

Jahresauswertung 2011
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 927
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11667-L76869-P36339

Jahresauswertung 2011
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 927
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11667-L76869-P36339

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2011/09n3-HSM-REV/693 QI 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff			0,8%	<= 3,0%	1.1
2011/09n3-HSM-REV/694 QI 2: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff			3,0%	<= 6,0%	1.4
2011/09n3-HSM-REV/695 QI 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff			0,5%	<= 1,0%	1.7
QI 4: Perioperative Komplikationen					
4a: 2011/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen			1,8%	<= 2,0%	1.9
4b: 2011/09n3-HSM-REV/10638 Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof			1,2%	<= 3,0%	1.12
4c: 2011/09n3-HSM-REV/10639 Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel			0,3%	<= 3,0%	1.12
QI 5: Intraoperative Reizschwellen- bestimmung bei revidierten Sonden					
5a: 2011/09n3-HSM-REV/494 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			99,3%	>= 95,0%	1.16
5b: 2011/09n3-HSM-REV/495 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			99,7%	>= 95,0%	1.16
QI 6: Intraoperative Amplituden- bestimmung bei revidierten Sonden					
6a: 2011/09n3-HSM-REV/496 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			98,2%	>= 95,0%	1.19
6b: 2011/09n3-HSM-REV/497 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			99,4%	>= 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: 2011/09n3-HSM-REV/584					
Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV					
			89,6%	>= 80,0%	1.22
7b: 2011/09n3-HSM-REV/585					
Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV					
			98,7%	>= 90,0%	1.22

Qualitätsindikator 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff

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: 2011/09n3-HSM-REV/693

Referenzbereich: <= 3,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken			1 / 6.436	0,0%
Taschenhämatom			9 / 6.436	0,1%
Infektion			17 / 6.436	0,3%
Aggregatperforation			9 / 6.436	0,1%
anderes Taschenproblem			17 / 6.436	0,3%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			50 / 6.436	0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,0%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			35 / 6.407	0,5% 0,4% - 0,8%

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

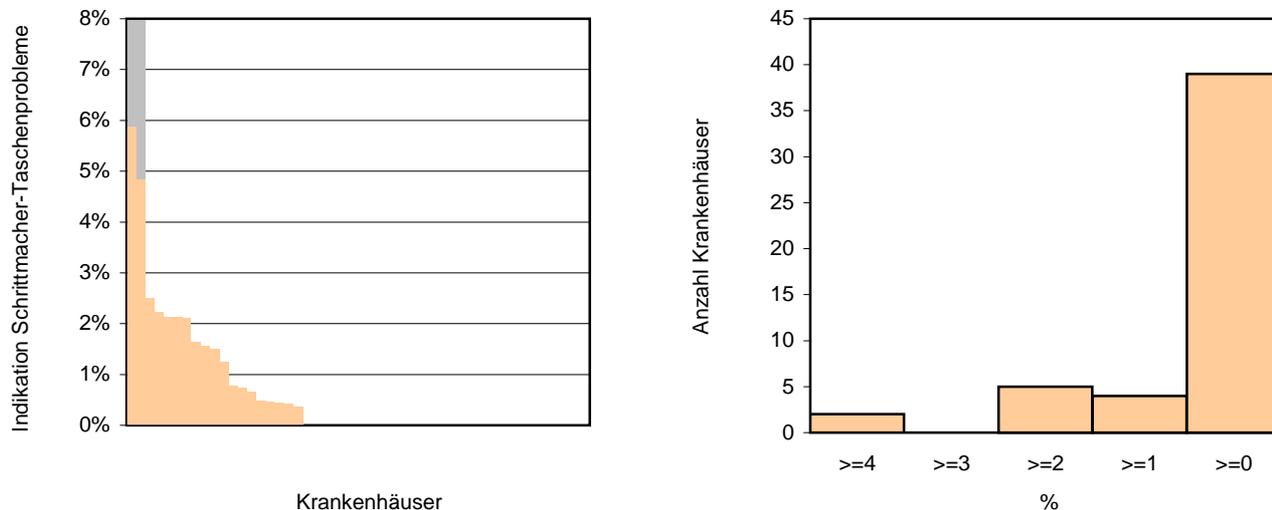
	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats			97 / 6.486	1,5%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

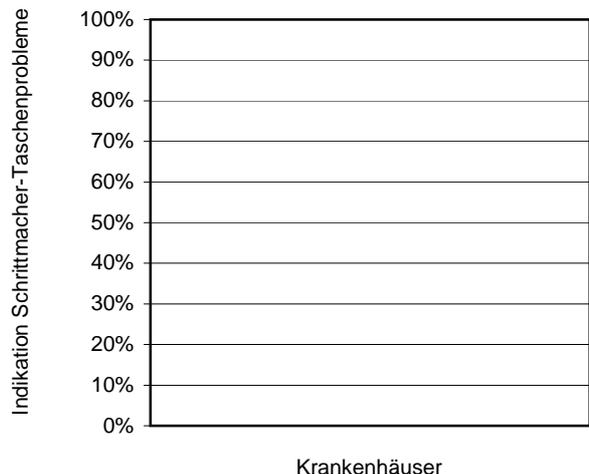
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,1	2,5	5,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff

Qualitätsziel:	Möglichst selten Revision wegen Sondenproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution
Grundgesamtheit:	Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en) ¹
Kennzahl-ID:	2011/09n3-HSM-REV/694
Referenzbereich:	<= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution²				
Dislokation			134 / 6.436	2,1%
Sondenbruch			3 / 6.436	0,0%
Isolationsdefekt			1 / 6.436	0,0%
Konnektordefekt			1 / 6.436	0,0%
Zwerchfellzucken			4 / 6.436	0,1%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			0 / 6.436	0,0%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			5 / 6.436	0,1%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			37 / 6.436	0,6%
Infektion			1 / 6.436	0,0%
Perforation			6 / 6.436	0,1%
sonstiges Sondenproblem			6 / 6.436	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			195 / 6.436	3,0%
Vertrauensbereich				2,6% - 3,5%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

¹ 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 ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation aus eigener Institution² mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich			224 / 6.407	3,5% 3,1% - 4,0%

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation²			231 / 6.486	3,6%

¹ Die Vorjahresergebnisse sind mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

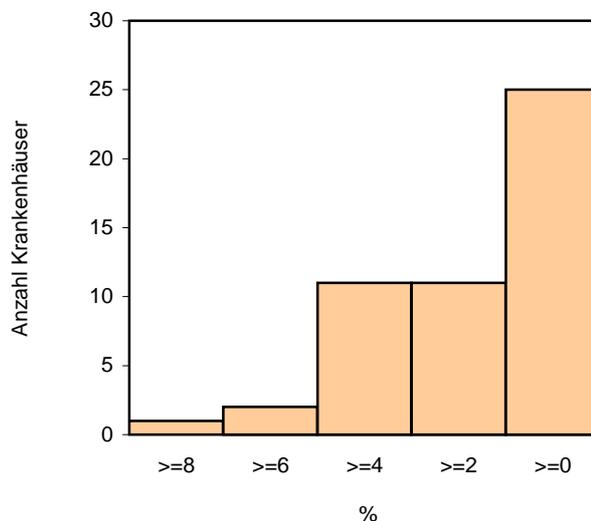
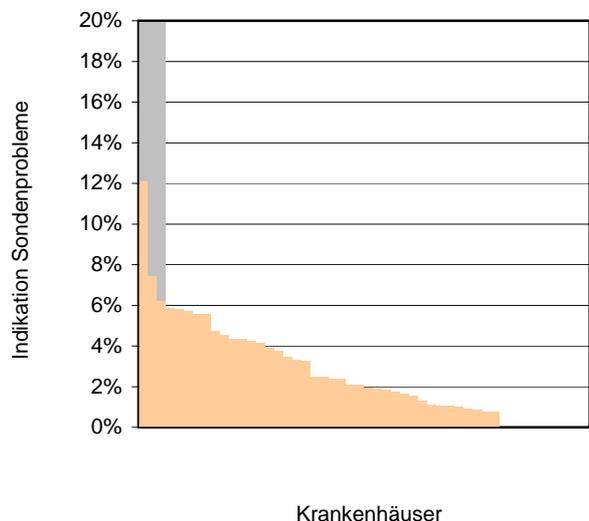
² Unter Ausschluss von Sondenproblemen bei Sonden, deren Implantation mehr als 1 Jahr zurückliegt (Spätkomplikationen) oder deren Implantationszeitpunkt unbekannt ist.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

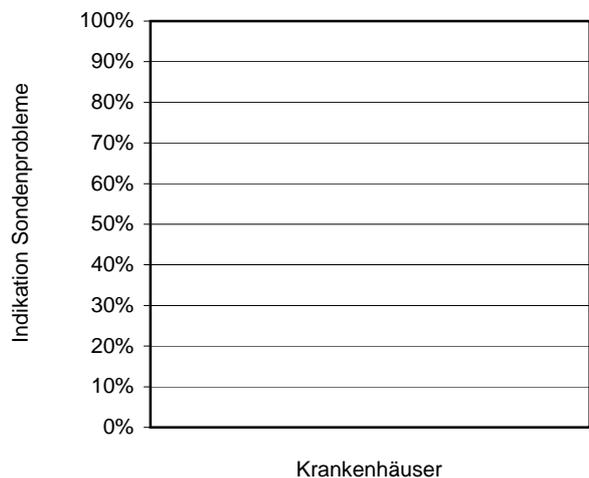
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,9	2,0	4,2	5,8	6,2	12,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

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

Kennzahl-ID: 2011/09n3-HSM-REV/695

Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	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%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%

Vorjahresdaten	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%

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

	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			102 / 6.486	1,6%

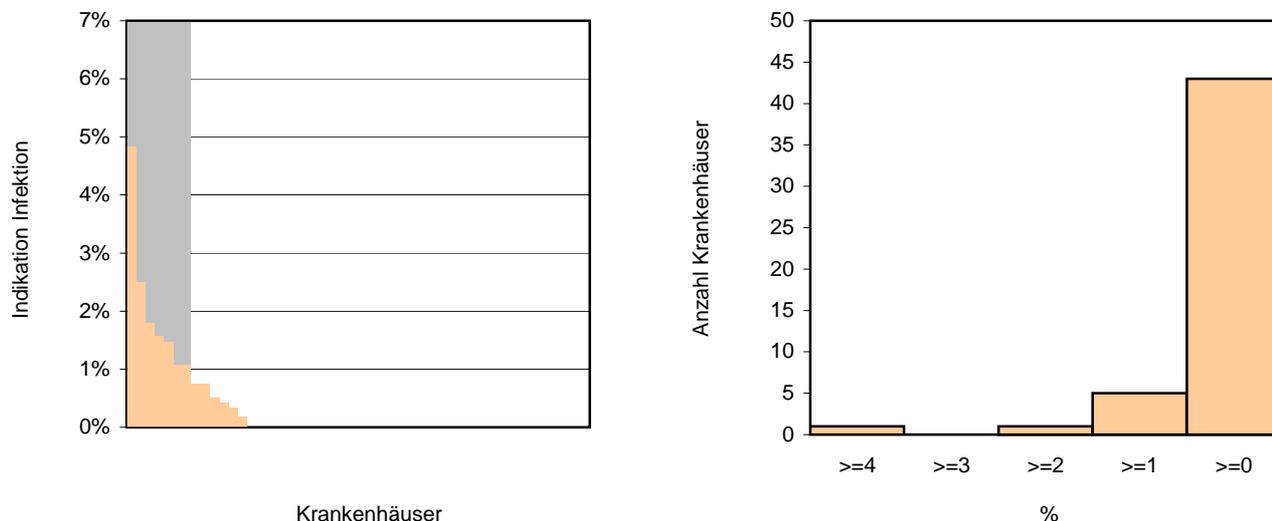
¹ Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

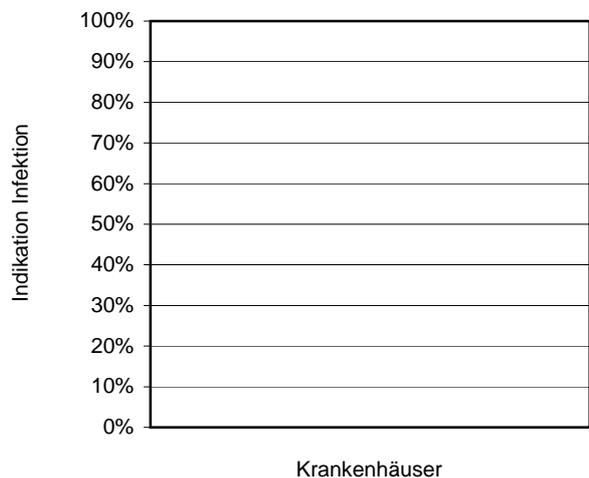
50 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,3	1,8	4,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/09n3-HSM-REV/1089

Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			22 / 927	2,4%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 927	0,0%
Asystolie			0 / 927	0,0%
Kammerflimmern			0 / 927	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			17 / 927	1,8%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,9%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			6 / 927	0,6%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			2 / 927	0,2%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			8 / 927	0,9%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 927	0,0%
postoperative Wundinfektion			1 / 927	0,1%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 927	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			1 / 927	0,1%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 927	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			3 / 927	0,3%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			2 / 559	0,4%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			1 / 783	0,1%
Ventrikelsondendislokation 1. Ventrikelsonde			1 / 783	0,1%
2. Ventrikelsonde			0 / 71	0,0%
Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 927	0,2%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			1 / 561	0,2%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			1 / 783	0,1%
Ventrikelsondendysfunktion 1. Ventrikelsonde			1 / 783	0,1%
2. Ventrikelsonde			0 / 71	0,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-System

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 927	0,1%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			13 / 927	1,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			13 / 850	1,5% 0,8% - 2,6%

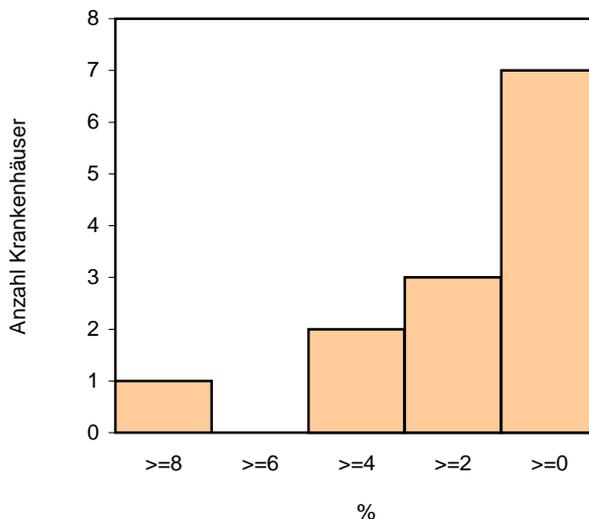
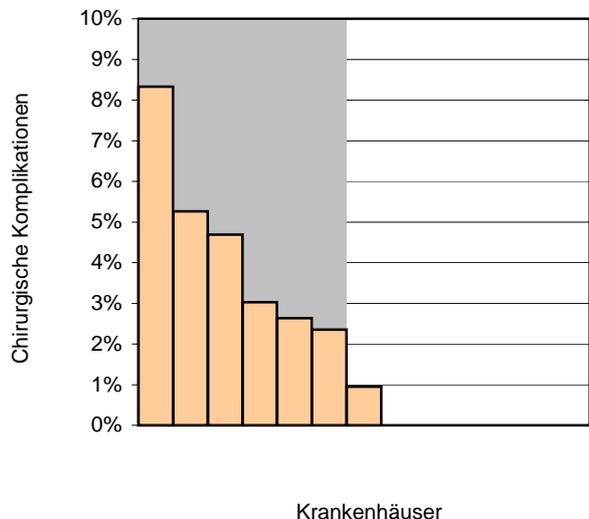
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n3-HSM-REV/10638
	Gruppe 2:	2011/09n3-HSM-REV/10639
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 3,0% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 3,0% (Toleranzbereich)

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

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

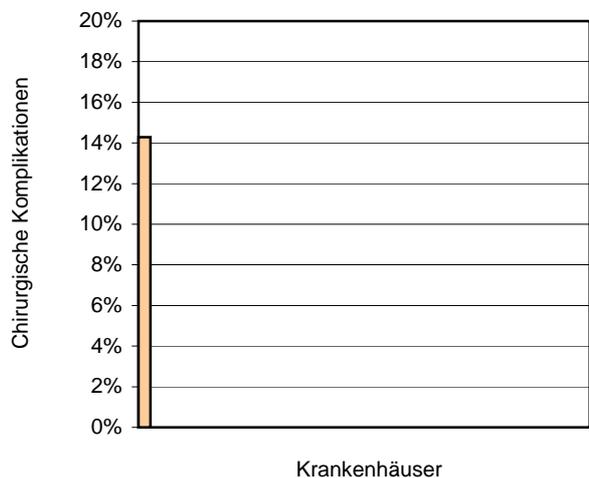
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2011/09n3-HSM-REV/1089]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 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	1,0	3,0	5,3		8,3

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



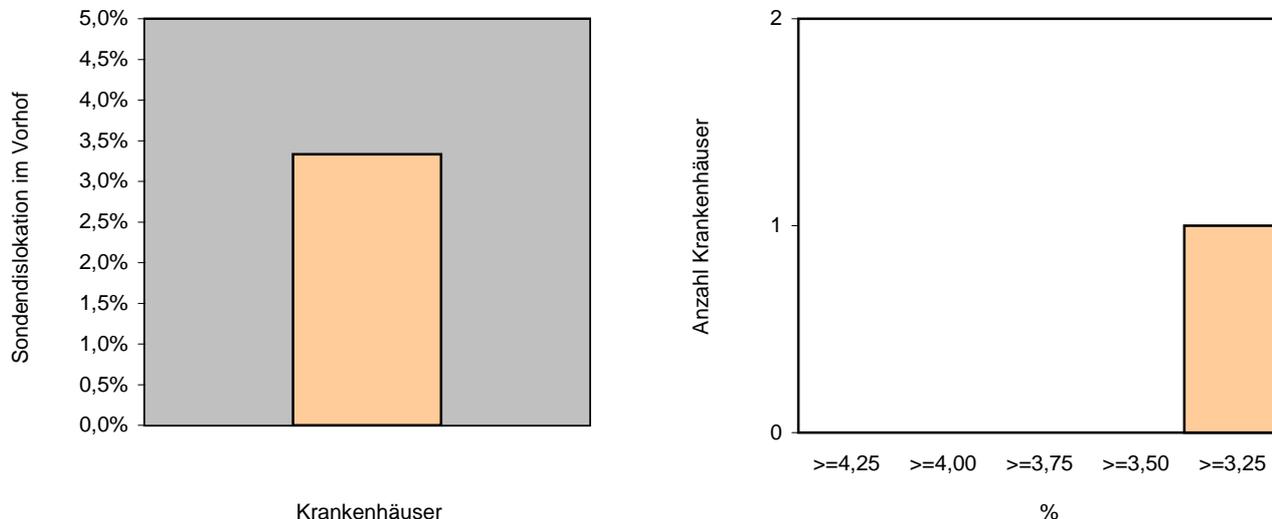
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

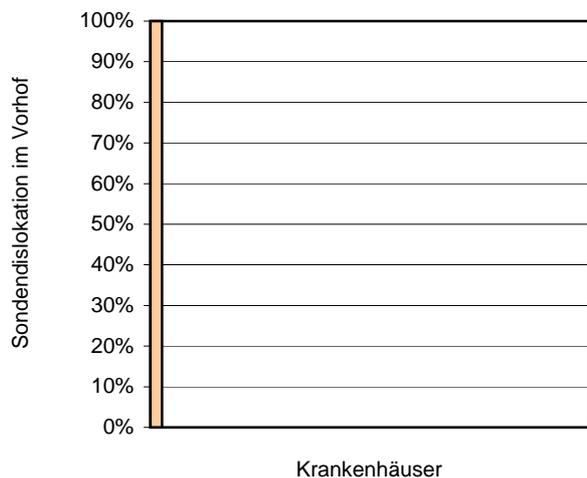
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

37 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	100,0

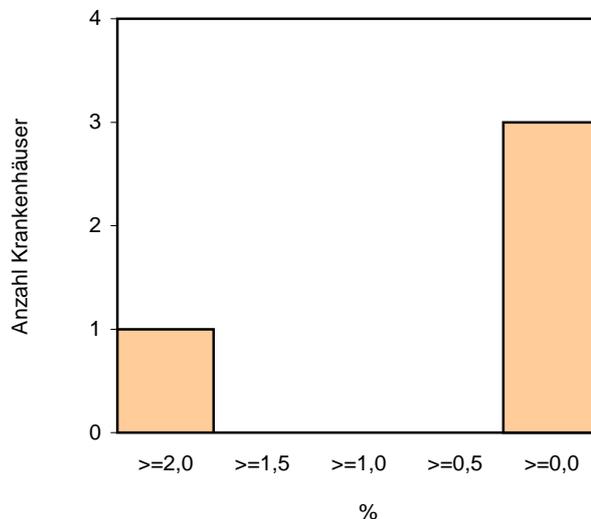
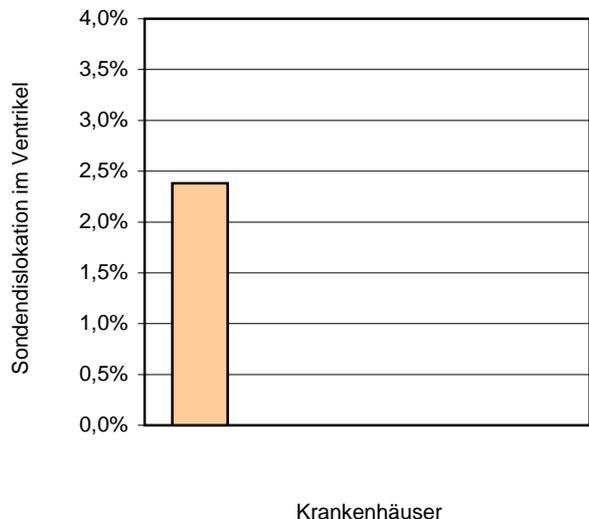
12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4c, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

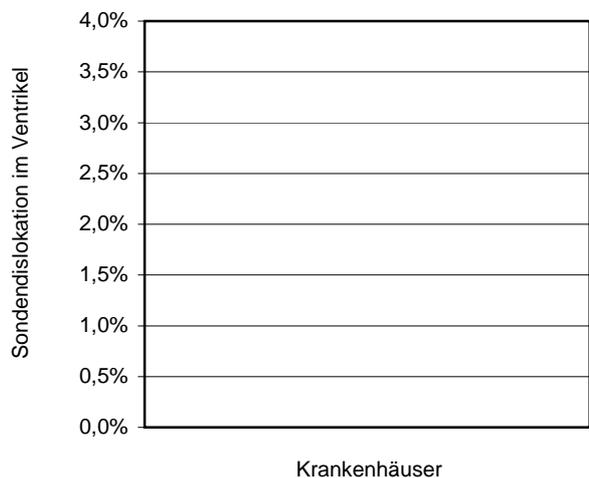
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	1,2			2,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

44 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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n3-HSM-REV/494
	Gruppe 2:	2011/09n3-HSM-REV/495
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			150 / 151	99,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			346 / 347	99,7%
Vertrauensbereich				98,4% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

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

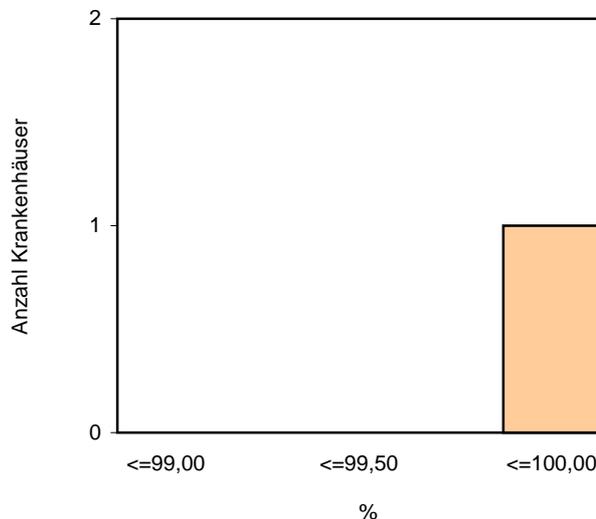
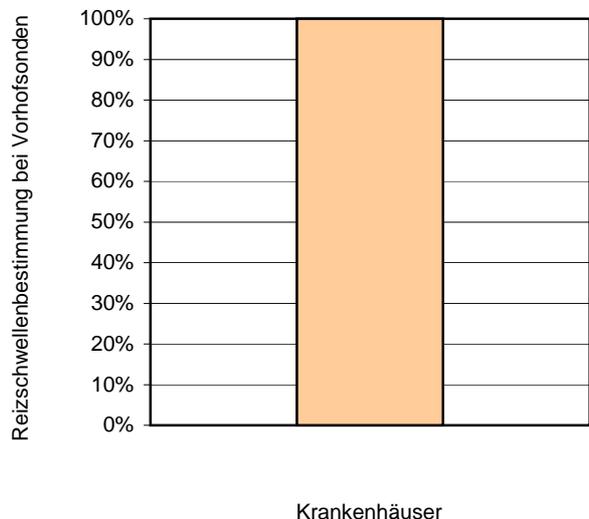
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

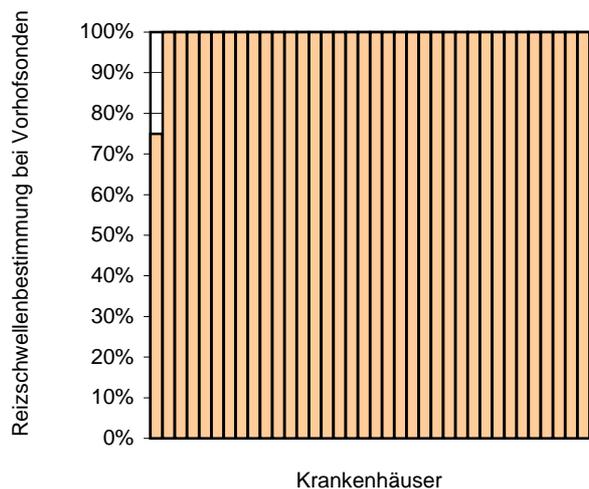
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

36 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

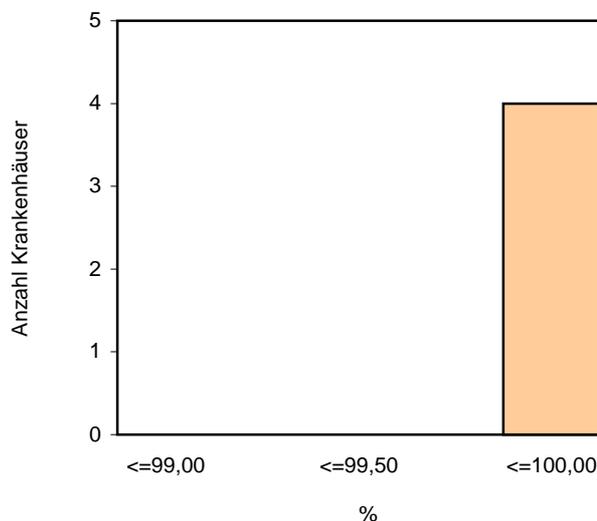
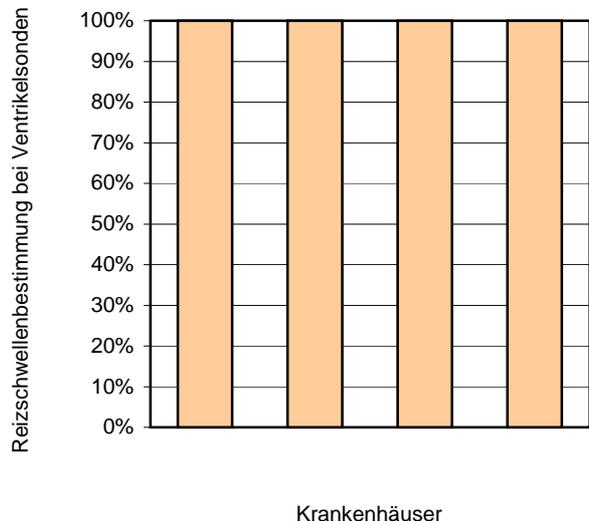


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

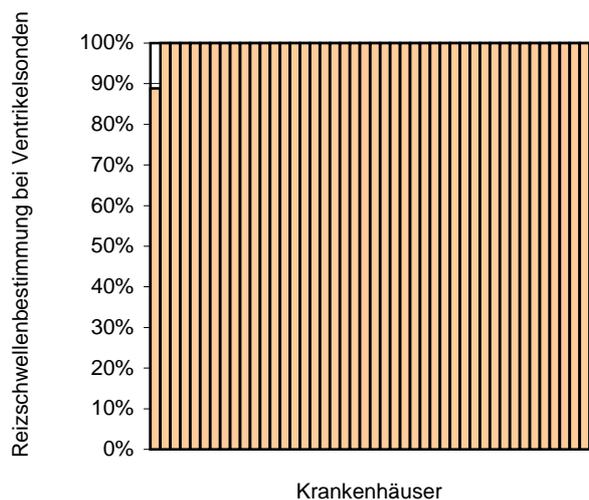
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2011/09n3-HSM-REV/495]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit
 Sondenproblemen**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 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	100,0			100,0

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



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n3-HSM-REV/496
	Gruppe 2:	2011/09n3-HSM-REV/497
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			161 / 164	98,2%
Vertrauensbereich				94,7% - 99,7%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			314 / 316	99,4%
Vertrauensbereich				97,7% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

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

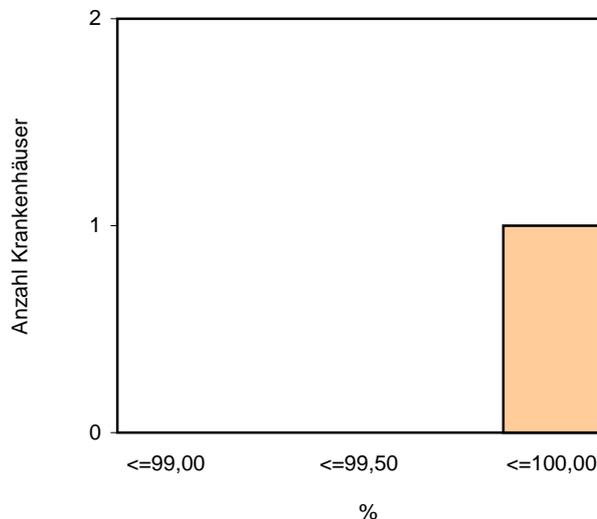
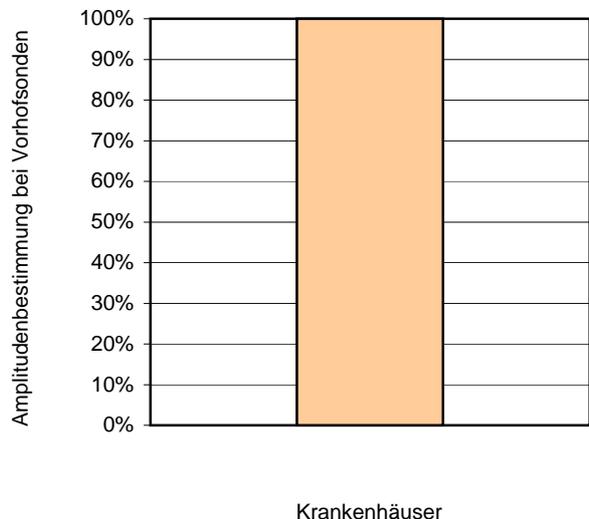
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

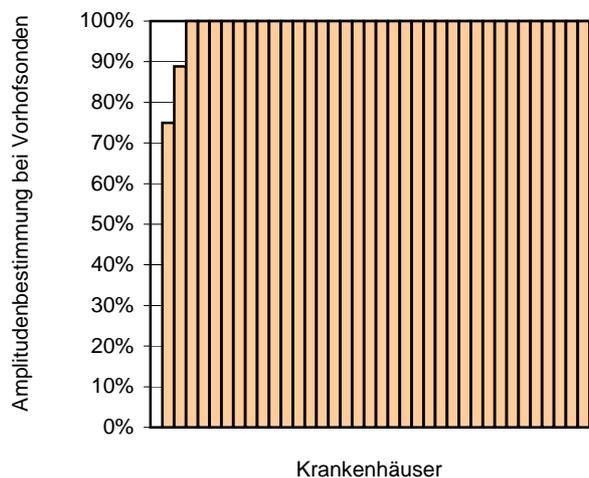
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

37 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	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

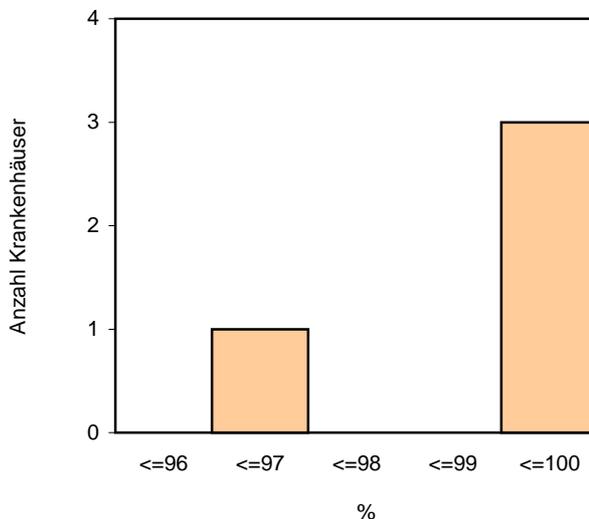
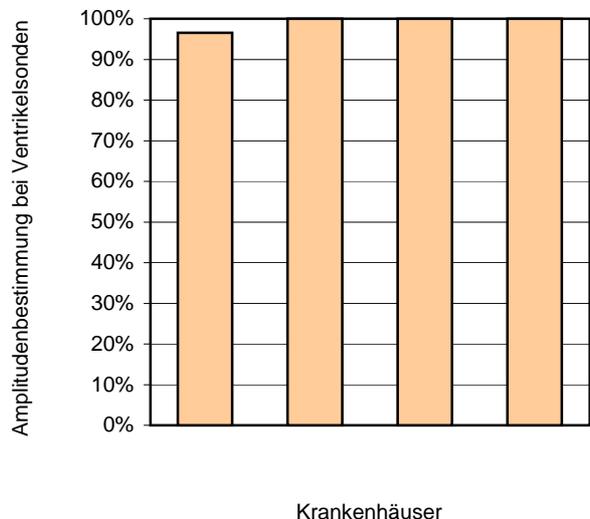
12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

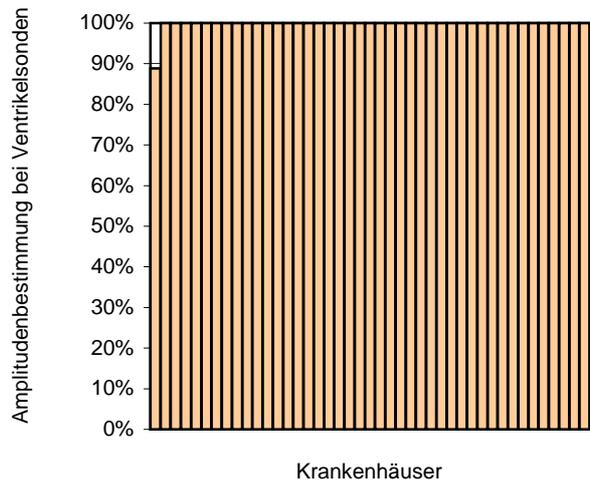
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,6			98,3	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
	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 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
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n3-HSM-REV/584
	Gruppe 2:	2011/09n3-HSM-REV/585
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			146 / 163	89,6%
Vertrauensbereich				83,8% - 93,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 1,5 mV			17 / 163	10,4%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude 1,5 - 3,0 mV			91 / 163	55,8%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 3,0 mV			55 / 163	33,7%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			311 / 315	98,7%
Vertrauensbereich				96,7% - 99,7%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 4 mV			4 / 315	1,3%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude 4,0 - 8,0 mV			48 / 315	15,2%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 8 mV			263 / 315	83,5%

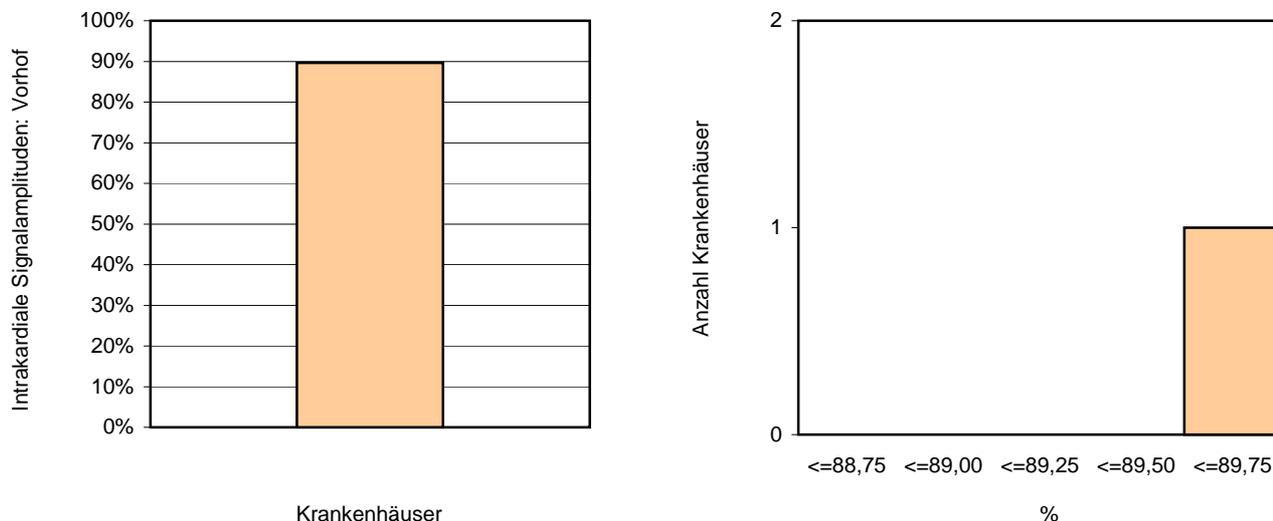
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude $\geq 1,5$ mV Vertrauensbereich			146 / 157	93,0% 87,8% - 96,5%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ≥ 4 mV Vertrauensbereich			346 / 350	98,9% 97,1% - 99,7%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

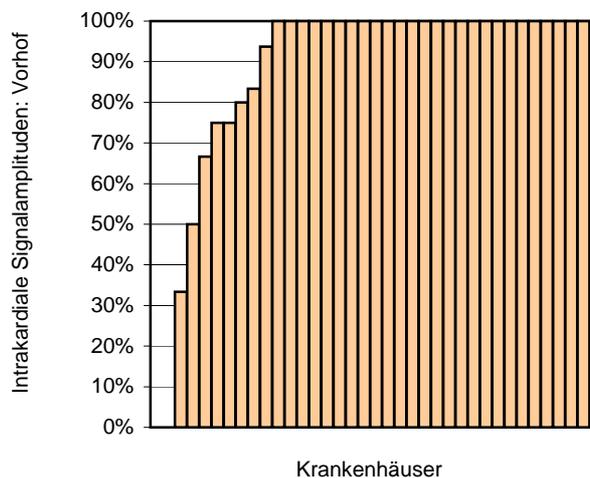
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,7				89,7				89,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

36 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	50,0	88,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

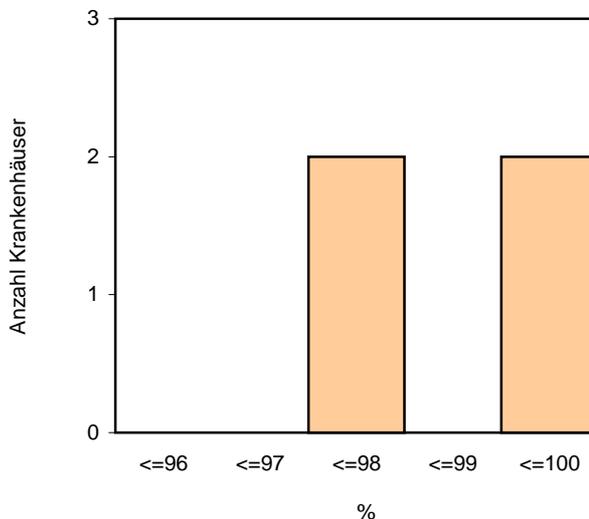
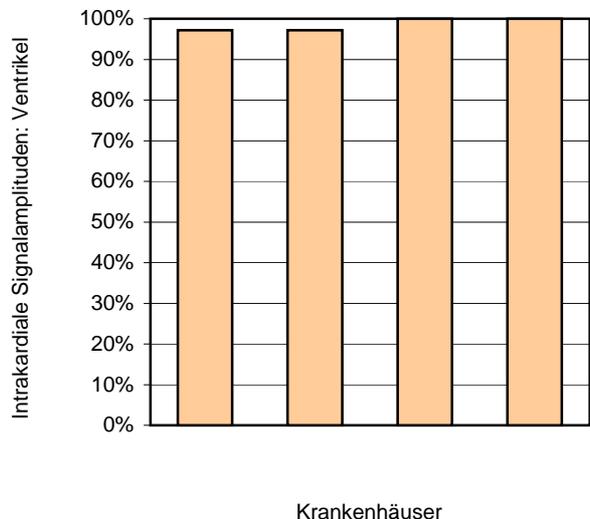
13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2011/09n3-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:

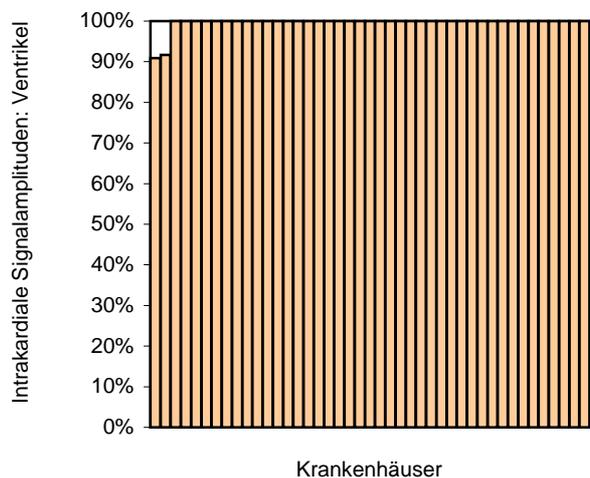
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,1			97,1	98,6	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
	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2011
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 927
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11667-L76869-P36339

Basisdaten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			240	25,9	212	24,9
2. Quartal			221	23,8	234	27,5
3. Quartal			248	26,8	206	24,2
4. Quartal			218	23,5	198	23,3
Gesamt			927		850	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		927		850	
Median			1,0		2,0
Mittelwert			3,9		3,9
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		927		850	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			6,2		5,2
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		927		850	
Median			5,0		5,5
Mittelwert			10,0		9,1

OPS 2011¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2011

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 2011

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-378.32	160	17,3	5-378.32	153	18,0
2				5-378.72	125	13,5	5-378.72	144	16,9
3				5-378.62	113	12,2	5-378.62	95	11,2
4				5-378.92	106	11,4	5-378.92	79	9,3
5				5-378.22	93	10,0	5-378.22	54	6,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 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 2011¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2011

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	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
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 2011

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T82.1	316	34,1	T82.1	286	33,6
2				Z45.0	263	28,4	Z45.0	198	23,3
3				Z95.0	236	25,5	Z95.0	190	22,4
4				I10.00	232	25,0	I44.2	177	20,8
5				I44.2	207	22,3	I10.00	175	20,6
6				I48.11	189	20,4	I48.11	155	18,2
7				I49.5	146	15,7	I49.5	146	17,2
8				E11.90	91	9,8	E11.90	88	10,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2010 und ICD-10-GM 2011 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 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)¹						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			927 / 927		850 / 850	
< 40 Jahre			10 / 927	1,1	15 / 850	1,8
40 - 49 Jahre			10 / 927	1,1	12 / 850	1,4
50 - 59 Jahre			40 / 927	4,3	41 / 850	4,8
60 - 69 Jahre			133 / 927	14,3	131 / 850	15,4
70 - 79 Jahre			363 / 927	39,2	348 / 850	40,9
80 - 89 Jahre			334 / 927	36,0	275 / 850	32,4
>= 90 Jahre			37 / 927	4,0	28 / 850	3,3
Alter (Jahre)¹						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			927		850	
Median				77,0		76,0
Mittelwert				75,6		74,7
Geschlecht						
männlich			484	52,2	449	52,8
weiblich			443	47,8	401	47,2

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

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			58	6,3	70	8,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			336	36,2	313	36,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			489	52,8	439	51,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			42	4,5	27	3,2
5: moribunder Patient			2	0,2	1	0,1
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			337	36,4	294	34,6
häufig (5 - 90%)			507	54,7	463	54,5
selten (< 5%)			83	9,0	93	10,9
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			817	88,1	771	90,7
bedingt aseptische Eingriffe			26	2,8	19	2,2
kontaminierte Eingriffe			11	1,2	10	1,2
septische Eingriffe			73	7,9	50	5,9

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			312	33,7	266	31,3
Sondenproblem			550	59,3	552	64,9
Systemumwandlung			175	18,9	144	16,9
VVI auf AAI / DDD / VDD			10	1,1	9	1,1
AAI auf DDD / VDD / VVI			5	0,5	4	0,5
DDD / VDD auf VVI / AAI			53	5,7	33	3,9
Sonstige			87	9,4	58	6,8
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			624	67,3	591	69,5
andere Institution			303	32,7	259	30,5
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			198	21,4	170	20,0
vorzeitig			9	1,0	13	1,5
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			4	0,4	4	0,5
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
Pectoraliszucken			1	0,1	1	0,1
Taschenhämatom			9	1,0	4	0,5
Infektion			53	5,7	50	5,9
anderes Taschenproblem			22	2,4	15	1,8
Aggregatperforation			20	2,2	11	1,3
sonstige Indikation			12	1,3	10	1,2

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			102	11,0	94	11,1
Sondenbruch			12	1,3	11	1,3
Isolationsdefekt			8	0,9	9	1,1
Konnektordefekt			1	0,1	2	0,2
Zwerchfellzucken			0	0,0	2	0,2
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			4	0,4	1	0,1
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			13	1,4	13	1,5
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			32	3,5	41	4,8
Infektion			34	3,7	10	1,2
Perforation			9	1,0	5	0,6
Sonstige			9	1,0	12	1,4

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			98	10,6	96	11,3
Sondenbruch			36	3,9	30	3,5
Isolationsdefekt			14	1,5	15	1,8
Konnektordefekt			9	1,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			7	0,8	1	0,1
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			8	0,9	5	0,6
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			17	1,8	22	2,6
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			147	15,9	178	20,9
Infektion			42	4,5	11	1,3
Perforation			15	1,6	20	2,4
Sonstige			10	1,1	21	2,5
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			2	0,2	4	0,5
Sondenbruch			0	0,0	1	0,1
Isolationsdefekt			0	0,0	1	0,1
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			2	0,2	3	0,4
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			0	0,0	0	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			4	0,4	3	0,4
Infektion			2	0,2	0	0,0
Perforation			0	0,0	1	0,1
Sonstige			2	0,2	2	0,2

Operation

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Dauer des Eingriffs					
Schnitt-Nahtzeit (min)					
gültige Angaben		927		850	
Median			40,0		45,0
Mittelwert			49,1		50,7
Durchleuchtungszeit (min)					
gültige Angaben (> 0 min)		690		680	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			4,6		5,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			927		850	
ja			790	85,2	747	87,9
nein, da Explantation			137	14,8	103	12,1
Schrittmacher-System						
VVI			207	22,3	211	24,8
AAI			3	0,3	2	0,2
DDD			499	53,8	470	55,3
VDD			4	0,4	4	0,5
CRT-System mit einer Vorhofsonde			57	6,1	45	5,3
CRT-System ohne Vorhofsonde			14	1,5	10	1,2
sonstiges ¹			6	0,6	5	0,6
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			351	37,9	370	43,5
Neuimplantation			358	38,6	301	35,4
Neuplatzierung			63	6,8	51	6,0
sonstiges			18	1,9	25	2,9

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			327	35,3	308	36,2
Neuimplantation			150	16,2	132	15,5
Neuplatzierung			74	8,0	67	7,9
Reparatur			1	0,1	2	0,2
sonstiges			14	1,5	12	1,4
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			206	22,2	223	26,2
> 1 Jahr			206	22,2	163	19,2
unbekannt			4	0,4	3	0,4
NBL-Code						
unipolar			2 / 566	0,4	11 / 521	2,1
bipolar			513 / 566	90,6	461 / 521	88,5
multipolar			15 / 566	2,7	9 / 521	1,7
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			467 / 566	82,5	418 / 521	80,2
passive Fixation, z.B. Ankersonde			62 / 566	11,0	61 / 521	11,7
keine Fixation			1 / 566	0,2	2 / 521	0,4
nicht bekannt			31 / 566	5,5	37 / 521	7,1

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			431		413	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,5 V			415	96,3	396	95,9
> 1,5 - 2,5 V			11	2,6	15	3,6
> 2,5 V			5	1,2	2	0,5
nicht gemessen			128 / 559	22,9	104 / 517	20,1
wegen Vorhofflimmerns			63 / 559	11,3	59 / 517	11,4
aus anderen Gründen			65 / 559	11,6	45 / 517	8,7
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			476		450	
Median				2,6		2,8
Mittelwert				2,9		3,1
nicht gemessen			85 / 562	15,1	67 / 518	12,9
wegen Vorhofflimmerns			14 / 562	2,5	20 / 518	3,9
aus anderen Gründen			71 / 562	12,6	47 / 518	9,1

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			353	38,1	302	35,5
Neuimplantation			299	32,3	312	36,7
Neuplatzierung			114	12,3	119	14,0
Reparatur			5	0,5	3	0,4
sonstiges			14	1,5	9	1,1
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			235	25,4	231	27,2
> 1 Jahr			246	26,5	200	23,5
unbekannt			5	0,5	2	0,2
NBL-Code						
unipolar			27 / 785	3,4	37 / 745	5,0
bipolar			695 / 785	88,5	664 / 745	89,1
multipolar			20 / 785	2,5	10 / 745	1,3
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			336 / 785	42,8	285 / 745	38,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			401 / 785	51,1	421 / 745	56,5
keine Fixation			5 / 785	0,6	5 / 745	0,7
nicht bekannt			41 / 785	5,2	32 / 745	4,3

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			717		701	
Median				0,6		0,6
Mittelwert				0,7		0,7
<= 1,2 V			677	94,4	664	94,7
> 1,2 - 2,5 V			36	5,0	31	4,4
> 2,5 V			4	0,6	6	0,9
nicht gemessen			66 / 783	8,4	42 / 743	5,7
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			643		635	
Median				11,4		12,0
Mittelwert				12,7		12,9
nicht gemessen			138 / 783	17,6	98 / 743	13,2
kein Eigenrhythmus			75 / 783	9,6	57 / 743	7,7
aus anderen Gründen			63 / 783	8,0	41 / 743	5,5

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			23	2,5	6	0,7
Neuimplantation			47	5,1	46	5,4
Neuplatzierung			0	0,0	3	0,4
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			2	0,2	0	0,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			9	1,0	5	0,6
> 1 Jahr			15	1,6	4	0,5
unbekannt			1	0,1	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			4 / 72	5,6	1 / 55	1,8
bipolar			65 / 72	90,3	54 / 55	98,2
multipolar			1 / 72	1,4	0 / 55	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			6 / 72	8,3	8 / 55	14,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			40 / 72	55,6	23 / 55	41,8
keine Fixation			24 / 72	33,3	24 / 55	43,6
nicht bekannt			1 / 72	1,4	0 / 55	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			59		52	
Median				1,1		1,0
Mittelwert				1,2		1,3
<= 1,2 V			40	67,8	30	57,7
> 1,2 bis 2,5 V			18	30,5	19	36,5
> 2,5 V			1	1,7	3	5,8
nicht gemessen			12 / 71	16,9	3 / 55	5,5
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			46		42	
Median				14,6		12,5
Mittelwert				15,2		13,2
nicht gemessen			25 / 71	35,2	11 / 55	20,0
kein Eigenrhythmus			11 / 71	15,5	7 / 55	12,7
aus anderen Gründen			14 / 71	19,7	4 / 55	7,3

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			95	10,2	100	11,8
AAI			13	1,4	13	1,5
DDD			317	34,2	234	27,5
VDD			9	1,0	4	0,5
CRT-System mit einer Vorhofsonde			6	0,6	13	1,5
CRT-System ohne Vorhofsonde			5	0,5	2	0,2
sonstiges			12	1,3	10	1,2
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			317	34,2	272	32,0
sonstiges			11	1,2	18	2,1
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			317		281	
Median				5,0		5,0
Mittelwert				5,0		5,3
nicht bekannt			11 / 328	3,4	9 / 290	3,1

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			134	14,5	118	13,9
Stillegung			100	10,8	64	7,5
sonstiges			2	0,2	7	0,8
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			51	5,5	54	6,4
> 1 Jahr			177	19,1	134	15,8
unbekannt			8	0,9	1	0,1
NBL-Code						
unipolar			7 / 236	3,0	6 / 189	3,2
bipolar			150 / 236	63,6	128 / 189	67,7
multipolar			3 / 236	1,3	1 / 189	0,5
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			138 / 236	58,5	115 / 189	60,8
passive Fixation, z.B. Ankersonde			20 / 236	8,5	17 / 189	9,0
keine Fixation			2 / 236	0,8	3 / 189	1,6
nicht bekannt			76 / 236	32,2	54 / 189	28,6

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			174	18,8	175	20,6
Stillegung			99	10,7	90	10,6
sonstiges			8	0,9	6	0,7
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			75	8,1	97	11,4
> 1 Jahr			199	21,5	170	20,0
unbekannt			7	0,8	4	0,5
NBL-Code						
unipolar			13 / 281	4,6	21 / 271	7,7
bipolar			168 / 281	59,8	162 / 271	59,8
multipolar			5 / 281	1,8	0 / 271	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			77 / 281	27,4	71 / 271	26,2
passive Fixation, z.B. Ankersonde			108 / 281	38,4	110 / 271	40,6
keine Fixation			1 / 281	0,4	2 / 271	0,7
nicht bekannt			95 / 281	33,8	88 / 271	32,5

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			12	1,3	11	1,3
Stillegung			2	0,2	3	0,4
sonstiges			2	0,2	0	0,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			4	0,4	2	0,2
> 1 Jahr			11	1,2	12	1,4
unbekannt			1	0,1	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			0 / 16	0,0	0 / 14	0,0
bipolar			12 / 16	75,0	7 / 14	50,0
multipolar			0 / 16	0,0	1 / 14	7,1
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			3 / 16	18,8	2 / 14	14,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			5 / 16	31,3	1 / 14	7,1
keine Fixation			4 / 16	25,0	5 / 14	35,7
nicht bekannt			4 / 16	25,0	6 / 14	42,9

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			22	2,4	20	2,4
Asystolie			0	0,0	1	0,1
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			6	0,6	2	0,2
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			2	0,2	2	0,2
interventionspflichtiges Taschenhämatom			8	0,9	9	1,1
Sondendislokation			3	0,3	6	0,7
Vorhof			2	66,7	4	66,7
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			1	33,3	2	33,3
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			2	0,2	0	0,0
Vorhof			1	50,0	0	
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			1	50,0	0	
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	
beide			0	0,0	0	
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)			1	0,1	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			1	0,1	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			1	0,1	1	0,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			800	86,3	745	87,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	2,9	24	2,8
03: aus sonstigen Gründen			1	0,1	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			39	4,2	30	3,5
07: Tod			13	1,4	8	0,9
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	1	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			17	1,8	21	2,5
10: in Pflegeeinrichtung			9	1,0	6	0,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			3	0,3	5	0,6
13: externe Verlegung psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,2	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	0	0,0
16: externe Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			1	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			12	1,3	7	0,8
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,1
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	

Anhang: OPS 2011¹

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.00 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.			11 / 927	1,2	9 / 850	1,1
5-378.01 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem			11 / 927	1,2	18 / 850	2,1
5-378.02 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem			26 / 927	2,8	16 / 850	1,9
5-378.03 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.08 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.09 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	1 / 850	0,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.1a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Synchronisationssystem			0 / 927	0,0	2 / 850	0,2
5-378.18 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher			18 / 927	1,9	18 / 850	2,1
5-378.20 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher n.n.bez.			3 / 927	0,3	1 / 850	0,1
5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem			16 / 927	1,7	16 / 850	1,9
5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem			93 / 927	10,0	54 / 850	6,4
5-378.23 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Dreikammersystem			3 / 927	0,3	4 / 850	0,5

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.28 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.29 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.			8 / 927	0,9	5 / 850	0,6
5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem			20 / 927	2,2	33 / 850	3,9
5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem			160 / 927	17,3	153 / 850	18,0
5-378.33 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmarkers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Dreikammersystem			3 / 927	0,3	4 / 850	0,5

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.38 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			1 / 927	0,1	0 / 850	0,0
5-378.39 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			1 / 927	0,1	2 / 850	0,2
5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.			8 / 927	0,9	3 / 850	0,4
5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem			9 / 927	1,0	10 / 850	1,2
5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem			45 / 927	4,9	30 / 850	3,5
5-378.43 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Dreikammersystem			4 / 927	0,4	0 / 850	0,0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.48 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.49 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			1 / 927	0,1	0 / 850	0,0
5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.			1 / 927	0,1	5 / 850	0,6
5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem			45 / 927	4,9	43 / 850	5,1
5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem			113 / 927	12,2	95 / 850	11,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.63 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Dreikammersystem			3 / 927	0,3	2 / 850	0,2
5-378.68 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			1 / 927	0,1	0 / 850	0,0
5-378.69 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.			8 / 927	0,9	6 / 850	0,7
5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem			25 / 927	2,7	39 / 850	4,6
5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem			125 / 927	13,5	144 / 850	16,9

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.73 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Dreikammersystem			5 / 927	0,5	5 / 850	0,6
5-378.78 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			1 / 927	0,1	1 / 850	0,1
5-378.79 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.			1 / 927	0,1	1 / 850	0,1
5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem			6 / 927	0,6	6 / 850	0,7
5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem			17 / 927	1,8	9 / 850	1,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.83 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Dreikammersystem			1 / 927	0,1	0 / 850	0,0
5-378.88 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Zweikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.89 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Synchronisationssystem, linksventrikuläres Pacing, Dreikammersystem			0 / 927	0,0	0 / 850	0,0
5-378.90 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Einkammersystem auf Zweikammersystem			38 / 927	4,1	36 / 850	4,2
5-378.91 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Einkammersystem auf Dreikammersystem			10 / 927	1,1	3 / 850	0,4
5-378.92 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Zweikammersystem auf Einkammersystem			106 / 927	11,4	79 / 850	9,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.93 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Zweikammersystem auf Dreikammersystem			25 / 927	2,7	29 / 850	3,4
5-378.94 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Dreikammersystem auf Einkammersystem			0 / 927	0,0	3 / 850	0,4
5-378.95 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Dreikammersystem auf Zweikammersystem			2 / 927	0,2	1 / 850	0,1
5-378.96 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Umstellungen bei Synchronisationssystemen			2 / 927	0,2	3 / 850	0,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2011 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. 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 Einflüsse überdeckt der Vertrauensbereich 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%. Als Berechnungsvorschrift kann die DIN ISO 11453 herangezogen werden. Die Umsetzung der Berechnung erfolgte hier jedoch nach DIN 55303 Teil 6. Für die dargestellten Ergebnisse, mit Rundung auf eine Nachkommastelle, ergeben sich dabei praktisch keine Unterschiede.

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 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 2011.

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 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 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 © 2011. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2010 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2011 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.

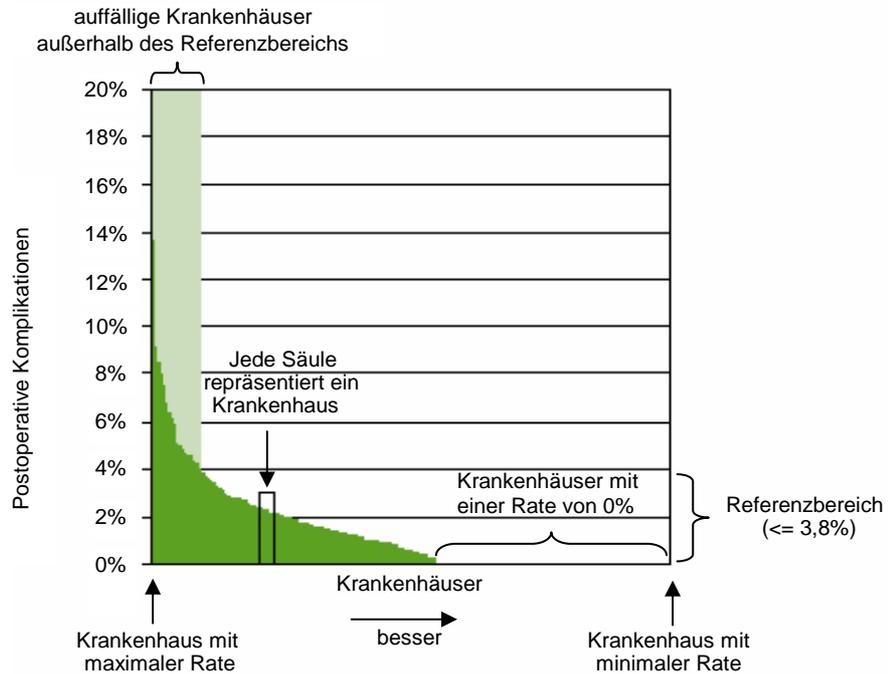
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 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.

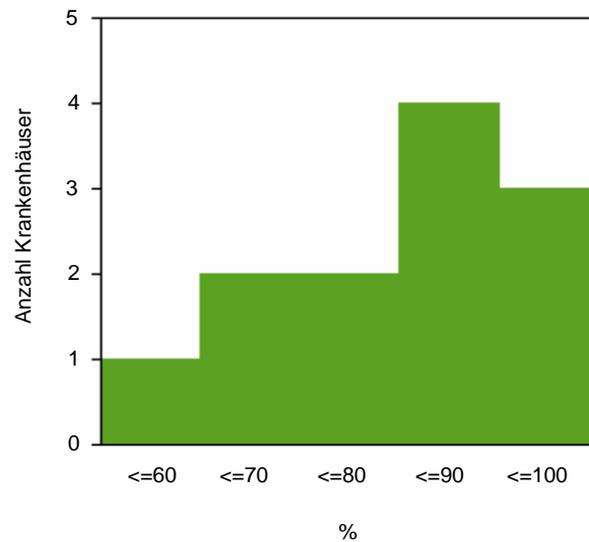
Beispiel:

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

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 2011/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2011.

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.