

Jahresauswertung 2012
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 908
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12526-L82508-P39212

Jahresauswertung 2012
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 908
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12526-L82508-P39212

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/09n3-HSM-REV/693					
QI 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff			0,7%	<= 3,0%	1.1
2012/09n3-HSM-REV/694					
QI 2: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres			2,6%	<= 6,0%	1.4
2012/09n3-HSM-REV/695					
QI 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff			0,5%	<= 1,0%	1.7
QI 4: Perioperative Komplikationen					
4a: 2012/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen			0,9%	<= 2,0%	1.9
4b: 2012/09n3-HSM-REV/10638 Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof			0,0%	<= 3,0%	1.12
4c: 2012/09n3-HSM-REV/10639 Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel			1,2%	<= 3,0%	1.12
QI 5: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden					
5a: 2012/09n3-HSM-REV/494 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			99,3%	>= 95,0%	1.16
5b: 2012/09n3-HSM-REV/495 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			99,7%	>= 95,0%	1.16
QI 6: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden					
6a: 2012/09n3-HSM-REV/496 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			99,4%	>= 95,0%	1.19
6b: 2012/09n3-HSM-REV/497 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			100,0%	>= 95,0%	1.19

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden					
7a: 2012/09n3-HSM-REV/584					
Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV					
			83,9%	>= 80,0%	1.22
7b: 2012/09n3-HSM-REV/585					
Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV					
			96,9%	>= 90,0%	1.22
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2012/09n3-HSM-REV/51399					
Sterblichkeit im Krankenhaus					
			1,7%	nicht definiert	1.26
8b: 2012/09n3-HSM-REV/51404					
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen					
			1,23	<= 6,00	1.28

Qualitätsindikator 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schrittmacher-Erstimplantationen (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)¹

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/693

Referenzbereich: <= 3,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken			0 / 6.693	0,0%
Taschenhämatom			9 / 6.693	0,1%
Infektion			23 / 6.693	0,3%
Aggregatperforation			9 / 6.693	0,1%
anderes Taschenproblem			14 / 6.693	0,2%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			48 / 6.693	0,7%
Vertrauensbereich				0,5% - 0,9%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			50 / 6.436	0,8% 0,6% - 1,0%

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

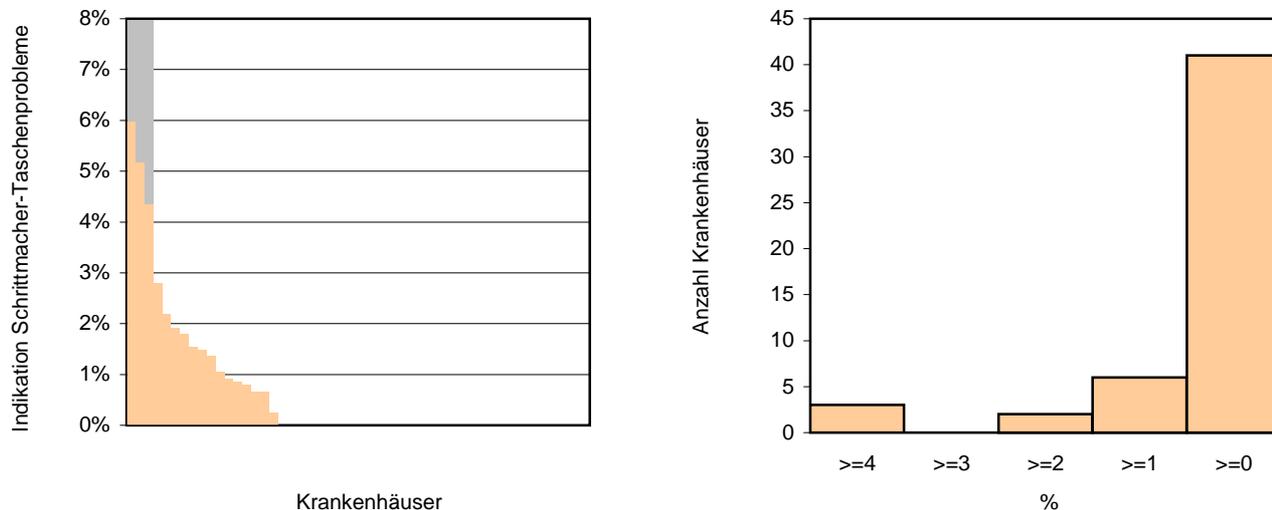
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats			113 / 6.777	1,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/09n3-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:

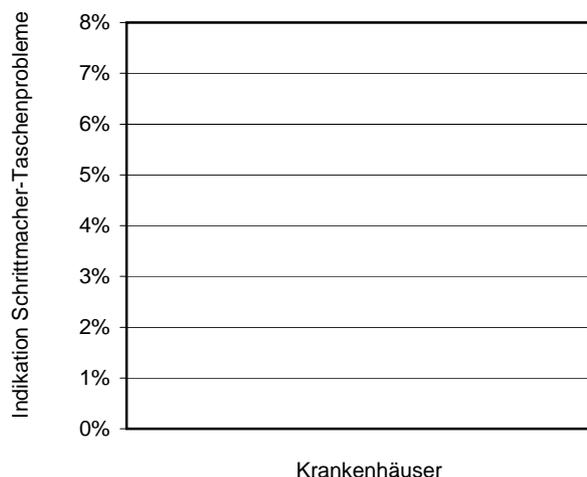
52 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,9	4,3	6,0

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: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel:	Möglichst selten Revision wegen Sondenproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Schrittmacher-Erstimplantationen (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2) ¹
Indikator-ID:	2012/09n3-HSM-REV/694
Referenzbereich:	<= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution²				
Dislokation			113 / 6.693	1,7%
Sondenbruch			3 / 6.693	0,0%
Isolationsdefekt			1 / 6.693	0,0%
Konnektordefekt			0 / 6.693	0,0%
Zwerchfellzucken			0 / 6.693	0,0%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			0 / 6.693	0,0%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			8 / 6.693	0,1%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			44 / 6.693	0,7%
Infektion			3 / 6.693	0,0%
Perforation			1 / 6.693	0,0%
sonstiges Sondenproblem			9 / 6.693	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			173 / 6.693	2,6%
Vertrauensbereich				2,2% - 3,0%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

¹ Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

² Unter Ausschluss von Sondenproblemen bei Sonden, deren Implantation mehr als 1 Jahr zurückliegt (Spätkomplikationen) oder deren Implantationszeitpunkt unbekannt ist.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution¹ mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			195 / 6.436	3,0% 2,6% - 3,5%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schrittmacher-Erstimplantationen (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)²

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation¹			208 / 6.777	3,1%

¹ Unter Ausschluss von Sondenproblemen bei Sonden, deren Implantation mehr als 1 Jahr zurückliegt (Spätkomplikationen) oder deren Implantationszeitpunkt unbekannt ist.

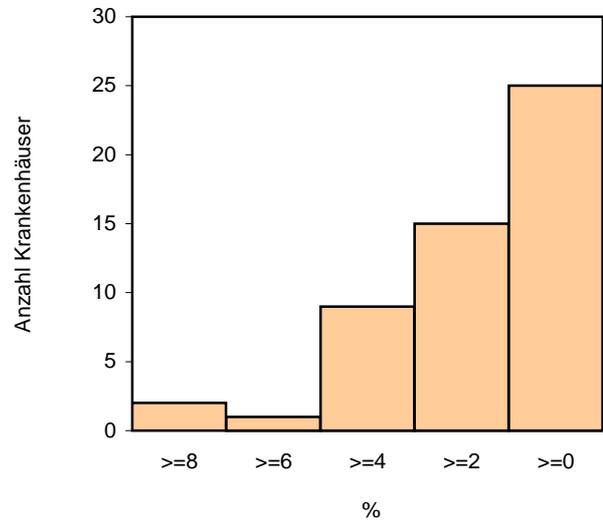
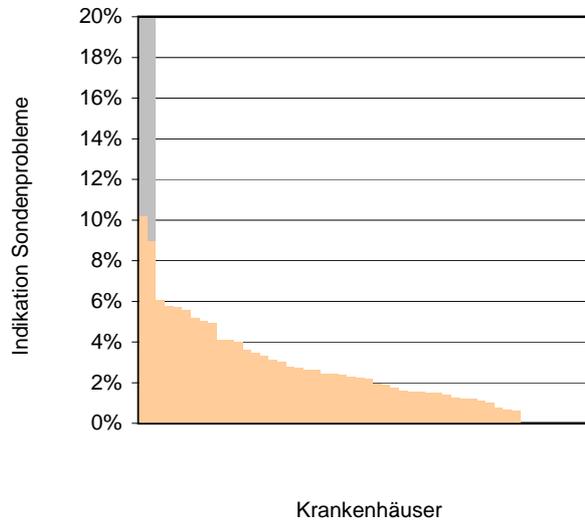
² Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/09n3-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 (Ausschluss) an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

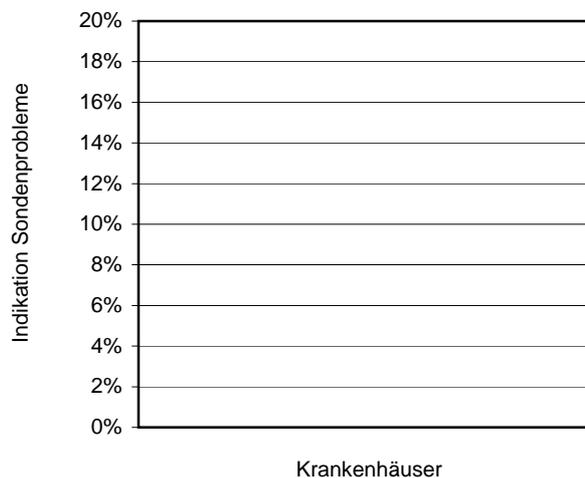
52 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,2	2,2	3,5	5,6	6,0	10,1

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 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Schrittmacher-Erstimplantationen (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)¹

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/695

Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	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			31 / 6.693	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	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			31 / 6.436	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden			108 / 6.777	1,6%

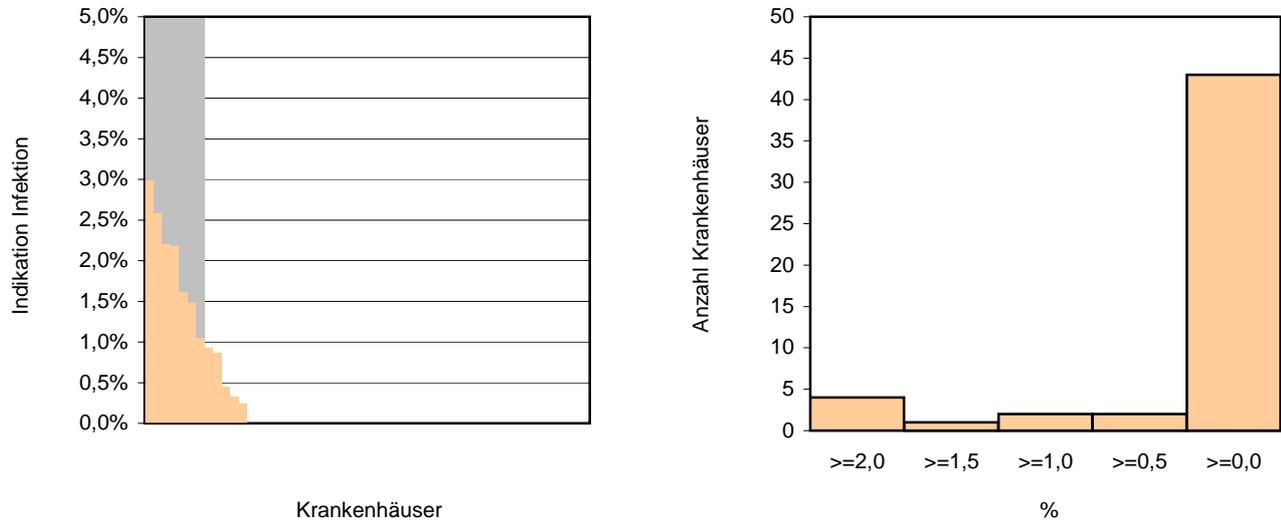
¹ Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2012/09n3-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:

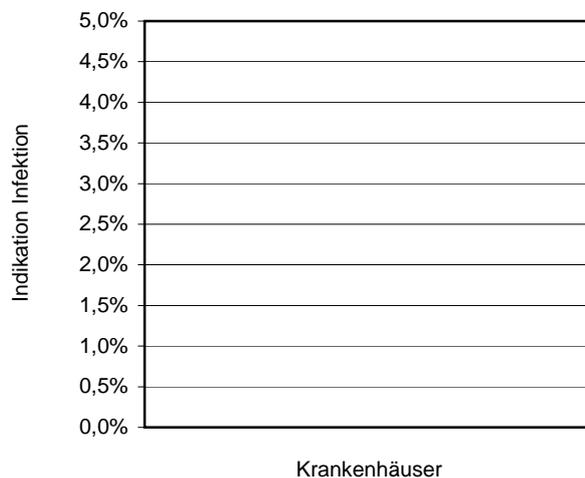
52 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,5	2,2	3,0

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.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/1089
Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			16 / 908	1,8%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			2 / 908	0,2%
Asystolie			0 / 908	0,0%
Kammerflimmern			2 / 908	0,2%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			8 / 908	0,9%
Vertrauensbereich				0,4% - 1,7%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			3 / 908	0,3%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 908	0,1%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 908	0,3%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 908	0,0%
postoperative Wundinfektion			1 / 908	0,1%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 908	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			1 / 908	0,1%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 908	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			5 / 908	0,6%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			0 / 515	0,0%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			4 / 772	0,5%
Ventrikelsondendislokation 1. Ventrikelsonde			3 / 772	0,4%
2. Ventrikelsonde			1 / 79	1,3%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 908	0,1%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 517	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			1 / 772	0,1%
Ventrikelsondendysfunktion 1. Ventrikelsonde			1 / 772	0,1%
2. Ventrikelsonde			0 / 79	0,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-System

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			2 / 908	0,2%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			15 / 908	1,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			17 / 927	1,8% 1,1% - 2,9%

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/09n3-HSM-REV/10638
 Gruppe 2: 2012/09n3-HSM-REV/10639

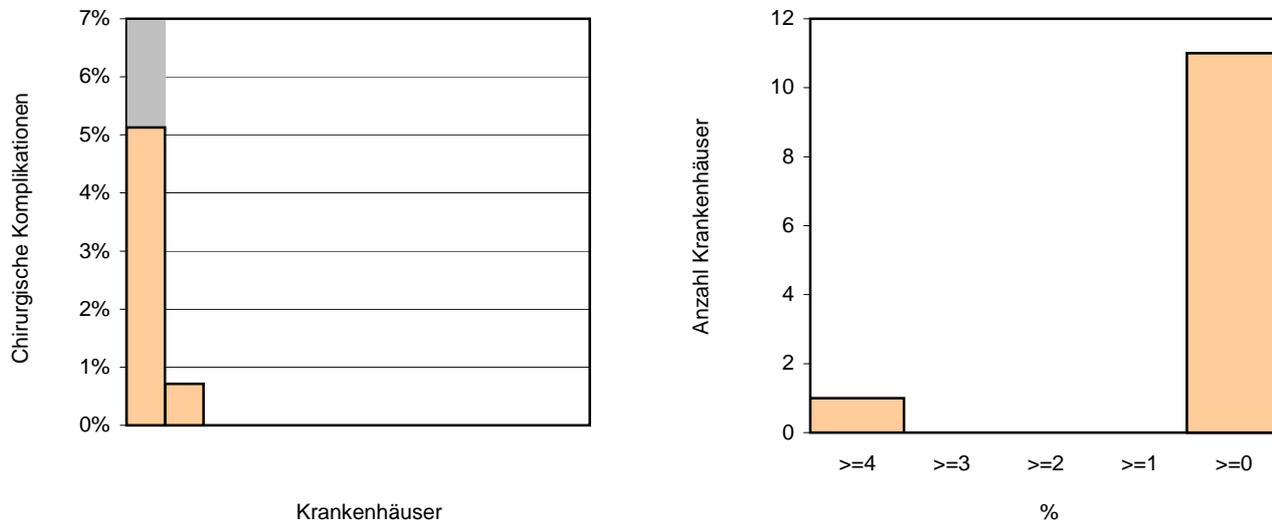
Referenzbereich: Gruppe 1: <= 3,0% (Toleranzbereich)
 Gruppe 2: <= 3,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			0 / 166	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 2,3%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			4 / 334	1,2%
Vertrauensbereich				0,5% - 3,0%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			2 / 171	1,2%
Vertrauensbereich				0,3% - 4,2%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			1 / 352	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 1,6%

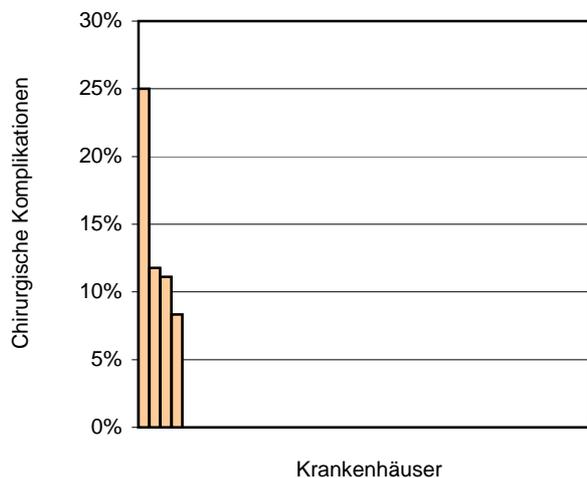
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/1089]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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	0,7		5,1

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



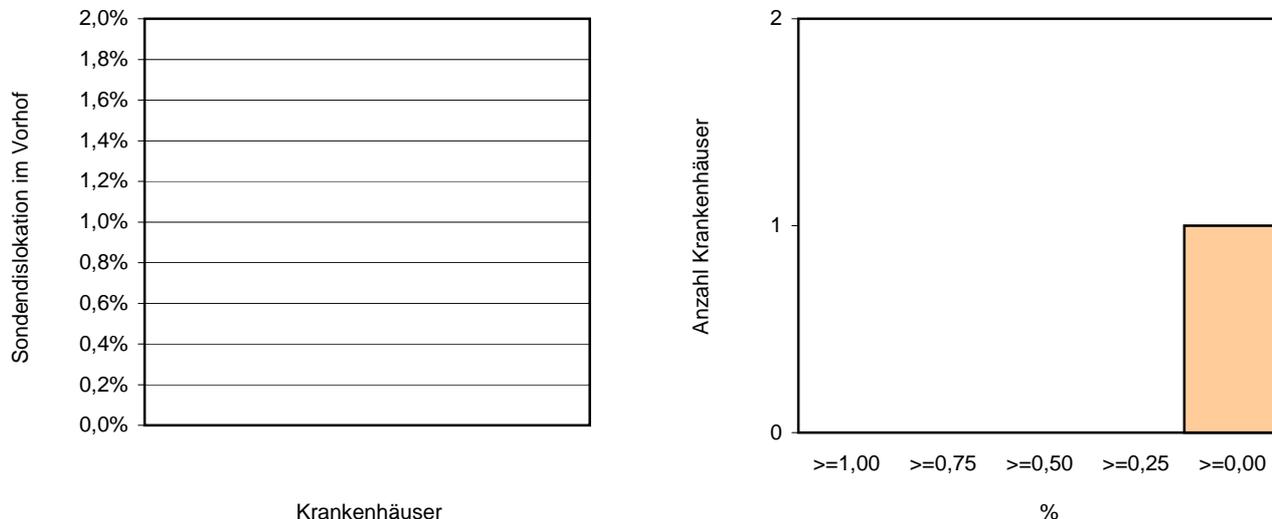
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/10638]:
 Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Vorhof an allen Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem
 Sondenproblem im Vorhof als Indikation (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

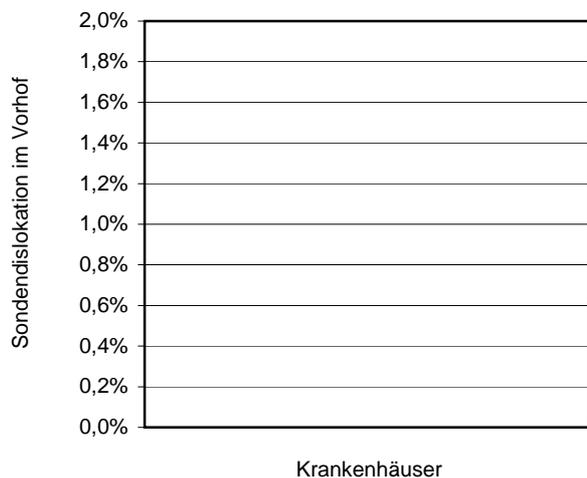
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

38 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

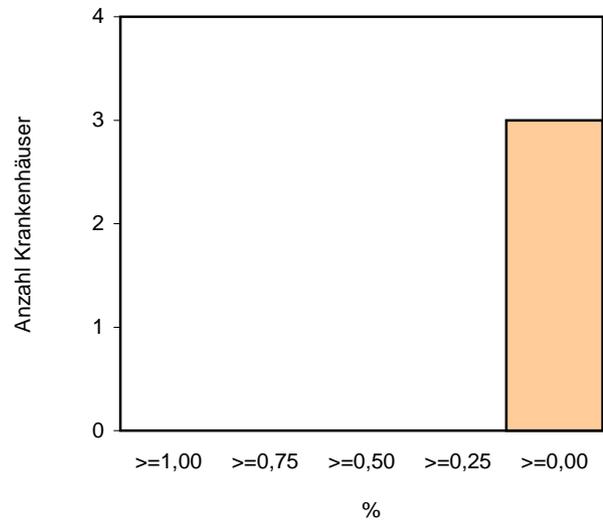
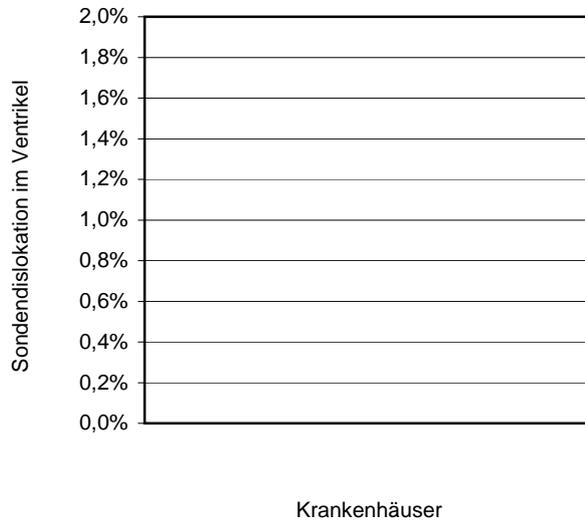
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2012/09n3-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:

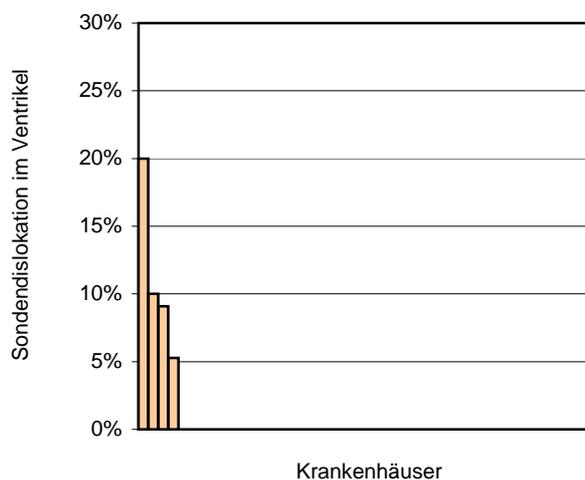
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

45 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	9,1	20,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative 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-System)
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/09n3-HSM-REV/494
	Gruppe 2:	2012/09n3-HSM-REV/495
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			149 / 150	99,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			330 / 331	99,7%
Vertrauensbereich				98,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			150 / 151	99,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 99,9%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			346 / 347	99,7%
Vertrauensbereich				98,4% - 99,9%

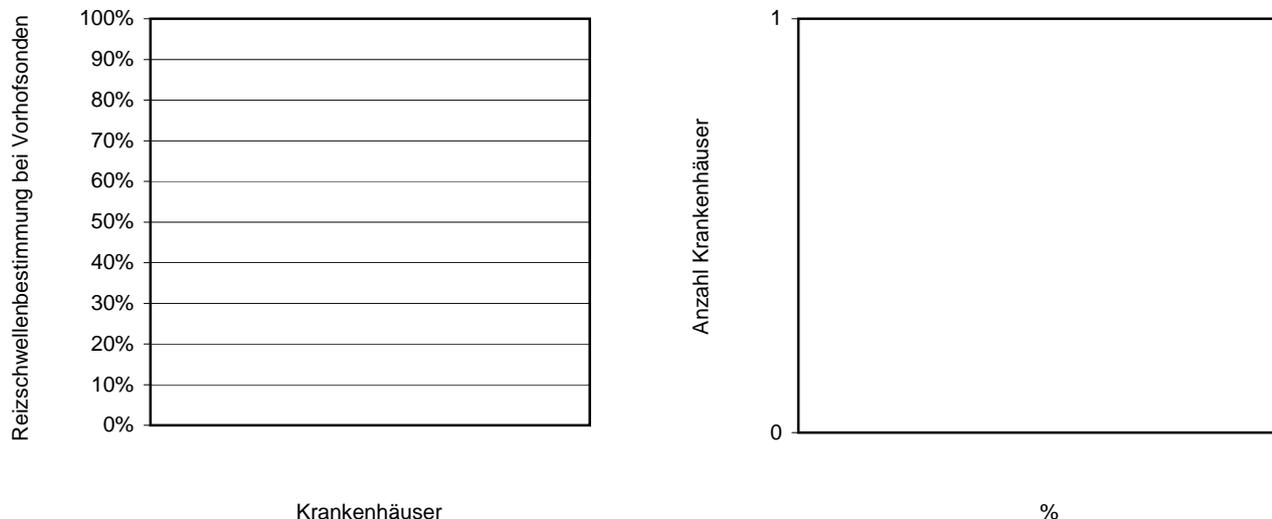
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/494]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

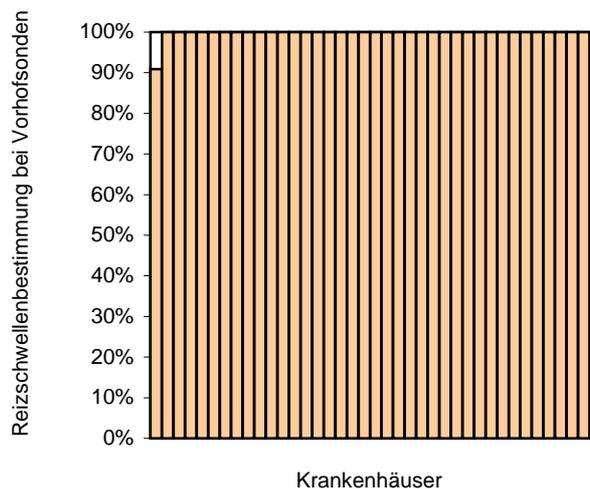
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

38 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

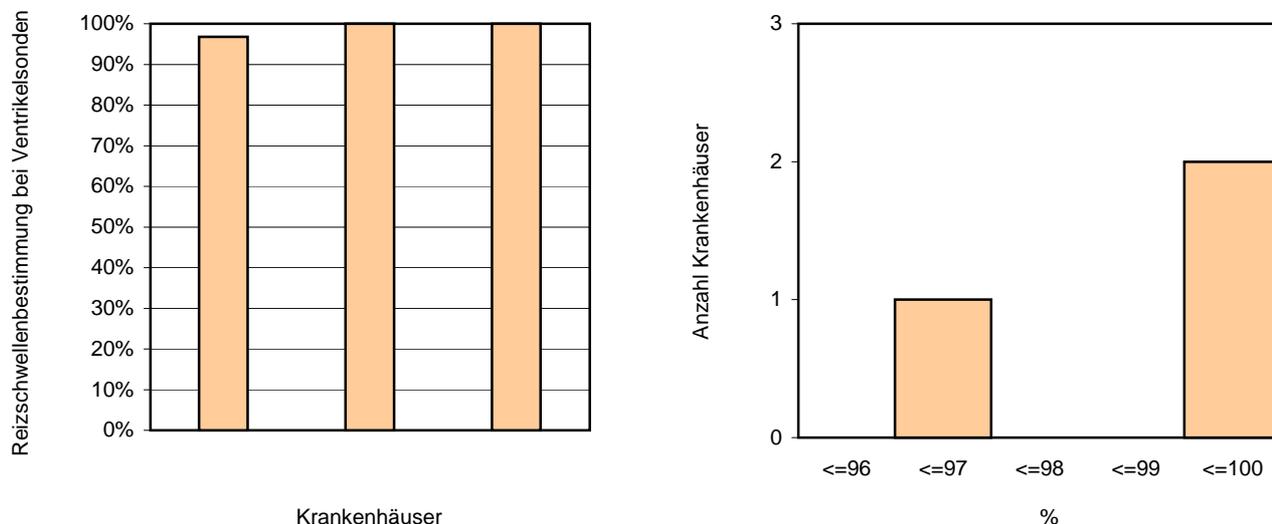


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

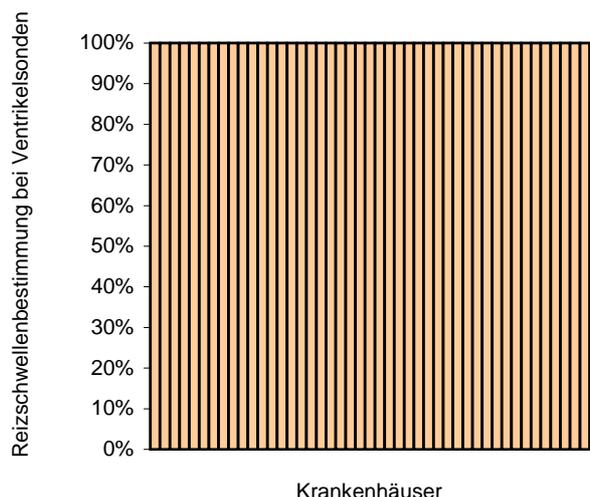
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/495]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit
 Sondenproblemen**

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
	96,8				100,0				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 45 Krankenhäuser haben weniger als 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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden ¹	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/09n3-HSM-REV/496
	Gruppe 2:	2012/09n3-HSM-REV/497
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			154 / 155	 99,4%
Vertrauensbereich				96,4% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			317 / 317	 100,0%
Vertrauensbereich				98,8% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			161 / 164	 98,2%
Vertrauensbereich				94,8% - 99,4%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			314 / 316	 99,4%
Vertrauensbereich				97,7% - 99,8%

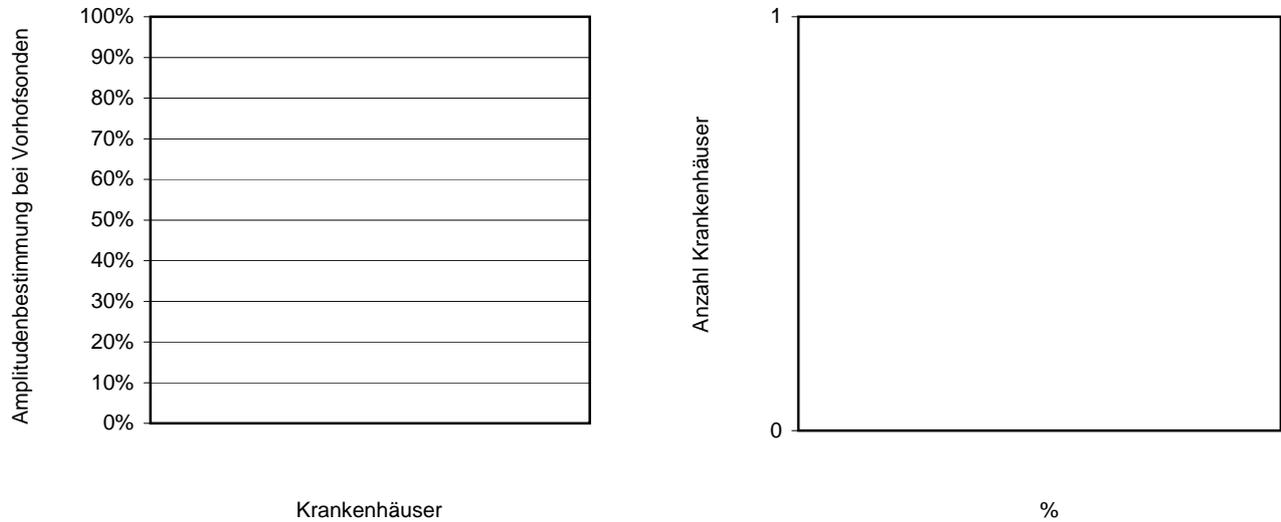
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/496]:

Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

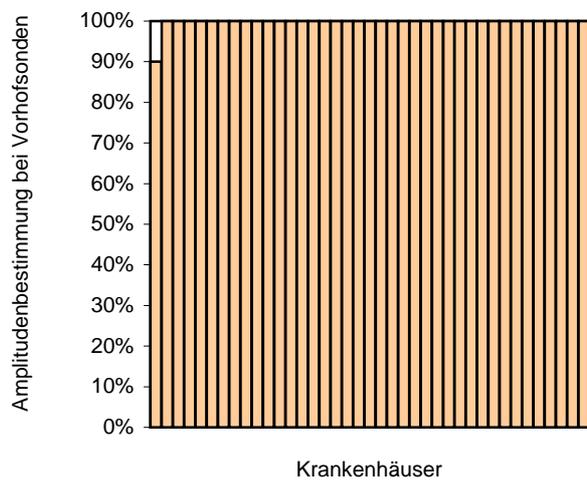
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

39 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

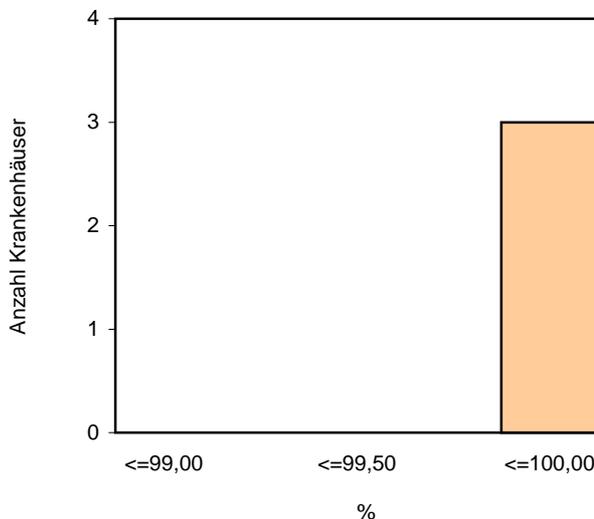
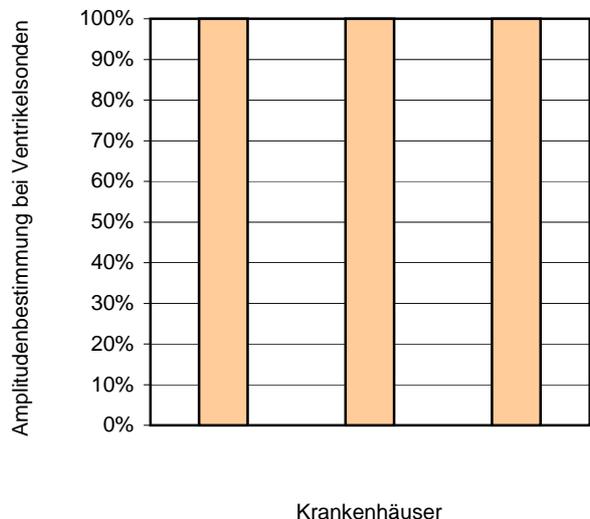
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/497]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

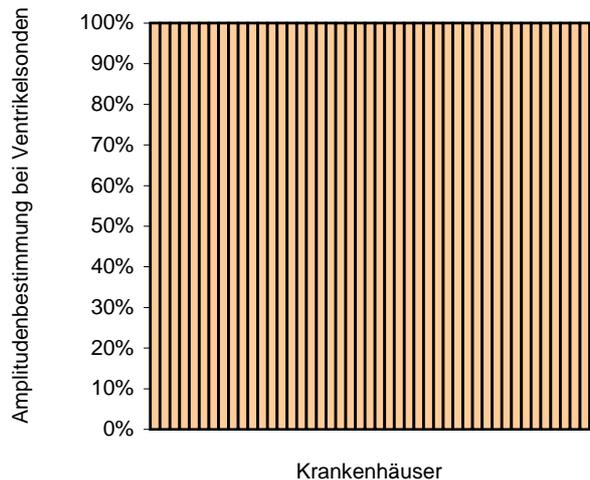
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

45 Krankenhäuser haben weniger als 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	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden ¹	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/09n3-HSM-REV/584
	Gruppe 2:	2012/09n3-HSM-REV/585
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			130 / 155	83,9%
Vertrauensbereich				77,3% - 88,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 1,5 mV			25 / 155	16,1%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude 1,5 - 3,0 mV			68 / 155	43,9%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 3,0 mV			62 / 155	40,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			308 / 318	96,9%
Vertrauensbereich				94,3% - 98,3%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 4 mV			10 / 318	3,1%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude 4,0 - 8,0 mV			53 / 318	16,7%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 8 mV			255 / 318	80,2%

¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

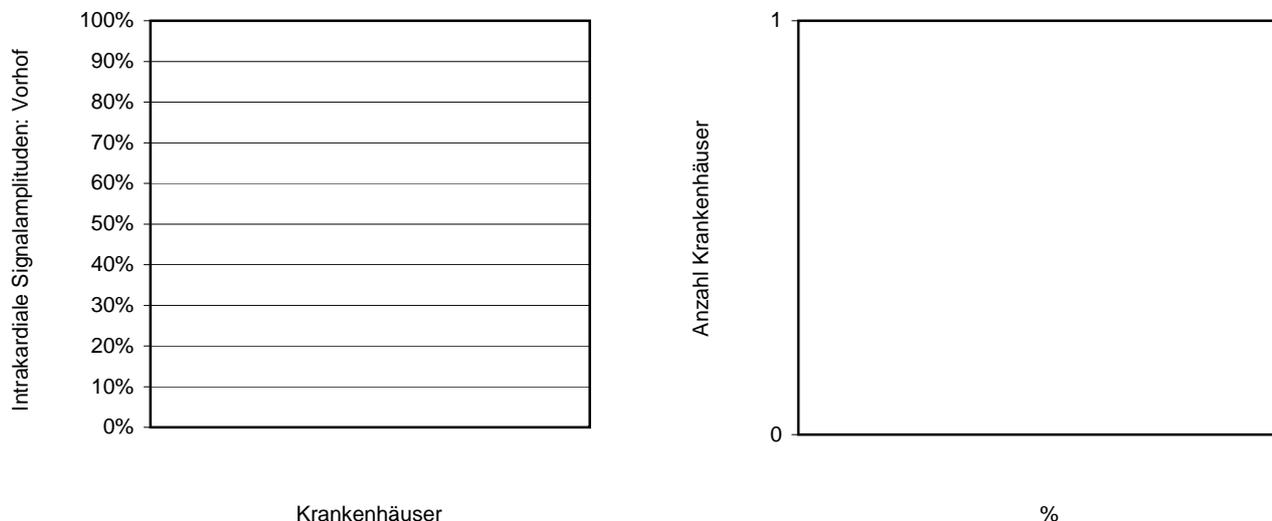
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude \geq 1,5 mV Vertrauensbereich			146 / 163	89,6% 83,9% - 93,4%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude \geq 4 mV Vertrauensbereich			311 / 315	98,7% 96,8% - 99,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/584]:

Anteil von Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV an allen revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

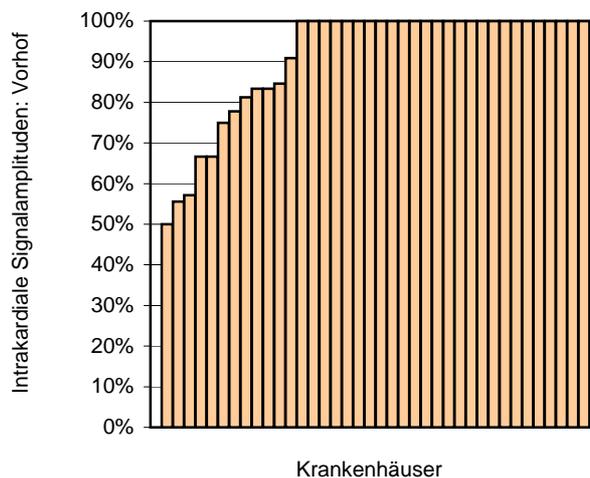
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

39 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	50,0	57,1	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

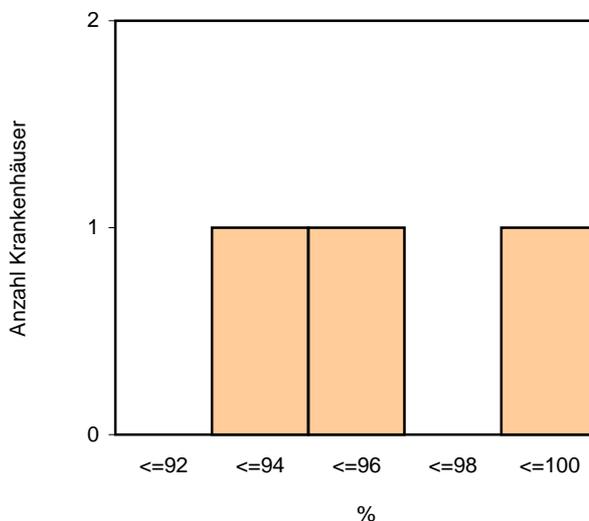
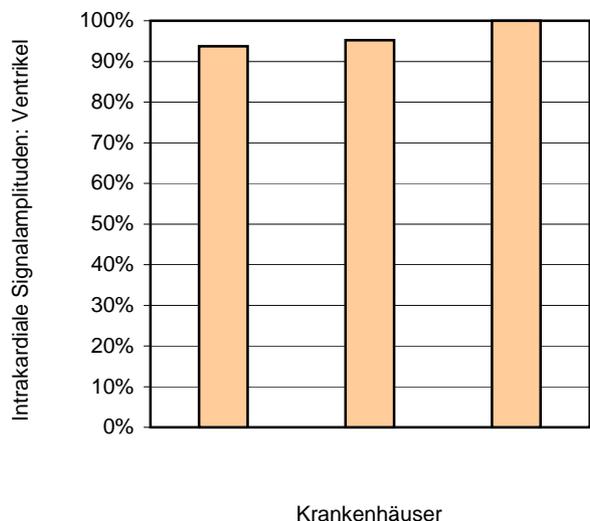
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/585]:

Anteil von Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV an allen revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

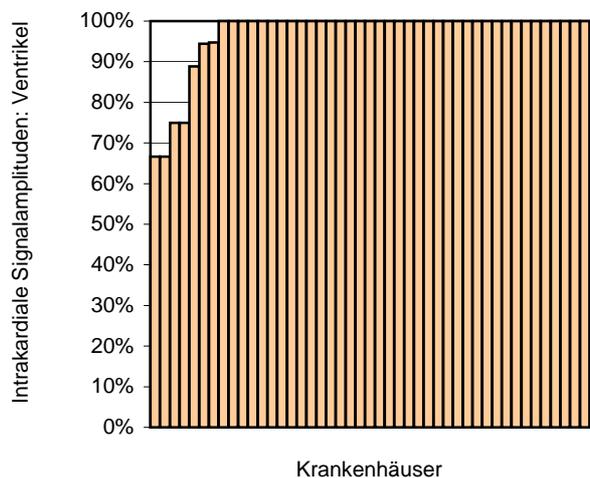
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,8				95,2				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

45 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	75,0	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/51399

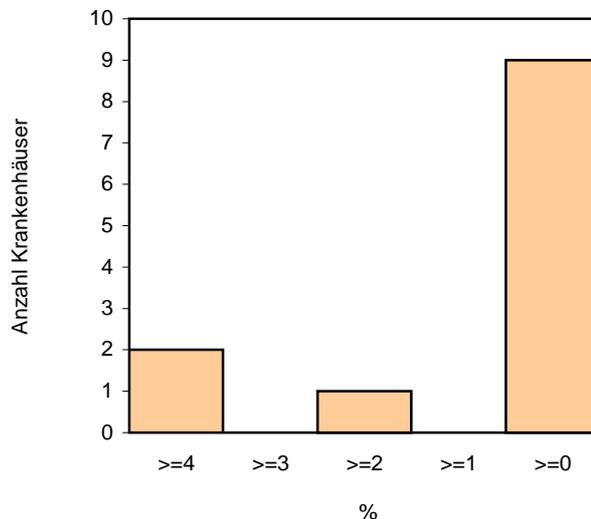
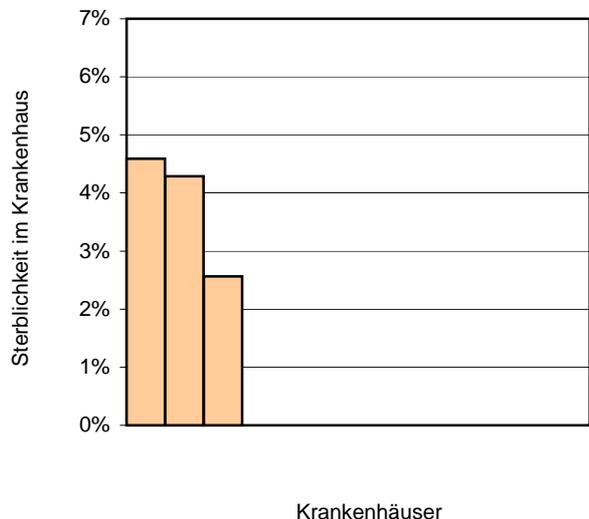
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			15 / 908	1,7%
Vertrauensbereich				1,0% - 2,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			13 / 927	1,4%
Vertrauensbereich				0,8% - 2,4%

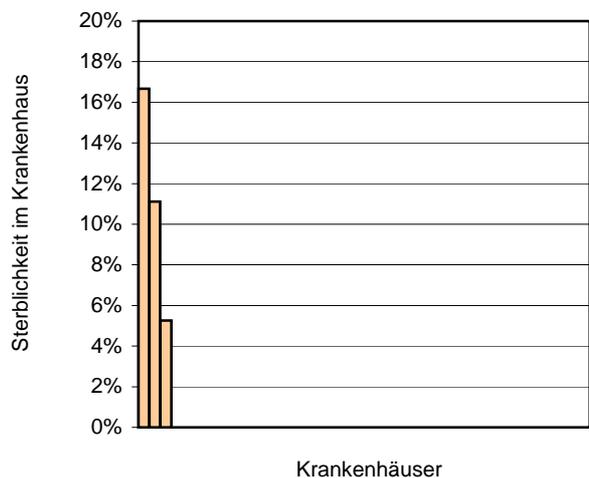
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/51399]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 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	1,3	4,3		4,6

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	5,3	16,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/51404

Referenzbereich: <= 6,00 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		15 / 908 1,65%
vorhergesagt (E) ¹		12,16 / 908 1,34%
O - E		0,31%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score 8b.

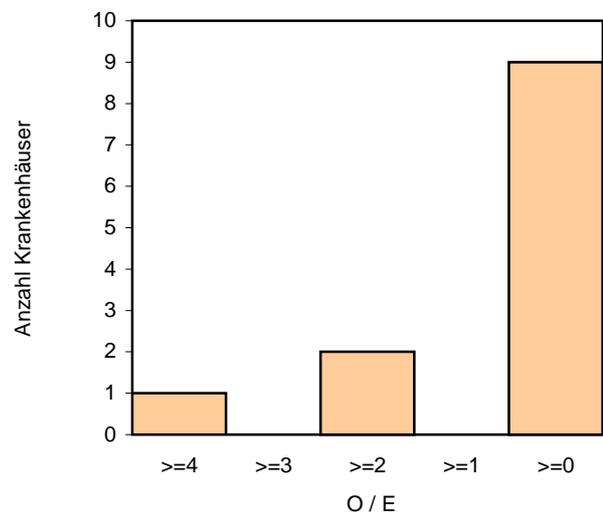
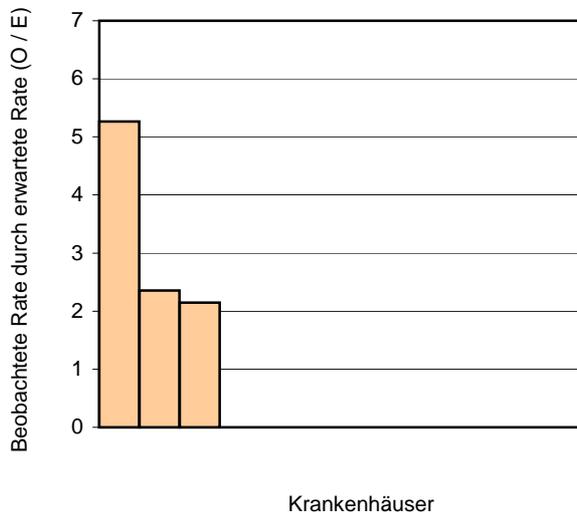
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E²		1,23
Vertrauensbereich		0,75 - 2,02
Referenzbereich	<= 6,00	<= 6,00

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		13 / 927 1,40%
vorhergesagt (E)		11,55 / 927 1,25%
O - E		0,16%
O / E		1,13
Vertrauensbereich		0,66 - 1,91

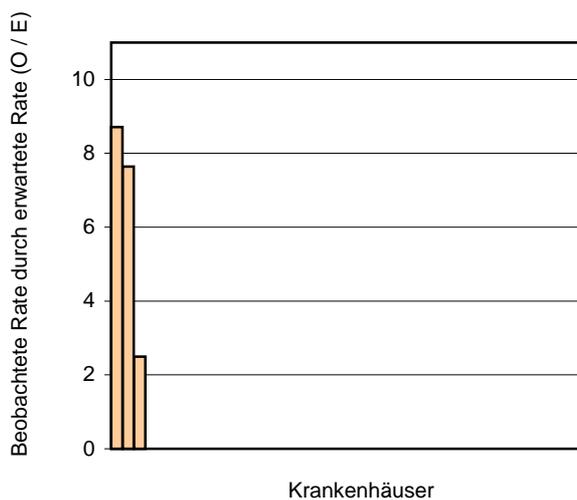
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/51404]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,07	2,36		5,26

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,50	8,71

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 908
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12526-L82508-P39212

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			235	25,9	240	25,9
2. Quartal			256	28,2	221	23,8
3. Quartal			223	24,6	248	26,8
4. Quartal			194	21,4	218	23,5
Gesamt			908		927	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		908		927	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			3,4		3,9
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		908		927	
Median			2,0		3,0
Mittelwert			5,5		6,2
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		908		927	
Median			5,0		5,0
Mittelwert			9,0		10,0

OPS 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmarker auf Herzschrittmarker oder Defibrillator: Herzschrittmarker, Zweikammersystem auf Herzschrittmarker, Einkammersystem
4	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5	5-378.22	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.32	148	16,3	5-378.32	160	17,3
2				5-378.72	131	14,4	5-378.72	125	13,5
3				5-378.b3	110	12,1	5-378.62	113	12,2
4				5-378.62	106	11,7	5-378.92	106	11,4
5				5-378.22	80	8,8	5-378.22	93	10,0

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

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 2012¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiofibrillators
3	Z95.0	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiofibrillators
4	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
7	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
8	I48.10	Vorhofflimmern: Paroxysmal

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T82.1	318	35,0	T82.1	316	34,1
2				Z45.0	266	29,3	Z45.0	263	28,4
3				Z95.0	232	25,6	Z95.0	236	25,5
4				I48.11	211	23,2	I10.00	232	25,0
5				I10.00	207	22,8	I44.2	207	22,3
6				I44.2	166	18,3	I48.11	189	20,4
7				I49.5	165	18,2	I49.5	146	15,7
8				I48.10	99	10,9	E11.90	91	9,8

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			908 / 908		927 / 927	
< 20 Jahre			3 / 908	0,3	3 / 927	0,3
20 - 29 Jahre			3 / 908	0,3	2 / 927	0,2
30 - 39 Jahre			5 / 908	0,6	5 / 927	0,5
40 - 49 Jahre			17 / 908	1,9	10 / 927	1,1
50 - 59 Jahre			46 / 908	5,1	40 / 927	4,3
60 - 69 Jahre			118 / 908	13,0	133 / 927	14,3
70 - 79 Jahre			340 / 908	37,4	363 / 927	39,2
80 - 89 Jahre			342 / 908	37,7	334 / 927	36,0
>= 90 Jahre			34 / 908	3,7	37 / 927	4,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			908		927	
Median				77,0		77,0
Mittelwert				75,4		75,6
Geschlecht						
männlich			509	56,1	484	52,2
weiblich			399	43,9	443	47,8

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			55	6,1	58	6,3
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			338	37,2	336	36,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			472	52,0	489	52,8
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			41	4,5	42	4,5
5: moribunder Patient			2	0,2	2	0,2
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			309	34,0	337	36,4
häufig (5 - 90%)			509	56,1	507	54,7
selten (< 5%)			90	9,9	83	9,0
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			800	88,1	817	88,1
bedingt aseptische Eingriffe			29	3,2	26	2,8
kontaminierte Eingriffe			10	1,1	11	1,2
septische Eingriffe			69	7,6	73	7,9

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			305	33,6	312	33,7
Sondenproblem			526	57,9	550	59,3
Systemumwandlung			181	19,9	175	18,9
VVI auf AAI / DDD / VDD			5	0,6	10	1,1
AAI auf DDD / VDD / VVI			2	0,2	5	0,5
DDD / VDD auf VVI / AAI			56	6,2	53	5,7
Sonstige			70	7,7	87	9,4
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			594	65,4	624	67,3
andere Institution			314	34,6	303	32,7
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			177	19,5	198	21,4
vorzeitig			7	0,8	9	1,0
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			4	0,4	4	0,4
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
Pectoraliszucken			0	0,0	1	0,1
Taschenhämatom			13	1,4	9	1,0
Infektion			64	7,0	53	5,7
anderes Taschenproblem			21	2,3	22	2,4
Aggregatperforation			26	2,9	20	2,2
sonstige Indikation			16	1,8	12	1,3

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			109	12,0	102	11,0
Sondenbruch			8	0,9	12	1,3
Isolationsdefekt			8	0,9	8	0,9
Konnektordefekt			1	0,1	1	0,1
Zwerchfellzucken			0	0,0	0	0,0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			4	0,4	4	0,4
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			8	0,9	13	1,4
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			32	3,5	32	3,5
Infektion			23	2,5	34	3,7
Perforation			3	0,3	9	1,0
Sonstige			16	1,8	9	1,0

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			84	9,3	98	10,6
Sondenbruch			36	4,0	36	3,9
Isolationsdefekt			17	1,9	14	1,5
Konnektordefekt			2	0,2	9	1,0
Zwerchfellzucken			0	0,0	7	0,8
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			6	0,7	8	0,9
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			20	2,2	17	1,8
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			159	17,5	147	15,9
Infektion			27	3,0	42	4,5
Perforation			8	0,9	15	1,6
Sonstige			14	1,5	10	1,1
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			6	0,7	2	0,2
Sondenbruch			2	0,2	0	0,0
Isolationsdefekt			0	0,0	0	0,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			0	0,0	2	0,2
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			0	0,0	0	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			0	0,0	4	0,4
Infektion			1	0,1	2	0,2
Perforation			0	0,0	0	0,0
Sonstige			2	0,2	2	0,2

Operation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregat-entfernung			47	5,2	48	5,2
(5-378.1*) Sondenentfernung			18	2,0	18	1,9
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			112	12,3	114	12,3
(5-378.3*) Sondenkorrektur			189	20,8	193	20,8
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			61	6,7	67	7,2
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			15	1,7	21	2,3
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			160	17,6	162	17,5
(5-378.7*) Sondenwechsel			161	17,7	164	17,7
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			12	1,3	25	2,7
(5-378.9*) Systemumwandlung			0	0,0	187	20,2
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			908		927	
Median				43,0		40,0
Mittelwert				51,5		49,1
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			690		690	
Median				3,0		3,0
Mittelwert				5,6		4,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			908		927	
ja	774	85,2	774	85,2	790	85,2
nein, da Explantation			134	14,8	137	14,8
Schrittmacher-System						
VVI			237	26,1	207	22,3
AAI			2	0,2	3	0,3
DDD			449	49,4	499	53,8
VDD			5	0,6	4	0,4
CRT-System mit einer Vorhofsonde			62	6,8	57	6,1
CRT-System ohne Vorhofsonde			15	1,7	14	1,5
sonstiges ¹			4	0,4	6	0,6
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			330	36,3	351	37,9
Neuimplantation			360	39,6	358	38,6
Neuplatzierung			60	6,6	63	6,8
sonstiges			24	2,6	18	1,9
Zeitabstand Erstimplantation - Neuimplantation (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			401		422	
Median				0,0		0,0
Mittelwert				1,4		1,1
Hersteller						
Biotronik			237 / 774	30,6	237 / 790	30,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			132 / 774	17,1	149 / 790	18,9
Medtronic			197 / 774	25,5	217 / 790	27,5
Osypka			0 / 774	0,0	0 / 790	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			17 / 774	2,2	26 / 790	3,3
Vitatron			3 / 774	0,4	1 / 790	0,1
St. Jude Medical			178 / 774	23,0	154 / 790	19,5
nicht bekannt			6 / 774	0,8	6 / 790	0,8
sonstiger			4 / 774	0,5	0 / 790	0,0

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			289	31,8	327	35,3
Neuimplantation			136	15,0	150	16,2
Neuplatzierung			76	8,4	74	8,0
Reparatur			6	0,7	1	0,1
sonstiges			11	1,2	14	1,5
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			181	19,9	206	22,2
> 1 Jahr			195	21,5	206	22,2
unbekannt			6	0,7	4	0,4
NBL-Code						
unipolar			3 / 518	0,6	2 / 566	0,4
bipolar			451 / 518	87,1	513 / 566	90,6
multipolar			31 / 518	6,0	15 / 566	2,7
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			416 / 518	80,3	467 / 566	82,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			67 / 518	12,9	62 / 566	11,0
keine Fixation			2 / 518	0,4	1 / 566	0,2
nicht bekannt			32 / 518	6,2	31 / 566	5,5
Hersteller						
Biotronik			137 / 518	26,4	147 / 566	26,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			60 / 518	11,6	78 / 566	13,8
Medtronic			161 / 518	31,1	181 / 566	32,0
Osypka			1 / 518	0,2	1 / 566	0,2
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 518	0,4	4 / 566	0,7
Vitatron			7 / 518	1,4	2 / 566	0,4
St. Jude Medical			112 / 518	21,6	116 / 566	20,5
nicht bekannt			34 / 518	6,6	32 / 566	5,7
sonstiger			3 / 518	0,6	1 / 566	0,2

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			418		431	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,5 V			408	97,6	415	96,3
> 1,5 - 2,5 V			8	1,9	11	2,6
> 2,5 V			2	0,5	5	1,2
nicht gemessen			97 / 515	18,8	128 / 559	22,9
wegen Vorhofflimmerns			61 / 515	11,8	63 / 559	11,3
aus anderen Gründen			36 / 515	7,0	65 / 559	11,6
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			453		476	
Median				2,6		2,6
Mittelwert				3,0		2,9
nicht gemessen			62 / 518	12,0	85 / 566	15,0
wegen Vorhofflimmerns			19 / 518	3,7	14 / 566	2,5
fehlender Vorhofeigenrhythmus ¹			9 / 518	1,7	-	-
aus anderen Gründen			34 / 518	6,6	71 / 566	12,5

¹ Der Schlüsselwert wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			359	39,5	353	38,1
Neuimplantation			299	32,9	299	32,3
Neuplatzierung			93	10,2	114	12,3
Reparatur			4	0,4	5	0,5
sonstiges			17	1,9	14	1,5
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			211	23,2	235	25,4
> 1 Jahr			258	28,4	246	26,5
unbekannt			4	0,4	5	0,5
NBL-Code						
unipolar			30 / 772	3,9	27 / 785	3,4
bipolar			648 / 772	83,9	695 / 785	88,5
multipolar			48 / 772	6,2	20 / 785	2,5
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			309 / 772	40,0	336 / 785	42,8
passive Fixation, z.B. Ankersonde			412 / 772	53,4	401 / 785	51,1
keine Fixation			5 / 772	0,6	5 / 785	0,6
nicht bekannt			46 / 772	6,0	41 / 785	5,2
Hersteller						
Biotronik			204 / 772	26,4	226 / 785	28,8
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			106 / 772	13,7	122 / 785	15,5
Medtronic			216 / 772	28,0	227 / 785	28,9
Osypka			1 / 772	0,1	1 / 785	0,1
Sorin Biomedica/ELA Medical			23 / 772	3,0	24 / 785	3,1
Vitatron			4 / 772	0,5	3 / 785	0,4
St. Jude Medical			168 / 772	21,8	142 / 785	18,1
nicht bekannt			44 / 772	5,7	40 / 785	5,1
sonstiger			6 / 772	0,8	0 / 785	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			718		717	
Median				0,6		0,6
Mittelwert				0,7		0,7
<= 1,2 V			671	93,5	677	94,4
> 1,2 - 2,5 V			39	5,4	36	5,0
> 2,5 V			8	1,1	4	0,6
nicht gemessen			53 / 771	6,9	66 / 783	8,4
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			664		643	
Median				11,5		11,4
Mittelwert				12,1		12,7
nicht gemessen			101 / 771	13,1	138 / 783	17,6
kein Eigenrhythmus			58 / 771	7,5	75 / 783	9,6
aus anderen Gründen			43 / 771	5,6	63 / 783	8,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			10	1,1	23	2,5
Neuimplantation			67	7,4	47	5,1
Neuplatzierung			2	0,2	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	2	0,2
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			8	0,9	9	1,0
> 1 Jahr			4	0,4	15	1,6
unbekannt			0	0,0	1	0,1
NBL-Code						
unipolar			3 / 79	3,8	4 / 72	5,6
bipolar			69 / 79	87,3	65 / 72	90,3
multipolar			3 / 79	3,8	1 / 72	1,4
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			6 / 79	7,6	6 / 72	8,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			40 / 79	50,6	40 / 72	55,6
keine Fixation			29 / 79	36,7	24 / 72	33,3
nicht bekannt			4 / 79	5,1	1 / 72	1,4
Hersteller						
Biotronik			4 / 79	5,1	14 / 72	19,4
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			12 / 79	15,2	11 / 72	15,3
Medtronic			14 / 79	17,7	13 / 72	18,1
Osypka			0 / 79	0,0	0 / 72	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			1 / 79	1,3	0 / 72	0,0
Vitatron			0 / 79	0,0	0 / 72	0,0
St. Jude Medical			44 / 79	55,7	33 / 72	45,8
nicht bekannt			4 / 79	5,1	1 / 72	1,4
sonstiger			0 / 79	0,0	0 / 72	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			76		59	
Median				0,9		1,1
Mittelwert				1,0		1,2
<= 1,2 V			55	72,4	40	67,8
> 1,2 bis 2,5 V			20	26,3	18	30,5
> 2,5 V			1	1,3	1	1,7
nicht gemessen			3 / 79	3,8	12 / 71	16,9
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			61		46	
Median				11,0		14,6
Mittelwert				12,9		15,2
nicht gemessen			17 / 79	21,5	25 / 71	35,2
kein Eigenrhythmus			13 / 79	16,5	11 / 71	15,5
aus anderen Gründen			4 / 79	5,1	14 / 71	19,7

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			114	12,6	95	10,2
AAI			8	0,9	13	1,4
DDD			347	38,2	317	34,2
VDD			4	0,4	9	1,0
CRT-System mit einer Vorhofsonde			10	1,1	6	0,6
CRT-System ohne Vorhofsonde			4	0,4	5	0,5
sonstiges			3	0,3	12	1,3
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			464	51,1	317	34,2
sonstiges			21	2,3	11	1,2
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			452		317	
Median				6,0		5,0
Mittelwert				5,8		5,0
nicht bekannt			33 / 485	6,8	11 / 328	3,4
Hersteller						
Biotronik			143 / 485	29,5	99 / 328	30,2
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			78 / 485	16,1	46 / 328	14,0
Medtronic			124 / 485	25,6	95 / 328	29,0
Osyпка			1 / 485	0,2	1 / 328	0,3
Sorin Biomedica/ELA Medical			11 / 485	2,3	12 / 328	3,7
Vitatron			17 / 485	3,5	9 / 328	2,7
St. Jude Medical			73 / 485	15,1	43 / 328	13,1
nicht bekannt			26 / 485	5,4	23 / 328	7,0
sonstiger			12 / 485	2,5	0 / 328	0,0

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			115	12,7	134	14,5
Stillegung			102	11,2	100	10,8
sonstiges			13	1,4	2	0,2
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			48	5,3	51	5,5
> 1 Jahr			170	18,7	177	19,1
unbekannt			12	1,3	8	0,9
NBL-Code						
unipolar			3 / 230	1,3	7 / 236	3,0
bipolar			146 / 230	63,5	150 / 236	63,6
multipolar			5 / 230	2,2	3 / 236	1,3
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			133 / 230	57,8	138 / 236	58,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			20 / 230	8,7	20 / 236	8,5
keine Fixation			1 / 230	0,4	2 / 236	0,8
nicht bekannt			76 / 230	33,0	76 / 236	32,2
Hersteller						
Biotronik			46 / 230	20,0	44 / 236	18,6
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			23 / 230	10,0	17 / 236	7,2
Medtronic			66 / 230	28,7	69 / 236	29,2
Osypka			0 / 230	0,0	0 / 236	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			3 / 230	1,3	2 / 236	0,8
Vitatron			4 / 230	1,7	3 / 236	1,3
St. Jude Medical			24 / 230	10,4	27 / 236	11,4
nicht bekannt			61 / 230	26,5	69 / 236	29,2
sonstiger			3 / 230	1,3	5 / 236	2,1

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			155	17,1	174	18,8
Stillegung			114	12,6	99	10,7
sonstiges			16	1,8	8	0,9
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			80	8,8	75	8,1
> 1 Jahr			193	21,3	199	21,5
unbekannt			12	1,3	7	0,8
NBL-Code						
unipolar			18 / 285	6,3	13 / 281	4,6
bipolar			179 / 285	62,8	168 / 281	59,8
multipolar			3 / 285	1,1	5 / 281	1,8
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			84 / 285	29,5	77 / 281	27,4
passive Fixation, z.B. Ankersonde			112 / 285	39,3	108 / 281	38,4
keine Fixation			4 / 285	1,4	1 / 281	0,4
nicht bekannt			85 / 285	29,8	95 / 281	33,8
Hersteller						
Biotronik			67 / 285	23,5	53 / 281	18,9
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			24 / 285	8,4	28 / 281	10,0
Medtronic			66 / 285	23,2	74 / 281	26,3
Ospka			0 / 285	0,0	1 / 281	0,4
Sorin Biomedica/ELA Medical			8 / 285	2,8	2 / 281	0,7
Vitatron			2 / 285	0,7	3 / 281	1,1
St. Jude Medical			38 / 285	13,3	26 / 281	9,3
nicht bekannt			72 / 285	25,3	86 / 281	30,6
sonstiger			8 / 285	2,8	8 / 281	2,8

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			11	1,2	12	1,3
Stillegung			2	0,2	2	0,2
sonstiges			12	1,3	2	0,2
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			13	1,4	4	0,4
> 1 Jahr			7	0,8	11	1,2
unbekannt			5	0,6	1	0,1
NBL-Code						
unipolar			0 / 25	0,0	0 / 16	0,0
bipolar			17 / 25	68,0	12 / 16	75,0
multipolar			0 / 25	0,0	0 / 16	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			1 / 25	4,0	3 / 16	18,8
passive Fixation, z.B. Ankersonde			9 / 25	36,0	5 / 16	31,3
keine Fixation			7 / 25	28,0	4 / 16	25,0
nicht bekannt			8 / 25	32,0	4 / 16	25,0
Hersteller						
Biotronik			0 / 25	0,0	1 / 16	6,3
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			2 / 25	8,0	2 / 16	12,5
Medtronic			1 / 25	4,0	3 / 16	18,8
Osypka			0 / 25	0,0	0 / 16	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 25	8,0	0 / 16	0,0
Vitatron			0 / 25	0,0	0 / 16	0,0
St. Jude Medical			5 / 25	20,0	4 / 16	25,0
nicht bekannt			7 / 25	28,0	4 / 16	25,0
sonstiger			8 / 25	32,0	2 / 16	12,5

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			16	1,8	22	2,4
Asystolie			0	0,0	0	0,0
Kammerflimmern			2	0,2	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			3	0,3	6	0,6
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			1	0,1	2	0,2
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3	0,3	8	0,9
Sondendislokation			5	0,6	3	0,3
Vorhof			1	20,0	2	66,7
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			3	60,0	1	33,3
2. Ventrikelsonde			1	20,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			1	0,1	2	0,2
Vorhof			0	0,0	1	50,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			1	100,0	1	50,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)			1	0,1	1	0,1
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			1	0,1	1	0,1
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			2	0,2	1	0,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			782	86,1	800	86,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			39	4,3	27	2,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	2	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			37	4,1	39	4,2
07: Tod			15	1,7	13	1,4
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			18	2,0	17	1,8
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,7	9	1,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,1	3	0,3
13: externe Verlegung psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	2	0,2
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,1
16: externe Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			1	0,1	1	0,1
18: Rückverlegung			8	0,9	12	1,3
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,1	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	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 Entgelt- bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG- Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

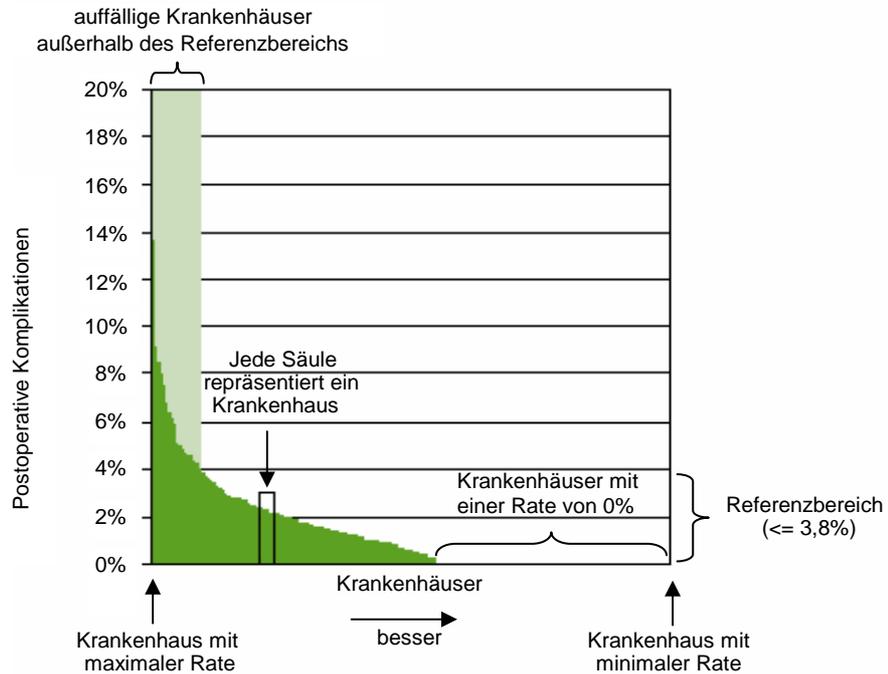
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

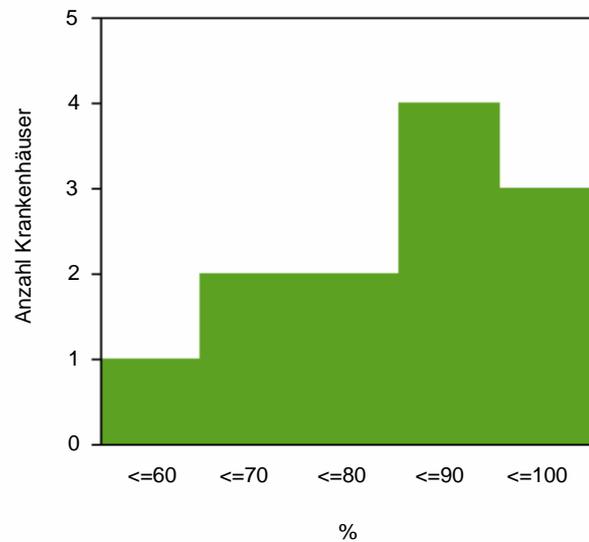
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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