

# Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.316  
Datensatzversion: 09/2 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14206-L89029-P43334

# Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.316  
Datensatzversion: 09/2 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14206-L89029-P43334

## Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator  | Fälle<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2013 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>1</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>2</sup> | Seite |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| <b>QI 1: Laufzeit des alten<br/>Herzschrittmacher-Aggregats</b>                               |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| 1a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1092<br>unter 4 Jahre bei<br>Einkammersystem (AAI, VVI)                |                              |                                 | 2,0 Fälle                  | Sentinel Event       | auffällig                                    | 1,0 Fälle                                  | 6     |
| 1b: 2013/09n2-HSM-AGGW/480<br>über 6 Jahre bei<br>Einkammersystem (AAI, VVI)                  |                              |                                 | 94,0%                      | >= 75,0%             | innerhalb                                    | 90,8%                                      | 6     |
| 1c: 2013/09n2-HSM-AGGW/1093<br>unter 4 Jahre bei<br>Zweikammersystem (VDD, DDD)               |                              |                                 | 5,0 Fälle                  | Sentinel Event       | auffällig                                    | 5,0 Fälle                                  | 6     |
| 1d: 2013/09n2-HSM-AGGW/481<br>über 6 Jahre bei<br>Zweikammersystem (VDD, DDD)                 |                              |                                 | 87,2%                      | >= 50,0%             | innerhalb                                    | 86,6%                                      | 6     |
| 1e: 2013/09n2-HSM-AGGW/11484<br>Dokumentation der Laufzeit<br>des Herzschrittmacher-Aggregats |                              |                                 | 97,6%                      | >= 90,0%             | innerhalb                                    | 96,2%                                      | 15    |

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator   | Fälle<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2013 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>1</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>2</sup> | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2013/09n2-HSM-AGGW/210                                     |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| <b>QI 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten</b>                 |                              |                                 | 95,7%                      | >= 60,0%             | innerhalb                                    | 95,4%                                      | 17    |
| <b>QI 3: Intraoperative Reizschwellenbestimmung</b>        |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| 3a: 2013/09n2-HSM-AGGW/482                                 |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde     |                              |                                 | 94,2%                      | >= 84,2%             | innerhalb                                    | 92,8%                                      | 19    |
| 3b: 2013/09n2-HSM-AGGW/483                                 |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden |                              |                                 | 98,2%                      | >= 88,4%             | innerhalb                                    | 96,1%                                      | 19    |
| <b>QI 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung</b>           |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| 4a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1099                                |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde        |                              |                                 | 96,7%                      | >= 87,2%             | innerhalb                                    | 95,7%                                      | 22    |
| 4b: 2013/09n2-HSM-AGGW/484                                 |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden    |                              |                                 | 97,1%                      | >= 87,9%             | innerhalb                                    | 96,6%                                      | 22    |

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator                        | Fälle<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Krankenhaus<br>2013 | Ergebnis<br>Gesamt<br>2013 | Referenz-<br>bereich | Ergebnis/<br>Referenz <sup>1</sup><br>Gesamt | Ergebnis<br>Gesamt<br>Vorjahr <sup>2</sup> | Seite |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|--|--|-------|
| 2013/09n2-HSM-AGGW/1096                   |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| <b>QI 5: Chirurgische Komplikationen</b>  |                              |                                 | 0,4%                       | <= 1,0%              | innerhalb                                    | 0,6%                                       | 25    |
| 2013/09n2-HSM-AGGW/51398                  |                              |                                 |                            |                      |  |  |       |
| <b>QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus</b> |                              |                                 | 0,0 Fälle                  | Sentinel Event       | innerhalb                                    | 2,0 Fälle                                  | 27    |

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

### 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 (QI 1a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1092  
 Gruppe 2 (QI 1c): 2013/09n2-HSM-AGGW/1093

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats<sup>1</sup> über 6 Jahre  
 Gruppe 1 (QI 1b): 2013/09n2-HSM-AGGW/480  
 Gruppe 2 (QI 1d): 2013/09n2-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 2013  |   |
|---|---|---|
|   | Gruppe 1  | Gruppe 2  |
| Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup><br>unter 4 Jahre<br>Referenzbereich | <br>Sentinel Event | <br>Sentinel Event |
| 4 bis 6 Jahre   |   |   |
| 7 bis 8 Jahre   |   |   |
| 9 bis 12 Jahre  |   |   |
| über 12 Jahre   |   |   |
| <b>Summe</b><br>über 6 Jahre<br>Referenzbereich                                       | <br>$\geq 75,0\%$  | <br>$\geq 50,0\%$  |

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

|   | Gesamt 2013                                     |   |
|---|---|---|
|   | Gruppe 1  | Gruppe 2  |
| Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup><br>unter 4 Jahre<br>Referenzbereich | 2 / 265<br>2,0 Fälle<br>Sentinel Event          | 5 / 970<br>5,0 Fälle<br>Sentinel Event          |
| 4 bis 6 Jahre   | 14 / 265<br>5,3%                                | 119 / 970<br>12,3%                              |
| 7 bis 8 Jahre   | 67 / 265<br>25,3%                               | 405 / 970<br>41,8%                              |
| 9 bis 12 Jahre  | 175 / 265<br>66,0%                              | 410 / 970<br>42,3%                              |
| über 12 Jahre   | 7 / 265<br>2,6%                                 | 31 / 970<br>3,2%                                |
| <b>Summe</b><br>über 6 Jahre<br>Vertrauensbereich<br>Referenzbereich                  | 249 / 265<br>94,0%<br>90,4% - 96,2%<br>>= 75,0% | 846 / 970<br>87,2%<br>85,0% - 89,2%<br>>= 50,0% |

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

| Vorjahresdaten   | Krankenhaus 2012 |          |
|--|------------------|----------|
|  | Gruppe 1         | Gruppe 2 |
| Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup><br>unter 4 Jahre |                  |          |
| <b>Summe</b><br>über 6 Jahre<br>Vertrauensbereich                  |                  |          |

| Vorjahresdaten   | Gesamt 2012                         |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
|  | Gruppe 1                            | Gruppe 2                            |
| Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats <sup>1</sup><br>unter 4 Jahre | 1 / 260<br>1,0 Fälle                | 5 / 904<br>5,0 Fälle                |
| <b>Summe</b><br>über 6 Jahre<br>Vertrauensbereich                  | 236 / 260<br>90,8%<br>86,6% - 93,7% | 783 / 904<br>86,6%<br>84,2% - 88,7% |

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

**Laufzeiten nach Herstellern differenziert**

| Einkammersysteme<br>(bezogen auf das explantierte<br>SM-Aggregat) | Krankenhaus 2013 |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
|---|------------------|---|---------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|   | Hersteller       | N | Anteil <sup>1</sup> | Laufzeit<br>Median<br>(Jahre) | Laufzeit<br>< 4 Jahre |                     | Laufzeit<br>> 6 Jahre |                     |
|   |                  |   |                     |                               | N                     | Anteil <sup>2</sup> | N                     | Anteil <sup>2</sup> |
| 01 Biotronik  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 03 Boston Scientific/CPI/Guidant/<br>Intermedics                  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 07 Medtronic  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 08 Osypka   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 09 Sorin Biomedica/ELA Medical                                    |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 11 Vitatron   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 18 St. Jude Medical   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 89 nicht bekannt  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 99 sonstiger  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| <b>Gesamt</b>   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |

| Zweikammersysteme<br>(bezogen auf das explantierte<br>SM-Aggregat) | Krankenhaus 2013 |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
|--|------------------|---|---------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|  | Hersteller       | N | Anteil <sup>1</sup> | Laufzeit<br>Median<br>(Jahre) | Laufzeit<br>< 4 Jahre |                     | Laufzeit<br>> 6 Jahre |                     |
|  |                  |   |                     |                               | N                     | Anteil <sup>2</sup> | N                     | Anteil <sup>2</sup> |
| 01 Biotronik   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 03 Boston Scientific/CPI/Guidant/<br>Intermedics                   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 07 Medtronic   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 08 Osypka  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 09 Sorin Biomedica/ELA Medical                                     |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 11 Vitatron  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 18 St. Jude Medical  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 89 nicht bekannt   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| 99 sonstiger   |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
| <b>Gesamt</b>  |                  |   |                     |                               |                       |                     |                       |                     |

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

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

| Einkammersysteme<br>(bezogen auf das explantierte<br>SM-Aggregat) | Gesamt 2013 |               |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
|---|-------------|---------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|   | Hersteller  | N             | Anteil <sup>1</sup> | Laufzeit<br>Median<br>(Jahre) | Laufzeit<br>< 4 Jahre |                     | Laufzeit<br>> 6 Jahre |                     |
|   |             |               |                     |                               | N                     | Anteil <sup>2</sup> | N                     | Anteil <sup>2</sup> |
| 01 Biotronik  | 95          | 35,8%         | 10,0                | 2                             | 2,1%                  | 88                  | 92,6%                 |                     |
| 03 Boston Scientific/CPI/Guidant/<br>Intermedics                  | 42          | 15,8%         | 9,0                 | 0                             | 0,0%                  | 39                  | 92,9%                 |                     |
| 07 Medtronic  | 86          | 32,5%         | 10,0                | 0                             | 0,0%                  | 83                  | 96,5%                 |                     |
| 08 Osypka   | 0           | 0,0%          |                     | 0                             |                       | 0                   |                       |                     |
| 09 Sorin Biomedica/ELA Medical                                    | 5           | 1,9%          | 8,0                 | 0                             | 0,0%                  | 5                   | 100,0%                |                     |
| 11 Vitatron   | 7           | 2,6%          | 10,0                | 0                             | 0,0%                  | 7                   | 100,0%                |                     |
| 18 St. Jude Medical   | 22          | 8,3%          | 11,0                | 0                             | 0,0%                  | 20                  | 90,9%                 |                     |
| 89 nicht bekannt  | 7           | 2,6%          | 9,0                 | 0                             | 0,0%                  | 6                   | 85,7%                 |                     |
| 99 sonstiger  | 1           | 0,4%          | 8,0                 | 0                             | 0,0%                  | 1                   | 100,0%                |                     |
| <b>Gesamt</b>   | <b>265</b>  | <b>100,0%</b> | <b>10,0</b>         | <b>2</b>                      | <b>0,8%</b>           | <b>249</b>          | <b>94,0%</b>          |                     |

| Zweikammersysteme<br>(bezogen auf das explantierte<br>SM-Aggregat) | Gesamt 2013 |               |                     |                               |                       |                     |                       |                     |
|--|-------------|---------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|  | Hersteller  | N             | Anteil <sup>1</sup> | Laufzeit<br>Median<br>(Jahre) | Laufzeit<br>< 4 Jahre |                     | Laufzeit<br>> 6 Jahre |                     |
|  |             |               |                     |                               | N                     | Anteil <sup>2</sup> | N                     | Anteil <sup>2</sup> |
| 01 Biotronik   | 400         | 41,2%         | 8,0                 | 4                             | 1,0%                  | 347                 | 86,8%                 |                     |
| 03 Boston Scientific/CPI/Guidant/<br>Intermedics                   | 179         | 18,5%         | 8,0                 | 0                             | 0,0%                  | 144                 | 80,4%                 |                     |
| 07 Medtronic   | 225         | 23,2%         | 9,0                 | 0                             | 0,0%                  | 211                 | 93,8%                 |                     |
| 08 Osypka  | 0           | 0,0%          |                     | 0                             |                       | 0                   |                       |                     |
| 09 Sorin Biomedica/ELA Medical                                     | 6           | 0,6%          | 7,5                 | 0                             | 0,0%                  | 5                   | 83,3%                 |                     |
| 11 Vitatron  | 44          | 4,5%          | 8,0                 | 0                             | 0,0%                  | 39                  | 88,6%                 |                     |
| 18 St. Jude Medical  | 94          | 9,7%          | 9,0                 | 1                             | 1,1%                  | 81                  | 86,2%                 |                     |
| 89 nicht bekannt   | 19          | 2,0%          | 8,0                 | 0                             | 0,0%                  | 16                  | 84,2%                 |                     |
| 99 sonstiger   | 3           | 0,3%          | 11,0                | 0                             | 0,0%                  | 3                   | 100,0%                |                     |
| <b>Gesamt</b>  | <b>970</b>  | <b>100,0%</b> | <b>8,0</b>          | <b>5</b>                      | <b>0,5%</b>           | <b>846</b>          | <b>87,2%</b>          |                     |

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

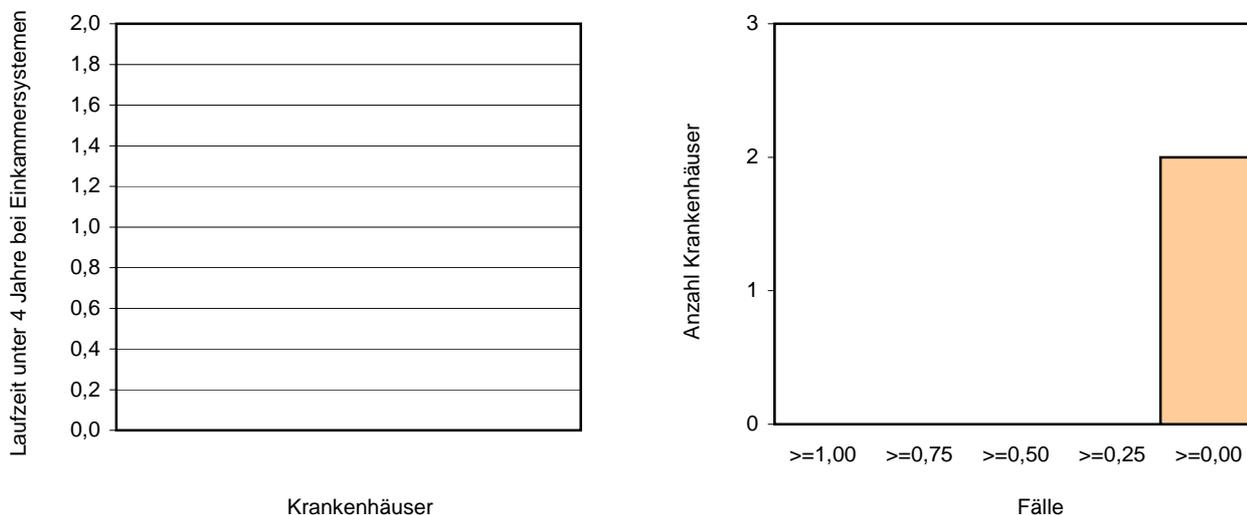
<sup>2</sup> Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

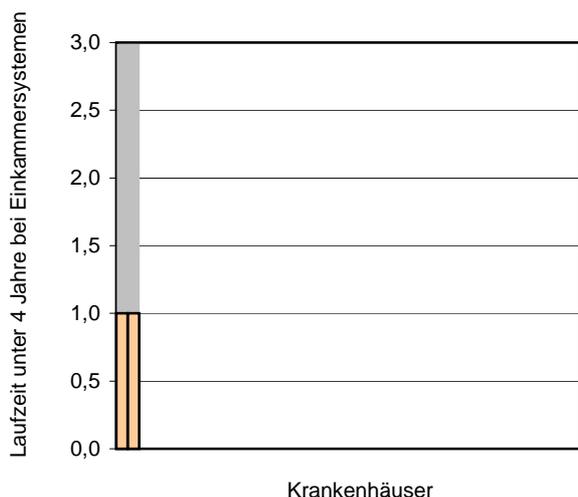
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

40 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 | 0,5 | 1,0 |

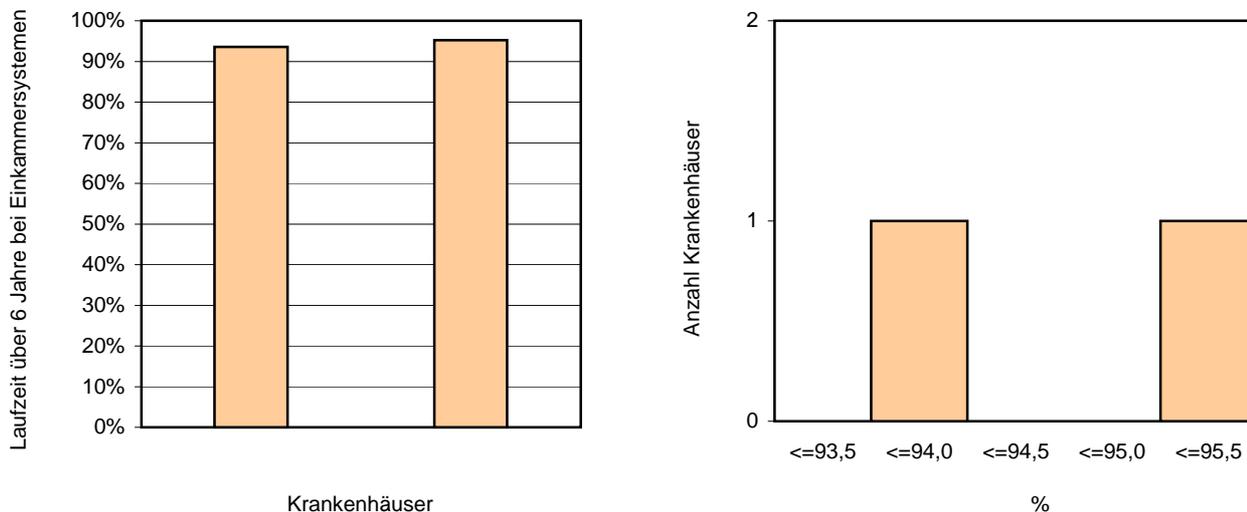
11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

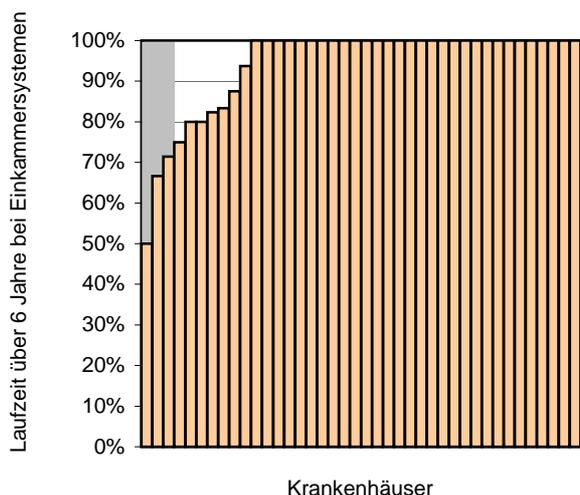
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05 | P10 | P25 | Median | P75 | P90 | P95 | Max  |
|--|------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|------|
|  | 93,5 |     |     |     | 94,4   |     |     |     | 95,2 |

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

40 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 | 69,0 | 77,5 | 96,9 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

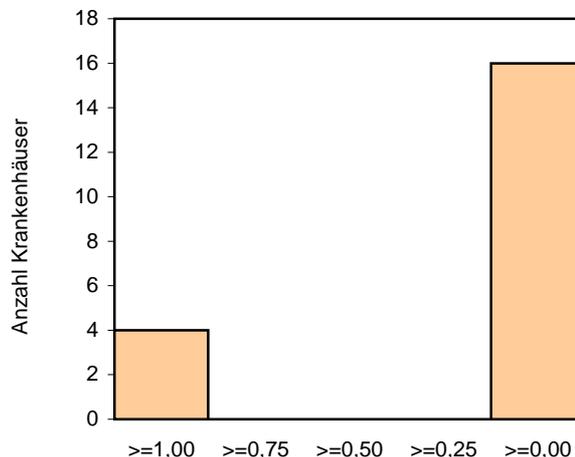
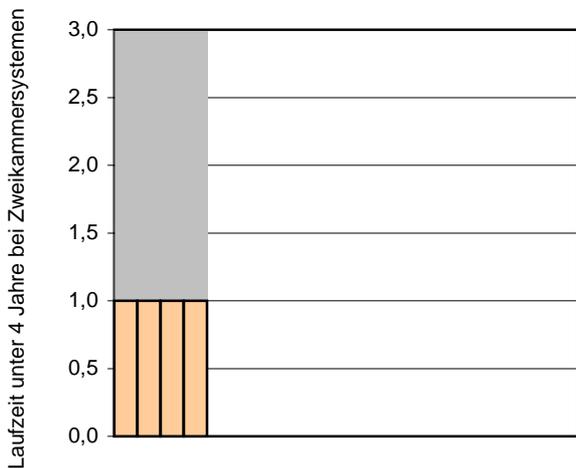
11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



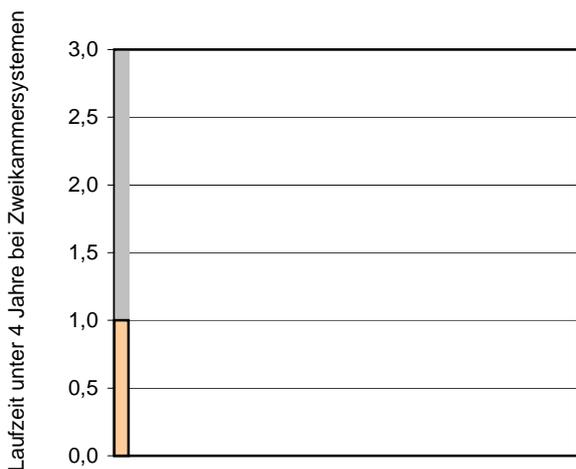
Krankenhäuser

Fälle

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

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

32 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 | 1,0 |

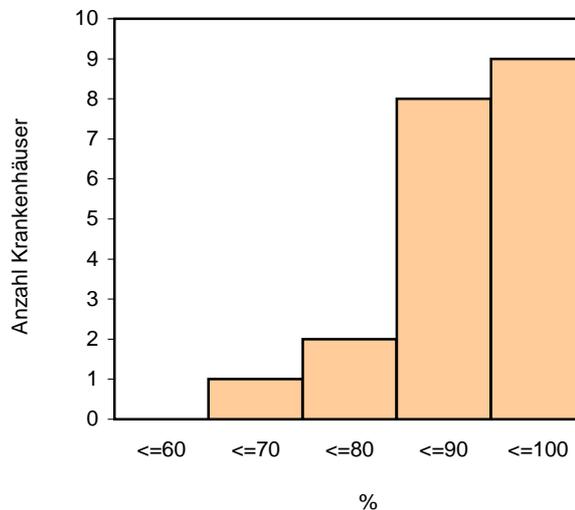
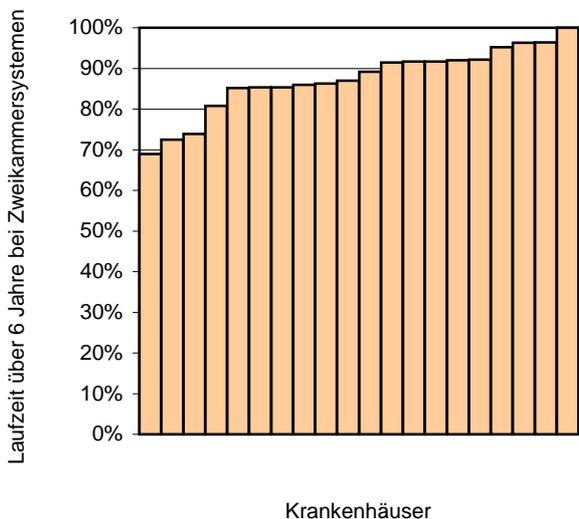
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

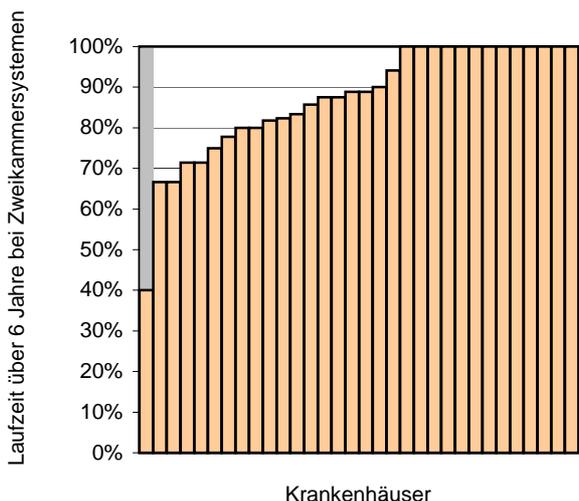
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75  | P90  | P95  | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|------|------|------|-------|
|  | 69,0 | 70,7 | 73,2 | 85,2 | 88,1   | 92,1 | 96,4 | 98,2 | 100,0 |

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

32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 40,0 | 66,7 | 71,4 | 80,0 | 88,9   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

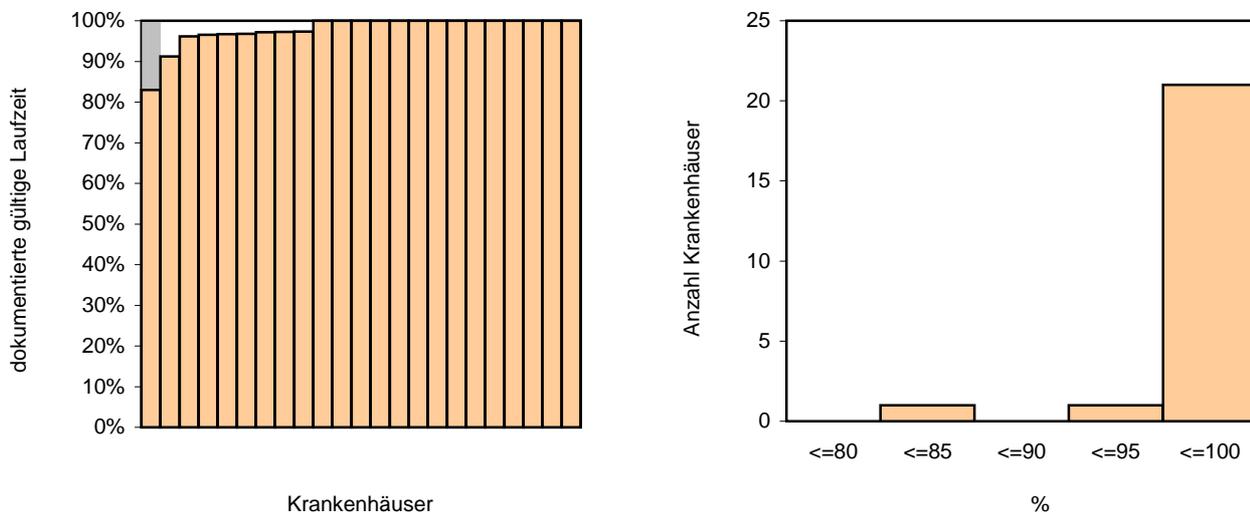
**Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** (QI 1e): 2013/09n2-HSM-AGGW/11484  
**Referenzbereich:** >= 90,0% (Zielbereich)

|   | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013   |               |
|---|------------------|---|---------------|---------------|
|   | Anzahl           | %   | Anzahl        | %             |
| Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats |                  |  | 1.284 / 1.316 | 97,6%         |
| Vertrauensbereich   |                  |   |               | 96,6% - 98,3% |
| Referenzbereich   |                  | >= 90,0%  |               | >= 90,0%      |
| <b>Vorjahresdaten</b>   | Krankenhaus 2012 |   | Gesamt 2012   |               |
|   | Anzahl           | %   | Anzahl        | %             |
| Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats |                  |  | 1.202 / 1.250 | 96,2%         |
| Vertrauensbereich   |                  |   |               | 94,9% - 97,1% |

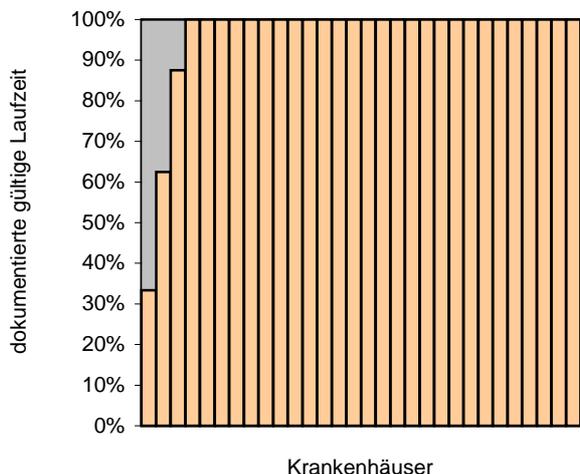
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1e, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/11484]:  
 Anteil von Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats an allen Patienten**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 83,0 | 91,3 | 96,2 | 96,8 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25   | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 33,3 | 62,5 | 93,8 | 100,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten

**Qualitätsziel:** Möglichst kurze Eingriffsdauer  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2013/09n2-HSM-AGGW/210  
**Referenzbereich:** >= 60,0% (Toleranzbereich)

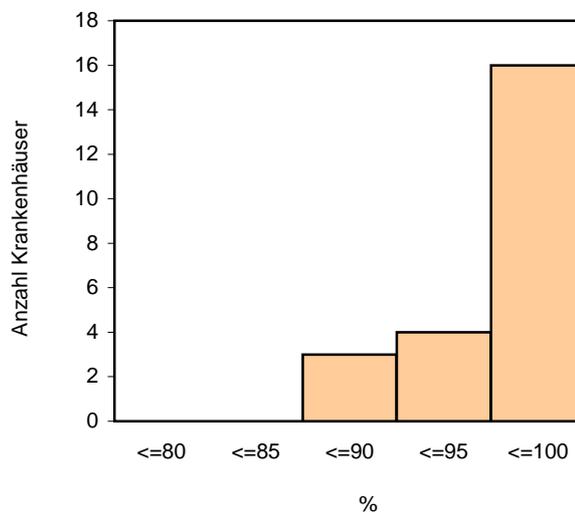
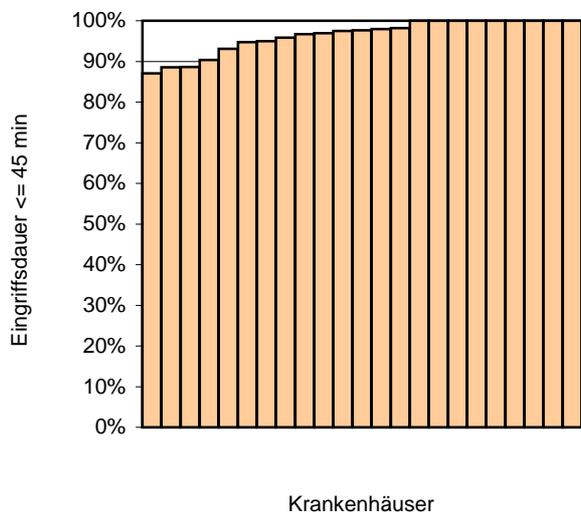
|                                 | Krankenhaus 2013 |          | Gesamt 2013   |               |
|---------------------------------|------------------|----------|---------------|---------------|
|                                 | Anzahl           | %        | Anzahl        | %             |
| Eingriffsdauer bis unter 30 min |                  |          | 888 / 1.316   | 67,5%         |
| 30 bis 45 min                   |                  |          | 372 / 1.316   | 28,3%         |
| <b>Summe</b><br>bis 45 Minuten  |                  |          | 1.260 / 1.316 | 95,7%         |
| Vertrauensbereich               |                  |          |               | 94,5% - 96,7% |
| Referenzbereich                 |                  | >= 60,0% |               | >= 60,0%      |
| über 45 min                     |                  |          | 56 / 1.316    | 4,3%          |
| Median (min)                    |                  |          | 1.316         | 23,0          |

| Vorjahresdaten <sup>1</sup>                   | Krankenhaus 2012 |   | Gesamt 2012   |               |
|---|------------------|---|---------------|---------------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl        | %             |
| Eingriffsdauer <b>Summe</b><br>bis 45 Minuten |                  |   | 1.193 / 1.250 | 95,4%         |
| Vertrauensbereich                             |                  |   |               | 94,1% - 96,5% |

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

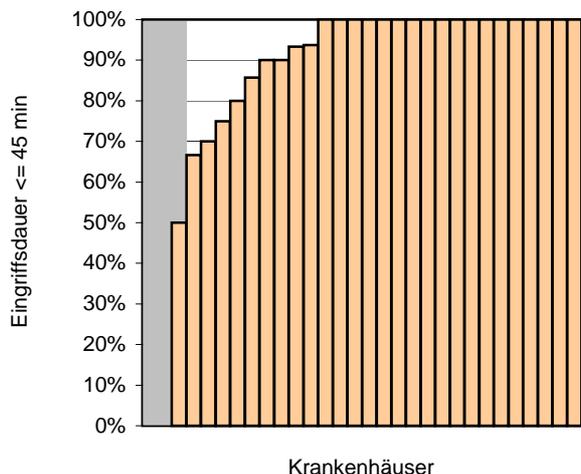
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/210]:  
 Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer <= 45 min an allen Patienten**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 87,1 | 88,6 | 88,6 | 94,7 | 97,6   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 30 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 | 58,3 | 85,7 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 3: 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 (QI 3a): 2013/09n2-HSM-AGGW/482  
 Gruppe 2 (QI 3b): 2013/09n2-HSM-AGGW/483

**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 84,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
 Gruppe 2: >= 88,4% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

|  | Krankenhaus 2013 |  | Gesamt 2013   |  |
|--|------------------|--|---------------|--|
|  | Anzahl           | %  | Anzahl        | %  |
| Gruppe 1<br>Vorhofsonden mit<br>bestimmter Reizschwelle    |                  |   | 815 / 865     |  94,2%  |
| Vertrauensbereich  |                  |  |               | 92,5% - 95,6%  |
| Referenzbereich  |                  | >= 84,2%   |               | >= 84,2%   |
| Gruppe 2<br>Ventrikelsonden mit<br>bestimmter Reizschwelle |                  |  | 1.332 / 1.356 |  98,2% |
| Vertrauensbereich  |                  |  |               | 97,4% - 98,8%  |
| Referenzbereich  |                  | >= 88,4%   |               | >= 88,4%   |

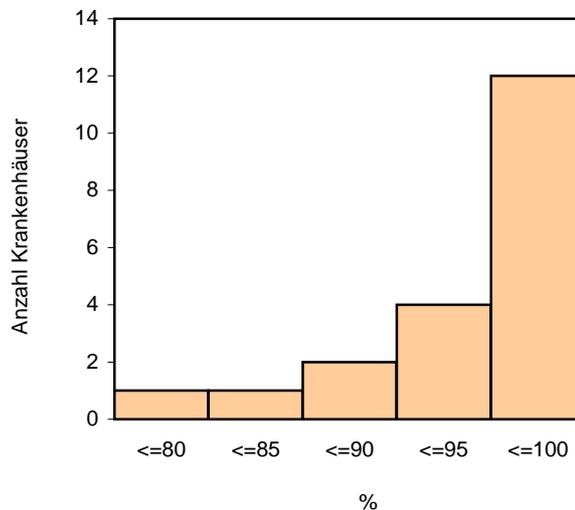
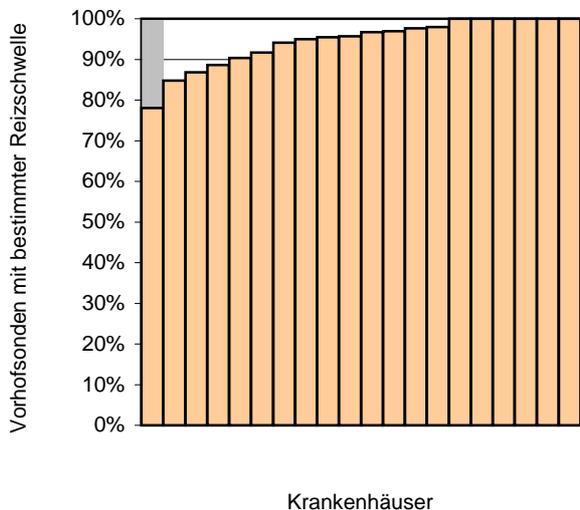
| Vorjahresdaten   | Krankenhaus 2012 |   | Gesamt 2012   |   |
|--|------------------|---|---------------|---|
|  | Anzahl           | %   | Anzahl        | %   |
| Gruppe 1<br>Vorhofsonden mit<br>bestimmter Reizschwelle    |                  |  | 762 / 821     |  92,8% |
| Vertrauensbereich  |                  |   |               | 90,8% - 94,4%   |
| Gruppe 2<br>Ventrikelsonden mit<br>bestimmter Reizschwelle |                  |  | 1.223 / 1.273 |  96,1% |
| Vertrauensbereich  |                  |   |               | 94,9% - 97,0%   |

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

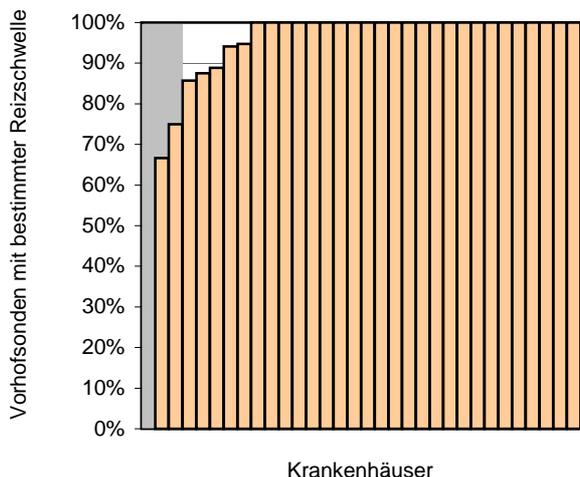
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 78,0 | 81,4 | 85,8 | 91,0 | 96,2   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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

32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

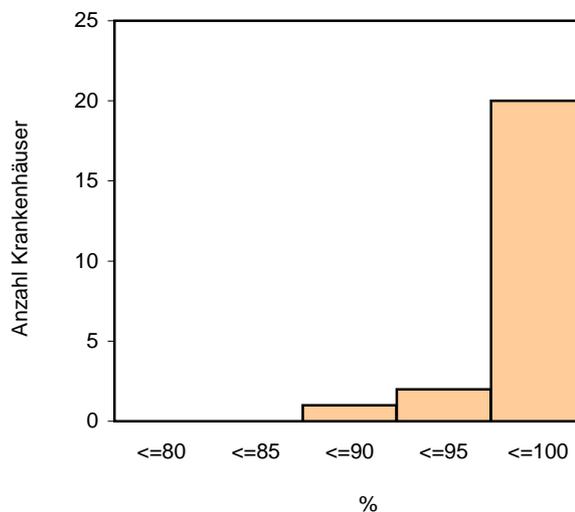
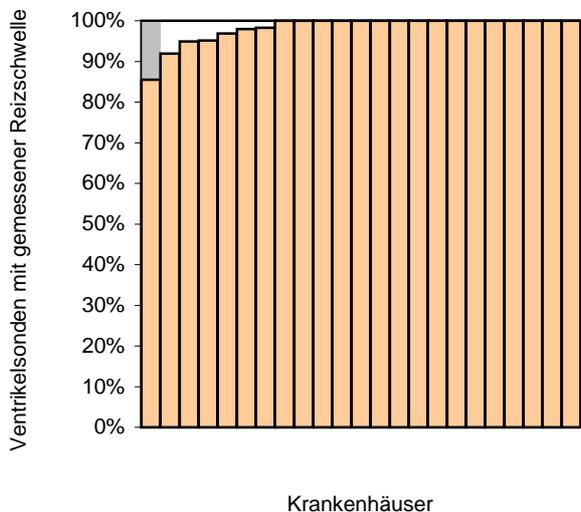


| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|-----|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 0,0 | 66,7 | 85,7 | 97,4 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

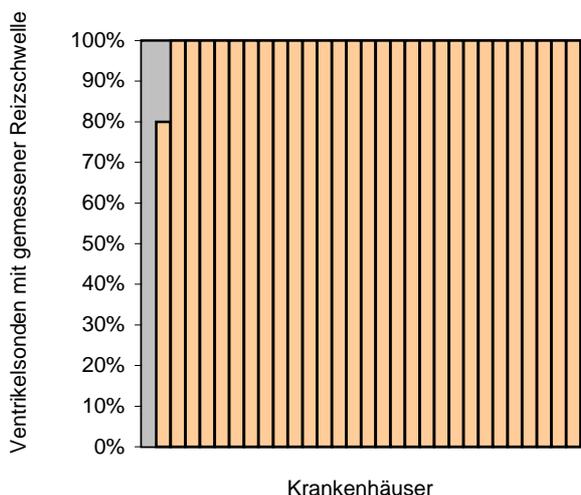
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/483]:  
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Ventrikelsonden**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 85,5 | 91,9 | 94,9 | 98,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 30 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 | 80,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung**

**Qualitätsziel:** Immer Bestimmung der Amplituden

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)  
 Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

**Indikator-ID:** Gruppe 1 (QI 4a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1099  
 Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n2-HSM-AGGW/484

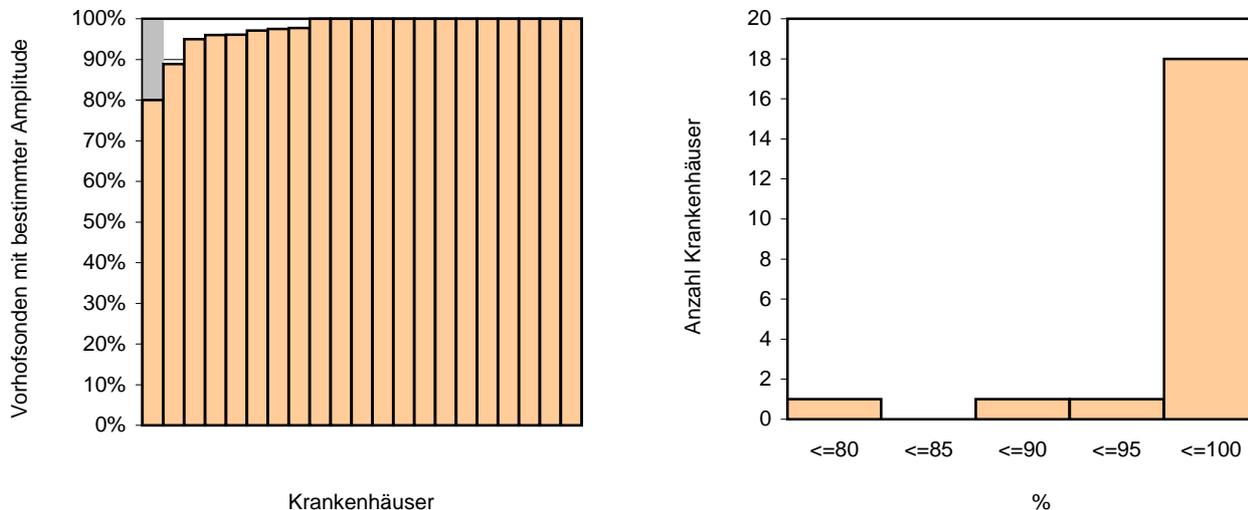
**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 87,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
 Gruppe 2: >= 87,9% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

|  | Krankenhaus 2013 |  | Gesamt 2013   |  |
|--|------------------|--|---------------|--|
|  | Anzahl           | %  | Anzahl        | %  |
| Gruppe 1<br>Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude    |                  |   | 903 / 934     |  96,7%  |
| Vertrauensbereich                                    |                  |  |               | 95,3% - 97,7%  |
| Referenzbereich                                      |                  | >= 87,2%   |               | >= 87,2%   |
| Gruppe 2<br>Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude |                  |  | 1.067 / 1.099 |  97,1% |
| Vertrauensbereich                                    |                  |  |               | 95,9% - 97,9%  |
| Referenzbereich                                      |                  | >= 87,9%   |               | >= 87,9%   |

| Vorjahresdaten                                       | Krankenhaus 2012 |   | Gesamt 2012   |   |
|--|------------------|---|---------------|---|
|  | Anzahl           | %   | Anzahl        | %   |
| Gruppe 1<br>Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude    |                  |  | 856 / 894     |  95,7% |
| Vertrauensbereich                                    |                  |   |               | 94,2% - 96,9%   |
| Gruppe 2<br>Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude |                  |  | 1.009 / 1.044 |  96,6% |
| Vertrauensbereich                                    |                  |   |               | 95,4% - 97,6%   |

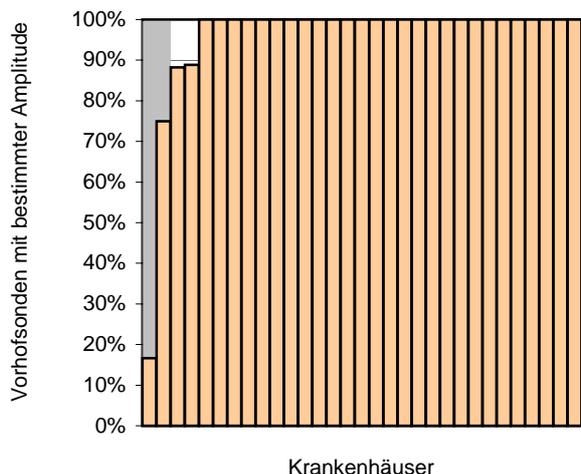
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1099]:  
 Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofoigenrhythmus)**

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25  | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 80,0 | 88,9 | 95,0 | 97,1 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25   | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 16,7 | 75,0 | 88,9 | 100,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

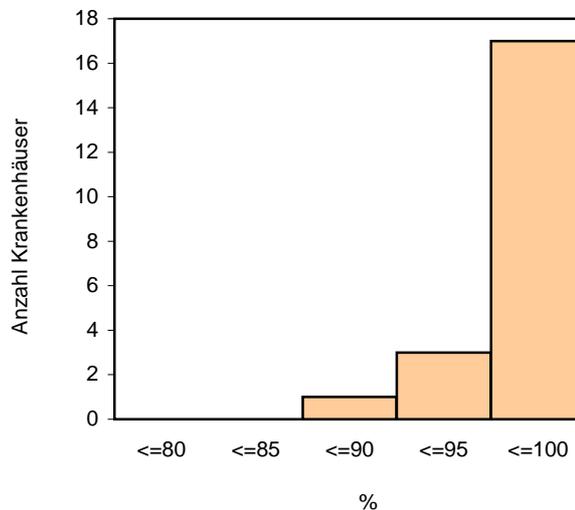
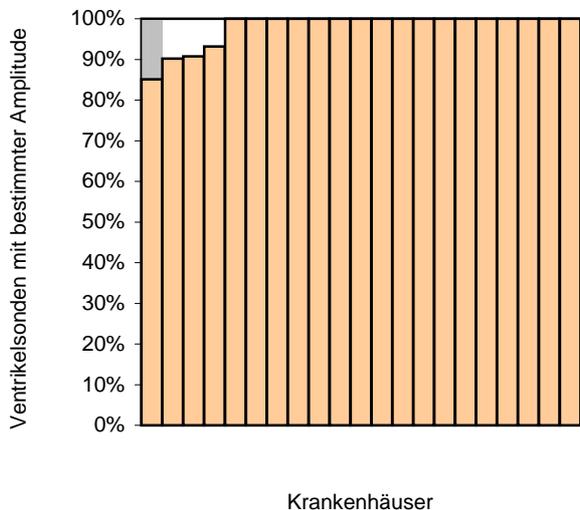
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n2-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:**

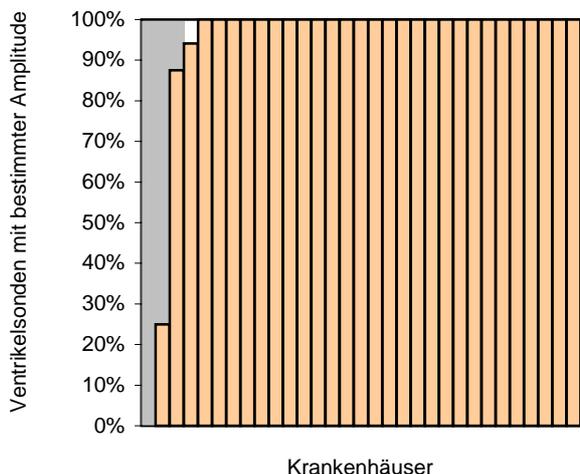
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



| Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%) | Min  | P05  | P10  | P25   | Median | P75   | P90   | P95   | Max   |
|--|------|------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
|  | 85,1 | 90,2 | 90,7 | 100,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

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

31 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 | 25,0 | 94,1 | 100,0 | 100,0  | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 5: Chirurgische Komplikationen**

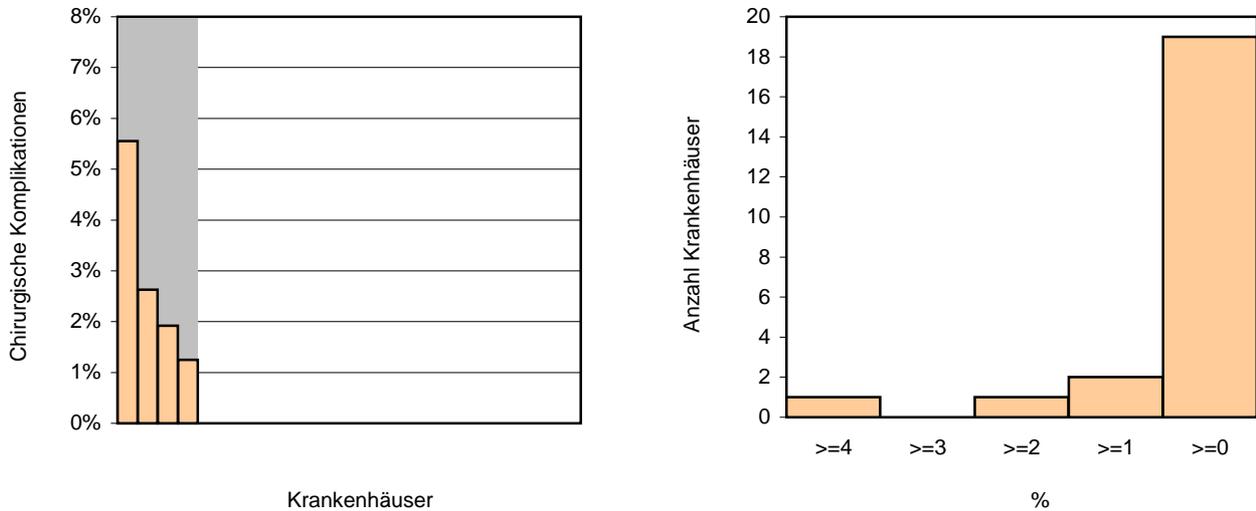
**Qualitätsziel:** Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2013/09n2-HSM-AGGW/1096  
**Referenzbereich:** <= 1,0% (Toleranzbereich)

|   | Krankenhaus 2013 |         | Gesamt 2013 |                                |
|---|------------------|---------|-------------|--------------------------------|
|   | Anzahl           | %       | Anzahl      | %                              |
| Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation                     |                  |         | 9 / 1.316   | 0,7%                           |
| <b>Patienten mit Arrhythmien</b><br>(Asystolie oder Kammerflimmern)                       |                  |         | 1 / 1.316   | 0,1%                           |
| Asystolie   |                  |         | 1 / 1.316   | 0,1%                           |
| Kammerflimmern  |                  |         | 0 / 1.316   | 0,0%                           |
| <b>Patienten mit chirurgischen Komplikationen</b><br>Vertrauensbereich<br>Referenzbereich |                  | <= 1,0% | 5 / 1.316   | 0,4%<br>0,2% - 0,9%<br><= 1,0% |
| interventionspflichtiges Taschenhämatom   |                  |         | 4 / 1.316   | 0,3%                           |
| postoperative Wundinfektion   |                  |         | 1 / 1.316   | 0,1%                           |
| CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)   |                  |         | 0 / 1.316   | 0,0%                           |
| CDC A2 (tiefe Wundinfektion)  |                  |         | 1 / 1.316   | 0,1%                           |
| CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)                                    |                  |         | 0 / 1.316   | 0,0%                           |
| <b>Patienten mit Entlassungsgrund Tod</b>   |                  |         | 0 / 1.316   | 0,0%                           |

| Vorjahresdaten   | Krankenhaus 2012 |   | Gesamt 2012 |                     |
|--|------------------|---|-------------|---------------------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %                   |
| <b>Patienten mit chirurgischen Komplikationen</b><br>Vertrauensbereich |                  |   | 8 / 1.250   | 0,6%<br>0,3% - 1,3% |

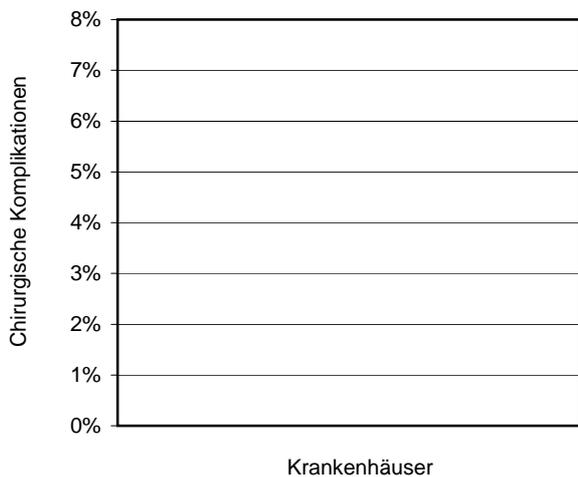
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1096]:  
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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 | 1,9 | 2,6 | 5,6 |

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Sterblichkeit im Krankenhaus

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2013/09n2-HSM-AGGW/51398

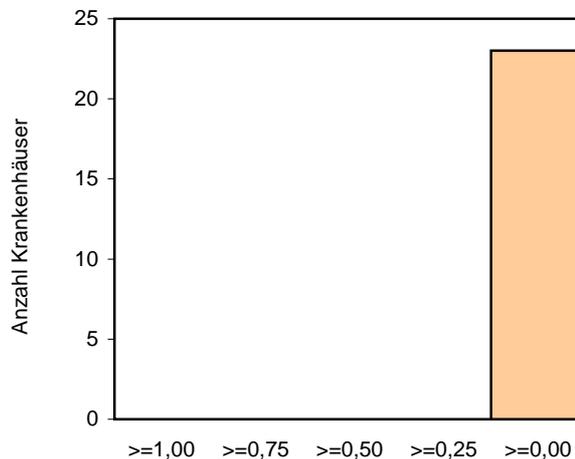
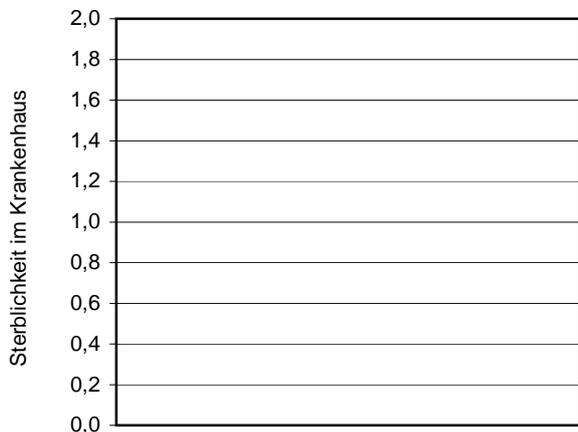
**Referenzbereich:** Sentinel Event

|   | Krankenhaus 2013 |                             | Gesamt 2013 |                             |
|---|------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|
|   | Anzahl           | Fälle                       | Anzahl      | Fälle                       |
| <b>Verstorbene Patienten</b><br>Referenzbereich |                  | 0,0 Fälle<br>Sentinel Event | 0 / 1.316   | 0,0 Fälle<br>Sentinel Event |

| Vorjahresdaten               | Krankenhaus 2012 |           | Gesamt 2012 |           |
|------------------------------|------------------|-----------|-------------|-----------|
|                              | Anzahl           | Fälle     | Anzahl      | Fälle     |
| <b>Verstorbene Patienten</b> |                  | 2,0 Fälle | 2 / 1.250   | 2,0 Fälle |

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/51398]:  
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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

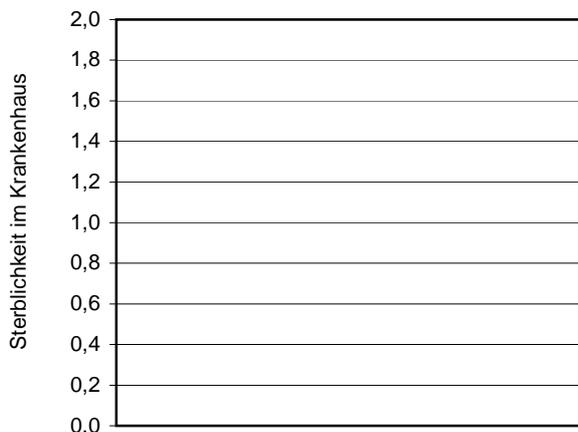


Krankenhäuser

Fälle

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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 30 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 |

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

## Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.316  
Datensatzversion: 09/2 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14206-L89029-P43334

## Basisdaten

|                                       | Krankenhaus 2013 |                | Gesamt 2013 |                | Gesamt 2012 |                |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
|                                       | Anzahl           | % <sup>1</sup> | Anzahl      | % <sup>1</sup> | Anzahl      | % <sup>1</sup> |
| <b>Anzahl importierter Datensätze</b> |                  |                |             |                |             |                |
| 1. Quartal                            |                  |                | 355         | 27,0           | 322         | 25,8           |
| 2. Quartal                            |                  |                | 363         | 27,6           | 319         | 25,5           |
| 3. Quartal                            |                  |                | 295         | 22,4           | 304         | 24,3           |
| 4. Quartal                            |                  |                | 303         | 23,0           | 305         | 24,4           |
| Gesamt                                |                  |                | 1.316       |                | 1.250       |                |

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

## Behandlungszeiten

|  | Krankenhaus 2013 | Gesamt 2013 |     | Gesamt 2012 |     |
|--|------------------|-------------|-----|-------------|-----|
|  | Anzahl           | Anzahl      |     | Anzahl      |     |
| <b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>  |                  |             |     |             |     |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben    |                  | 1.316       |     | 1.250       |     |
| Median                                   |                  |             | 1,0 |             | 1,0 |
| Mittelwert                               |                  |             | 1,1 |             | 1,3 |
| <b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b> |                  |             |     |             |     |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben    |                  | 1.316       |     | 1.250       |     |
| Median                                   |                  |             | 1,0 |             | 1,0 |
| Mittelwert                               |                  |             | 1,6 |             | 1,8 |
| <b>Stationärer Aufenthalt (Tage)</b>     |                  |             |     |             |     |
| Anzahl Patienten mit gültigen Angaben    |                  | 1.316       |     | 1.250       |     |
| Median                                   |                  |             | 2,0 |             | 2,0 |
| Mittelwert                               |                  |             | 2,7 |             | 3,0 |

### OPS 2013<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

|   |          |   |
|---|----------|---|
| 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 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

|   | Krankenhaus 2013 |        |                | Gesamt 2013 |        |                | Gesamt 2012 |        |                |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
|   | OPS              | Anzahl | % <sup>2</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>2</sup> | OPS         | Anzahl | % <sup>2</sup> |
| 1 |                  |        |                | 5-378.52    | 964    | 73,3           | 5-378.52    | 933    | 74,6           |
| 2 |                  |        |                | 5-378.51    | 293    | 22,3           | 5-378.51    | 275    | 22,0           |
| 3 |                  |        |                | 1-266.0     | 83     | 6,3            | 1-266.0     | 98     | 7,8            |
| 4 |                  |        |                | 5-983       | 82     | 6,2            | 5-983       | 43     | 3,4            |
| 5 |                  |        |                | 5-378.5b    | 42     | 3,2            | 5-378.5b    | 35     | 2,8            |

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2012 und OPS 2013 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 gültigem OPS

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

|   |        |  |
|---|--------|--|
| 1 | Z45.00 | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers  |
| 2 | Z95.0  | Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts  |
| 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 | E11.90 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| 7 | I48.2  | Vorhofflimmern, permanent  |
| 8 | Z92.1  | Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese   |

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

|   | Krankenhaus 2013 |        |                | Gesamt 2013 |        |                | Gesamt 2012 |        |                |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
|   | ICD              | Anzahl | % <sup>2</sup> | ICD         | Anzahl | % <sup>2</sup> | ICD         | Anzahl | % <sup>2</sup> |
| 1 |                  |        |                | Z45.00      | 958    | 72,8           | Z45.0       | 942    | 75,4           |
| 2 |                  |        |                | Z95.0       | 361    | 27,4           | Z95.0       | 334    | 26,7           |
| 3 |                  |        |                | I10.00      | 300    | 22,8           | I10.00      | 301    | 24,1           |
| 4 |                  |        |                | I44.2       | 273    | 20,7           | I44.2       | 245    | 19,6           |
| 5 |                  |        |                | I49.5       | 252    | 19,1           | I49.5       | 241    | 19,3           |
| 6 |                  |        |                | E11.90      | 191    | 14,5           | I48.11      | 182    | 14,6           |
| 7 |                  |        |                | I48.2       | 146    | 11,1           | E11.90      | 164    | 13,1           |
| 8 |                  |        |                | Z92.1       | 130    | 9,9            | T82.1       | 129    | 10,3           |

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

## Patienten

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013   |      | Gesamt 2012   |      |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %    | Anzahl        | %    |
| <b>Altersverteilung (Jahre)</b>          |                  |   |               |      |               |      |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe |                  |   | 1.316 / 1.316 |      | 1.250 / 1.250 |      |
| < 20 Jahre                               |                  |   | 5 / 1.316     | 0,4  | 5 / 1.250     | 0,4  |
| 20 - 29 Jahre                            |                  |   | 9 / 1.316     | 0,7  | 4 / 1.250     | 0,3  |
| 30 - 39 Jahre                            |                  |   | 4 / 1.316     | 0,3  | 9 / 1.250     | 0,7  |
| 40 - 49 Jahre                            |                  |   | 5 / 1.316     | 0,4  | 12 / 1.250    | 1,0  |
| 50 - 59 Jahre                            |                  |   | 25 / 1.316    | 1,9  | 31 / 1.250    | 2,5  |
| 60 - 69 Jahre                            |                  |   | 105 / 1.316   | 8,0  | 110 / 1.250   | 8,8  |
| 70 - 79 Jahre                            |                  |   | 422 / 1.316   | 32,1 | 380 / 1.250   | 30,4 |
| 80 - 89 Jahre                            |                  |   | 585 / 1.316   | 44,5 | 541 / 1.250   | 43,3 |
| >= 90 Jahre                              |                  |   | 156 / 1.316   | 11,9 | 158 / 1.250   | 12,6 |
| <b>Alter (Jahre)</b>                     |                  |   |               |      |               |      |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe |                  |   | 1.316         |      | 1.250         |      |
| Median                                   |                  |   |               | 81,0 |               | 81,0 |
| Mittelwert                               |                  |   |               | 79,3 |               | 78,9 |
| <b>Geschlecht</b>                        |                  |   |               |      |               |      |
| männlich                                 |                  |   | 672           | 51,1 | 628           | 50,2 |
| weiblich                                 |                  |   | 644           | 48,9 | 622           | 49,8 |

## Präoperative Anamnese/Klinik

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| <b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>                            |                  |   |             |      |             |      |
| 1: normaler, ansonsten gesunder Patient                              |                  |   | 54          | 4,1  | 84          | 6,7  |
| 2: mit leichter Allgemeinerkrankung                                  |                  |   | 653         | 49,6 | 585         | 46,8 |
| 3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung       |                  |   | 580         | 44,1 | 557         | 44,6 |
| 4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung |                  |   | 29          | 2,2  | 23          | 1,8  |
| 5: moribunder Patient  |                  |   | 0           | 0,0  | 1           | 0,1  |
| <b>Stimulationsbedürftigkeit</b>                                     |                  |   |             |      |             |      |
| permanent (> 90%)  |                  |   | 533         | 40,5 | 520         | 41,6 |
| häufig (5 - 90%)   |                  |   | 651         | 49,5 | 620         | 49,6 |
| selten (< 5%)  |                  |   | 132         | 10,0 | 110         | 8,8  |

### Indikation zum Aggregatwechsel

|   | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| <b>Indikation zum Aggregatwechsel</b>   |                  |   |             |      |             |      |
| reguläre Batterieerschöpfung            |                  |   | 1.300       | 98,8 | 1.239       | 99,1 |
| vorzeitige Batterieerschöpfung          |                  |   | 7           | 0,5  | 4           | 0,3  |
| vermutete Schrittmacherfehlfunktion     |                  |   | 1           | 0,1  | 0           | 0,0  |
| nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion |                  |   | 4           | 0,3  | 3           | 0,2  |
| Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf   |                  |   | 2           | 0,2  | 0           | 0,0  |
| sonstige Indikation                     |                  |   | 2           | 0,2  | 4           | 0,3  |

### Operation

|                            | Krankenhaus 2013 |  | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|----------------------------|------------------|--|-------------|------|-------------|------|
|                            | Anzahl           |  | Anzahl      |      | Anzahl      |      |
| <b>Dauer des Eingriffs</b> |                  |  |             |      |             |      |
| Schnitt-Nahtzeit (min)     |                  |  |             |      |             |      |
| gültige Angaben            |                  |  | 1.316       |      | 1.250       |      |
| Median                     |                  |  |             | 23,0 |             | 23,0 |
| Mittelwert                 |                  |  |             | 24,9 |             | 25,2 |

### Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

|   | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| <b>Implantiertes Schrittmacher-System</b> |                  |   |             |      |             |      |
| VVI                                       |                  |   | 292 / 1.316 | 22,2 | 264 / 1.250 | 21,1 |
| AAI                                       |                  |   | 8 / 1.316   | 0,6  | 17 / 1.250  | 1,4  |
| DDD                                       |                  |   | 947 / 1.316 | 72,0 | 904 / 1.250 | 72,3 |
| VDD                                       |                  |   | 21 / 1.316  | 1,6  | 23 / 1.250  | 1,8  |
| CRT-System mit einer Vorhofsonde          |                  |   | 44 / 1.316  | 3,3  | 38 / 1.250  | 3,0  |
| CRT-System ohne Vorhofsonde               |                  |   | 4 / 1.316   | 0,3  | 3 / 1.250   | 0,2  |
| sonstiges <sup>1</sup>                    |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 1 / 1.250   | 0,1  |
| <b>Hersteller</b>                         |                  |   |             |      |             |      |
| Biotronik                                 |                  |   | 376 / 1.316 | 28,6 | 395 / 1.250 | 31,6 |
| Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics |                  |   | 267 / 1.316 | 20,3 | 217 / 1.250 | 17,4 |
| Medtronic                                 |                  |   | 422 / 1.316 | 32,1 | 409 / 1.250 | 32,7 |
| Osypka                                    |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 0 / 1.250   | 0,0  |
| Sorin Biomedica/ELA Medical               |                  |   | 62 / 1.316  | 4,7  | 46 / 1.250  | 3,7  |
| Vitatron                                  |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 0 / 1.250   | 0,0  |
| St. Jude Medical                          |                  |   | 189 / 1.316 | 14,4 | 183 / 1.250 | 14,6 |
| nicht bekannt                             |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 0 / 1.250   | 0,0  |
| sonstiger                                 |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 0 / 1.250   | 0,0  |

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

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

|                                       | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|---------------------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|                                       | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| <b>Belassene Schrittmacher-Sonden</b> |                  |   |             |      |             |      |
| <b>Vorhof</b>                         |                  |   |             |      |             |      |
| <b>Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)</b>  |                  |   |             |      |             |      |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe     |                  |   | 815         |      | 762         |      |
| Median                                |                  |   |             | 0,7  |             | 0,7  |
| Mittelwert                            |                  |   |             | 0,8  |             | 0,8  |
| <= 1,5 V                              |                  |   | 778 / 815   | 95,5 | 734 / 762   | 96,3 |
| > 1,5 - 2,5 V                         |                  |   | 31 / 815    | 3,8  | 24 / 762    | 3,1  |
| > 2,5 V                               |                  |   | 6 / 815     | 0,7  | 4 / 762     | 0,5  |
| nicht gemessen                        |                  |   | 184 / 999   | 18,4 | 197 / 959   | 20,5 |
| wegen Vorhofflimmerns                 |                  |   | 134 / 999   | 13,4 | 138 / 959   | 14,4 |
| aus anderen Gründen                   |                  |   | 50 / 999    | 5,0  | 59 / 959    | 6,2  |
| <b>P-Wellen-Amplitude (mV)</b>        |                  |   |             |      |             |      |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe     |                  |   | 903         |      | 853         |      |
| Median                                |                  |   |             | 2,8  |             | 2,5  |
| Mittelwert                            |                  |   |             | 3,1  |             | 2,8  |
| < 1,5 mV                              |                  |   | 151 / 889   | 17,0 | 168 / 837   | 20,1 |
| 1,5 - 3,0 mV                          |                  |   | 360 / 889   | 40,5 | 375 / 837   | 44,8 |
| > 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)            |                  |   | 378 / 889   | 42,5 | 294 / 837   | 35,1 |
| nicht gemessen                        |                  |   | 110 / 1.013 | 10,9 | 119 / 975   | 12,2 |
| wegen Vorhofflimmerns                 |                  |   | 51 / 1.013  | 5,0  | 52 / 975    | 5,3  |
| fehlender Vorhoffeigenrhythmus        |                  |   | 28 / 1.013  | 2,8  | 29 / 975    | 3,0  |
| aus anderen Gründen                   |                  |   | 31 / 1.013  | 3,1  | 38 / 975    | 3,9  |

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

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013   |      | Gesamt 2012   |      |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl        | %    | Anzahl        | %    |
| <b>Ventrikel</b>                         |                  |   |               |      |               |      |
| <b>Reizschwelle<br/>(bei 0,5 ms) (V)</b> |                  |   |               |      |               |      |
| Anzahl Sonden mit<br>gültiger Angabe     |                  |   | 1.284         |      | 1.183         |      |
| Median                                   |                  |   |               | 0,7  |               | 0,7  |
| Mittelwert                               |                  |   |               | 0,8  |               | 0,8  |
| <= 1,2 V                                 |                  |   | 1.143 / 1.284 | 89,0 | 1.046 / 1.183 | 88,4 |
| > 1,2 - 2,5 V                            |                  |   | 127 / 1.284   | 9,9  | 127 / 1.183   | 10,7 |
| > 2,5 V                                  |                  |   | 14 / 1.284    | 1,1  | 10 / 1.183    | 0,8  |
| nicht gemessen                           |                  |   | 24 / 1.308    | 1,8  | 49 / 1.232    | 4,0  |
| <b>R-Amplitude (mV)</b>                  |                  |   |               |      |               |      |
| Anzahl Sonden mit<br>gültiger Angabe     |                  |   | 1.035         |      | 976           |      |
| Median                                   |                  |   |               | 11,6 |               | 11,0 |
| Mittelwert                               |                  |   |               | 12,5 |               | 11,9 |
| < 4,0 mV                                 |                  |   | 36 / 1.035    | 3,5  | 41 / 976      | 4,2  |
| 4,0 - 8,0 mV                             |                  |   | 216 / 1.035   | 20,9 | 243 / 976     | 24,9 |
| > 8,0 mV                                 |                  |   | 783 / 1.035   | 75,7 | 692 / 976     | 70,9 |
| nicht gemessen                           |                  |   | 263 / 1.308   | 20,1 | 246 / 1.232   | 20,0 |
| kein Eigenrhythmus                       |                  |   | 236 / 1.308   | 18,0 | 216 / 1.232   | 17,5 |
| aus anderen Gründen                      |                  |   | 27 / 1.308    | 2,1  | 30 / 1.232    | 2,4  |

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

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|  | 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          |                  |   | 48          |      | 40          |      |
| Median                                     |                  |   |             | 1,1  |             | 1,2  |
| Mittelwert                                 |                  |   |             | 1,4  |             | 1,6  |
| <= 1,2 V                                   |                  |   | 27 / 48     | 56,3 | 21 / 40     | 52,5 |
| > 1,2 - 2,5 V                              |                  |   | 15 / 48     | 31,3 | 13 / 40     | 32,5 |
| > 2,5 V                                    |                  |   | 6 / 48      | 12,5 | 6 / 40      | 15,0 |
| nicht gemessen                             |                  |   | 0 / 48      | 0,0  | 1 / 41      | 2,4  |
| <b>R-Amplitude (mV)</b>                    |                  |   |             |      |             |      |
| Anzahl Sonden mit gültiger Angabe          |                  |   | 22          |      | 21          |      |
| Median                                     |                  |   |             | 11,7 |             | 12,0 |
| Mittelwert                                 |                  |   |             | 11,4 |             | 12,6 |
| < 4,0 mV                                   |                  |   | 2 / 22      | 9,1  | 1 / 21      | 4,8  |
| 4,0 - 8,0 mV                               |                  |   | 4 / 22      | 18,2 | 3 / 21      | 14,3 |
| > 8,0 mV                                   |                  |   | 16 / 22     | 72,7 | 17 / 21     | 81,0 |
| nicht gemessen                             |                  |   | 26 / 48     | 54,2 | 18 / 41     | 43,9 |
| kein Eigenrhythmus                         |                  |   | 21 / 48     | 43,8 | 13 / 41     | 31,7 |
| aus anderen Gründen                        |                  |   | 5 / 48      | 10,4 | 5 / 41      | 12,2 |

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

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|--|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| <b>Explantiertes<br/>Schrittmacher-Aggregat</b>                        |                  |   |             |      |             |      |
| <b>Abstand Implantations-<br/>datum und<br/>Entlassquartal (Jahre)</b> |                  |   |             |      |             |      |
| gültige Angaben  |                  |   | 1.284       |      | 1.202       |      |
| Median   |                  |   |             | 8,0  |             | 8,0  |
| Mittelwert   |                  |   |             | 8,6  |             | 8,4  |
| Jahr der Implantation<br>nicht bekannt                                 |                  |   | 32 / 1.316  | 2,4  | 48 / 1.250  | 3,8  |
| <b>Explantiertes<br/>Schrittmacher-System</b>                          |                  |   |             |      |             |      |
| VVI  |                  |   | 269 / 1.316 | 20,4 | 251 / 1.250 | 20,1 |
| AAI  |                  |   | 8 / 1.316   | 0,6  | 18 / 1.250  | 1,4  |
| DDD  |                  |   | 967 / 1.316 | 73,5 | 920 / 1.250 | 73,6 |
| VDD  |                  |   | 23 / 1.316  | 1,7  | 23 / 1.250  | 1,8  |
| CRT-System mit einer<br>Vorhofsonde                                    |                  |   | 44 / 1.316  | 3,3  | 34 / 1.250  | 2,7  |
| CRT-System ohne<br>Vorhofsonde   |                  |   | 4 / 1.316   | 0,3  | 3 / 1.250   | 0,2  |
| sonstiges <sup>1</sup>   |                  |   | 1 / 1.316   | 0,1  | 1 / 1.250   | 0,1  |
| <b>Hersteller</b>  |                  |   |             |      |             |      |
| Biotronik  |                  |   | 514 / 1.316 | 39,1 | 498 / 1.250 | 39,8 |
| Boston Scientific/CPI/Guidant/<br>Intermedics                          |                  |   | 233 / 1.316 | 17,7 | 172 / 1.250 | 13,8 |
| Medtronic  |                  |   | 325 / 1.316 | 24,7 | 315 / 1.250 | 25,2 |
| Osypka   |                  |   | 0 / 1.316   | 0,0  | 0 / 1.250   | 0,0  |
| Sorin Biomedica/ELA Medical  |                  |   | 12 / 1.316  | 0,9  | 26 / 1.250  | 2,1  |
| Vitatron   |                  |   | 52 / 1.316  | 4,0  | 54 / 1.250  | 4,3  |
| St. Jude Medical   |                  |   | 141 / 1.316 | 10,7 | 130 / 1.250 | 10,4 |
| nicht bekannt  |                  |   | 35 / 1.316  | 2,7  | 47 / 1.250  | 3,8  |
| sonstiger  |                  |   | 4 / 1.316   | 0,3  | 8 / 1.250   | 0,6  |

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

### Peri- bzw. postoperative Komplikationen

|  | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |     | Gesamt 2012 |     |
|--|------------------|---|-------------|-----|-------------|-----|
|  | Anzahl           | % | Anzahl      | %   | Anzahl      | %   |
| <b>Peri- bzw. postoperative Komplikation(en)</b><br>Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation |                  |   | 9 / 1.316   | 0,7 | 9 / 1.250   | 0,7 |
| <b>Asystolie</b>   |                  |   | 1           | 0,1 | 0           | 0,0 |
| <b>Kammerflimmern</b>  |                  |   | 0           | 0,0 | 0           | 0,0 |
| <b>interventionspflichtiges Taschenhämatom</b>   |                  |   | 4           | 0,3 | 8           | 0,6 |
| <b>Postoperative Wundinfektion</b><br>(nach Definition der CDC)  |                  |   | 1           | 0,1 | 0           | 0,0 |
| A1 (oberflächliche Infektion)  |                  |   | 0           | 0,0 | 0           | 0,0 |
| A2 (tiefe Infektion)   |                  |   | 1           | 0,1 | 0           | 0,0 |
| A3 (Räume/Organe)  |                  |   | 0           | 0,0 | 0           | 0,0 |
| <b>sonstige interventionspflichtige Komplikation</b>   |                  |   | 3           | 0,2 | 1           | 0,1 |

## Entlassung

| Entlassungsgrund <sup>1</sup>                             | Krankenhaus 2013 |   | Gesamt 2013 |      | Gesamt 2012 |      |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
|   | Anzahl           | % | Anzahl      | %    | Anzahl      | %    |
| 01: regulär beendet                                       |                  |   | 1.229       | 93,4 | 1.151       | 92,1 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen                  |                  |   | 51          | 3,9  | 62          | 5,0  |
| 03: aus sonstigen Gründen                                 |                  |   | 1           | 0,1  | 0           | 0,0  |
| 04: gegen ärztlichen Rat                                  |                  |   | 2           | 0,2  | 1           | 0,1  |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers               |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 06: Verlegung   |                  |   | 3           | 0,2  | 5           | 0,4  |
| 07: Tod   |                  |   | 0           | 0,0  | 2           | 0,2  |
| 08: Verlegung nach § 14                                   |                  |   | 0           | 0,0  | 1           | 0,1  |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung                         |                  |   | 4           | 0,3  | 4           | 0,3  |
| 10: in Pflegeeinrichtung                                  |                  |   | 26          | 2,0  | 21          | 1,7  |
| 11: in Hospiz   |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 12: interne Verlegung                                     |                  |   | 0           | 0,0  | 2           | 0,2  |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung      |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 15: gegen ärztlichen Rat                                  |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 16: externe Verlegung                                     |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)                 |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 18: Rückverlegung   |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung                      |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation   |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 21: Wiederaufnahme  |                  |   | 0           | 0,0  | 0           | 0,0  |
| 22: Fallabschluss   |                  |   | 0           | 0,0  | 1           | 0,1  |

<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 2013 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 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

**Beispiele:**

Referenzbereich:  $\leq 2,5\%$

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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

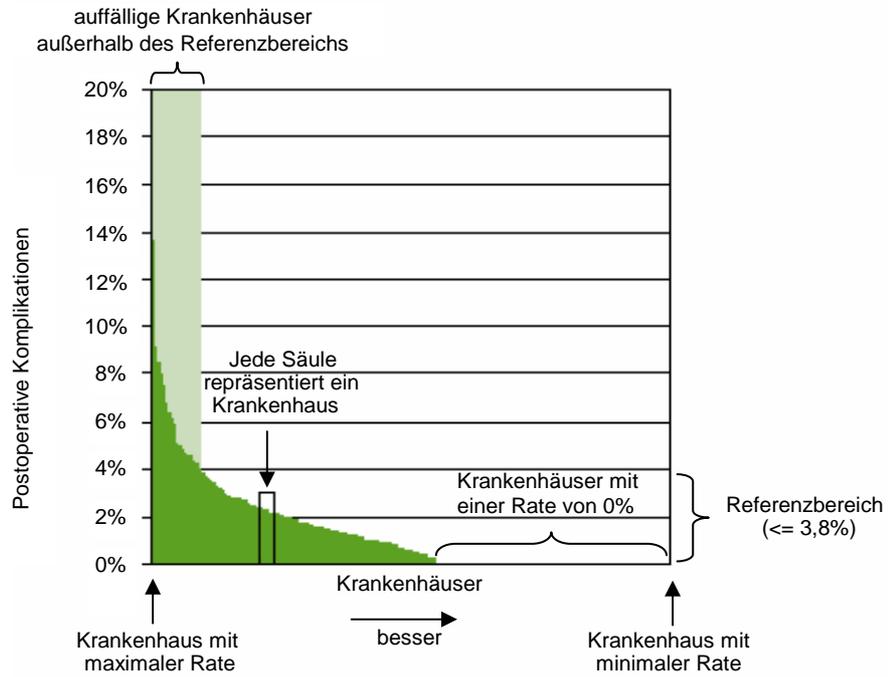
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

**Beispiel:**

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



## 2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der 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.

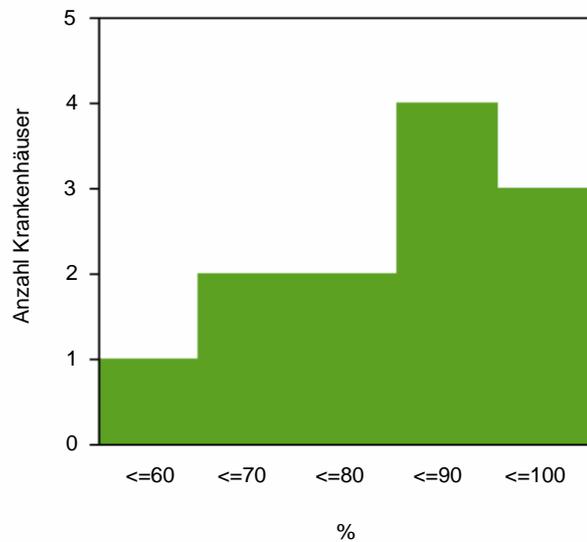
### Beispiel:

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. Darstellung Median/Mittelwert

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

### 6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7. Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

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

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

### Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

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

### Verhältniszahl

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

### Vertrauensbereich

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