

# Jahresauswertung 2012 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 52  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.250  
Datensatzversion: 09/2 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12525-L82456-P39170

# Jahresauswertung 2012 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 52  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.250  
Datensatzversion: 09/2 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12525-L82456-P39170

# Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 1: Laufzeit des alten Herzschrittmarker-Aggregats</b>					
1a: 2012/09n2-HSM-AGGW/1092 unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			1,0 Fälle	Sentinel Event	1.1
1b: 2012/09n2-HSM-AGGW/480 über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			90,8%	>= 75,0%	1.1
1c: 2012/09n2-HSM-AGGW/1093 unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			5,0 Fälle	Sentinel Event	1.1
1d: 2012/09n2-HSM-AGGW/481 über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			86,6%	>= 50,0%	1.1
1e: 2012/09n2-HSM-AGGW/11484 Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmarker-Aggregats			96,2%	>= 90,0%	1.10
2012/09n2-HSM-AGGW/210 <b>QI 2: Eingriffsdauer bis 60 Minuten</b>			98,6%	>= 80,0%	1.12
2012/09n2-HSM-AGGW/1096 <b>QI 3: Chirurgische Komplikationen</b>			0,6%	<= 1,0%	1.14
<b>QI 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung</b>					
4a: 2012/09n2-HSM-AGGW/482 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			92,8%	>= 77,3%	1.17
4b: 2012/09n2-HSM-AGGW/483 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			96,1%	>= 85,0%	1.17
<b>QI 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung</b>					
5a: 2012/09n2-HSM-AGGW/1099 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			95,7%	>= 87,3%	1.20
5b: 2012/09n2-HSM-AGGW/484 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			96,6%	>= 87,5%	1.20

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/09n2-HSM-AGGW/51398 <b>QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>			2,0 Fälle	Sentinel Event	1.23

### Qualitätsindikatorengruppe 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats

**Qualitätsziel:** Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats





**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und  
 Gruppe 1: implantiertem Einkammersystem (AAI, VVI)  
 Gruppe 2: implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)

**Indikator-ID:** Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats<sup>1</sup> unter 4 Jahre  
 Gruppe 1: 2012/09n2-HSM-AGGW/1092  
 Gruppe 2: 2012/09n2-HSM-AGGW/1093

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats<sup>1</sup> über 6 Jahre  
 Gruppe 1: 2012/09n2-HSM-AGGW/480  
 Gruppe 2: 2012/09n2-HSM-AGGW/481

**Referenzbereich:** Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats<sup>1</sup> unter 4 Jahre  
 Gruppe 1: Sentinel Event  
 Gruppe 2: Sentinel Event

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats<sup>1</sup> über 6 Jahre  
 Gruppe 1:  $\geq 75,0\%$  (Toleranzbereich)  
 Gruppe 2:  $\geq 50,0\%$  (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup> unter 4 Jahre Referenzbereich	 Sentinel Event	 Sentinel Event
4 bis 6 Jahre		
7 bis 8 Jahre		
9 bis 12 Jahre		
über 12 Jahre		
<b>Summe</b> über 6 Jahre Referenzbereich	 $\geq 75,0\%$	 $\geq 50,0\%$

<sup>1</sup> Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup> unter 4 Jahre Referenzbereich	1 / 260 1,0 Fälle Sentinel Event	5 / 904 5,0 Fälle Sentinel Event
4 bis 6 Jahre	23 / 260 8,8%	116 / 904 12,8%
7 bis 8 Jahre	72 / 260 27,7%	418 / 904 46,2%
9 bis 12 Jahre	150 / 260 57,7%	350 / 904 38,7%
über 12 Jahre	14 / 260 5,4%	15 / 904 1,7%
<b>Summe</b> über 6 Jahre Vertrauensbereich Referenzbereich	236 / 260 90,8% 86,6% - 93,7% >= 75,0%	783 / 904 86,6% 84,2% - 88,7% >= 50,0%

<sup>1</sup> Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup> unter 4 Jahre		
<b>Summe</b> über 6 Jahre Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup> unter 4 Jahre	2 / 260 2,0 Fälle	4 / 817 4,0 Fälle
<b>Summe</b> über 6 Jahre Vertrauensbereich	248 / 260 95,4% 92,1% - 97,3%	674 / 817 82,5% 79,7% - 84,9%

<sup>1</sup> Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

**Laufzeiten nach Herstellern differenziert**

Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2012					
	Hersteller	N	Anteil <sup>1</sup>	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre N Anteil <sup>2</sup>	Laufzeit > 6 Jahre N Anteil <sup>2</sup>
01 Biotronik						
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics						
07 Medtronic						
08 Osypka						
09 Sorin Biomedica/ELA Medical						
11 Vitatron						
18 St. Jude Medical						
89 nicht bekannt						
99 sonstiger						
Gesamt						

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2012					
	Hersteller	N	Anteil <sup>1</sup>	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre N Anteil <sup>2</sup>	Laufzeit > 6 Jahre N Anteil <sup>2</sup>
01 Biotronik						
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics						
07 Medtronic						
08 Osypka						
09 Sorin Biomedica/ELA Medical						
11 Vitatron						
18 St. Jude Medical						
89 nicht bekannt						
99 sonstiger						
Gesamt						

<sup>1</sup> Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

<sup>2</sup> Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller



Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2012							
	Hersteller	N	Anteil <sup>1</sup>	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil <sup>2</sup>	N	Anteil <sup>2</sup>
01 Biotronik	88	33,8%	9,0	0	0,0%	84	95,5%	
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	31	11,9%	9,0	0	0,0%	30	96,8%	
07 Medtronic	82	31,5%	9,0	1	1,2%	77	93,9%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	12	4,6%	6,0	0	0,0%	5	41,7%	
11 Vitatron	10	3,8%	9,5	0	0,0%	10	100,0%	
18 St. Jude Medical	31	11,9%	8,0	0	0,0%	24	77,4%	
89 nicht bekannt	6	2,3%	11,0	0	0,0%	6	100,0%	
99 sonstiger	0	0,0%		0		0		
<b>Gesamt</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>	<b>9,0</b>	<b>1</b>	<b>0,4%</b>	<b>236</b>	<b>90,8%</b>	

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2012							
	Hersteller	N	Anteil <sup>1</sup>	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil <sup>2</sup>	N	Anteil <sup>2</sup>
01 Biotronik	382	42,3%	8,0	1	0,3%	317	83,0%	
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	130	14,4%	8,0	1	0,8%	111	85,4%	
07 Medtronic	217	24,0%	9,0	3	1,4%	201	92,6%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	14	1,5%	8,0	0	0,0%	11	78,6%	
11 Vitatron	44	4,9%	8,0	0	0,0%	40	90,9%	
18 St. Jude Medical	82	9,1%	8,0	0	0,0%	72	87,8%	
89 nicht bekannt	29	3,2%	8,0	0	0,0%	27	93,1%	
99 sonstiger	6	0,7%	8,5	0	0,0%	4	66,7%	
<b>Gesamt</b>	<b>904</b>	<b>100,0%</b>	<b>8,0</b>	<b>5</b>	<b>0,6%</b>	<b>783</b>	<b>86,6%</b>	

<sup>1</sup> Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

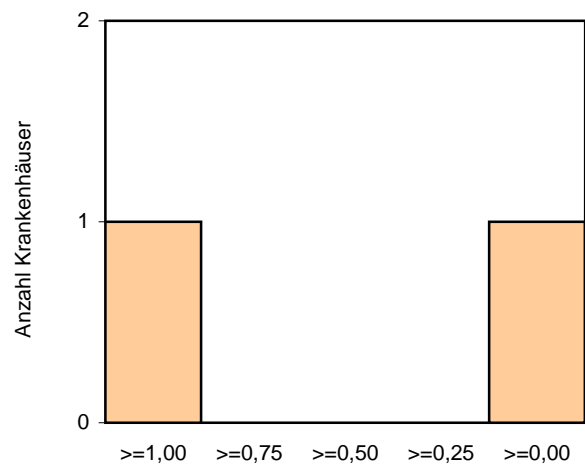
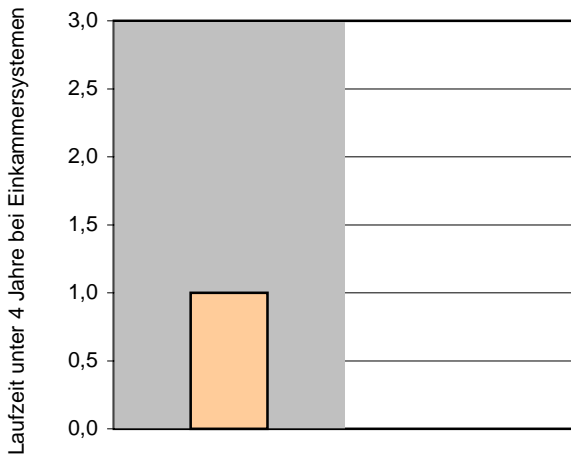
<sup>2</sup> Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/1092]:**

**Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



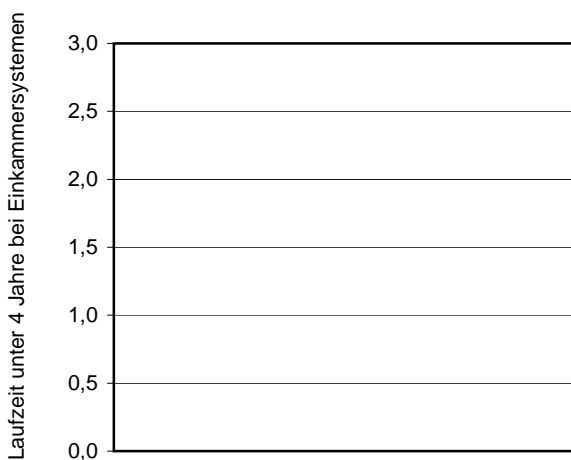
Krankenhäuser

Fälle

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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

42 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

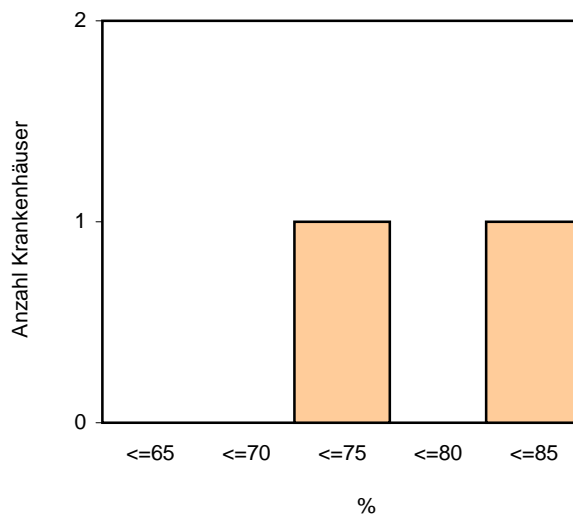
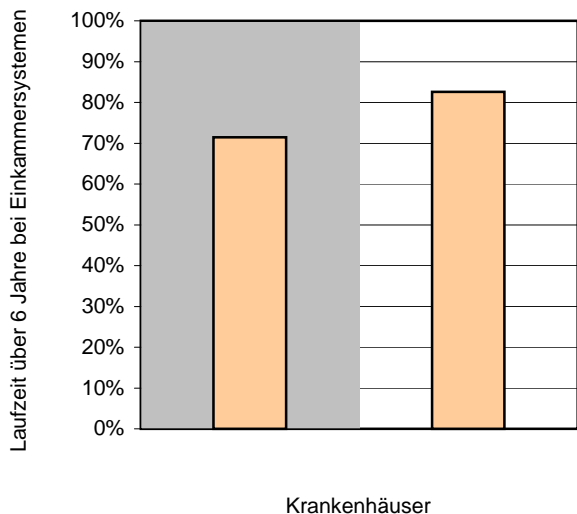
8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/480]:**

**Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

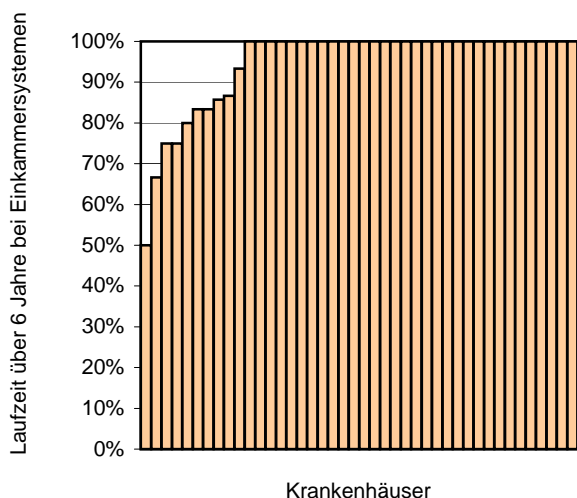
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,4				77,0				82,6

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

42 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	75,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

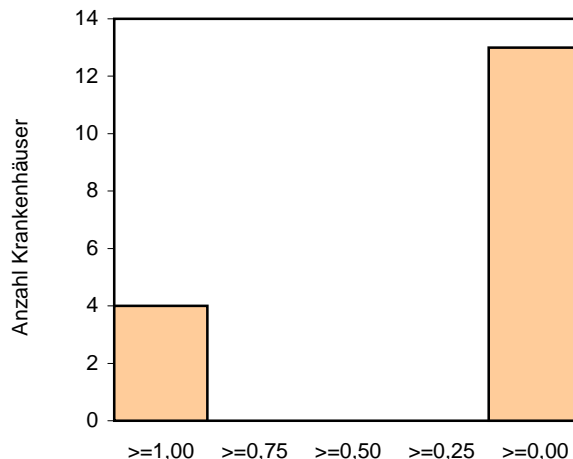
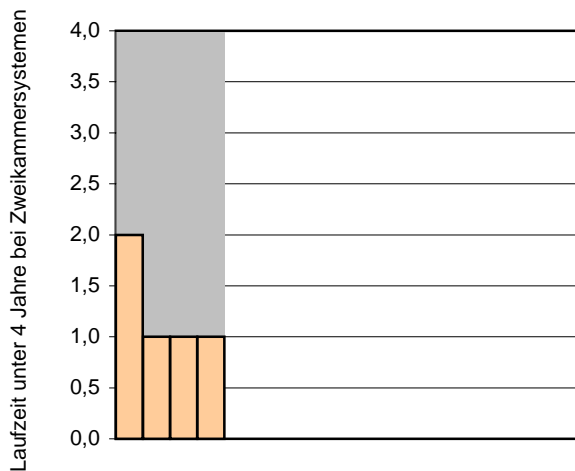
8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/1093]:**

**Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

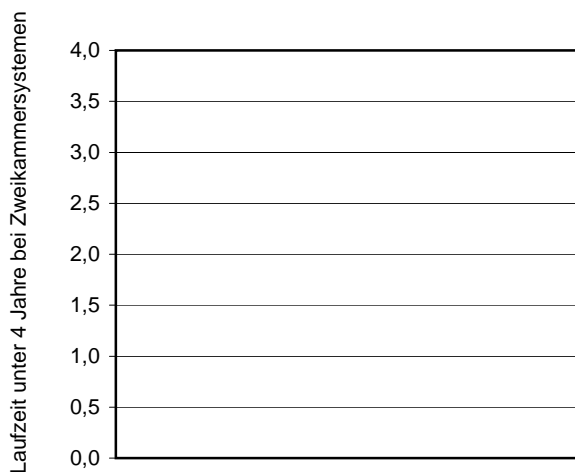
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

33 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

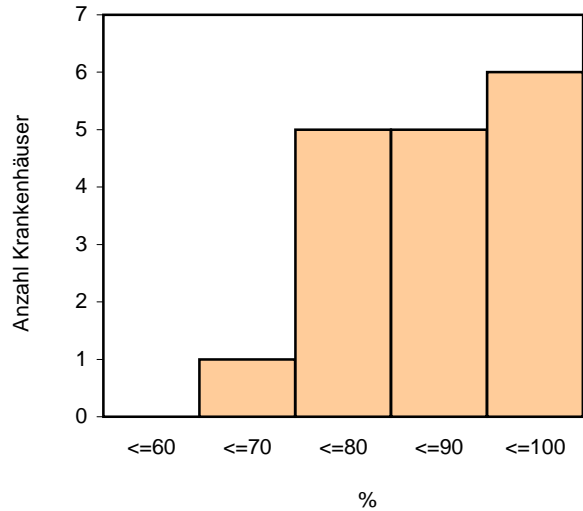
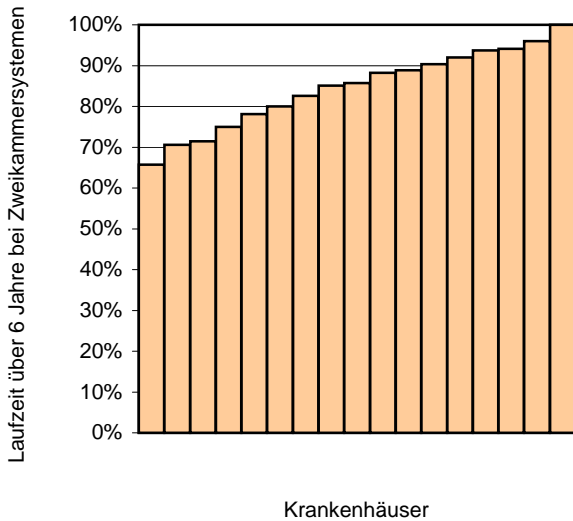
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/481]:**

**Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

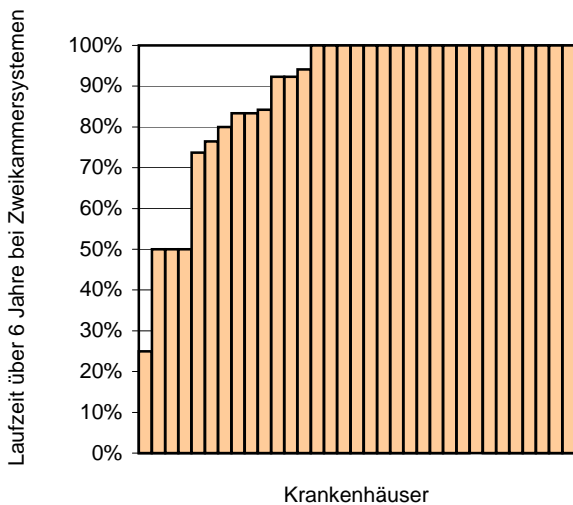
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	65,7		70,6	78,1	85,7	92,0	96,0		100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

33 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0	50,0	50,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

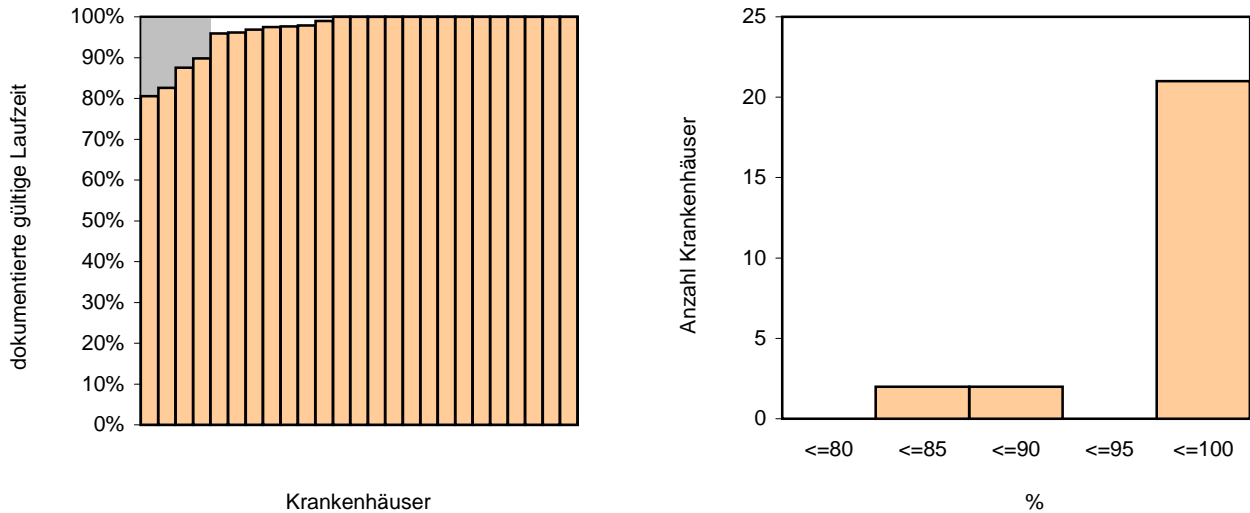
### Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/09n2-HSM-AGGW/11484  
**Referenzbereich:** >= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			1.202 / 1.250	96,2%
Vertrauensbereich				94,9% - 97,1%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			1.104 / 1.142	96,7%
Vertrauensbereich				95,5% - 97,6%

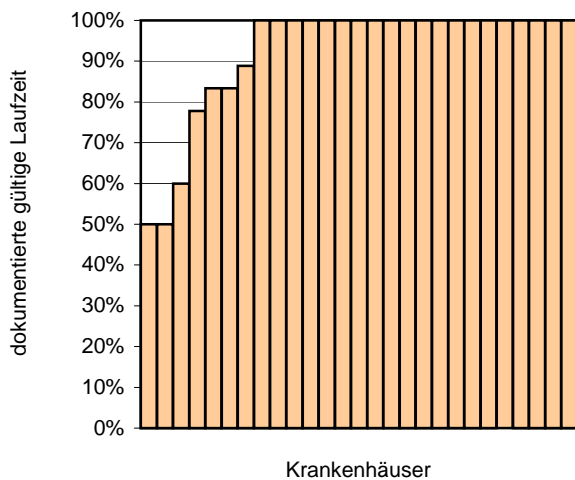
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1e, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/11484]:  
 Anteil von Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,6	82,6	87,5	96,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	60,0	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer bis 60 Minuten

**Qualitätsziel:** Möglichst kurze Eingriffsdauer  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/09n2-HSM-AGGW/210  
**Referenzbereich:** >= 80,0% (Toleranzbereich)

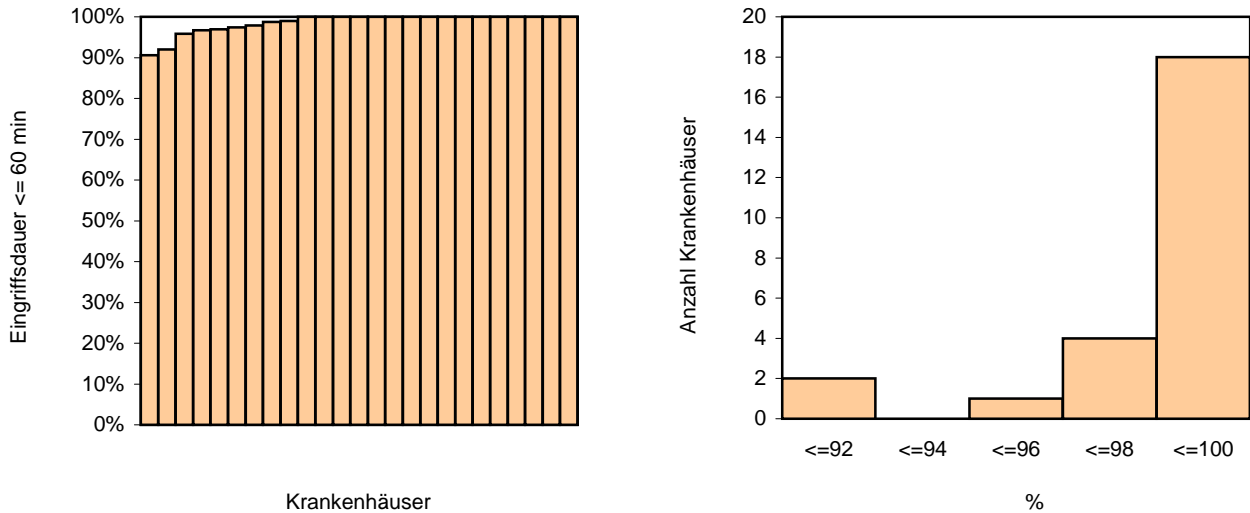
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer bis 30 min			860 / 1.250	68,8%
30 bis 60 min			373 / 1.250	29,8%
<b>Summe</b> bis 60 Minuten			1.233 / 1.250	98,6%
Vertrauensbereich				97,8% - 99,1%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
über 60 min			17 / 1.250	1,4%
Median (min)			1.250	23,0

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer <b>Summe</b> bis 60 Minuten			1.125 / 1.142	98,5%
Vertrauensbereich				97,6% - 99,1%



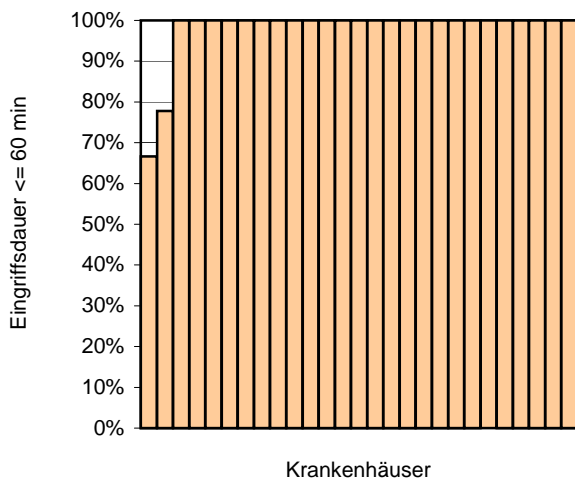
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/210]:  
 Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer <= 60 min an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,6	92,0	95,8	97,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	77,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Chirurgische Komplikationen

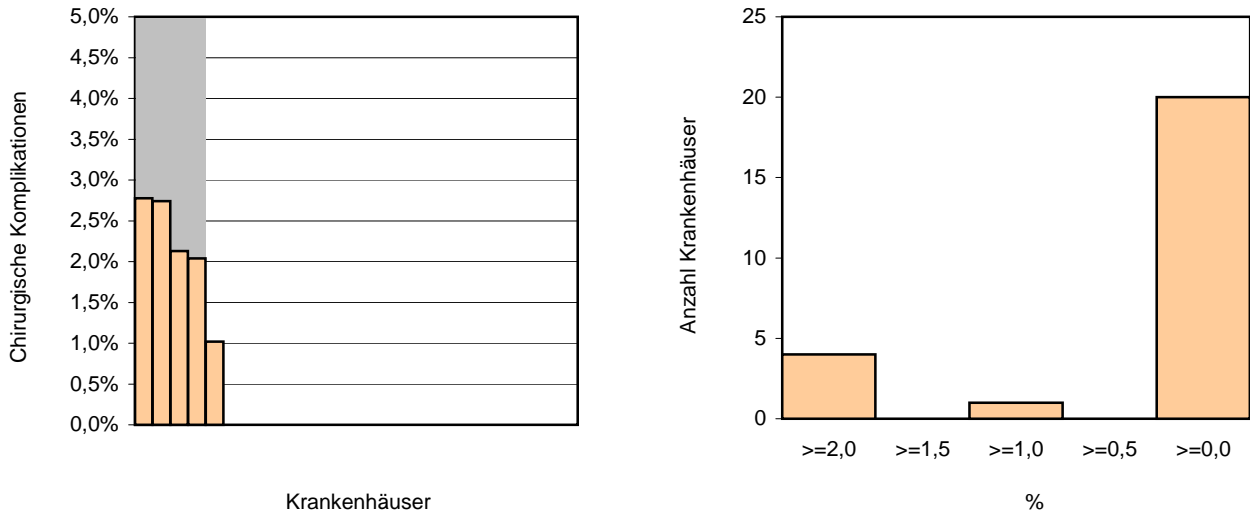
**Qualitätsziel:** Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/09n2-HSM-AGGW/1096  
**Referenzbereich:** <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			9 / 1.250	0,7%
<b>Patienten mit Arrhythmien</b> (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 1.250	0,0%
Asystolie			0 / 1.250	0,0%
Kammerflimmern			0 / 1.250	0,0%
<b>Patienten mit chirurgischen Komplikationen</b>			8 / 1.250	0,6%
Vertrauensbereich				0,3% - 1,3%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%
interventionspflichtiges Taschenhämatom			8 / 1.250	0,6%
postoperative Wundinfektion			0 / 1.250	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 1.250	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 1.250	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 1.250	0,0%
<b>Patienten mit Entlassungsgrund Tod</b>			2 / 1.250	0,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich</b>			2 / 1.142	0,2% 0,0% - 0,6%

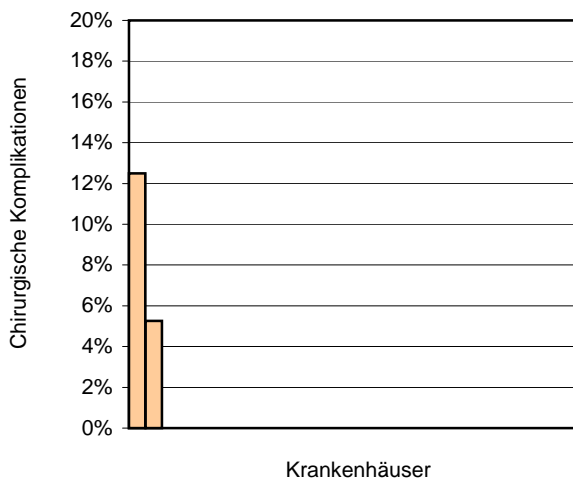
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/1096]:  
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,7	2,8

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.





**Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung**





**Qualitätsziel:** Immer Bestimmung der Reizschwellen

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)  
 Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2012/09n2-HSM-AGGW/482  
 Gruppe 2: 2012/09n2-HSM-AGGW/483

**Referenzbereich:** Gruppe 1:  $\geq 77,3\%$  (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
 Gruppe 2:  $\geq 85,0\%$  (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			762 / 821	 92,8%
Vertrauensbereich				90,8% - 94,4%
Referenzbereich		$\geq 77,3\%$		$\geq 77,3\%$
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			1.223 / 1.273	 96,1%
Vertrauensbereich				94,9% - 97,0%
Referenzbereich		$\geq 85,0\%$		$\geq 85,0\%$

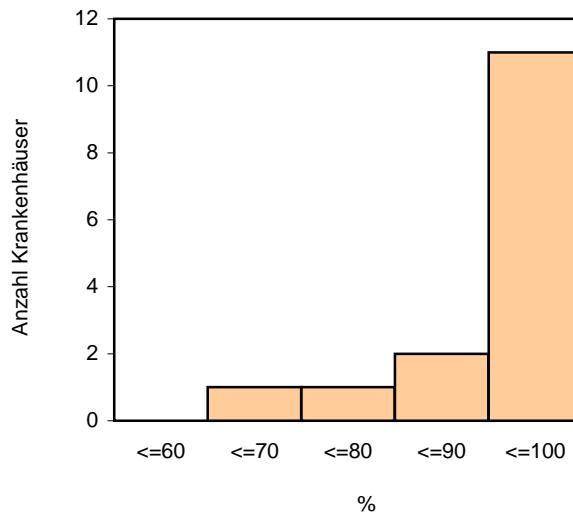
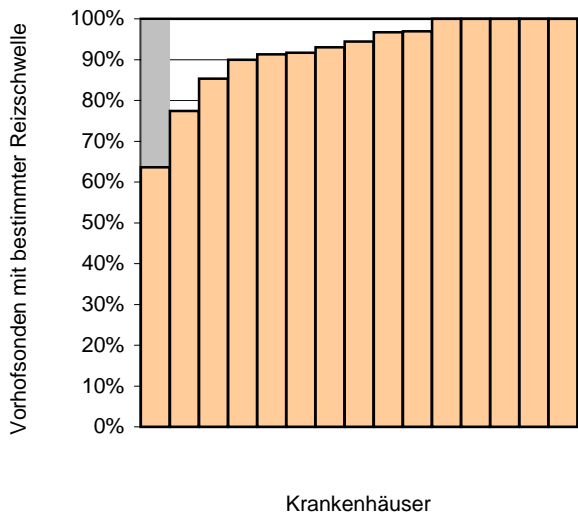
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			663 / 721	 92,0%
Vertrauensbereich				89,7% - 93,7%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			1.104 / 1.155	 95,6%
Vertrauensbereich				94,2% - 96,6%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/482]:**

**Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

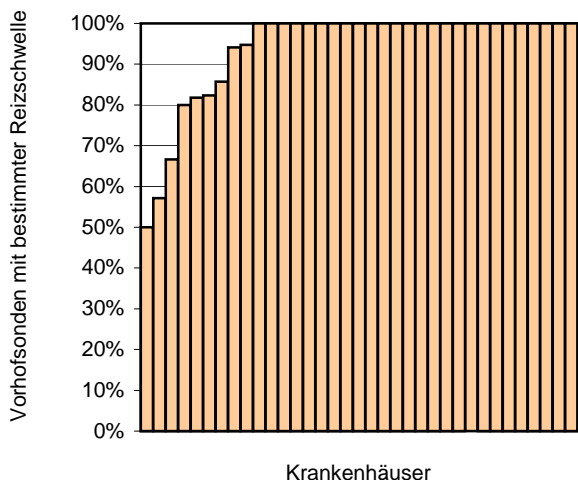
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,6		77,4	90,0	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

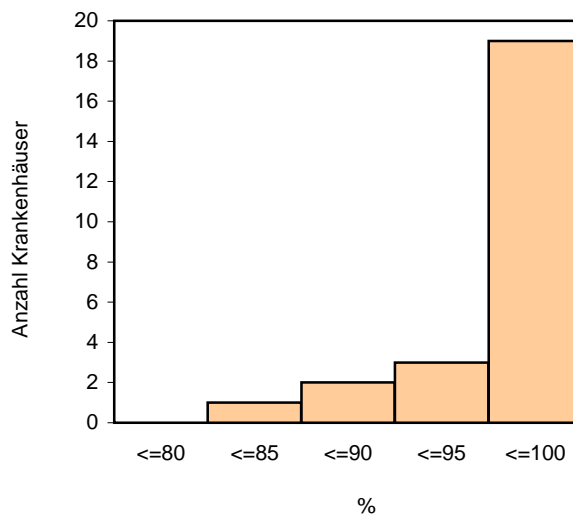
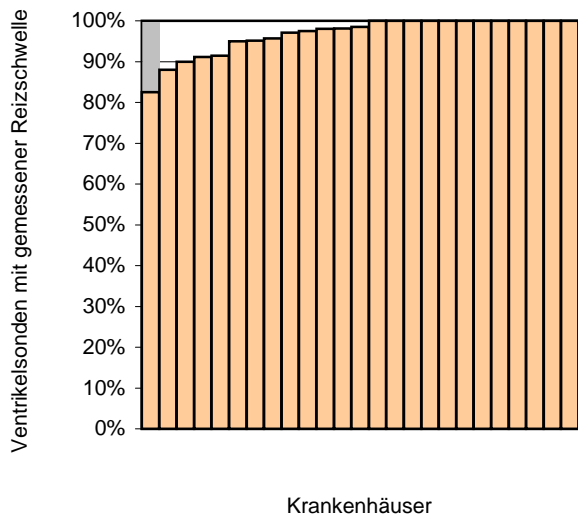


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	57,1	80,0	94,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

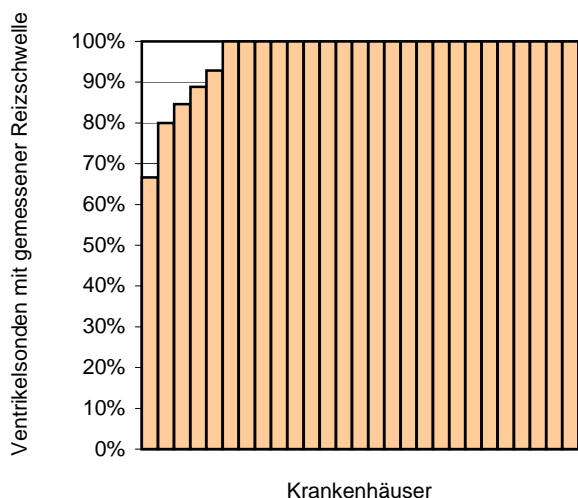
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/483]:  
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Ventrikelsonden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,5	88,0	90,0	95,1	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0

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







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	80,0	84,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung**

<b>Qualitätsziel:</b>	Immer Bestimmung der Amplituden	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2012/09n2-HSM-AGGW/1099
	Gruppe 2:	2012/09n2-HSM-AGGW/484
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 87,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	>= 87,5% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

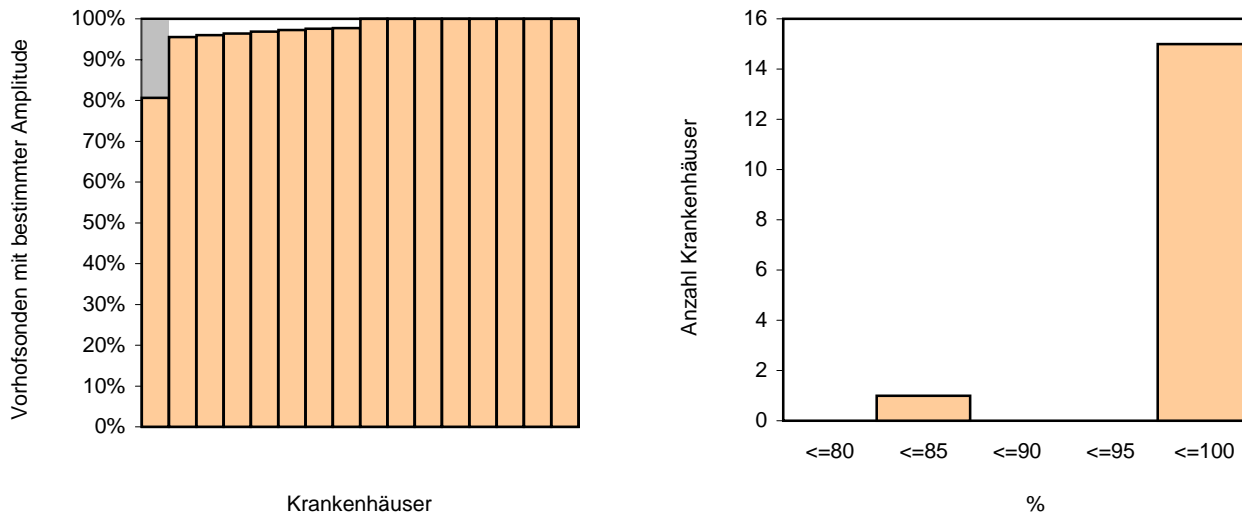
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			856 / 894	95,7%
Vertrauensbereich				94,2% - 96,9%
Referenzbereich		>= 87,3%		>= 87,3%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			1.009 / 1.044	96,6%
Vertrauensbereich				95,4% - 97,6%
Referenzbereich		>= 87,5%		>= 87,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			750 / 819	91,6%
Vertrauensbereich				89,5% - 93,3%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			904 / 946	95,6%
Vertrauensbereich				94,1% - 96,7%



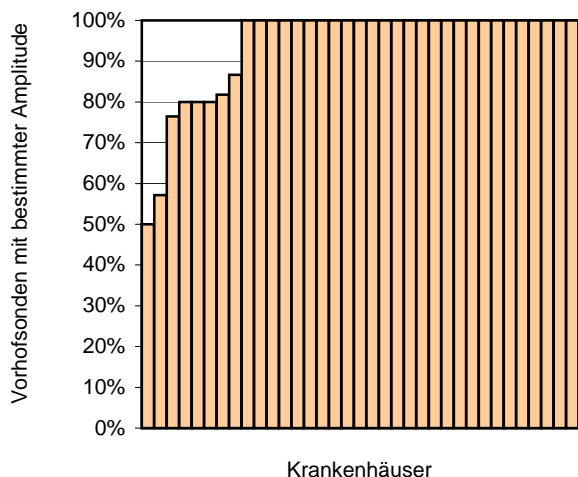
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/1099]:  
 Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,6		95,6	96,7	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	57,1	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

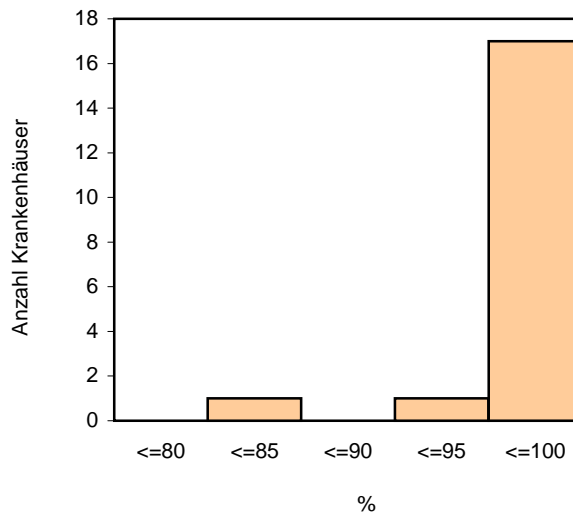
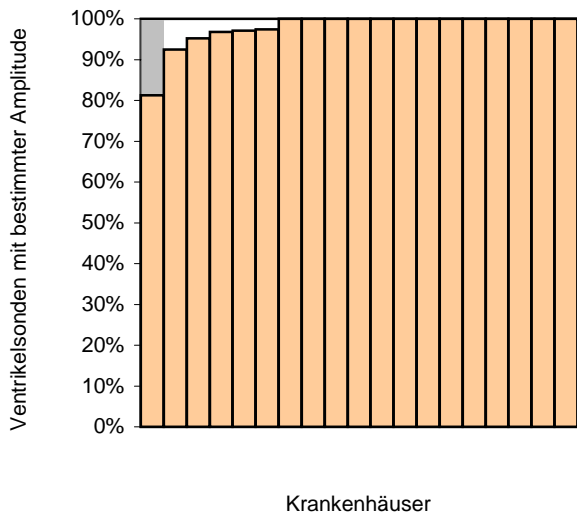
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/484]:**

**Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

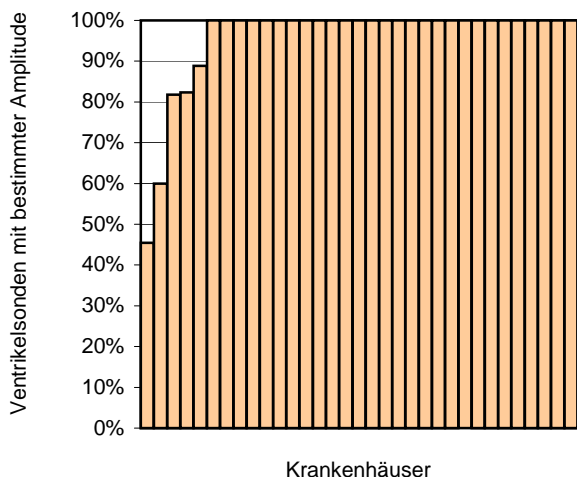
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,3		92,5	97,1	100,0	100,0	100,0		100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

33 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,5	60,0	82,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


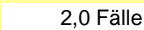
**Qualitätsindikator 6: Sterblichkeit im Krankenhaus**


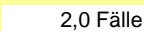
**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/09n2-HSM-AGGW/51398

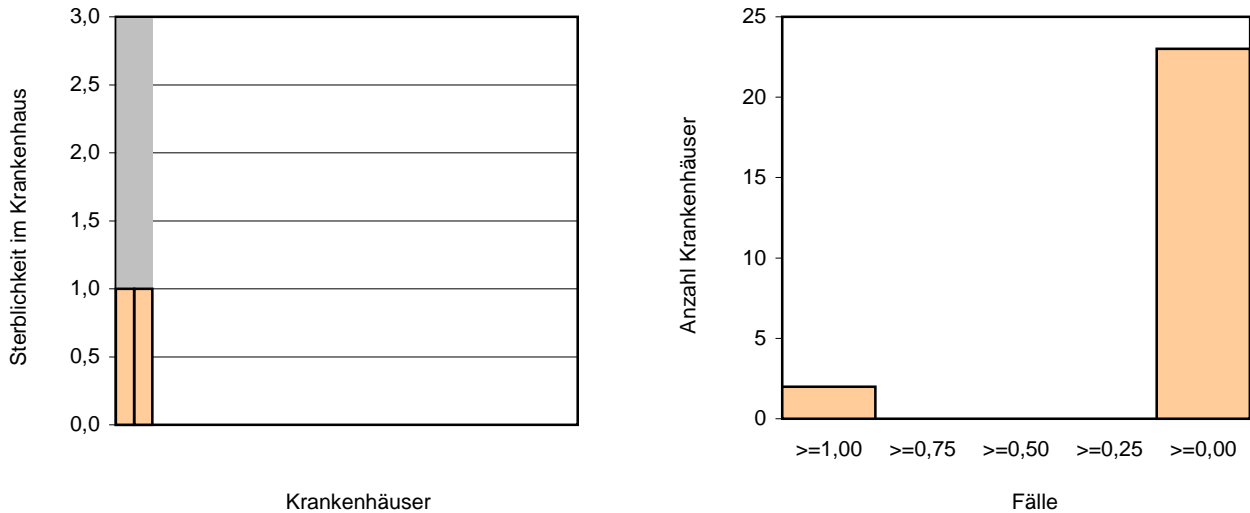
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
<b>Verstorbene Patienten</b> Referenzbereich		 Sentinel Event	2 / 1.250	 2,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
<b>Verstorbene Patienten</b>			2 / 1.142	 2,0 Fälle

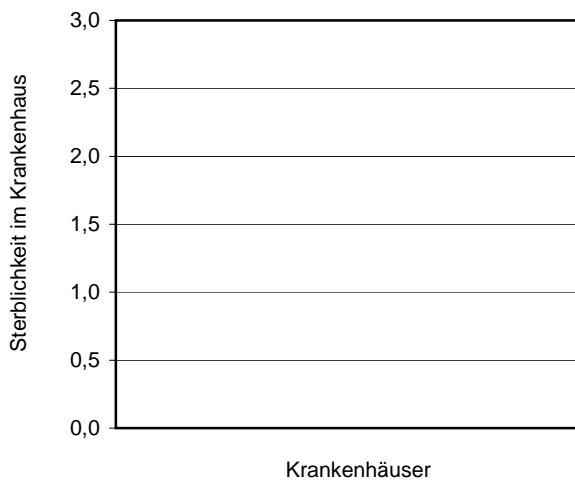
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2012/09n2-HSM-AGGW/51398]:  
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2012 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 52  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.250  
Datensatzversion: 09/2 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12525-L82456-P39170

## Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			322	25,8	322	28,2
2. Quartal			319	25,5	282	24,7
3. Quartal			304	24,3	281	24,6
4. Quartal			305	24,4	257	22,5
Gesamt			1.250		1.142	

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.250		1.142	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,3		1,4
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.250		1.142	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,8		1,9
<b>Stationärer Aufenthalt (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.250		1.142	
Median			2,0		2,0
Mittelwert			3,0		3,3

### OPS 2012<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher
4	5-983	Reoperation
5	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

### OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-378.52	933	74,6	5-378.52	829	72,6
2				5-378.51	275	22,0	5-378.51	262	22,9
3				1-266.0	98	7,8	1-266.0	65	5,7
4				5-983	43	3,4	5-983	35	3,1
5				5-378.5b	35	2,8	5-378.53	28	2,5

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiofibrillators
2	Z95.0	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators
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	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				Z45.0	942	75,4	Z45.0	859	75,2
2				Z95.0	334	26,7	Z95.0	320	28,0
3				I10.00	301	24,1	I10.00	307	26,9
4				I44.2	245	19,6	I44.2	228	20,0
5				I49.5	241	19,3	I49.5	214	18,7
6				I48.11	182	14,6	I48.11	206	18,0
7				E11.90	164	13,1	E11.90	153	13,4
8				T82.1	129	10,3	T82.1	98	8,6

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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



## Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.250 / 1.250		1.142 / 1.142	
< 20 Jahre			5 / 1.250	0,4	5 / 1.142	0,4
20 - 29 Jahre			4 / 1.250	0,3	1 / 1.142	0,1
30 - 39 Jahre			9 / 1.250	0,7	7 / 1.142	0,6
40 - 49 Jahre			12 / 1.250	1,0	4 / 1.142	0,4
50 - 59 Jahre			31 / 1.250	2,5	24 / 1.142	2,1
60 - 69 Jahre			110 / 1.250	8,8	92 / 1.142	8,1
70 - 79 Jahre			380 / 1.250	30,4	354 / 1.142	31,0
80 - 89 Jahre			541 / 1.250	43,3	537 / 1.142	47,0
>= 90 Jahre			158 / 1.250	12,6	118 / 1.142	10,3
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.250		1.142	
Median				81,0		81,0
Mittelwert				78,9		79,2
<b>Geschlecht</b>						
männlich			628	50,2	520	45,5
weiblich			622	49,8	622	54,5

## Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			84	6,7	82	7,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			585	46,8	520	45,5
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			557	44,6	511	44,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			23	1,8	29	2,5
5: moribunder Patient			1	0,1	0	0,0
<b>Stimulationsbedürftigkeit</b>						
permanent (> 90%)			520	41,6	503	44,0
häufig (5 - 90%)			620	49,6	564	49,4
selten (< 5%)			110	8,8	75	6,6

### Indikation zum Aggregatwechsel

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Indikation zum Aggregatwechsel</b>						
reguläre Batterieerschöpfung			1.239	99,1	1.124	98,4
vorzeitige Batterieerschöpfung			4	0,3	8	0,7
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			0	0,0	1	0,1
nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion			3	0,2	1	0,1
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	3	0,3
sonstige Indikation			4	0,3	5	0,4

### Operation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			1.250		1.142	
Median				23,0		24,0
Mittelwert				25,2		26,0

### Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantiertes Schrittmacher-System</b>						
VVI			264 / 1.250	21,1	257 / 1.142	22,5
AAI			17 / 1.250	1,4	17 / 1.142	1,5
DDD			904 / 1.250	72,3	807 / 1.142	70,7
VDD			23 / 1.250	1,8	31 / 1.142	2,7
CRT-System mit einer Vorhofsonde			38 / 1.250	3,0	27 / 1.142	2,4
CRT-System ohne Vorhofsonde			3 / 1.250	0,2	3 / 1.142	0,3
sonstiges <sup>1</sup>			1 / 1.250	0,1	0 / 1.142	0,0
<b>Hersteller</b>						
Biotronik			395 / 1.250	31,6	335 / 1.142	29,3
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			217 / 1.250	17,4	189 / 1.142	16,5
Medtronic			409 / 1.250	32,7	376 / 1.142	32,9
Osypka			0 / 1.250	0,0	0 / 1.142	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			46 / 1.250	3,7	61 / 1.142	5,3
Vitatron			0 / 1.250	0,0	3 / 1.142	0,3
St. Jude Medical			183 / 1.250	14,6	177 / 1.142	15,5
nicht bekannt			0 / 1.250	0,0	1 / 1.142	0,1
sonstiger			0 / 1.250	0,0	0 / 1.142	0,0

<sup>1</sup> In der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Belassene Schrittmacher-Sonden</b>						
<b>Vorhof</b>						
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			762		663	
Median				0,7		0,8
Mittelwert				0,8		0,9
<= 1,5 V			734 / 762	96,3	624 / 663	94,1
> 1,5 - 2,5 V			24 / 762	3,1	37 / 663	5,6
> 2,5 V			4 / 762	0,5	2 / 663	0,3
nicht gemessen			197 / 959	20,5	188 / 851	22,1
wegen Vorhofflimmerns			138 / 959	14,4	130 / 851	15,3
aus anderen Gründen			59 / 959	6,2	58 / 851	6,8
<b>P-Wellen-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			853		748	
Median				2,5		2,6
Mittelwert				2,8		3,0
< 1,5 mV			168 / 837	20,1	126 / 732	17,2
1,5 - 3,0 mV			375 / 837	44,8	313 / 732	42,8
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			294 / 837	35,1	293 / 732	40,0
nicht gemessen			119 / 975	12,2	118 / 868	13,6
wegen Vorhofflimmerns			52 / 975	5,3	49 / 868	5,6
fehlender Vorhoffeigenrhythmus <sup>1</sup>			29 / 975	3,0	-	-
aus anderen Gründen			38 / 975	3,9	69 / 868	7,9

<sup>1</sup> Der Schlüsselwert wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Ventrikel</b>						
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			1.183		1.074	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,2 V			1.046 / 1.183	88,4	945 / 1.074	88,0
> 1,2 - 2,5 V			127 / 1.183	10,7	118 / 1.074	11,0
> 2,5 V			10 / 1.183	0,8	11 / 1.074	1,0
nicht gemessen			49 / 1.232	4,0	51 / 1.125	4,5
<b>R-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			976		879	
Median				11,0		11,5
Mittelwert				11,9		12,3
< 4,0 mV			41 / 976	4,2	33 / 879	3,8
4,0 - 8,0 mV			243 / 976	24,9	199 / 879	22,6
> 8,0 mV			692 / 976	70,9	647 / 879	73,6
nicht gemessen			246 / 1.232	20,0	239 / 1.125	21,2
kein Eigenrhythmus			216 / 1.232	17,5	201 / 1.125	17,9
aus anderen Gründen			30 / 1.232	2,4	38 / 1.125	3,4

**Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bei System mit zwei Ventrikelsonden</b>						
<b>Ventrikel (2. Sonde)</b>						
<b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			40		30	
Median				1,2		1,2
Mittelwert				1,6		1,4
<= 1,2 V			21 / 40	52,5	17 / 30	56,7
> 1,2 - 2,5 V			13 / 40	32,5	9 / 30	30,0
> 2,5 V			6 / 40	15,0	4 / 30	13,3
nicht gemessen			1 / 41	2,4	0 / 30	0,0
<b>R-Amplitude (mV)</b>						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			21		17	
Median				12,0		10,6
Mittelwert				12,6		12,3
< 4,0 mV			1 / 21	4,8	0 / 17	0,0
4,0 - 8,0 mV			3 / 21	14,3	4 / 17	23,5
> 8,0 mV			17 / 21	81,0	13 / 17	76,5
nicht gemessen			18 / 41	43,9	12 / 30	40,0
kein Eigenrhythmus			13 / 41	31,7	8 / 30	26,7
aus anderen Gründen			5 / 41	12,2	4 / 30	13,3

### Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Explantiertes Schrittmacher-Aggregat</b>						
<b>Abstand Implantations- datum und Entlassquartal (Jahre)</b>						
gültige Angaben			1.202		1.104	
Median				8,0		8,0
Mittelwert				8,4		8,4
Jahr der Implantation nicht bekannt			48 / 1.250	3,8	38 / 1.142	3,3
<b>Explantiertes Schrittmacher-System</b>						
VVI			251 / 1.250	20,1	248 / 1.142	21,7
AAI			18 / 1.250	1,4	19 / 1.142	1,7
DDD			920 / 1.250	73,6	815 / 1.142	71,4
VDD			23 / 1.250	1,8	31 / 1.142	2,7
CRT-System mit einer Vorhofsonde			34 / 1.250	2,7	26 / 1.142	2,3
CRT-System ohne Vorhofsonde			3 / 1.250	0,2	3 / 1.142	0,3
sonstiges <sup>1</sup>			1 / 1.250	0,1	0 / 1.142	0,0
<b>Hersteller</b>						
Biotronik			498 / 1.250	39,8	405 / 1.142	35,5
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			172 / 1.250	13,8	147 / 1.142	12,9
Medtronic			315 / 1.250	25,2	340 / 1.142	29,8
Osypka			0 / 1.250	0,0	0 / 1.142	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			26 / 1.250	2,1	28 / 1.142	2,5
Vitatron			54 / 1.250	4,3	72 / 1.142	6,3
St. Jude Medical			130 / 1.250	10,4	117 / 1.142	10,2
nicht bekannt			47 / 1.250	3,8	25 / 1.142	2,2
sonstiger			8 / 1.250	0,6	8 / 1.142	0,7

<sup>1</sup> In der Restkategorie „sonstiges“ sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

### Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikation(en)</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			9 / 1.250	0,7	4 / 1.142	0,4
<b>Asystolie</b>			0	0,0	0	0,0
<b>Kammerflimmern</b>			0	0,0	0	0,0
<b>interventionspflichtiges Taschenhämatom</b>			8	0,6	2	0,2
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)			0	0,0	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
<b>sonstige interventionspflichtige Komplikation</b>			1	0,1	2	0,2



## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.151	92,1	1.057	92,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			62	5,0	47	4,1
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	4	0,4
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	4	0,4
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			5	0,4	0	0,0
07: Tod			2	0,2	2	0,2
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			4	0,3	2	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			21	1,7	20	1,8
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,2	1	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	4	0,4
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,1
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			1	0,1	0	0,0

<sup>1</sup> 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 Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG                                      |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet   | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus  | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung   | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz  |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                |  |

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

### 2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sqg.de](http://www.sqg.de)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

#### **Zielbereich:**

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

#### **Toleranzbereich:**

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

#### **Beispiel:**

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  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 Bundesdatenpools 2012.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

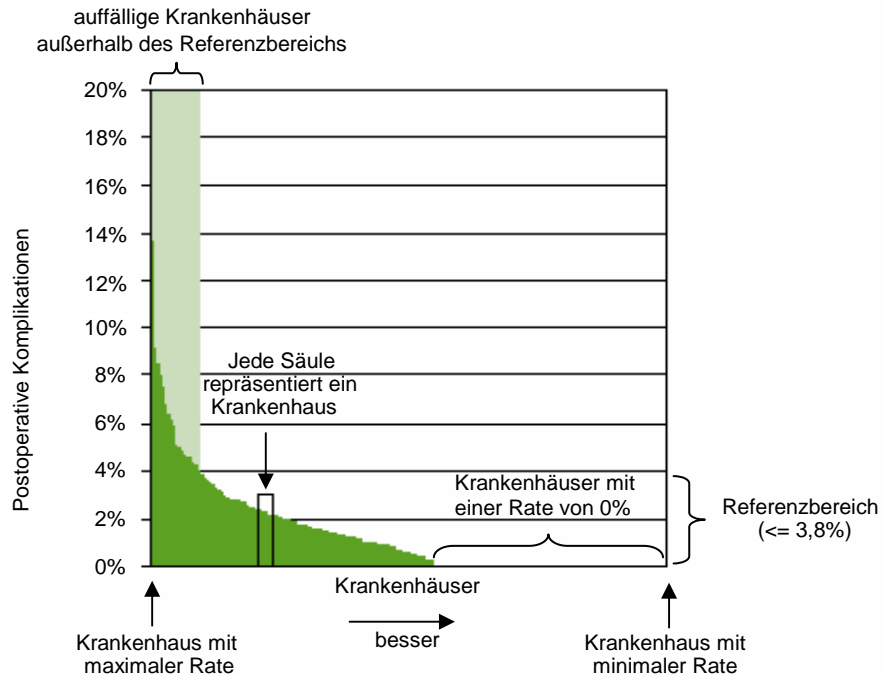
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

### Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen  
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



## 2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankhausergebnisse 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.

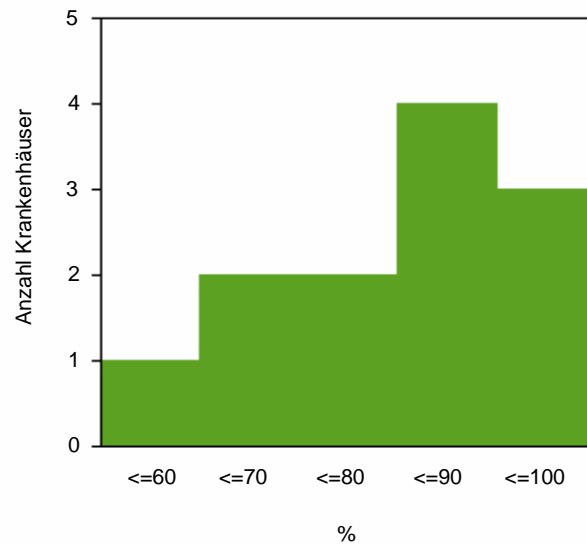
### Beispiel:

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

### **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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Median der Krankhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankhausergebnisse Bund**

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

### **Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe**

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Spannweite der Krankhausergebnisse**

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

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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