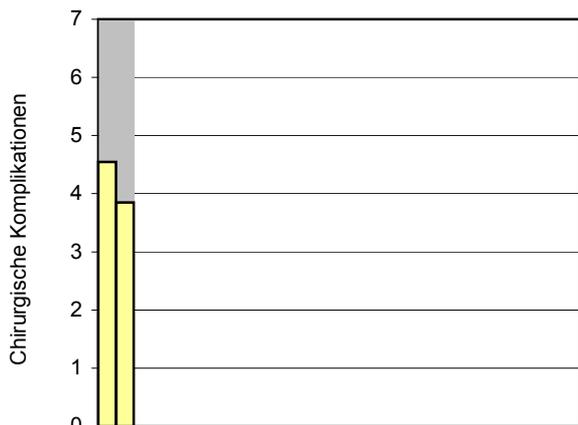
Referenzbereich: <= 1% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			4 / 1.371	0,3%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 1.371	0,0%
Asystolie			0 / 1.371	0,0%
Kammerflimmern			0 / 1.371	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich			2 / 1.371	0,1%
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 1.371	0,1%
postoperative Wundinfektion			1 / 1.371	0,1%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 1.371	0,1%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 1.371	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 1.371	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			4 / 1.371	0,3%
im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung			0 / 1.371	0,0%
bei Herzschrittmacher- oder Sondendysfunktion			0 / 1.371	0,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			4 / 1.205	0,3% 0,1% - 0,9%

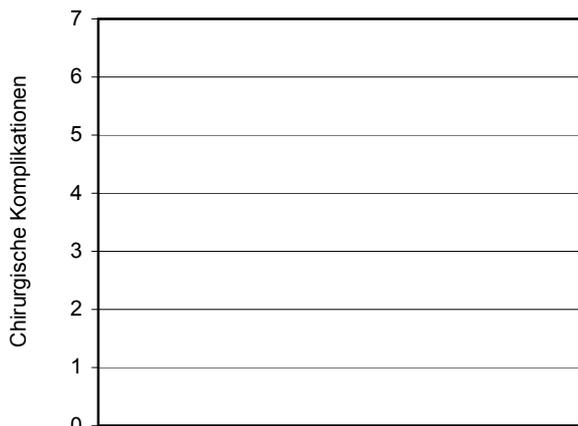
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/11057]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,5%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 35 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1 bei Aggregatwechsel = 0

Risikoklassen	
0	Patienten mit 0 Risikopunkten
1	Patienten mit 1 Risikopunkt
2	Patienten mit 2 Risikopunkten

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			703 / 1.371	51,3%
Risikoklasse 1			579 / 1.371	42,2%
Risikoklasse 2			89 / 1.371	6,5%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
Operative Procedure, and Patient Risk Index
Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 703	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 703	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 703	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 703	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 579	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 579	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 579	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 579	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

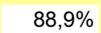
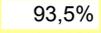
Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

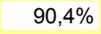
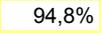
	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 89	1,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 89	1,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			0 / 89	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 89	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Qualitätsindikator 4: Reizschwellenbestimmung

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Reizschwellen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-Sonde)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2007/09n2-HSM-AGGW/19813
	Gruppe 2:	2007/09n2-HSM-AGGW/19816
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 39,5% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	>= 47,6% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			684 / 769	 88,9%
Vertrauensbereich				86,5% - 91,1%
Referenzbereich		>= 39,5%		>= 39,5%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			1.274 / 1.362	 93,5%
Vertrauensbereich				92,1% - 94,8%
Referenzbereich		>= 47,6%		>= 47,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 ¹ Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			622 / 688	 90,4%
Vertrauensbereich				88,0% - 92,5%
Gruppe 2 ² Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			1.130 / 1.192	 94,8%
Vertrauensbereich				93,4% - 96,0%

¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind wegen Änderungen des Datensatzes 2007 eingeschränkt vergleichbar.

² Die Vorjahresergebnisse sind wegen Änderungen des Datensatzes 2007 eingeschränkt vergleichbar.

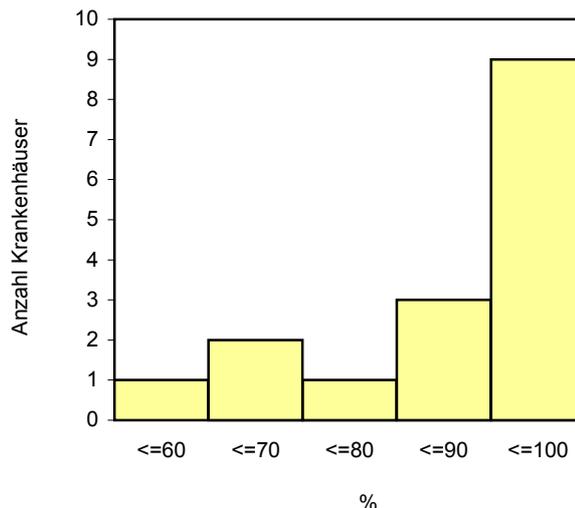
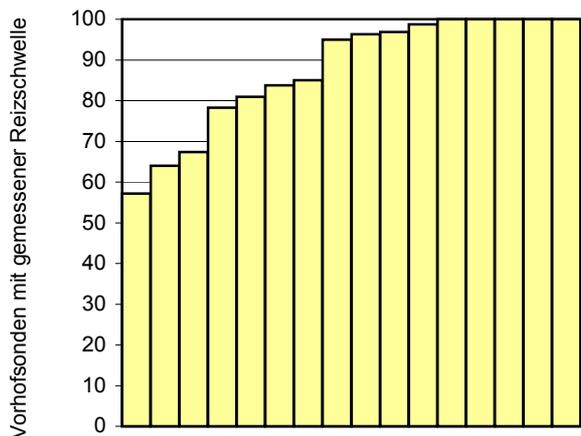
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/19813]:

Anteil von Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle an allen Vorhofsonden (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-Sonde)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 57,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,6%



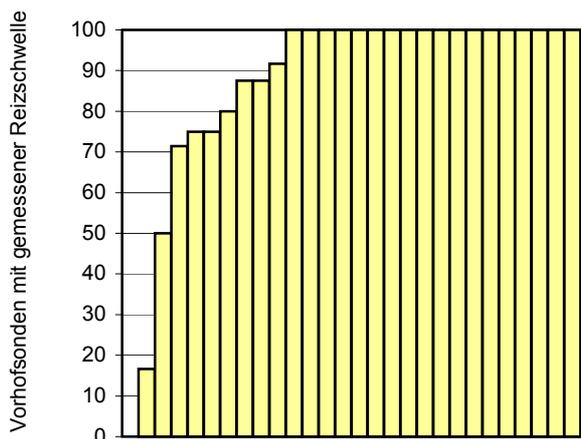
Krankenhäuser

16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



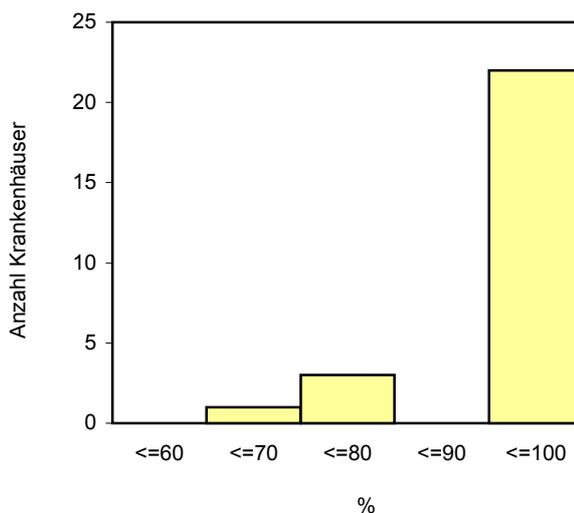
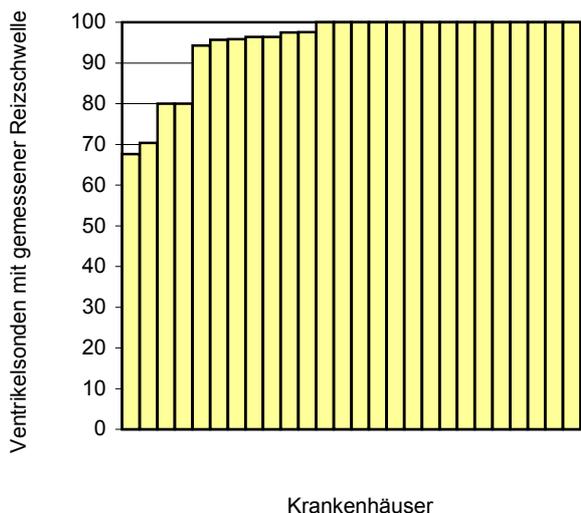
Krankenhäuser

28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

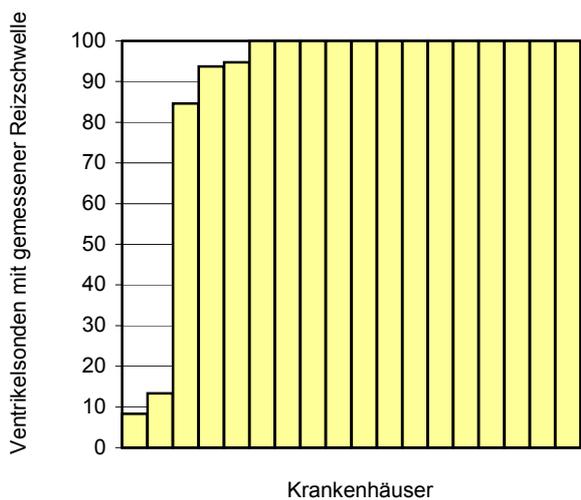
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/19816]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle an allen Ventrikelsonden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 67,6% - 100,0%
 Median der Krankhausergebnisse: 100,0%



26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 8,3% - 100,0%
 Median der Krankhausergebnisse: 100,0%



18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Amplitudenbestimmung

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Amplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden (Ausschluss: Patienten ohne Eigenrhythmus)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2007/09n2-HSM-AGGW/19819
	Gruppe 2:	2007/09n2-HSM-AGGW/19822
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 45,0% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	>= 44,4% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

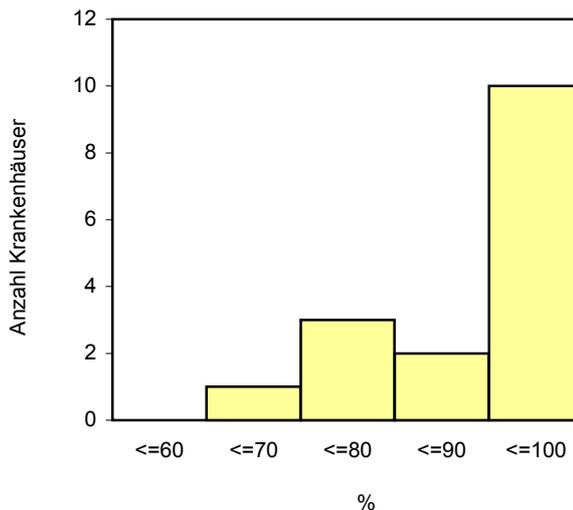
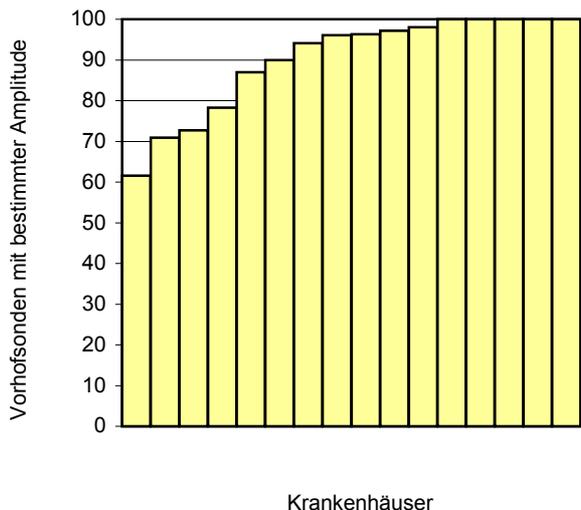
	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude Vertrauensbereich Referenzbereich			782 / 865	 90,4% 88,2% - 92,3% Referenzbereich: >= 45,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude Vertrauensbereich Referenzbereich			1.091 / 1.150	 94,9% 93,4% - 96,1% Referenzbereich: >= 44,4%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude Vertrauensbereich			709 / 776	 91,4% 89,2% - 93,2%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude Vertrauensbereich			991 / 1.046	 94,7% 93,2% - 96,0%

¹ Die Vorjahresergebnisse sind wegen Änderungen des Datensatzes 2007 eingeschränkt vergleichbar.

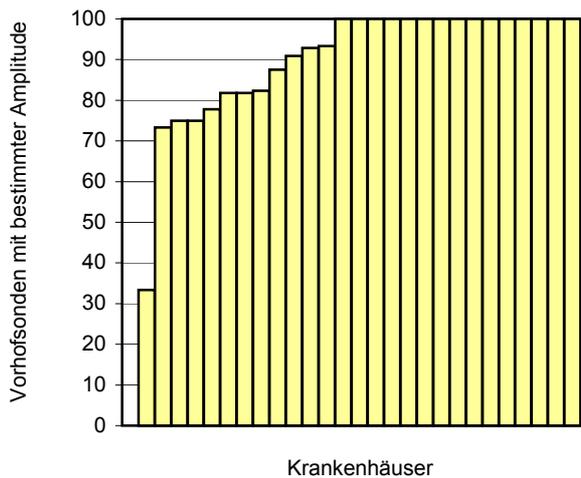
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/19819]:
 Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden ohne Patienten mit Vorhofflimmern**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 61,5% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 96,2%



16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

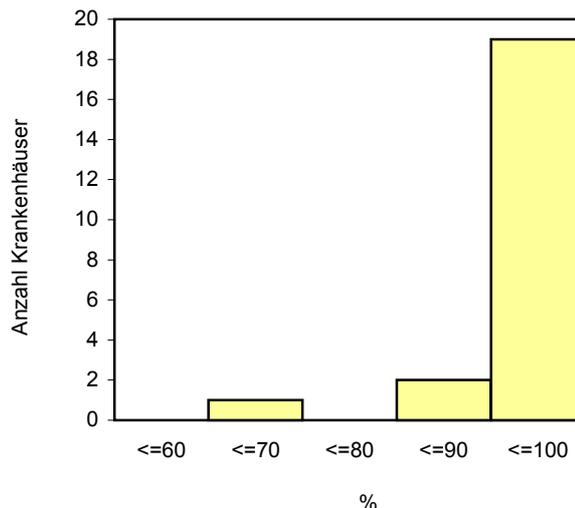
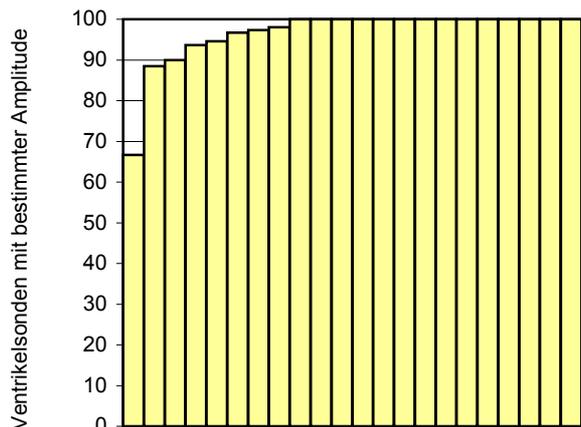


28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

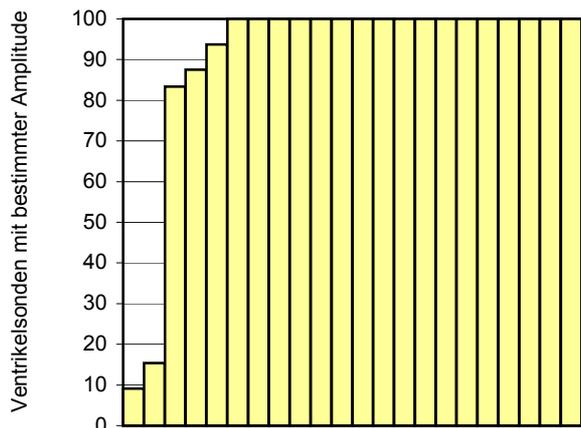
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2007/09n2-HSM-AGGW/19822]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen Ventrikelsonden bei Patienten mit Eigenrhythmus**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 9,1% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2007 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.371
Datensatzversion: 09/2 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6350-L48731-P22844

Basisdaten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			335	24,4	294	24,4
2. Quartal			331	24,1	300	24,9
3. Quartal			348	25,4	295	24,5
4. Quartal			357	26,0	316	26,2
Gesamt			1.371		1.205	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.371		1.205	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				2,8		3,1

OPS 2007¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2007		
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	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

OPS 2007

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.52	860	62,7	5-378.52	773	64,1
2				5-378.51	459	33,5	5-378.51	390	32,4
3				5-378.50	28	2,0	5-983	31	2,6
4				5-378.53	24	1,8	5-378.50	22	1,8
5				8-930	19	1,4	5-378.53	18	1,5

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2006 und OPS 2007 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 2007¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				Z45.0	1.053	76,8	Z45.0	866	71,9
2				I48.11	257	18,7	I44.2	220	18,3
3				I10.00	233	17,0	I48.11	209	17,3
4				I44.2	231	16,8	I49.5	189	15,7
5				I49.5	209	15,2	I10.00	169	14,0
6				T82.1	176	12,8	Z95.0	133	11,0
7				Z95.0	154	11,2	T82.1	130	10,8
8				E11.90	129	9,4	E11.90	116	9,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2006 und ICD-10-GM 2007 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 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.371 / 1.371		1.205 / 1.205	
< 20 Jahre			2 / 1.371	0,1	9 / 1.205	0,7
20 - 39 Jahre			12 / 1.371	0,9	9 / 1.205	0,7
40 - 59 Jahre			57 / 1.371	4,2	50 / 1.205	4,1
60 - 79 Jahre			645 / 1.371	47,0	538 / 1.205	44,6
>= 80 Jahre			655 / 1.371	47,8	599 / 1.205	49,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.371		1.205	
Median				79,0		79,0
Mittelwert				77,4		77,5
Geschlecht						
männlich			628	45,8	540	44,8
weiblich			743	54,2	665	55,2

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			214	15,6	237	19,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			648	47,3	618	51,3
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			478	34,9	336	27,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			29	2,1	14	1,2
5: moribunder Patient			2	0,1	0	0,0
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			587	42,8	534	44,3
häufig (5 - 90%)			682	49,7	550	45,6
selten (< 5%)			102	7,4	121	10,0

Indikation zum Aggregatwechsel

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Aggregatwechsel						
reguläre Batterieerschöpfung			1.347	98,2	1.182	98,1
vorzeitige Batterieerschöpfung			5	0,4	7	0,6
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			2	0,1	1	0,1
nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion			4	0,3	4	0,3
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			1	0,1	2	0,2
sonstige Indikation			12	0,9	9	0,7

Operation

	Krankenhaus 2007	Gesamt 2007	Gesamt 2006
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Dauer des Eingriffs			
Schnitt-Nahtzeit (min)			
gültige Angaben		1.371	1.205
Median		24,0	25,0
Mittelwert		27,0	28,8

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantiertes Schrittmacher-System						
VVI			463 / 1.371	33,8	394 / 1.205	32,7
AAI			32 / 1.371	2,3	24 / 1.205	2,0
DDD			806 / 1.371	58,8	720 / 1.205	59,8
VDD			43 / 1.371	3,1	52 / 1.205	4,3
CRT-System mit einer Vorhofsonde			21 / 1.371	1,5	11 / 1.205	0,9
CRT-System ohne Vorhofsonde			2 / 1.371	0,1	2 / 1.205	0,2
sonstiges ¹			4 / 1.371	0,3	2 / 1.205	0,2

¹ in der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belassene Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)¹						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			682		621	
Median				0,8		0,9
Mittelwert				0,9		1,0
<= 1,5 V			621 / 682	91,1	568 / 621	91,5
> 1,5 - 2,5 V			53 / 682	7,8	46 / 621	7,4
> 2,5 V			8 / 682	1,2	7 / 621	1,1
nicht gemessen			180 / 862	20,9	152 / 777	19,6
wegen Vorhofflimmerns			95 / 862	11,0	70 / 777	9,0
aus anderen Gründen			85 / 862	9,9	82 / 777	10,6
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			776		704	
Median				2,7		2,5
Mittelwert				3,1		2,9
< 1,5 mV			147 / 751	19,6	112 / 666	16,8
1,5 - 3,0 mV			285 / 751	37,9	290 / 666	43,5
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			319 / 751	42,5	264 / 666	39,6
nicht gemessen			114 / 894	12,8	86 / 795	10,8
wegen Vorhofflimmerns			31 / 894	3,5	19 / 795	2,4
aus anderen Gründen			83 / 894	9,3	67 / 795	8,4

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden auf Basis der abweichenden Datensatzversion 2007 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2006 ab.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			1.250		1.117	
Median				0,8		0,8
Mittelwert				0,9		0,9
<= 1,2 V			1.056 / 1.250	84,5	941 / 1.117	84,2
> 1,2 - 2,5 V			170 / 1.250	13,6	162 / 1.117	14,5
> 2,5 V			24 / 1.250	1,9	14 / 1.117	1,3
nicht gemessen			88 / 1.339	6,6	61 / 1.179	5,2
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			1.051		947	
Median				12,0		12,1
Mittelwert				12,7		12,8
< 4,0 mV			24 / 1.051	2,3	39 / 947	4,1
4,0 - 8,0 mV			228 / 1.051	21,7	179 / 947	18,9
> 8,0 mV			799 / 1.051	76,0	729 / 947	77,0
nicht gemessen			266 / 1.339	19,9	199 / 1.179	16,9
kein Eigenrhythmus aus anderen Gründen			208 / 1.339	15,5	145 / 1.179	12,3
			58 / 1.339	4,3	54 / 1.179	4,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			2		0	
Median				1,0		
Mittelwert				1,0		
<= 1,5 V			2 / 2	100,0	0 / 0	
> 1,5 - 2,5 V			0 / 2	0,0	0 / 0	
> 2,5 V			0 / 2	0,0	0 / 0	
nicht gemessen			0 / 2	0,0	0 / 0	
wegen Vorhofflimmerns			0 / 2	0,0	0 / 0	
aus anderen Gründen			0 / 2	0,0	0 / 0	
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			2		0	
Median				2,3		
Mittelwert				2,3		
< 1,5 mV			1 / 2	50,0	0 / 0	
1,5 - 3,0 mV			0 / 2	0,0	0 / 0	
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			1 / 2	50,0	0 / 0	
nicht gemessen			0 / 2	0,0	0 / 0	
wegen Vorhofflimmerns			0 / 2	0,0	0 / 0	
aus anderen Gründen			0 / 2	0,0	0 / 0	

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			23		12	
Median				1,2		1,6
Mittelwert				1,6		1,7
<= 1,2 V			12 / 23	52,2	5 / 12	41,7
> 1,2 - 2,5 V			7 / 23	30,4	5 / 12	41,7
> 2,5 V			4 / 23	17,4	2 / 12	16,7
nicht gemessen			0 / 23	0,0	1 / 13	7,7
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			17		9	
Median				11,9		10,5
Mittelwert				14,3		14,2
< 4,0 mV			1 / 17	5,9	0 / 9	0,0
4,0 - 8,0 mV			3 / 17	17,6	1 / 9	11,1
> 8,0 mV			13 / 17	76,5	8 / 9	88,9
nicht gemessen			5 / 23	21,7	2 / 13	15,4
kein Eigenrhythmus			4 / 23	17,4	1 / 13	7,7
aus anderen Gründen			1 / 23	4,3	1 / 13	7,7

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantiertes Schrittmacher-Aggregat						
Abstand Implantationsdatum und Entlassquartal (Jahre)						
gültige Angaben			1.333		1.150	
Median				8,0		8,0
Mittelwert				8,0		8,0
Jahr der Implantation nicht bekannt			38 / 1.371	2,8	55 / 1.205	4,6

Perioperative Komplikationen

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Peri- bzw. postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			4 / 1.371	0,3	8 / 1.205	0,7
Asystolie			0	0,0	3	0,2
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1	0,1	4	0,3
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			1 / 1.371	0,1	0 / 1.205	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			1	0,1	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			2	0,1	1	0,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.278	93,2	1.134	94,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			60	4,4	42	3,5
03: aus sonstigen Gründen			1	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	7	0,6
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			11	0,8	4	0,3
07: Tod			4	0,3	1	0,1
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			6	0,4	3	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			10	0,7	14	1,2
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	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			0 / 1.371	0,0	1 / 1.205	0,1
Tod bei Schrittmacher- oder Sondendysfunktion			0 / 1.371	0,0	0 / 1.205	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			0 / 4	0,0	1 / 1	100,0

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 BpflV 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 BpflV 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 BpflV) | 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 | |

Anhang: OPS 2007¹

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.50 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez.			28 / 1.371	2,0	22 / 1.205	1,8
5-378.51 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem			459 / 1.371	33,5	390 / 1.205	32,4
5-378.52 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem			860 / 1.371	62,7	773 / 1.205	64,1
5-378.53 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Dreikammersystem			24 / 1.371	1,8	18 / 1.205	1,5
5-378.58 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 1.371	0,0	2 / 1.205	0,2
5-378.59 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 1.371	0,0	2 / 1.205	0,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2006 und OPS 2007 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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 Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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.

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 Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an 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 (95%)
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).

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".

2.2.1 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 $\leq 15\%$ 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 $\leq 90\%$ -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 BQS-Bundesdatenpools 2007.

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: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

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 anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2007 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2006 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 der BQS-Bundesauswertung 2007. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2006 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2007 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.

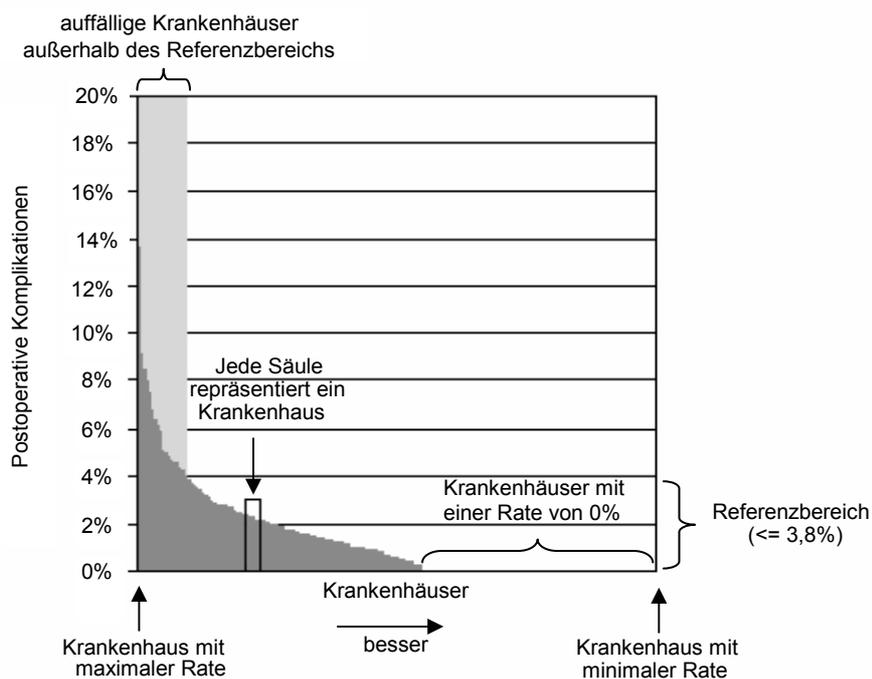
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

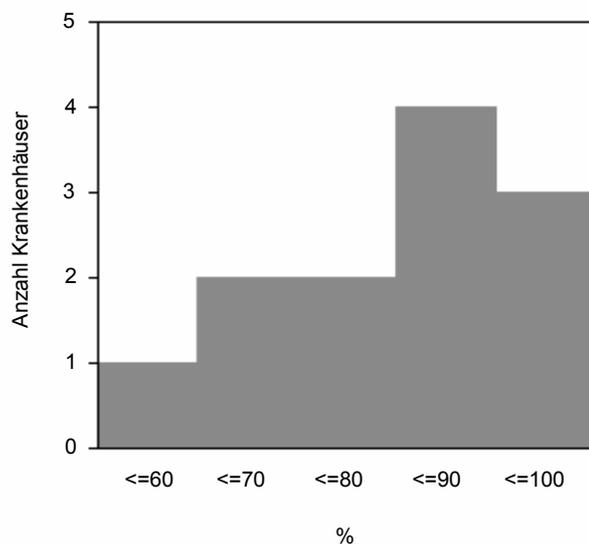
Beispiel:

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	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. 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 Bundes- oder 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).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2007/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2007.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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.

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.