

Jahresauswertung 2010
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 850
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10553-L69805-P32830

Jahresauswertung 2010
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 850
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10553-L69805-P32830

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation zur Revision (1)					
2010/09n3-HSM-REV/693 Schrittmacher-Taschenprobleme			0,5%	<= 3%	1.1
QI 2: Indikation zur Revision (2)					
2010/09n3-HSM-REV/694 Sondenprobleme			6,4%	<= 6%	1.4
QI 3: Indikation zur Revision (3)					
2010/09n3-HSM-REV/695 Infektion			0,4%	<= 1%	1.7
QI 4: Perioperative Komplikationen					
2010/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen			1,5%	<= 2%	1.9
2010/09n3-HSM-REV/10638 Sondendislokation im Vorhof			2,4%	<= 3%	1.12
2010/09n3-HSM-REV/10639 Sondendislokation im Ventrikel			0,3%	<= 3%	1.12
QI 5: Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden					
2010/09n3-HSM-REV/494 Vorhofsonden			98,6%	>= 95%	1.16
2010/09n3-HSM-REV/495 Ventrikelsonden			99,5%	>= 95%	1.16
QI 6: Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden					
2010/09n3-HSM-REV/496 Vorhofsonden			98,7%	>= 95%	1.19
2010/09n3-HSM-REV/497 Ventrikelsonden			99,2%	>= 95%	1.19
QI 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden					
2010/09n3-HSM-REV/584 Vorhofsonden			93,0%	>= 80%	1.22
2010/09n3-HSM-REV/585 Ventrikelsonden			98,9%	>= 90%	1.22

Qualitätsindikator 1: Indikation zur Revision (1)

Qualitätsziel: Möglichst selten Schrittmacher-Taschenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Kennzahl-ID: 2010/09n3-HSM-REV/693

Referenzbereich: <= 3% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken			0 / 6.407	0,0%
Taschenhämatom			2 / 6.407	0,0%
Infektion			17 / 6.407	0,3%
Aggregatperforation			9 / 6.407	0,1%
anderes Taschenproblem			10 / 6.407	0,2%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			35 / 6.407	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,8%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

¹ Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			42 / 5.983	0,7% 0,5% - 0,9%

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen

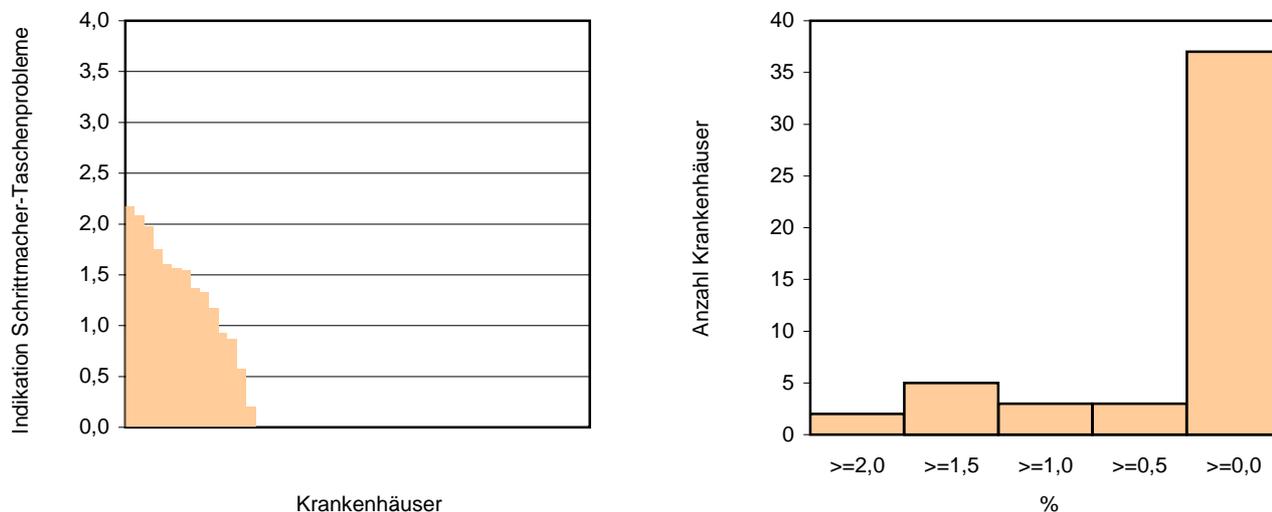
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats			78 / 6.447	1,2%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/693]:

Anteil von Patienten mit Pektoraliszucken, Taschenhämatom, Infektion, Aggregatperforation oder anderem Taschenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation des Schrittmacher-Aggregats bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

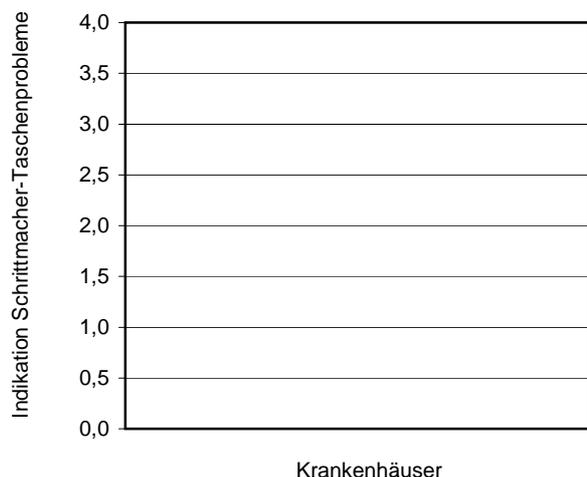
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,6	2,0	2,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Indikation zur Revision (2)

Qualitätsziel: Möglichst selten Sondenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Kennzahl-ID: 2010/09n3-HSM-REV/694

Referenzbereich: <= 6% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution				
Dislokation			155 / 6.407	2,4%
Sondenbruch			24 / 6.407	0,4%
Isolationsdefekt			18 / 6.407	0,3%
Konnektordefekt			2 / 6.407	0,0%
Zwerchfellzucken			5 / 6.407	0,1%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			4 / 6.407	0,1%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			20 / 6.407	0,3%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			162 / 6.407	2,5%
Infektion			2 / 6.407	0,0%
Perforation			12 / 6.407	0,2%
sonstiges Sondenproblem			19 / 6.407	0,3%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			408 / 6.407	6,4%
Vertrauensbereich				5,8% - 7,0%
Referenzbereich		<= 6%		<= 6%

¹ Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			424 / 5.983	7,1% 6,4% - 7,8%

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation			552 / 6.447	8,6%

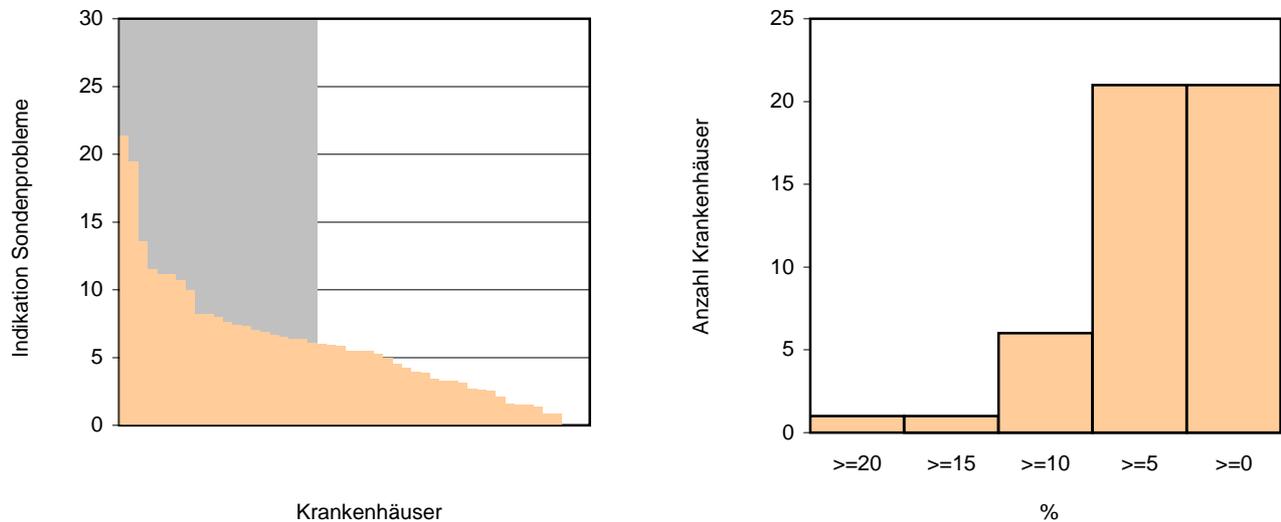
¹ Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/694]:

Anteil von Patienten mit Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Konnektordefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Infektion, Perforation oder sonstigem Sondenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechselln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

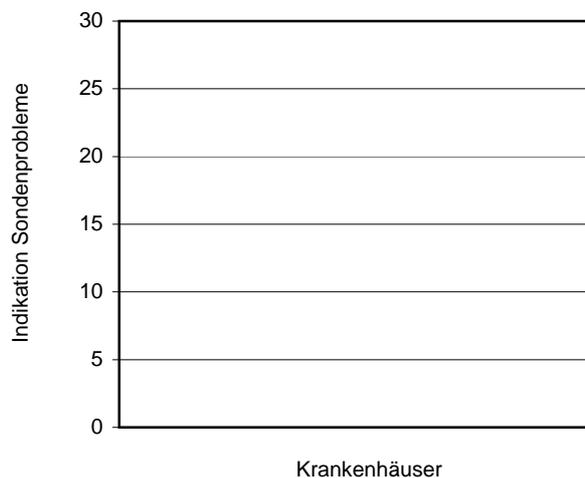
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,1	2,7	5,5	7,4	11,1	13,6	21,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Indikation zur Revision (3)

Qualitätsziel: Möglichst selten Infektionen von Anteilen des Schrittmacher-Systems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Kennzahl-ID: 2010/09n3-HSM-REV/695

Referenzbereich: <= 1% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution			27 / 6.407	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,6%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution			27 / 5.983	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden			70 / 6.447	1,1%

¹ Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) gemeldet haben.

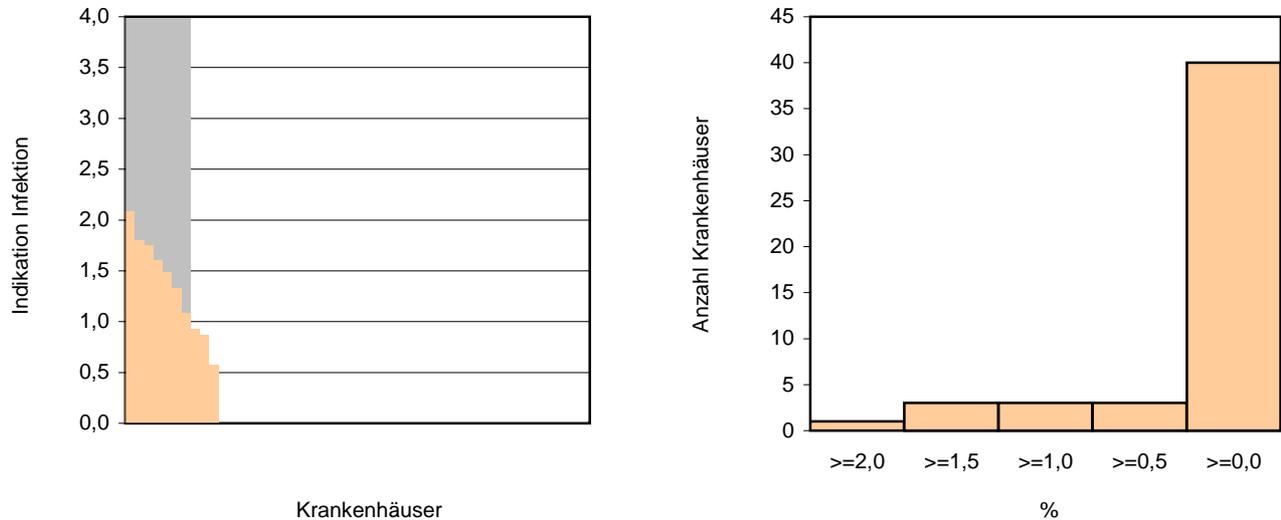
² Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/695]:

Anteil von Patienten mit „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder „Infektion“ als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

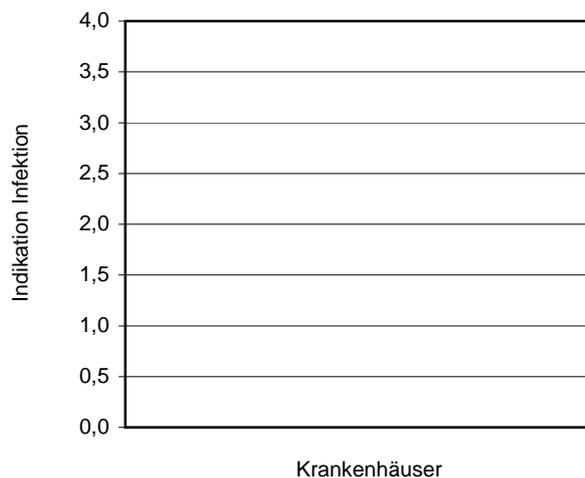
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,4	1,8	2,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenig peri- bzw. postoperative Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/09n3-HSM-REV/1089
Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			20 / 850	2,4%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			1 / 850	0,1%
Asystolie			1 / 850	0,1%
Kammerflimmern			0 / 850	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			13 / 850	1,5%
Vertrauensbereich				0,8% - 2,6%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			2 / 850	0,2%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			2 / 850	0,2%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			9 / 850	1,1%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 850	0,0%
postoperative Wundinfektion			0 / 850	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 850	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 850	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 850	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			6 / 850	0,7%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			4 / 517	0,8%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			2 / 743	0,3%
Ventrikelsondendislokation 1. Ventrikelsonde			2 / 743	0,3%
2. Ventrikelsonde			0 / 55	0,0%
Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 850	0,0%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 518	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			0 / 743	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion 1. Ventrikelsonde			0 / 743	0,0%
2. Ventrikelsonde			0 / 55	0,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 850	0,1%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			8 / 850	0,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			7 / 919	0,8% 0,3% - 1,6%

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit mindestens einer revidierten Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (Ausschluss: Patienten mit VDD-Sonde)
 Gruppe 2: Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2010/09n3-HSM-REV/10638
 Gruppe 2: 2010/09n3-HSM-REV/10639

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 3% (Toleranzbereich)
 Gruppe 2: <= 3% (Toleranzbereich)

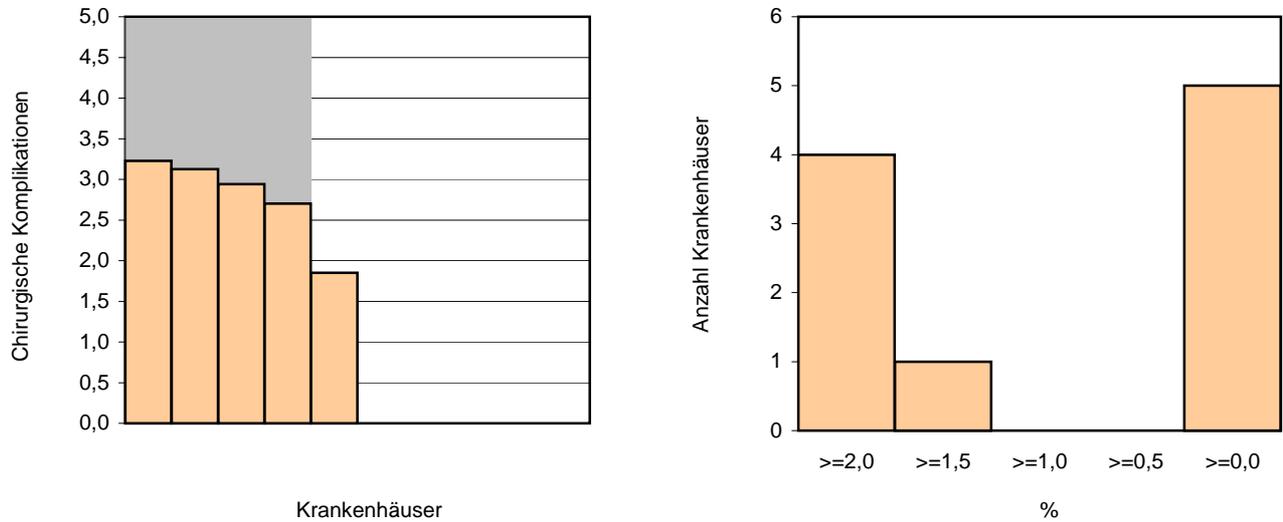
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			4 / 166	2,4%
Vertrauensbereich				0,6% - 6,1%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			1 / 378	0,3%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,5%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 ¹ Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			4 / 186	2,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 5,5%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			3 / 384	0,8%
Vertrauensbereich				0,1% - 2,3%

¹ Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

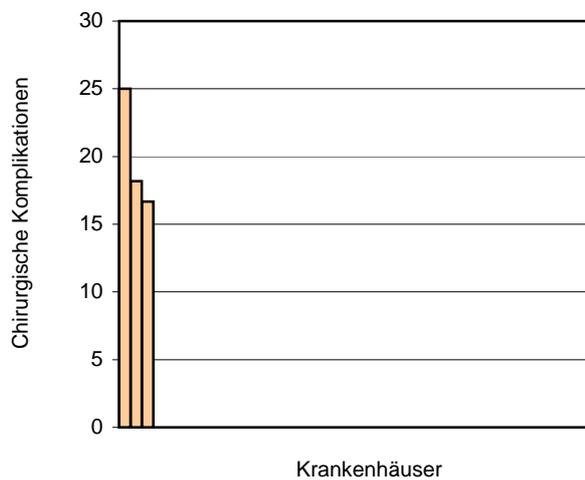
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/1089]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 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	0,9	2,9	3,2		3,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 41 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	16,7	25,0

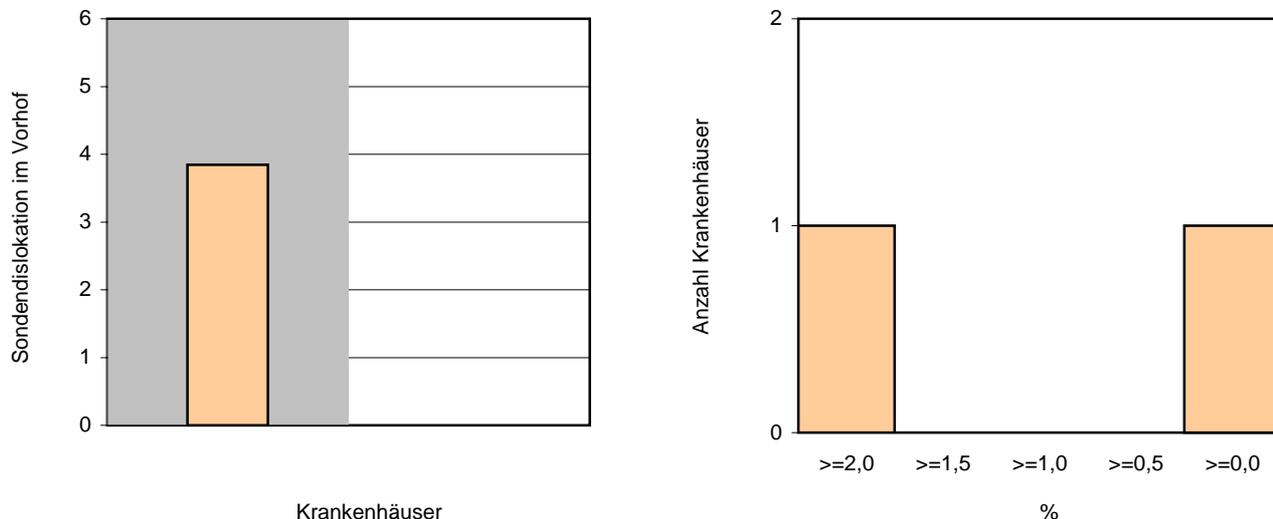
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/10638]:

Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Vorhof an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (Ausschluss: Patienten mit VDD-Sonde)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

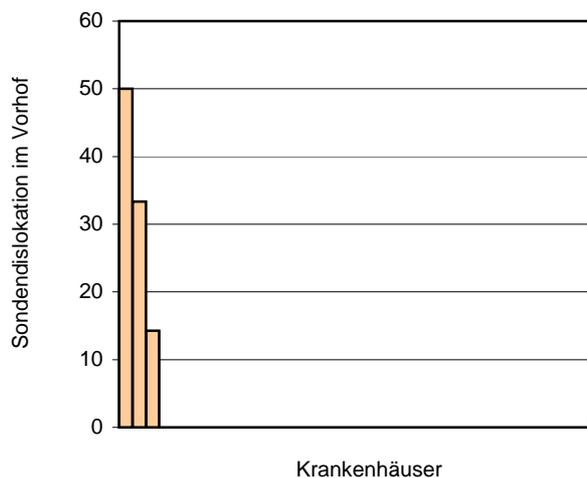
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				1,9				3,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	50,0

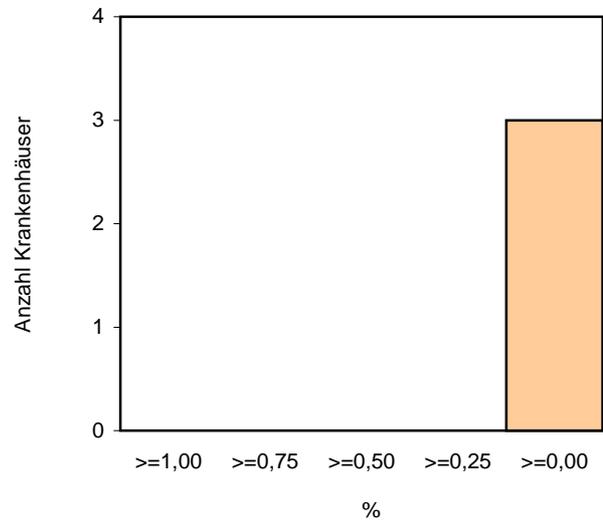
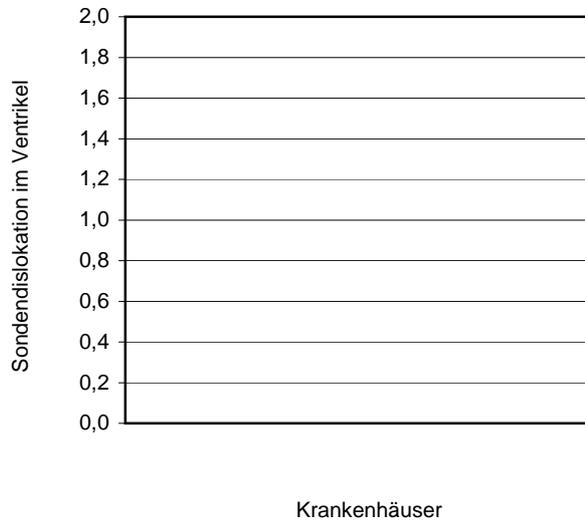
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4c, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/10639]:

Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

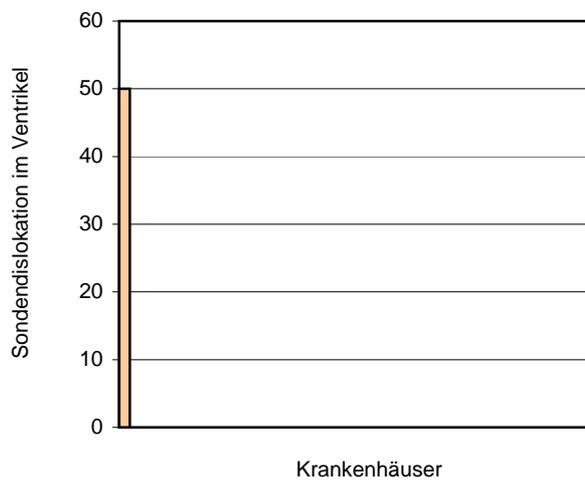
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

43 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	50,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden ¹	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-Sonde)
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/09n3-HSM-REV/494
	Gruppe 2:	2010/09n3-HSM-REV/495
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			145 / 147	98,6%
Vertrauensbereich				95,1% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			374 / 376	99,5%
Vertrauensbereich				98,1% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 ² Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			170 / 173	98,3%
Vertrauensbereich				95,0% - 99,7%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			379 / 381	99,5%
Vertrauensbereich				98,1% - 100,0%

¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

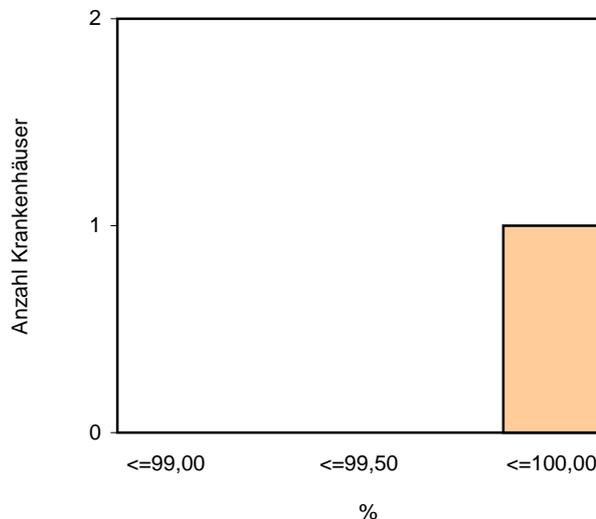
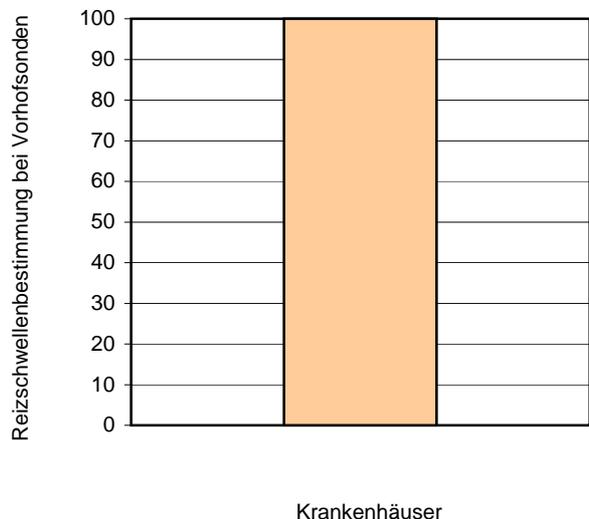
² Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/494]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

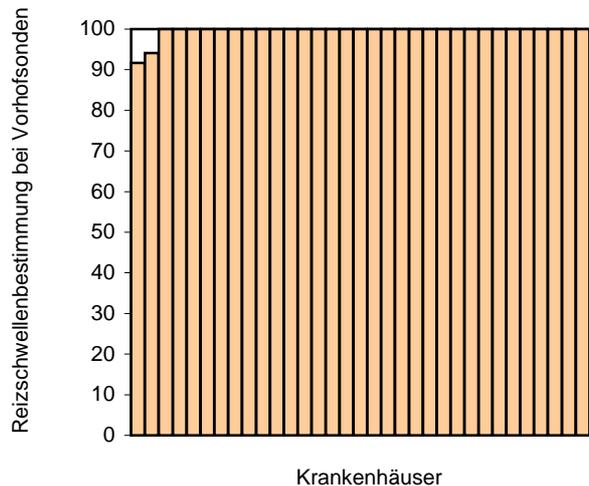
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

33 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

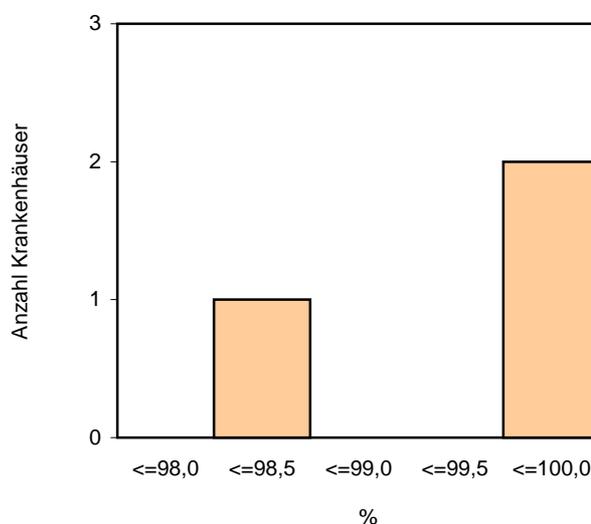
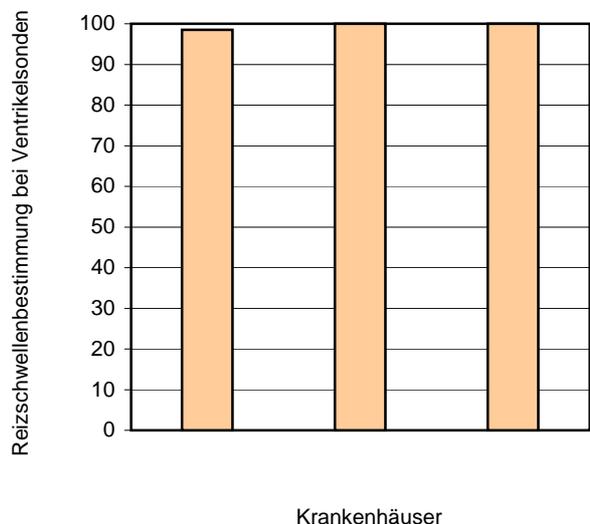


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,7	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

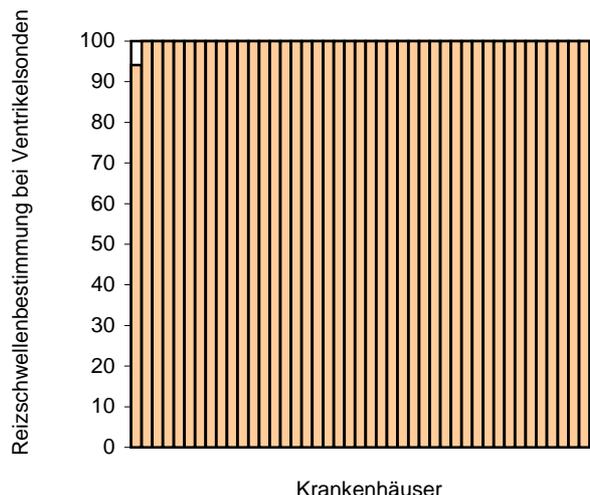
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/495]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit
 Sondenproblemen**

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



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

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



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden ¹	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern)
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten ohne Eigenrhythmus)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/09n3-HSM-REV/496
	Gruppe 2:	2010/09n3-HSM-REV/497
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			152 / 154	98,7%
Vertrauensbereich				95,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			351 / 354	99,2%
Vertrauensbereich				97,5% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 ² Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			179 / 183	97,8%
Vertrauensbereich				94,4% - 99,4%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			357 / 357	100,0%
Vertrauensbereich				99,0% - 100,0%

¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

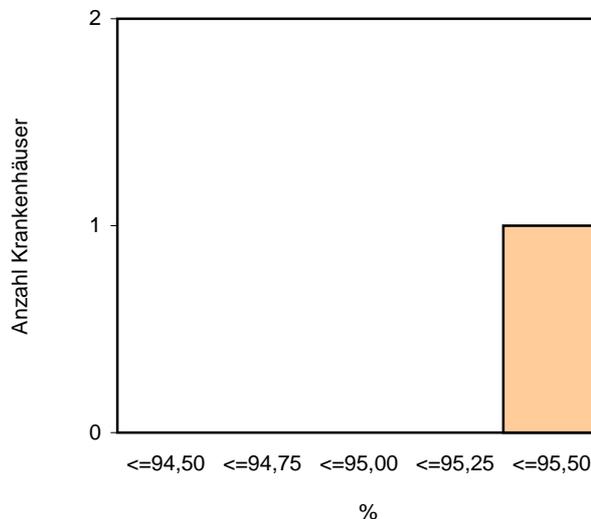
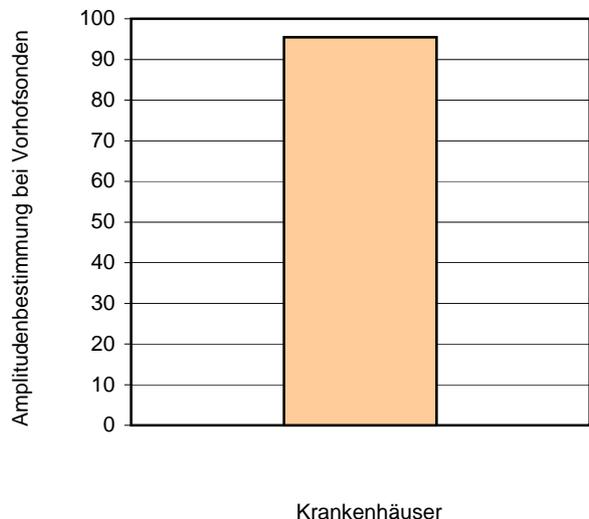
² Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/496]:

Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

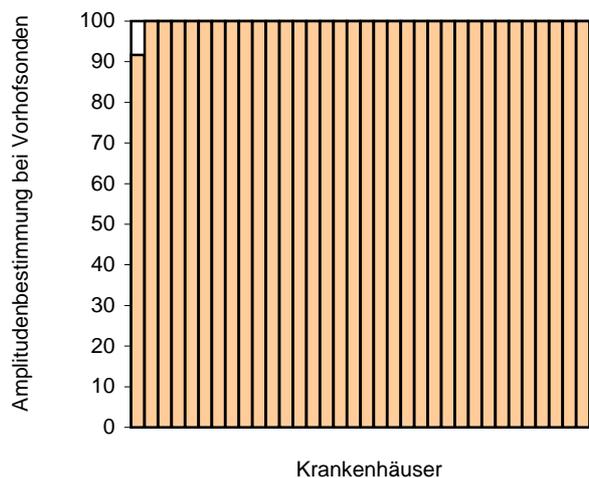
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,5				95,5				95,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

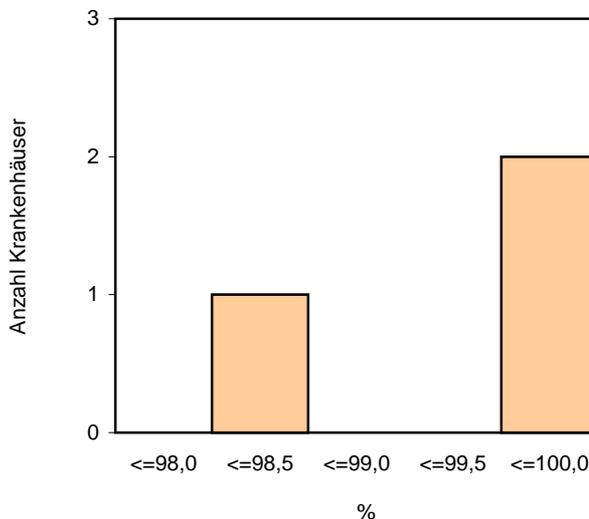
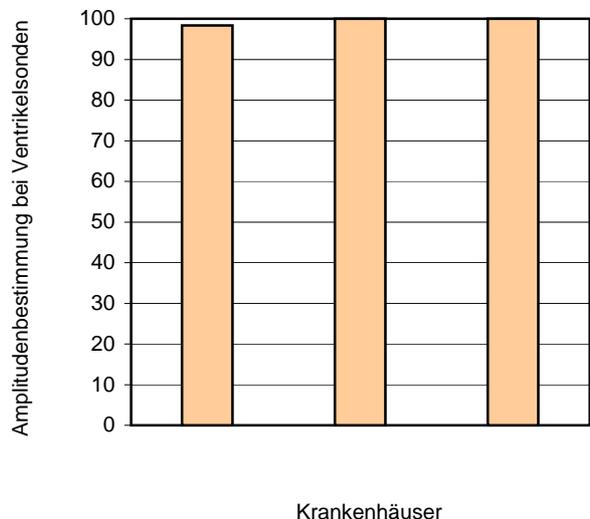
16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/497]:

Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten ohne Eigenrhythmus)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

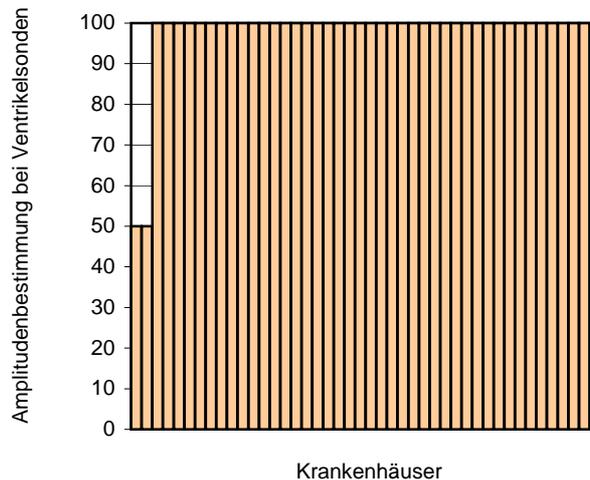
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,3				100,0				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

43 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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden ¹	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger Amplitude (außer VDD-Sonden) bei Patienten mit Sondenproblemen
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/09n3-HSM-REV/584
	Gruppe 2:	2010/09n3-HSM-REV/585
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonde mit Amplitude >= 1,5 mV			146 / 157	93,0%
Vertrauensbereich				87,8% - 96,5%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%
Vorhofsonde mit Amplitude < 1,5 mV			11 / 157	7,0%
Vorhofsonde mit Amplitude 1,5 - 3,0 mV			82 / 157	52,2%
Vorhofsonde mit Amplitude > 3,0 mV			64 / 157	40,8%
Gruppe 2				
Ventrikelsonde mit Amplitude >= 4 mV			346 / 350	98,9%
Vertrauensbereich				97,1% - 99,7%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Ventrikelsonde mit Amplitude < 4 mV			4 / 350	1,1%
Ventrikelsonde mit Amplitude 4,0 - 8,0 mV			49 / 350	14,0%
Ventrikelsonde mit Amplitude > 8 mV			297 / 350	84,9%

¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1¹ Vorhofsonde mit Amplitude ≥ 1,5 mV Vertrauensbereich			161 / 181	89,0% 83,4% - 93,1%
Gruppe 2 Ventrikelsonde mit Amplitude ≥ 4 mV Vertrauensbereich			345 / 352	98,0% 95,9% - 99,2%

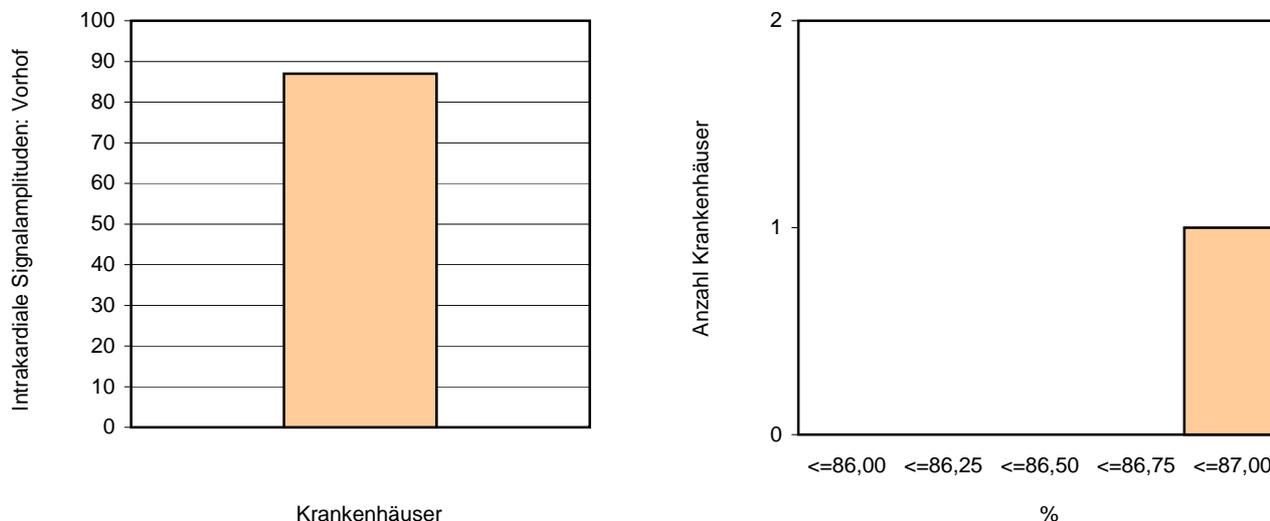
¹ Wegen Änderung des Datensatzes und der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/584]:

Anteil von Vorhofsonden mit einer Signalamplitude $\geq 1,5$ mV an allen revidierten Vorhofsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit VDD-Sonden)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

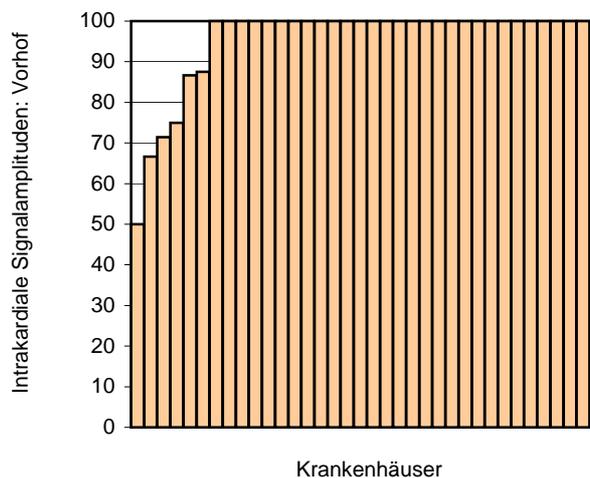
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0				87,0				87,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	66,7	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

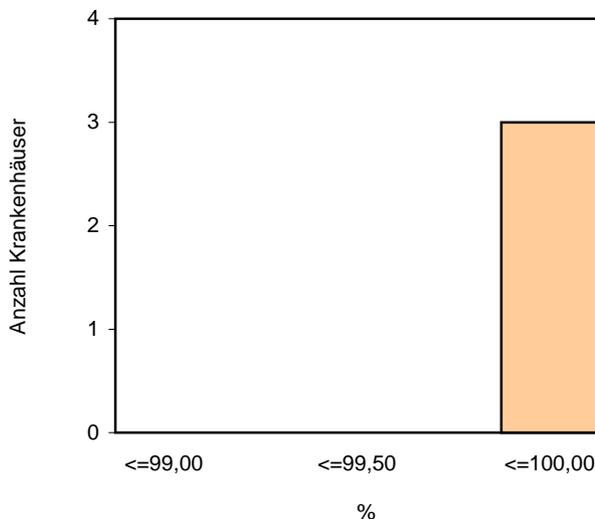
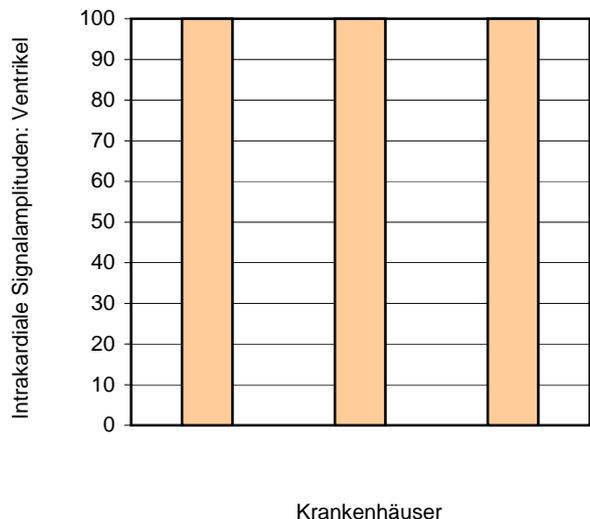
15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2010/09n3-HSM-REV/585]:

Anteil von Ventrikelsonden mit einer Signalamplitude ≥ 4 mV an allen revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

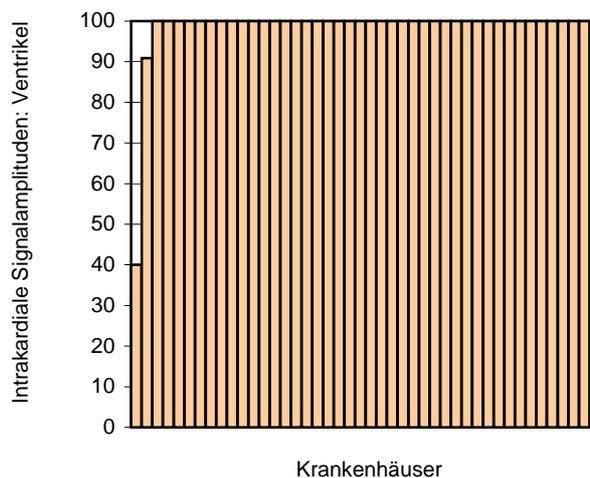
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

43 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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2010
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 51
Anzahl Datensätze Gesamt: 850
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10553-L69805-P32830

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			212	24,9	244	26,6
2. Quartal			234	27,5	214	23,3
3. Quartal			206	24,2	231	25,1
4. Quartal			198	23,3	230	25,0
Gesamt			850		919	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		850		919	
Median			2,0		2,0
Mittelwert			3,9		4,7
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		850		919	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			5,2		6,1
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		850		919	
Median			5,5		6,0
Mittelwert			9,1		10,8

OPS 2010¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
4	5-378.92	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Zweikammersystem auf Einkammersystem
5	5-378.22	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem

OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.32	153	18,0	5-378.32	161	17,5
2				5-378.72	144	16,9	5-378.62	141	15,3
3				5-378.62	95	11,2	5-378.72	130	14,1
4				5-378.92	79	9,3	5-378.92	86	9,4
5				5-378.22	54	6,4	5-378.22	68	7,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2010

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T82.1	286	33,6	T82.1	302	32,9
2				Z45.0	198	23,3	Z95.0	211	23,0
3				Z95.0	190	22,4	Z45.0	190	20,7
4				I44.2	177	20,8	I44.2	186	20,2
5				I10.00	175	20,6	I10.00	185	20,1
6				I48.11	155	18,2	I49.5	181	19,7
7				I49.5	146	17,2	I48.11	146	15,9
8				E11.90	88	10,4	E78.5	71	7,7

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			850 / 850		919 / 919	
< 40 Jahre			15 / 850	1,8	20 / 919	2,2
40 - 49 Jahre			12 / 850	1,4	18 / 919	2,0
50 - 59 Jahre			41 / 850	4,8	63 / 919	6,9
60 - 69 Jahre			124 / 850	14,6	125 / 919	13,6
70 - 79 Jahre			341 / 850	40,1	352 / 919	38,3
80 - 89 Jahre			285 / 850	33,5	316 / 919	34,4
>= 90 Jahre			32 / 850	3,8	25 / 919	2,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			850		919	
Median				76,5		76,0
Mittelwert				74,9		74,0
Geschlecht						
männlich			449	52,8	490	53,3
weiblich			401	47,2	429	46,7

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			70	8,2	75	8,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			313	36,8	341	37,1
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			439	51,6	480	52,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	3,2	23	2,5
5: moribunder Patient			1	0,1	0	0,0
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			294	34,6	346	37,6
häufig (5 - 90%)			463	54,5	498	54,2
selten (< 5%)			93	10,9	75	8,2
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			771	90,7	823	89,6
bedingt aseptische Eingriffe			19	2,2	31	3,4
kontaminierte Eingriffe			10	1,2	13	1,4
septische Eingriffe			50	5,9	52	5,7

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			266	31,3	318	34,6
Sondenproblem			552	64,9	601	65,4
Systemumwandlung¹			144	16,9	-	-
VVI auf AAI / DDD / VDD			9	1,1	6	0,7
AAI auf DDD / VDD / VVI			4	0,5	12	1,3
DDD / VDD auf VVI / AAI			33	3,9	37	4,0
Sonstige			58	6,8	66	7,2
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			591	69,5	607	66,1
andere Institution			259	30,5	312	33,9
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			170	20,0	204	22,2
vorzeitig			13	1,5	6	0,7
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			4	0,5	10	1,1
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	1	0,1
Pectoraliszucken			1	0,1	2	0,2
Taschenhämatom			4	0,5	6	0,7
Infektion			50	5,9	53	5,8
anderes Taschenproblem			15	1,8	18	2,0
Aggregatperforation			11	1,3	18	2,0
sonstige Indikation			10	1,2	11	1,2

¹ Wegen Änderung des Datensatzes fehlen die Vorjahresergebnisse.

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			94	11,1	114	12,4
Sondenbruch			11	1,3	8	0,9
Isolationsdefekt			9	1,1	5	0,5
Konnektordefekt			2	0,2	2	0,2
Zwerchfellzucken			2	0,2	0	0,0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			1	0,1	2	0,2
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			13	1,5	17	1,8
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			41	4,8	53	5,8
Infektion			10	1,2	20	2,2
Perforation			5	0,6	5	0,5
Sonstige			12	1,4	11	1,2

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			96	11,3	99	10,8
Sondenbruch			30	3,5	27	2,9
Isolationsdefekt			15	1,8	24	2,6
Konnektordefekt			0	0,0	2	0,2
Zwerchfellzucken			1	0,1	7	0,8
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			5	0,6	5	0,5
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			22	2,6	18	2,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			178	20,9	190	20,7
Infektion			11	1,3	15	1,6
Perforation			20	2,4	12	1,3
Sonstige			21	2,5	15	1,6
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			4	0,5	1	0,1
Sondenbruch			1	0,1	1	0,1
Isolationsdefekt			1	0,1	0	0,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			3	0,4	1	0,1
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			0	0,0	0	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			3	0,4	1	0,1
Infektion			0	0,0	1	0,1
Perforation			1	0,1	1	0,1
Sonstige			2	0,2	1	0,1

Operation

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Dauer des Eingriffs					
Schnitt-Nahtzeit (min)					
gültige Angaben		850		919	
Median			45,0		43,0
Mittelwert			50,7		51,3
Durchleuchtungszeit (min)					
gültige Angaben (> 0 min)		680		723	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			5,0		5,1

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			850		919	
ja			747	87,9	794	86,4
nein, da Explantation			103	12,1	125	13,6
Schrittmacher-System						
VVI			211	24,8	229	24,9
AAI			2	0,2	10	1,1
DDD			470	55,3	496	54,0
VDD			4	0,5	7	0,8
CRT-System mit einer Vorhofsonde			45	5,3	33	3,6
CRT-System ohne Vorhofsonde			10	1,2	10	1,1
sonstiges ¹			5	0,6	9	1,0
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			370	43,5	354	38,5
Neuimplantation			301	35,4	362	39,4
Neuplatzierung			51	6,0	54	5,9
sonstiges			25	2,9	24	2,6

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			308	36,2	305	33,2
Neuimplantation			132	15,5	160	17,4
Neuplatzierung			67	7,9	73	7,9
Reparatur			2	0,2	1	0,1
sonstiges			12	1,4	6	0,7
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			223	26,2	-	-
> 1 Jahr			163	19,2	-	-
unbekannt			3	0,4	-	-
NBL-Code						
unipolar			11 / 521	2,1	15 / 545	2,8
bipolar			461 / 521	88,5	488 / 545	89,5
multipolar			9 / 521	1,7	4 / 545	0,7
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			418 / 521	80,2	444 / 545	81,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			61 / 521	11,7	58 / 545	10,6
keine Fixation			2 / 521	0,4	5 / 545	0,9
nicht bekannt			37 / 521	7,1	36 / 545	6,6

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			413		464	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,5 V			396	95,9	445	95,9
> 1,5 - 2,5 V			15	3,6	11	2,4
> 2,5 V			2	0,5	8	1,7
nicht gemessen			104 / 517	20,1	77 / 541	14,2
wegen Vorhofflimmerns			59 / 517	11,4	38 / 541	7,0
aus anderen Gründen			45 / 517	8,7	39 / 541	7,2
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			450		491	
Median				2,8		2,8
Mittelwert				3,1		3,1
nicht gemessen			67 / 518	12,9	50 / 543	9,2
wegen Vorhofflimmerns			20 / 518	3,9	9 / 543	1,7
aus anderen Gründen			47 / 518	9,1	41 / 543	7,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			302	35,5	309	33,6
Neuimplantation			312	36,7	348	37,9
Neuplatzierung			119	14,0	108	11,8
Reparatur			3	0,4	5	0,5
sonstiges			9	1,1	9	1,0
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			231	27,2	-	-
> 1 Jahr			200	23,5	-	-
unbekannt			2	0,2	-	-
NBL-Code						
unipolar			37 / 745	5,0	44 / 779	5,6
bipolar			664 / 745	89,1	661 / 779	84,9
multipolar			10 / 745	1,3	5 / 779	0,6
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			285 / 745	38,3	267 / 779	34,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			421 / 745	56,5	429 / 779	55,1
keine Fixation			5 / 745	0,7	14 / 779	1,8
nicht bekannt			32 / 745	4,3	68 / 779	8,7

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			701		737	
Median				0,6		0,6
Mittelwert				0,7		0,7
<= 1,2 V			664	94,7	701	95,1
> 1,2 - 2,5 V			31	4,4	28	3,8
> 2,5 V			6	0,9	8	1,1
nicht gemessen			42 / 743	5,7	41 / 778	5,3
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			635		671	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				12,9		13,0
nicht gemessen			98 / 743	13,2	98 / 778	12,6
kein Eigenrhythmus			57 / 743	7,7	59 / 778	7,6
aus anderen Gründen			41 / 743	5,5	39 / 778	5,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			6	0,7	6	0,7
Neuimplantation			46	5,4	34	3,7
Neuplatzierung			3	0,4	2	0,2
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	1	0,1
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			5	0,6	-	-
> 1 Jahr			4	0,5	-	-
unbekannt			0	0,0	-	-
NBL-Code						
unipolar			1 / 55	1,8	2 / 43	4,7
bipolar			54 / 55	98,2	35 / 43	81,4
multipolar			0 / 55	0,0	0 / 43	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			8 / 55	14,5	3 / 43	7,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			23 / 55	41,8	20 / 43	46,5
keine Fixation			24 / 55	43,6	14 / 43	32,6
nicht bekannt			0 / 55	0,0	6 / 43	14,0

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			52		42	
Median				1,0		1,1
Mittelwert				1,3		1,3
<= 1,2 V			30	57,7	28	66,7
> 1,2 bis 2,5 V			19	36,5	11	26,2
> 2,5 V			3	5,8	3	7,1
nicht gemessen			3 / 55	5,5	1 / 43	2,3
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			42		31	
Median				12,5		12,5
Mittelwert				13,2		14,6
nicht gemessen			11 / 55	20,0	10 / 43	23,3
kein Eigenrhythmus			7 / 55	12,7	8 / 43	18,6
aus anderen Gründen			4 / 55	7,3	2 / 43	4,7

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			100	11,8	88	9,6
AAI			13	1,5	26	2,8
DDD			234	27,5	270	29,4
VDD			4	0,5	13	1,4
CRT-System mit einer Vorhofsonde			13	1,5	7	0,8
CRT-System ohne Vorhofsonde			2	0,2	1	0,1
sonstiges			10	1,2	14	1,5
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			272	32,0	342	37,2
sonstiges			18	2,1	6	0,7
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			281		330	
Median				5,0		5,0
Mittelwert				5,3		5,1
nicht bekannt			9 / 290	3,1	18 / 348	5,2

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			118	13,9	137	14,9
Stillegung			64	7,5	85	9,2
sonstiges			7	0,8	4	0,4
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			54	6,4	-	-
> 1 Jahr			134	15,8	-	-
unbekannt			1	0,1	-	-
NBL-Code						
unipolar			6 / 189	3,2	6 / 226	2,7
bipolar			128 / 189	67,7	119 / 226	52,7
multipolar			1 / 189	0,5	0 / 226	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			115 / 189	60,8	115 / 226	50,9
passive Fixation, z.B. Ankersonde			17 / 189	9,0	9 / 226	4,0
keine Fixation			3 / 189	1,6	1 / 226	0,4
nicht bekannt			54 / 189	28,6	101 / 226	44,7

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			175	20,6	172	18,7
Stillegung			90	10,6	114	12,4
sonstiges			6	0,7	3	0,3
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			97	11,4	-	-
> 1 Jahr			170	20,0	-	-
unbekannt			4	0,5	-	-
NBL-Code						
unipolar			21 / 271	7,7	27 / 289	9,3
bipolar			162 / 271	59,8	154 / 289	53,3
multipolar			0 / 271	0,0	1 / 289	0,3
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			71 / 271	26,2	78 / 289	27,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			110 / 271	40,6	103 / 289	35,6
keine Fixation			2 / 271	0,7	1 / 289	0,3
nicht bekannt			88 / 271	32,5	107 / 289	37,0

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			11	1,3	6	0,7
Stillegung			3	0,4	3	0,3
sonstiges			0	0,0	1	0,1
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde¹						
<= 1 Jahr			2	0,2	-	-
> 1 Jahr			12	1,4	-	-
unbekannt			0	0,0	-	-
NBL-Code						
unipolar			0 / 14	0,0	2 / 10	20,0
bipolar			7 / 14	50,0	5 / 10	50,0
multipolar			1 / 14	7,1	0 / 10	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			2 / 14	14,3	1 / 10	10,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			1 / 14	7,1	4 / 10	40,0
keine Fixation			5 / 14	35,7	2 / 10	20,0
nicht bekannt			6 / 14	42,9	3 / 10	30,0

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			20	2,4	18	2,0
Asystolie			1	0,1	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			2	0,2	2	0,2
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			2	0,2	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			9	1,1	5	0,5
Sondendislokation			6	0,7	9	1,0
Vorhof			4	66,7	5	55,6
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			2	33,3	4	44,4
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			0	0,0	3	0,3
Vorhof			0		2	66,7
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			0		1	33,3
2. Ventrikelsonde			0		0	0,0
beide			0		0	0,0
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)			0	0,0	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			1	0,1	1	0,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			745	87,6	782	85,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			24	2,8	37	4,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,2	2	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			30	3,5	33	3,6
07: Tod			8	0,9	12	1,3
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	5	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			21	2,5	28	3,0
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,7	10	1,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			5	0,6	2	0,2
13: externe Verlegung 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 (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,0	1	0,1
18: Rückverlegung			7	0,8	7	0,8
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,1	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet	15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den 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	

Anhang: OPS 2010¹

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.00 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.			9 / 850	1,1	6 / 919	0,7
5-378.01 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem			18 / 850	2,1	24 / 919	2,6
5-378.02 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem			16 / 850	1,9	22 / 919	2,4
5-378.03 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.08 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.09 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			1 / 850	0,1	0 / 919	0,0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.1a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenerntfernung: Synchronisationssystem			2 / 850	0,2	0 / 919	0,0
5-378.18 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenerntfernung: Schrittmacher			18 / 850	2,1	22 / 919	2,4
5-378.20 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenerntfernung: Schrittmacher n.n.bez.			1 / 850	0,1	4 / 919	0,4
5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenerntfernung: Schrittmacher, Einkammersystem			16 / 850	1,9	18 / 919	2,0
5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenerntfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem			54 / 850	6,4	68 / 919	7,4
5-378.23 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenerntfernung: Schrittmacher, Dreikammersystem			4 / 850	0,5	3 / 919	0,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.28 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	1 / 919	0,1
5-378.29 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.			5 / 850	0,6	10 / 919	1,1
5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem			33 / 850	3,9	31 / 919	3,4
5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem			153 / 850	18,0	161 / 919	17,5
5-378.33 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Dreikammersystem			4 / 850	0,5	2 / 919	0,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.38 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.39 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			2 / 850	0,2	0 / 919	0,0
5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.			3 / 850	0,4	14 / 919	1,5
5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem			10 / 850	1,2	14 / 919	1,5
5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem			30 / 850	3,5	21 / 919	2,3
5-378.43 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	3 / 919	0,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.48 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	1 / 919	0,1
5-378.49 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.			5 / 850	0,6	1 / 919	0,1
5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem			43 / 850	5,1	46 / 919	5,0
5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem			95 / 850	11,2	141 / 919	15,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.63 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Dreikammersystem			2 / 850	0,2	2 / 919	0,2
5-378.68 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	1 / 919	0,1
5-378.69 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.			6 / 850	0,7	3 / 919	0,3
5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem			39 / 850	4,6	48 / 919	5,2
5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem			144 / 850	16,9	130 / 919	14,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.73 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Dreikammersystem			5 / 850	0,6	3 / 919	0,3
5-378.78 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			1 / 850	0,1	0 / 919	0,0
5-378.79 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	1 / 919	0,1
5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.			1 / 850	0,1	0 / 919	0,0
5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem			6 / 850	0,7	5 / 919	0,5
5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem			9 / 850	1,1	19 / 919	2,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.83 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	1 / 919	0,1
5-378.88 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.89 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 850	0,0	0 / 919	0,0
5-378.90 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Einkammersystem auf Zweikammersystem			36 / 850	4,2	32 / 919	3,5
5-378.91 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Einkammersystem auf Dreikammersystem			3 / 850	0,4	12 / 919	1,3
5-378.92 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Zweikammersystem auf Einkammersystem			79 / 850	9,3	86 / 919	9,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2010¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.93 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Zweikammersystem auf Dreikammersystem			29 / 850	3,4	17 / 919	1,8
5-378.94 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Dreikammersystem auf Einkammersystem			3 / 850	0,4	2 / 919	0,2
5-378.95 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Dreikammersystem auf Zweikammersystem			1 / 850	0,1	0 / 919	0,0
5-378.96 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Umstellungen bei Synchronisationssystemen			3 / 850	0,4	1 / 919	0,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert. Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2010.

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 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

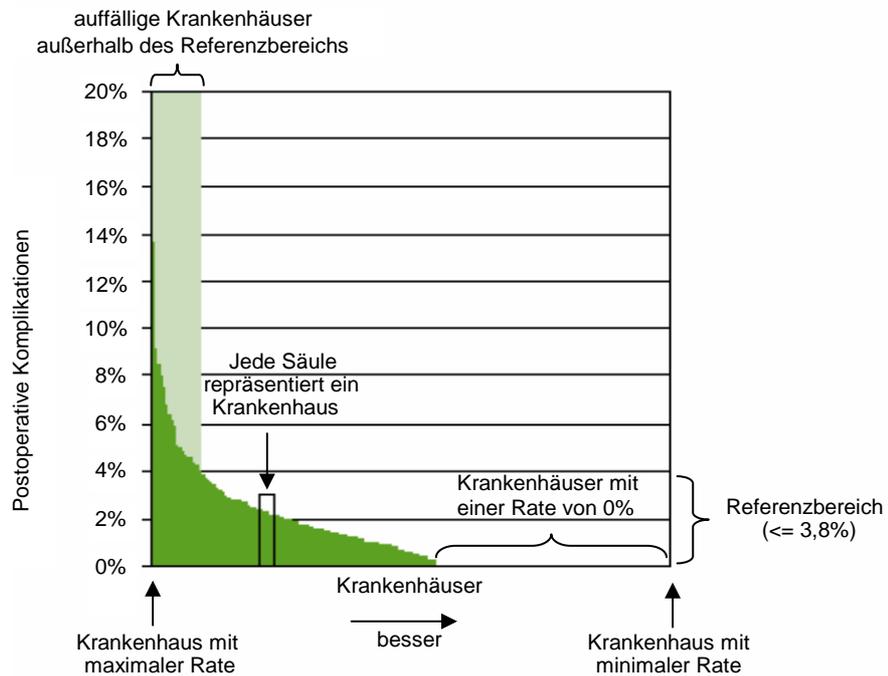
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

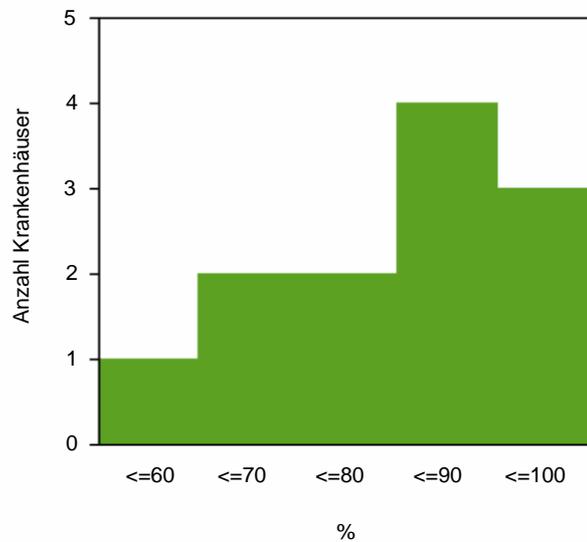
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.