

Jahresauswertung 2019
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 622
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18415-L116786-P54901

Jahresauswertung 2019
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 622
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18415-L116786-P54901

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts							
2019/09n3-HSM-REV/121800							
QI: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)			0,80%	<= 3,10%	innerhalb	0,69%	6
2019/09n3-HSM-REV/52315							
QI: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			0,80%	<= 3,00%	innerhalb	0,71%	9
2019/09n3-HSM-REV/51404							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			0,97	<= 4,34	innerhalb	0,72	12

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/09n3-HSM-REV/850339 Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen			2,32%	<= 11,71%	innerhalb	0,79%	18

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt "Beschlüsse" ersichtlich ist.

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt wurden, bezieht sich diese Auswertung nur auf Patientinnen und Patienten, die 2019 aufgenommen und 2019 entlassen wurden. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 sind daher mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n3-HSM-REV/121800

Referenzbereich: <= 3,10%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			8 / 622	1,29%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)¹			5 / 622	0,80%
Vertrauensbereich				0,34% - 1,87%
Referenzbereich		<= 3,10%		<= 3,10%
Kardiopulmonale Reanimation			1 / 622	0,16%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 622	0,16%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 622	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 622	0,16%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 622	0,16%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			3 / 622	0,48%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			3 / 622	0,48%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 622	0,00%
postoperative Wundinfektion			1 / 622	0,16%
Patientinnen und Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 622	0,16%

¹ kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

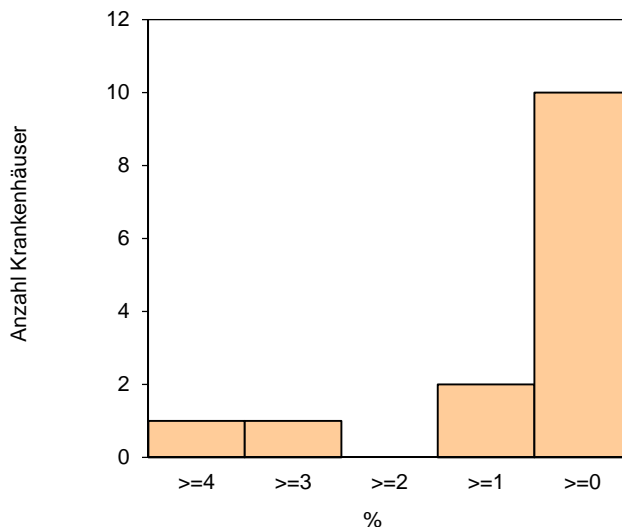
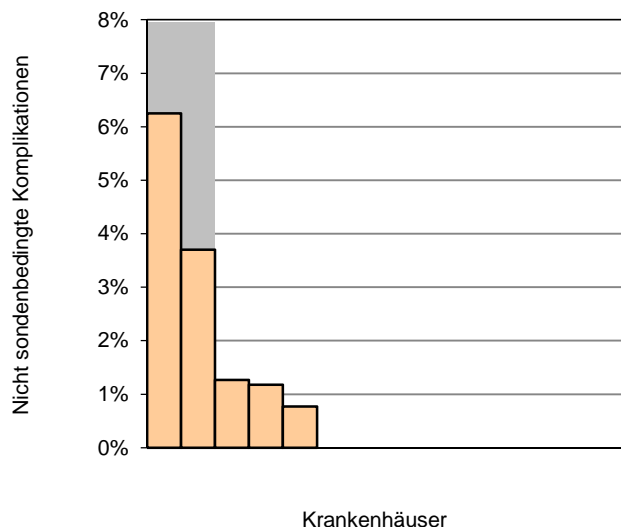
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)² Vertrauensbereich			5 / 729	0,69% 0,29% - 1,60%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation

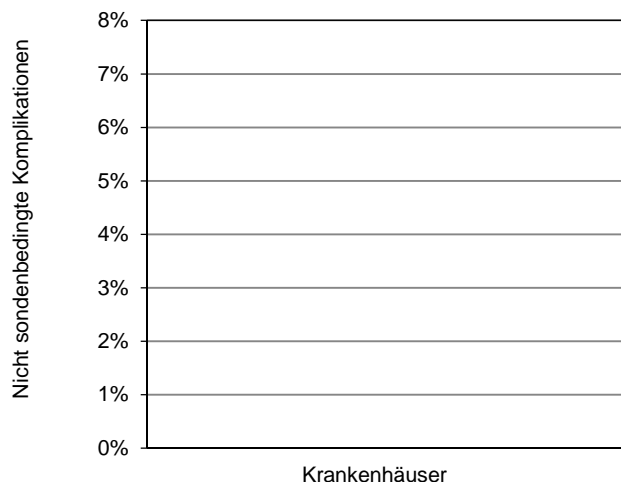
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/121800]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. postoperative Wundinfektionen) an allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,18	3,70		6,25

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2019/09n3-HSM-REV/52315
Referenzbereich: <= 3,00%

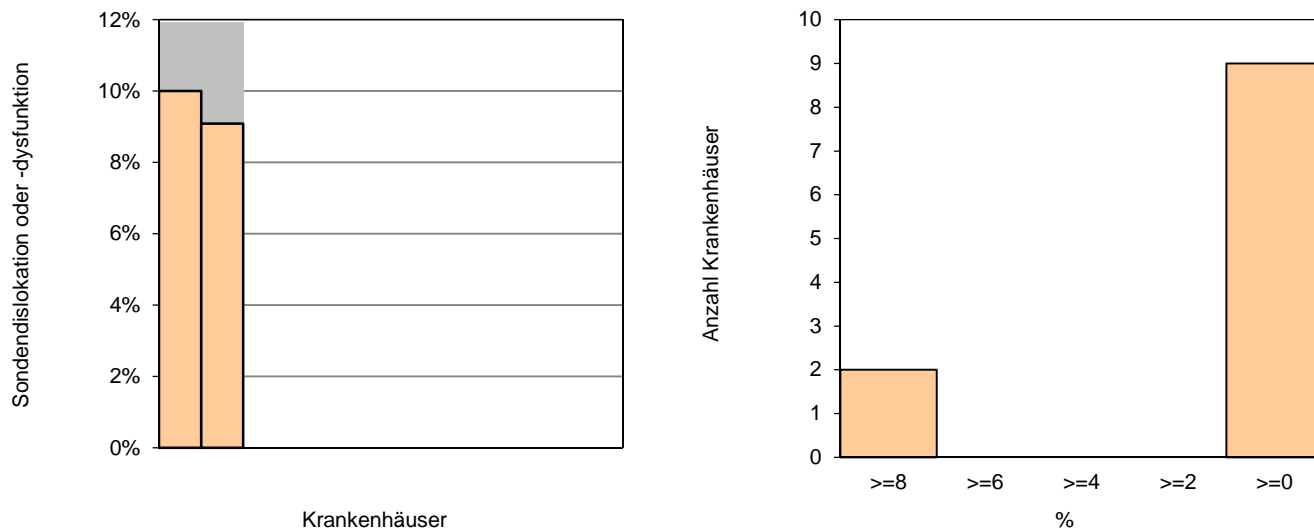
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			3 / 373	0,80%
Vertrauensbereich				0,27% - 2,34%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			3 / 157	1,91%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			0 / 257	0,00%
Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation			3 / 373	0,80%
Vorhofsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			3 / 157	1,91%
Ventrikelsondendislokation bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 257	0,00%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde			0 / 251	0,00%
linksventrikuläre Sonde			0 / 10	0,00%

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 373	0,00%
Vorhofsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 157	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 257	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde			0 / 251	0,00%
linksventrikuläre Sonde			0 / 10	0,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			3 / 421	0,71%
Vertrauensbereich				0,24% - 2,07%

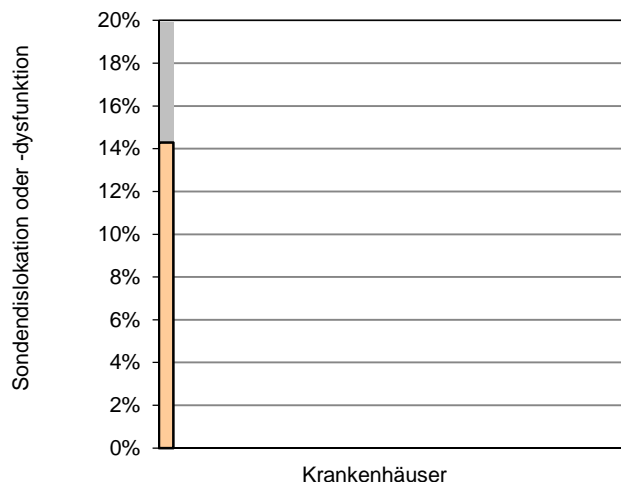
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/52315]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an
 allen Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	9,09		10,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 32 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2019/09n3-HSM-REV/51404
Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression
Referenzbereich: <= 4,34 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		12 / 622 1,93%
vorhergesagt (E) ²		12,31 / 622 1,98%
O - E		-0,05%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		0,97
Vertrauensbereich		0,56 - 1,69
Referenzbereich	<= 4,34	<= 4,34

Vorjahresdaten⁴	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		11 / 729 1,51%
vorhergesagt (E) ²		15,29 / 729 2,10%
O - E		-0,59%
O/E ³		0,72
Vertrauensbereich		0,40 - 1,28

¹ KKez O_51404: Beobachtete Rate an Todesfällen.

² KKez E_51404: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

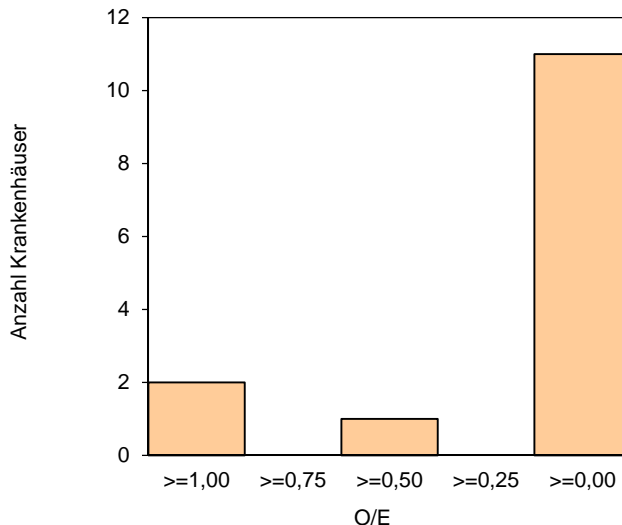
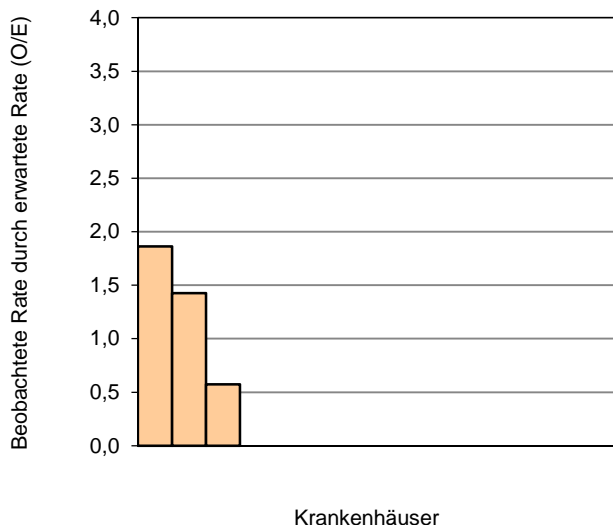
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

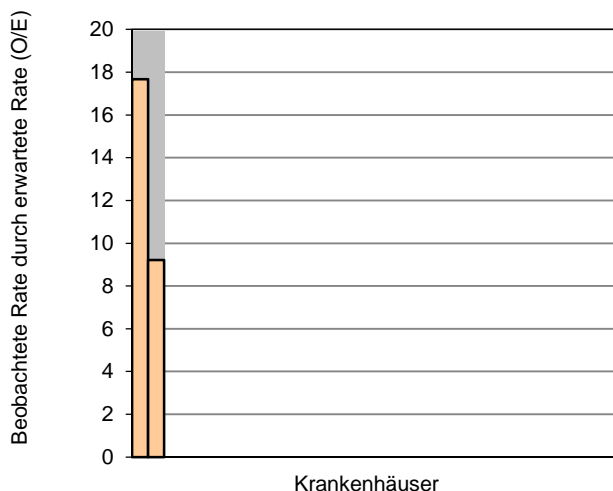
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2019/09n3-HSM-REV/51404]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patientinnen und Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	1,42		1,86

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,22	17,67

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52305 in 09/1 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3 zu suchen sind.

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

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/1 - Qualitätsindikator: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel:	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Grundgesamtheit:	Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2019/09n1-HSM-IMPL/52305

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52305 in der Auswertung 09/1			

¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)

Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52305 des Leistungsbereiches 09/1 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			713 / 742	96,09%

¹ Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52307 in 09/2 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3 zu suchen sind.

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

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/2 - Qualitätsindikator: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI mit der QI-ID 52307 in der Auswertung 09/2			

Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator mit der QI-ID 52307 des Leistungsbereiches 09/2 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof-, rechtsventrikulären und linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			778 / 827	94,07%

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde

AK-ID: 2019/09n3-HSM-REV/850339

Referenzbereich: <= 11,71% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 52305, 52307, 52315

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde ¹			8 / 345	2,32%
Vertrauensbereich				1,18% - 4,51%
Referenzbereich		<= 11,71%		<= 11,71%

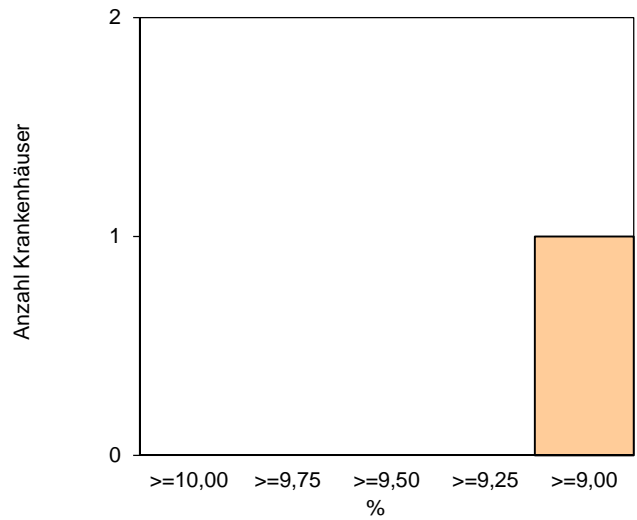
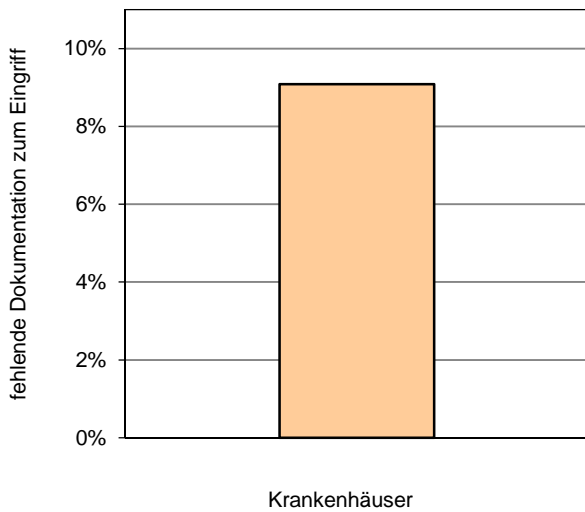
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde			3 / 380	0,79%
Vertrauensbereich				0,27% - 2,30%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850339, AK-ID 2019/09n3-HSM-REV/850339]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde an allen Patientinnen und Patienten mit Sondenproblemen ohne Explantation oder Stilllegung der betroffenen Sonde**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,09				9,09				9,09

Jahresauswertung 2019
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 622
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18415-L116786-P54901

Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			152	24,44	182	24,97
2. Quartal			166	26,69	182	24,97
3. Quartal			165	26,53	187	25,65
4. Quartal			139	22,35	178	24,42
Gesamt			622		729	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		622		729	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			3,63		3,69
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		622		729	
Median			2,00		2,00
Mittelwert			6,16		6,41
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		622		729	
Median			5,00		5,00
Mittelwert			9,79		10,10

OPS 2019¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-983	Reoperation
3	5-378.22	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
4	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5	5-892.3a	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Brustwand und Rücken

OPS 2019

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.32	121	19,45	5-983	118	16,19
2				5-983	113	18,17	5-378.32	114	15,64
3				5-378.22	93	14,95	5-378.22	113	15,50
4				5-378.72	82	13,18	5-378.72	105	14,40
5				5-892.3a	74	11,90	1-266.0	99	13,58

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
3	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
6	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
7	U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
8	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				T82.1	253	40,68	Z45.00	268	36,76
2				Z45.00	218	35,05	T82.1	262	35,94
3				Z95.0	215	34,57	Z95.0	227	31,14
4				I10.00	177	28,46	I10.00	226	31,00
5				Z92.1	142	22,83	I44.2	163	22,36
6				I44.2	140	22,51	Z92.1	148	20,30
7				U50.00	114	18,33	I49.5	130	17,83
8				I49.5	112	18,01	I48.2	119	16,32

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			622 / 622		729 / 729	
< 20 Jahre			4 / 622	0,64	6 / 729	0,82
20 - 29 Jahre			1 / 622	0,16	2 / 729	0,27
30 - 39 Jahre			7 / 622	1,13	4 / 729	0,55
40 - 49 Jahre			9 / 622	1,45	17 / 729	2,33
50 - 59 Jahre			31 / 622	4,98	38 / 729	5,21
60 - 69 Jahre			87 / 622	13,99	101 / 729	13,85
70 - 79 Jahre			194 / 622	31,19	258 / 729	35,39
80 - 89 Jahre			254 / 622	40,84	262 / 729	35,94
>= 90 Jahre			35 / 622	5,63	41 / 729	5,62
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			622		729	
Median				79,00		78,00
Mittelwert				76,04		75,39
Geschlecht						
männlich			356	57,23	367	50,34
weiblich			266	42,77	362	49,66
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			23	3,70	15	2,06
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			239	38,42	268	36,76
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			333	53,54	418	57,34
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			26	4,18	27	3,70
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			1	0,16	1	0,14

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Eingriff am Aggregat						
keine aggregatbezogene Indikation			391	62,86	440	60,36
Batterieerschöpfung			155	24,92	191	26,20
Fehlfunktion/Rückruf			9	1,45	9	1,23
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels			32	5,14	47	6,45
sonstige aggregatbezogene Indikation			35	5,63	42	5,76
Taschenproblem						
kein Taschenproblem			468	75,24	558	76,54
Taschenhämatom			6	0,96	13	1,78
Aggregatperforation			16	2,57	17	2,33
Infektion			102	16,40	119	16,32
sonstiges Taschenproblem			30	4,82	22	3,02
Sondenproblem						
ja			449	72,19	518	71,06
nein			173	27,81	211	28,94

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der Vorhoffsonde						
Dislokation			89 / 449	19,82	85 / 518	16,41
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			18 / 449	4,01	29 / 518	5,60
fehlerhafte Konnektion			3 / 449	0,67	2 / 518	0,39
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			1 / 449	0,22	0 / 518	0,00
Oversensing			3 / 449	0,67	1 / 518	0,19
Undersensing			4 / 449	0,89	7 / 518	1,35
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			26 / 449	5,79	24 / 518	4,63
Infektion			72 / 449	16,04	104 / 518	20,08
Myokardperforation			2 / 449	0,45	4 / 518	0,77
Rückruf/Sicherheitswarnung ¹ wachstumsbedingte Sondenrevision ¹			0 / 449	0,00	-	-
Sonstige			4 / 449	0,89	-	-
			9 / 449	2,00	16 / 518	3,09

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Indikation zur Revision/Explantation von Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde						
Dislokation			38 / 449	8,46	47 / 518	9,07
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			37 / 449	8,24	46 / 518	8,88
fehlerhafte Konnektion			4 / 449	0,89	4 / 518	0,77
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			3 / 449	0,67	5 / 518	0,97
Oversensing			7 / 449	1,56	13 / 518	2,51
Undersensing			9 / 449	2,00	7 / 518	1,35
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			108 / 449	24,05	119 / 518	22,97
Infektion			84 / 449	18,71	118 / 518	22,78
Myokardperforation			6 / 449	1,34	11 / 518	2,12
Rückruf/Sicherheitswarnung ¹ wachstumsbedingte Sondenrevision ¹			0 / 449	0,00	-	-
Sonstige			11 / 449	2,45	12 / 518	2,32
Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde						
Dislokation			5 / 449	1,11	3 / 518	0,58
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 449	0,22	3 / 518	0,58
fehlerhafte Konnektion			0 / 449	0,00	1 / 518	0,19
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			0 / 449	0,00	0 / 518	0,00
Oversensing			1 / 449	0,22	0 / 518	0,00
Undersensing			0 / 449	0,00	0 / 518	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			3 / 449	0,67	2 / 518	0,39
Infektion			10 / 449	2,23	18 / 518	3,47
Myokardperforation			0 / 449	0,00	0 / 518	0,00
Rückruf/Sicherheitswarnung ¹ wachstumsbedingte Sondenrevision ¹			0 / 449	0,00	-	-
Sonstige			0 / 449	0,00	2 / 518	0,39

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Operation

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
stationär, eigene Institution			379	60,93	420	57,61
stationär, andere Institution			214	34,41	288	39,51
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			20	3,22	13	1,78
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			9	1,45	8	1,10
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregatentfernung			36	5,79	53	7,27
(5-378.1*) Sondenentfernung			21	3,38	29	3,98
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			112	18,01	144	19,75
(5-378.3*) Sondenkorrektur			150	24,12	136	18,66
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			42	6,75	42	5,76
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			6	0,96	8	1,10
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			94	15,11	120	16,46
(5-378.7*) Sondenwechsel			118	18,97	130	17,83
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			1	0,16	1	0,14
(5-378.b*) Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator			86	13,83	105	14,40
(5-378.c*) Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator			3	0,48	3	0,41

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden						
ja			475	76,37	547	75,03
nein, da Explantation			147	23,63	182	24,97
aktives System nach dem Eingriff						
VVI			117 / 475	24,63	154 / 547	28,15
AAI			5 / 475	1,05	2 / 547	0,37
DDD			320 / 475	67,37	352 / 547	64,35
VDD			2 / 475	0,42	3 / 547	0,55
CRT-System mit einer Vorhofsonde			25 / 475	5,26	28 / 547	5,12
CRT-System ohne Vorhofsonde			4 / 475	0,84	1 / 547	0,18
sonstiges ¹			2 / 475	0,42	7 / 547	1,28
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			248 / 475	52,21	275 / 547	50,27
Neuimplantation			177 / 475	37,26	222 / 547	40,59
Neuplatzierung			45 / 475	9,47	34 / 547	6,22
sonstiges			5 / 475	1,05	16 / 547	2,93

¹ In der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			193 / 354	54,52	201 / 392	51,28
Neuimplantation			68 / 354	19,21	111 / 392	28,32
Neuplatzierung			81 / 354	22,88	69 / 392	17,60
Reparatur			3 / 354	0,85	0 / 392	0,00
sonstiges			5 / 354	1,41	6 / 392	1,53
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			301		320	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,75		0,76
<= 1,5 V			298 / 301	99,00	315 / 320	98,44
> 1,5 - 2,5 V			3 / 301	1,00	5 / 320	1,56
> 2,5 V			0 / 301	0,00	0 / 320	0,00
Reizschwelle nicht gemessen			49 / 350	14,00	64 / 384	16,67
wegen Vorhofflimmerns			38 / 350	10,86	53 / 384	13,80
aus anderen Gründen			11 / 350	3,14	11 / 384	2,86
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			326		358	
Median				2,70		2,55
Mittelwert				2,99		2,96
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen			24 / 350	6,86	27 / 385	7,01
wegen Vorhofflimmerns fehlender			10 / 350	2,86	13 / 385	3,38
Vorhofeigenrhythmus			2 / 350	0,57	3 / 385	0,78
aus anderen Gründen			12 / 350	3,43	11 / 385	2,86

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Rechtsventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			217 / 470	46,17	254 / 545	46,61
Neuimplantation			181 / 470	38,51	222 / 545	40,73
Neuplatzierung			62 / 470	13,19	57 / 545	10,46
Reparatur			2 / 470	0,43	1 / 545	0,18
sonstiges			6 / 470	1,28	8 / 545	1,47
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			454		523	
Median				0,60		0,60
Mittelwert				0,67		0,67
<= 1,2 V			441 / 454	97,14	507 / 523	96,94
> 1,2 - 2,5 V			12 / 454	2,64	13 / 523	2,49
> 2,5 V			1 / 454	0,22	3 / 523	0,57
Reizschwelle nicht gemessen			14 / 468	2,99	15 / 538	2,79
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			411		475	
Median				11,70		12,00
Mittelwert				12,11		12,51
R-Amplitude nicht gemessen			56 / 468	11,97	63 / 538	11,71
kein Eigenrhythmus			46 / 468	9,83	48 / 538	8,92
aus anderen Gründen			10 / 468	2,14	15 / 538	2,79

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Linksventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			19 / 31	61,29	9 / 36	25,00
Neuimplantation			5 / 31	16,13	20 / 36	55,56
Neuplatzierung			2 / 31	6,45	5 / 36	13,89
Reparatur			1 / 31	3,23	0 / 36	0,00
sonstiges			2 / 31	6,45	0 / 36	0,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			27		32	
Median				1,00		1,10
Mittelwert				1,09		1,37
<= 1,2 V			19 / 27	70,37	21 / 32	65,63
> 1,2 bis 2,5 V			8 / 27	29,63	9 / 32	28,13
> 2,5 V			0 / 27	0,00	2 / 32	6,25
Reizschwelle nicht gemessen			2 / 29	6,90	2 / 34	5,88

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
explantiertes System						
VVI			56 / 333	16,82	71 / 416	17,07
AAI			9 / 333	2,70	3 / 416	0,72
DDD			248 / 333	74,47	315 / 416	75,72
VDD			3 / 333	0,90	4 / 416	0,96
CRT-System mit einer Vorhofsonde			8 / 333	2,40	17 / 416	4,09
CRT-System ohne Vorhofsonde			1 / 333	0,30	0 / 416	0,00
sonstiges			2 / 333	0,60	3 / 416	0,72

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			8	1,29	8	1,10
kardiopulmonale Reanimation			1 / 8	12,50	0 / 8	0,00
interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 8	12,50	2 / 8	25,00
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 8	0,00	0 / 8	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 8	12,50	1 / 8	12,50
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 8	12,50	1 / 8	12,50
Sondendislokation			3 / 8	37,50	1 / 8	12,50
Vorhof			3 / 3	100,00	1 / 1	100,00
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
linksventrikuläre Sonde			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
beide			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			0 / 8	0,00	2 / 8	25,00
Vorhof			0 / 0		1 / 2	50,00
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			0 / 0		1 / 2	50,00
linksventrikuläre Sonde			0 / 0		0 / 2	0,00
beide			0 / 0		0 / 2	0,00
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)			1 / 8	12,50	0 / 8	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation			1 / 8	12,50	1 / 8	12,50

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			527	84,73	618	84,77
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			14	2,25	27	3,70
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,16	3	0,41
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			39	6,27	44	6,04
07: Tod			12	1,93	11	1,51
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			16	2,57	17	2,33
10: in Pflegeeinrichtung			13	2,09	8	1,10
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,00	1	0,14
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Behandlung regulär beendet 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 Entlassung in ein Hospiz | <ul style="list-style-type: none"> 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 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 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
|---|--|

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag „nicht definiert“.

3.1 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ 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 Bundesdatenpools 2019.

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.

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

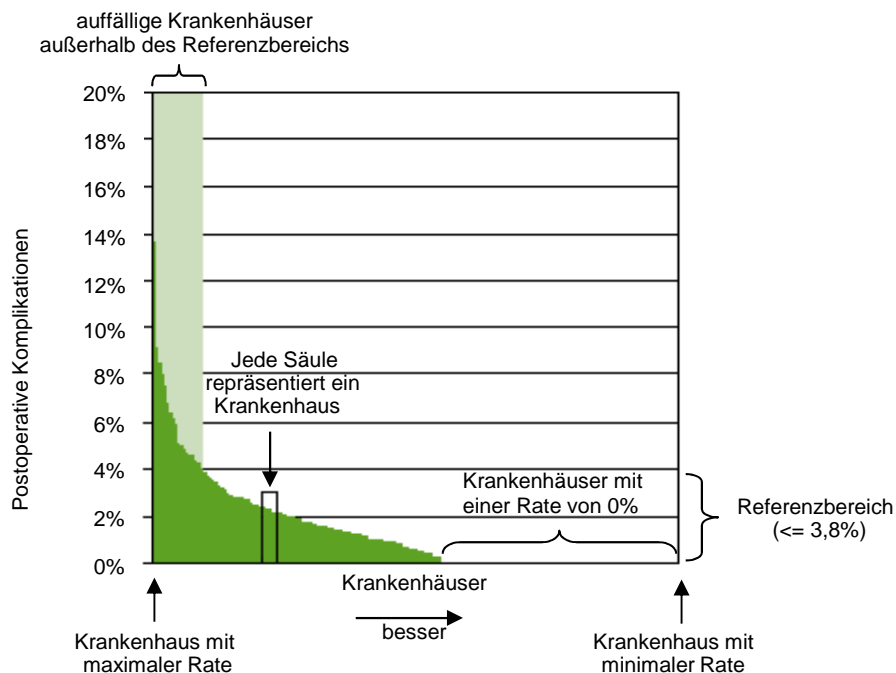
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

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

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

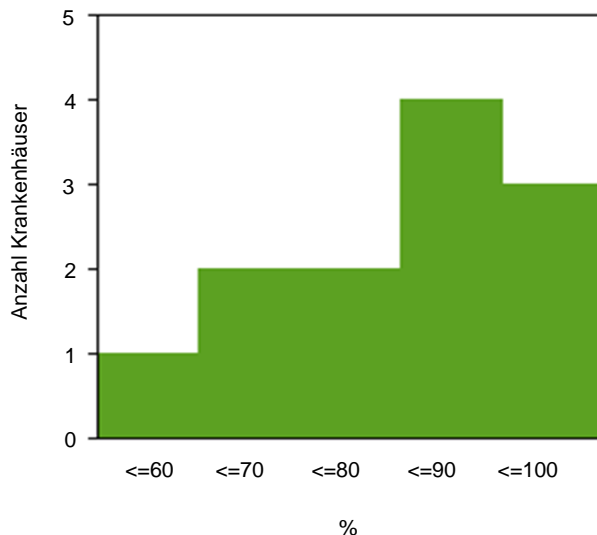
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert 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)

6. 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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator/Gruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen(EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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