

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 861
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14207-L89119-P43371

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 861
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14207-L89119-P43371

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/09n3-HSM-REV/51987							
QI 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff			0,4%	<= 2,2%	innerhalb	0,3%	7
2013/09n3-HSM-REV/51988							
QI 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff			2,8%	<= 6,0%	innerhalb	2,7%	10
2013/09n3-HSM-REV/51994							
QI 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff			0,5%	<= 1,0%	innerhalb	0,3%	13

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 4: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden							
4a: 2013/09n3-HSM-REV/494							
Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			98,6%	>= 95,0%	innerhalb	99,3%	16
4b: 2013/09n3-HSM-REV/495							
Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			99,7%	>= 95,0%	innerhalb	99,7%	16
QI 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden							
5a: 2013/09n3-HSM-REV/496							
Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			99,3%	>= 95,0%	innerhalb	99,4%	19
5b: 2013/09n3-HSM-REV/497							
Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			99,6%	>= 95,0%	innerhalb	100,0%	19

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 6: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden							
6a: 2013/09n3-HSM-REV/584 Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV							
			92,8%	>= 80,0%	innerhalb	83,9%	22
6b: 2013/09n3-HSM-REV/585 Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV							
			97,8%	>= 90,0%	innerhalb	96,9%	22
QI 7: Perioperative Komplikationen							
7a: 2013/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen							
			0,6%	<= 2,0%	-	0,9%	26
7b: 2013/09n3-HSM-REV/10638 Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof							
			0,0%	<= 3,0%	-	0,0%	29
7c: 2013/09n3-HSM-REV/10639 Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel							
			1,3%	<= 3,0%	-	1,2%	29

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus							
8a: 2013/09n3-HSM-REV/51399							
Sterblichkeit im Krankenhaus			1,3%	nicht definiert	-	1,7%	33
8b: 2013/09n3-HSM-REV/51404							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,92	<= 4,74	innerhalb	1,2%	35

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Qualitätsindikator 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

Qualitätsziel: Möglichst selten Revisionen wegen Schrittmacher-Hardwareproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)¹

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51987

Referenzbereich: <= 2,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist				
Aggregat				
vorzeitige Batterieerschöpfung			6 / 6.161	0,1%
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			4 / 6.161	0,1%
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0 / 6.161	0,0%
Sonden ²				
Sondenbruch			11 / 6.161	0,2%
Isolationsdefekt			5 / 6.161	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			23 / 6.161	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		<= 2,2%		<= 2,2%

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

² Sondenprobleme, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist. Sondenbrüche oder Isolationsdefekte vor Ablauf eines Jahres werden für den Indikator 51988 ausgewertet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist Aggregat Sonden ¹ mindestens eine der oben genannten Indikationen Vertrauensbereich				
			20 / 6.693	0,3% 0,2% - 0,5%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen²

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist Aggregat Sonden ¹ mindestens eine der oben genannten Indikationen				
			47 / 6.394	0,7%

¹ Sondenprobleme, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist. Sondenbrüche oder Isolationsdefekte vor Ablauf eines Jahres werden für den Indikator 51988 ausgewertet.

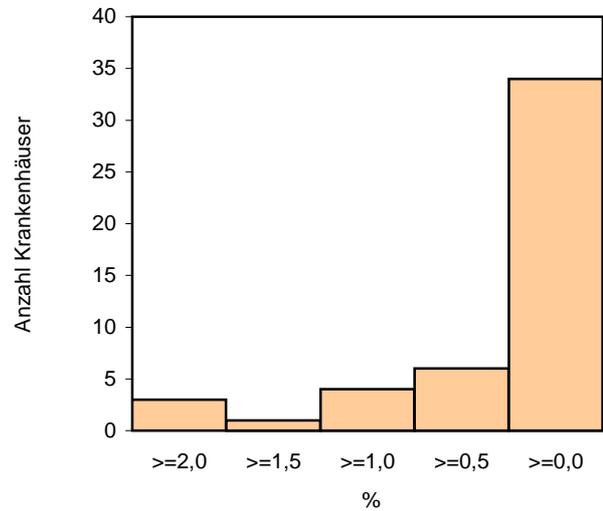
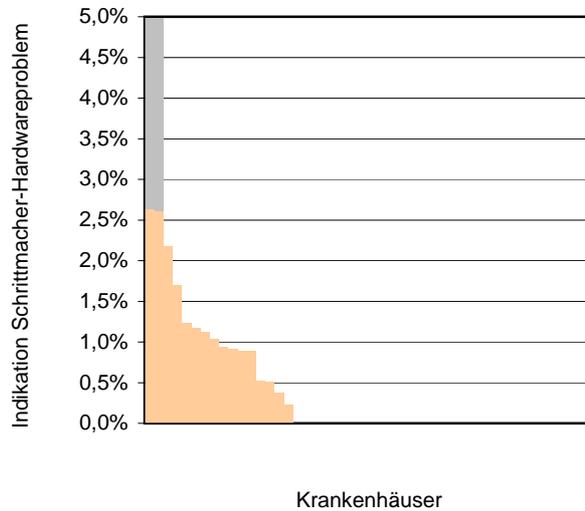
² Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51987]:

Anteil von Patienten, bei denen ein Hardwareproblem des Schrittmachersystems nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist, an allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

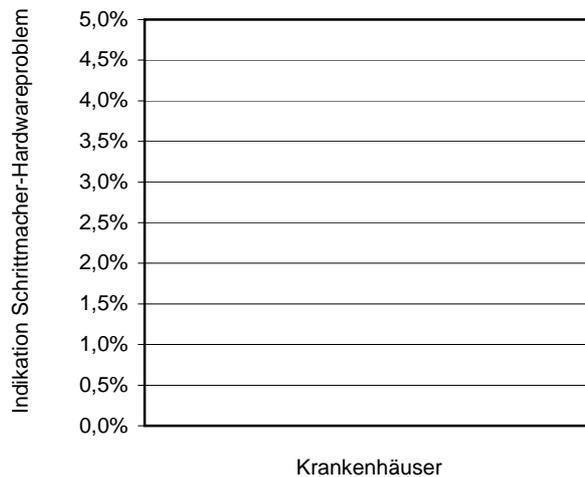
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,2	2,2	2,6

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: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

Qualitätsziel: Möglichst selten Revision wegen prozedurassoziiierter Probleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)¹

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51988

Referenzbereich: <= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist²				
Taschenprobleme				
Pektoraliszucken			0 / 6.161	0,0%
Taschenhämatom			4 / 6.161	0,1%
anderes Taschenproblem			10 / 6.161	0,2%
Sondenprobleme				
Dislokation			90 / 6.161	1,5%
Sondenbruch			1 / 6.161	0,0%
Isolationsdefekt			1 / 6.161	0,0%
Konnektordefekt			1 / 6.161	0,0%
Zwerchfellzucken			5 / 6.161	0,1%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			0 / 6.161	0,0%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			11 / 6.161	0,2%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			46 / 6.161	0,7%
Perforation			4 / 6.161	0,1%
sonstiges Sondenproblem			6 / 6.161	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			175 / 6.161	2,8%
Vertrauensbereich				2,5% - 3,3%
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 Die genannten Probleme werden berücksichtigt, sofern die Implantation der betroffenen Sonde/des betroffenen Aggregats nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist¹				
Taschenprobleme				
Sondenprobleme				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			181 / 6.693	2,7%
Vertrauensbereich				2,3% - 3,1%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)²

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist¹				
Taschenprobleme				
Sondenprobleme				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			209 / 6.394	3,3%

¹ Die genannten Probleme werden berücksichtigt, sofern die Implantation der betroffenen Sonde/des betroffenen Aggregats nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

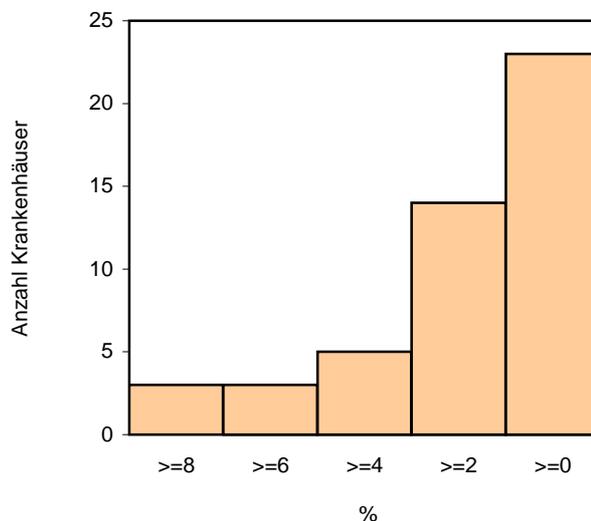
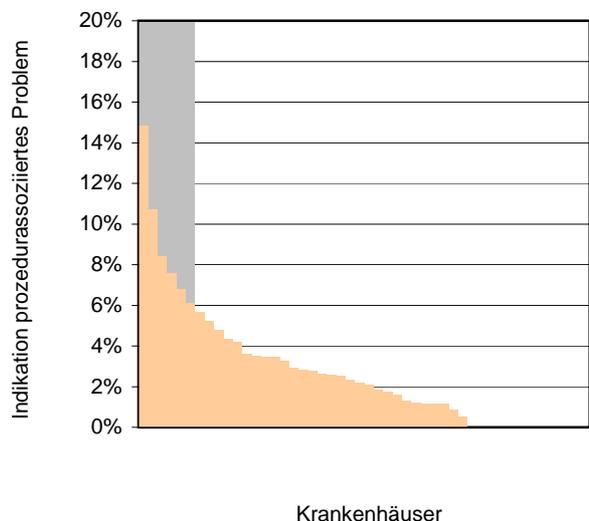
² Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51988]:

Anteil von Patienten, bei denen ein Taschenproblem oder Sondenproblem nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist an allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

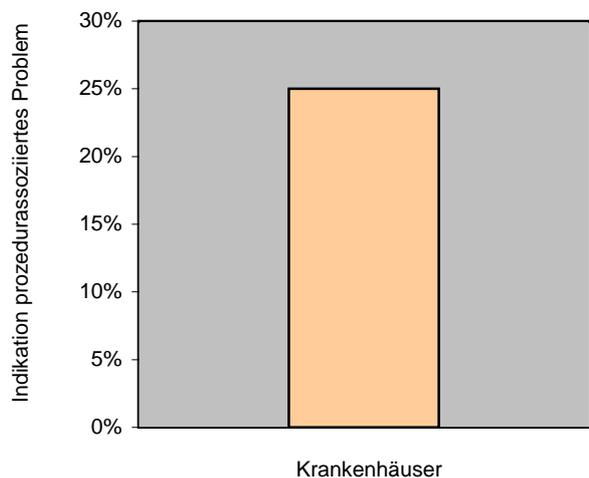
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	3,6	6,8	8,4	14,8

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
	25,0				25,0				25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Herzschrittacher-Implantation (09/1) oder -Aggregatwechsel (09/2)¹

Indikator-ID: 2013/09n3-HSM-REV/51994

Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist²				
Infektion der Aggregattasche			21 / 6.161	0,3%
Aggregatperforation			6 / 6.161	0,1%
Sondeninfektion			5 / 6.161	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			31 / 6.161	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,7%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%

¹ 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.

² Infektion der Aggregattasche oder Aggregatperforation, sofern die Implantation des Aggregats im Erfassungsjahr oder im Vorjahr erfolgte; Sondeninfektion, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist¹ Vertrauensbereich			22 / 6.693	0,3% 0,2% - 0,5%

Grundgesamtheit: Alle Implantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen²

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation aufgetreten ist¹			55 / 6.394	0,9%

¹ Infektion der Aggregattasche oder Aggregatperforation, sofern die Implantation des Aggregats im Erfassungsjahr oder im Vorjahr erfolgte; Sondeninfektion, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt.

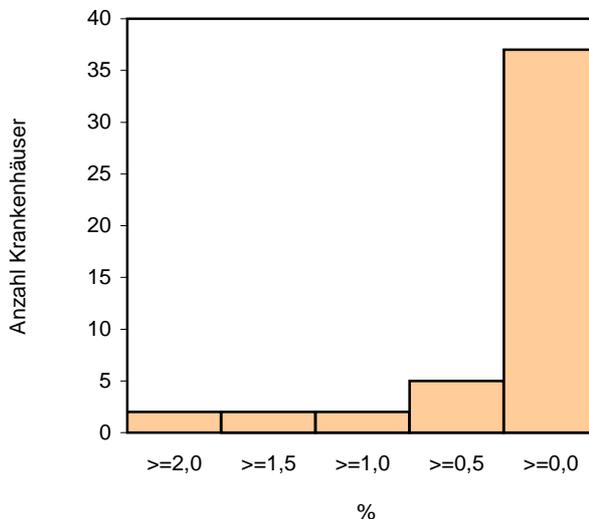
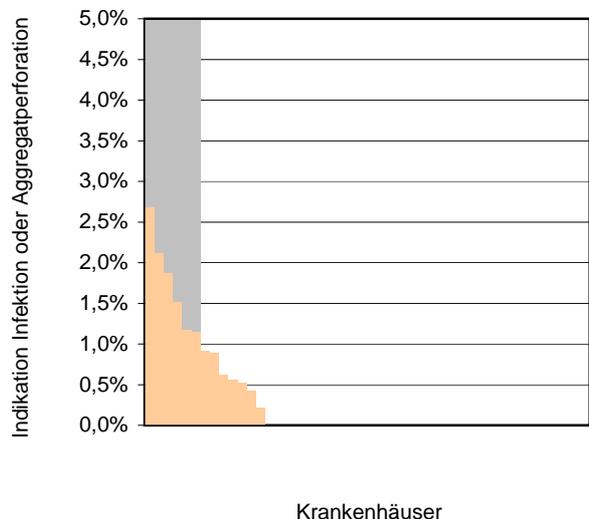
² Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die Herzschrittmacher-Revisionen/-Systemwechsel/-Explantationen (09/3) gemeldet haben. Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/1 und in 09/2 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/3.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51994]:

Anteil von Patienten, bei denen eine Infektion oder Aggregatperforation nach vorangegangener Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung aufgetreten ist von allen von allen Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) oder - Aggregatwechsel (09/2)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

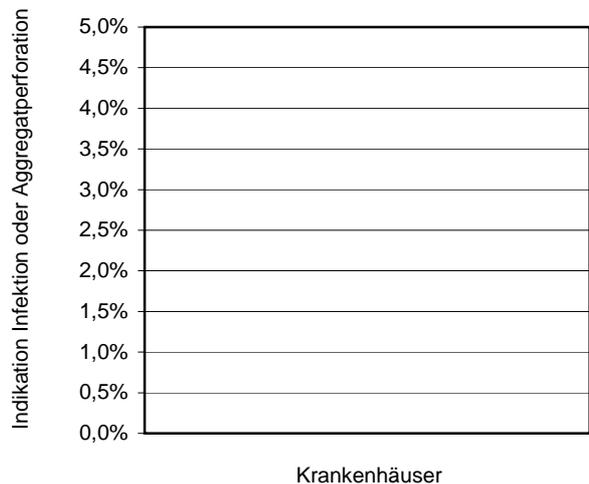
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2	1,9	2,7

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: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden¹

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 (QI 4a): 2013/09n3-HSM-REV/494
 Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n3-HSM-REV/495

Referenzbereich:
 Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
 Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			141 / 143	 98,6%
Vertrauensbereich				95,0% - 99,6%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			302 / 303	 99,7%
Vertrauensbereich				98,2% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

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

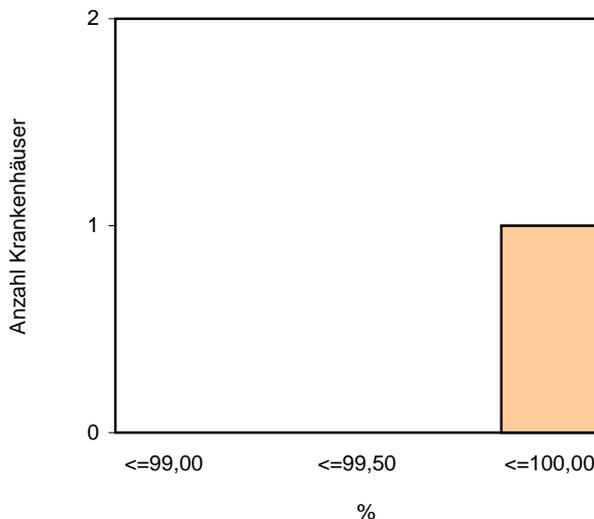
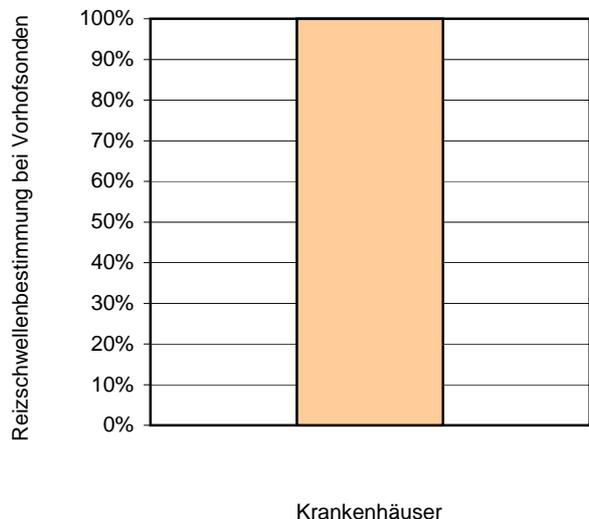
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n3-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:

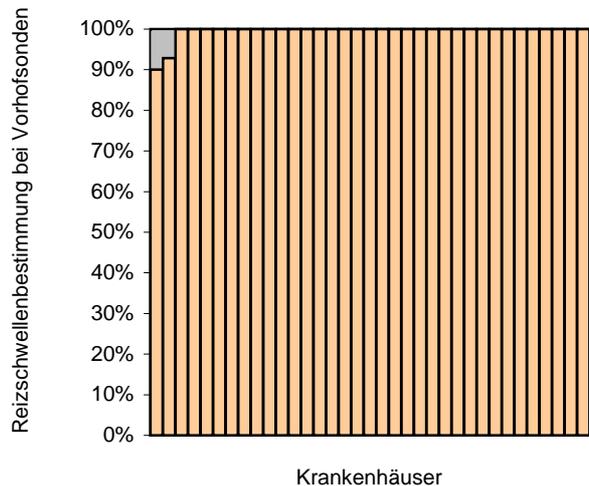
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

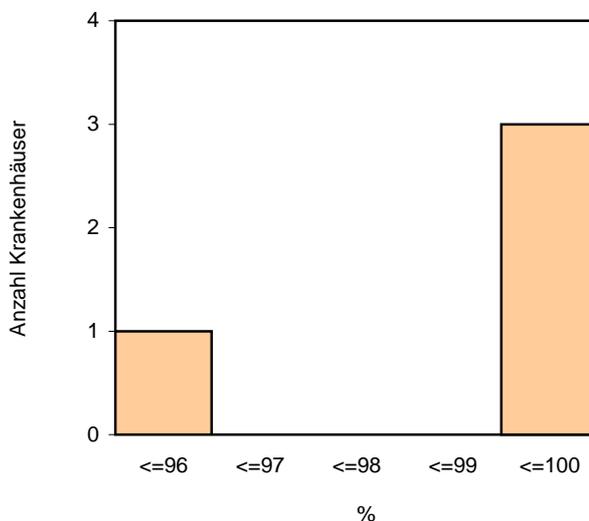
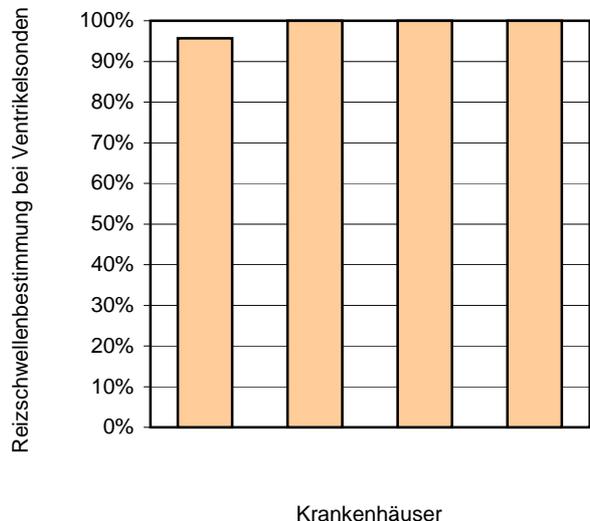


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0	92,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

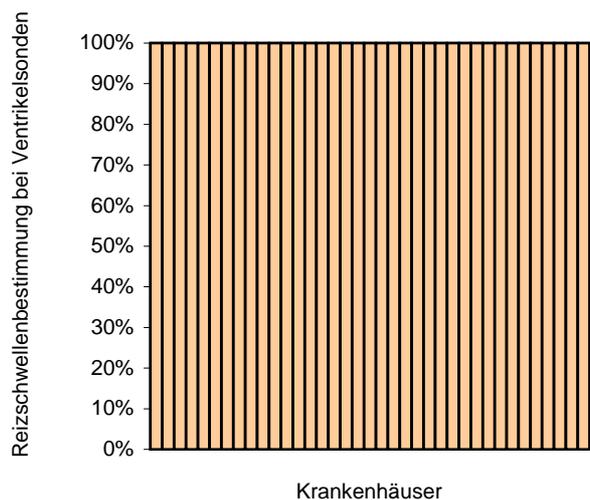
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/495]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit
 Sondenproblemen**

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
	95,7			97,8	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
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden¹

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)

Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

Indikator-ID:

Gruppe 1 (QI 5a): 2013/09n3-HSM-REV/496
 Gruppe 2 (QI 5b): 2013/09n3-HSM-REV/497

Referenzbereich:

Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)
 Gruppe 2: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			148 / 149	99,3%
Vertrauensbereich				96,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			276 / 277	99,6%
Vertrauensbereich				98,0% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

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

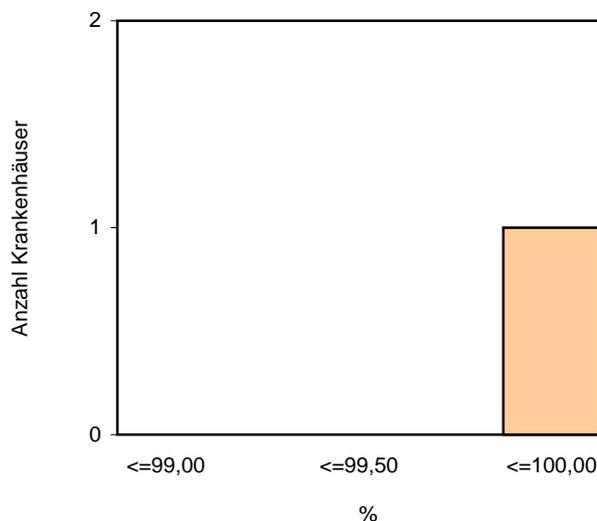
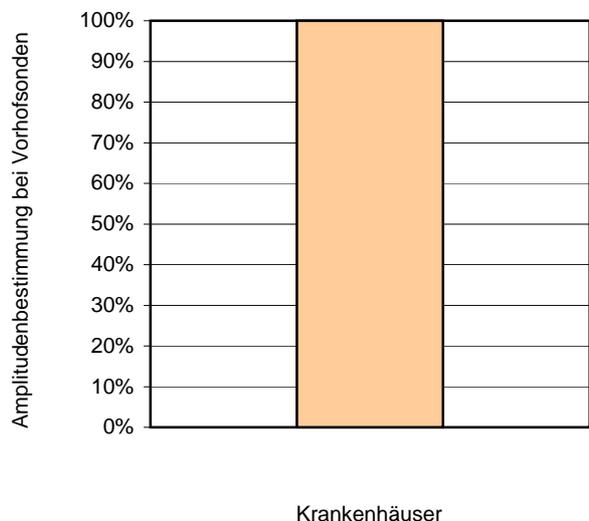
¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/09n3-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:

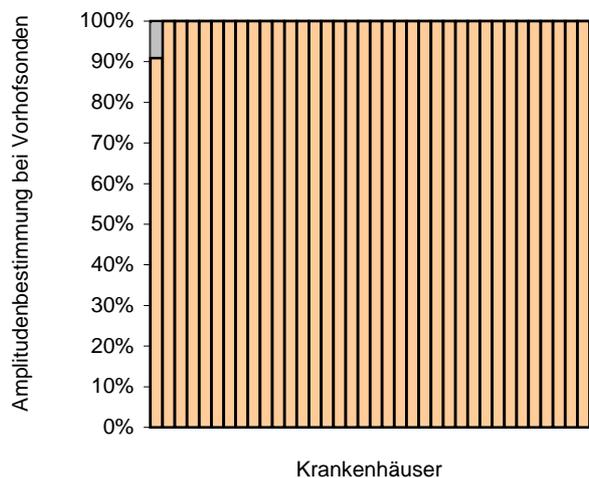
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

36 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

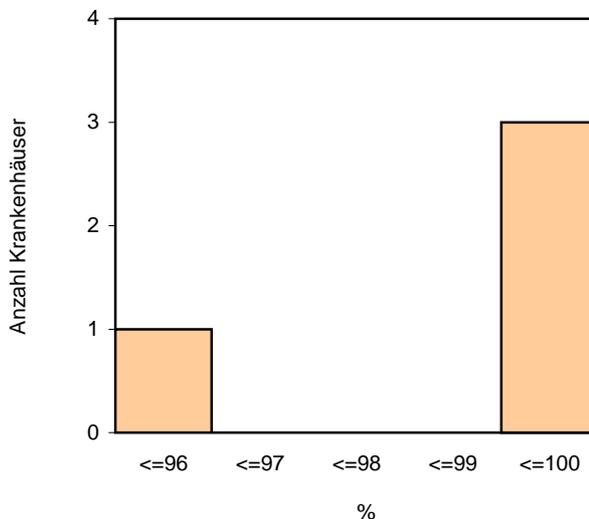
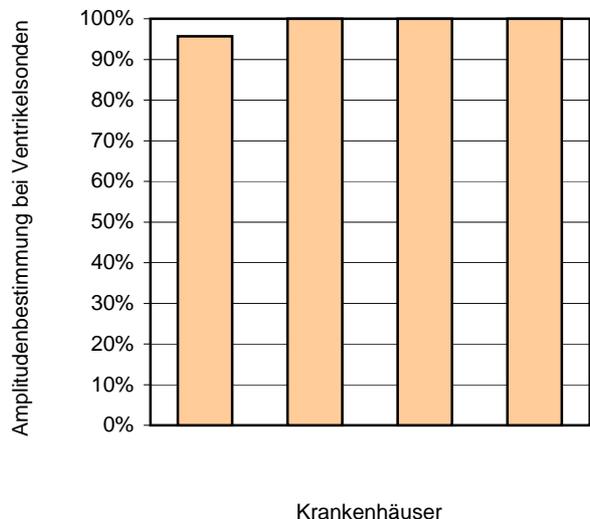
12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/09n3-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:

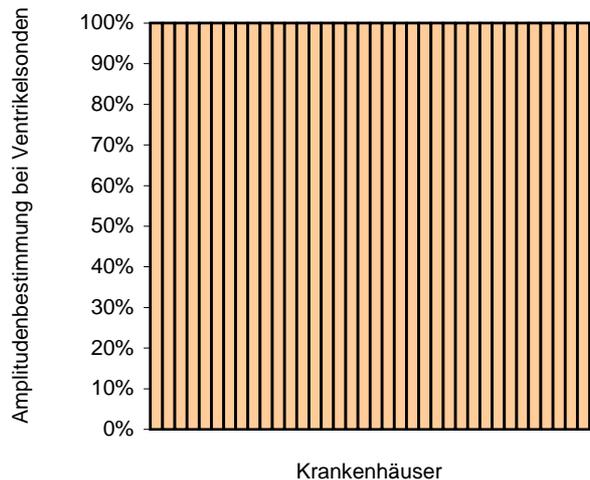
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,7			97,8	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
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: 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 (QI 6a):	2013/09n3-HSM-REV/584
	Gruppe 2 (QI 6b):	2013/09n3-HSM-REV/585
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			141 / 152	92,8%
Vertrauensbereich				87,5% - 95,9%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 1,5 mV			11 / 152	7,2%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude 1,5 - 3,0 mV			72 / 152	47,4%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 3,0 mV			69 / 152	45,4%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			273 / 279	97,8%
Vertrauensbereich				95,4% - 99,0%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 4 mV			6 / 279	2,2%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude 4,0 - 8,0 mV			58 / 279	20,8%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 8 mV			215 / 279	77,1%

¹ neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

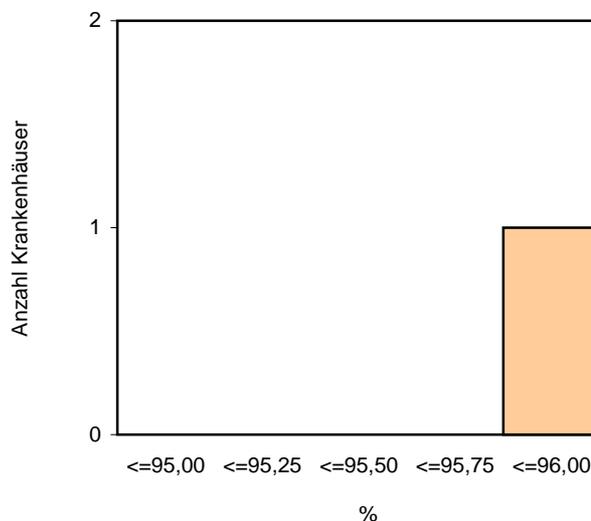
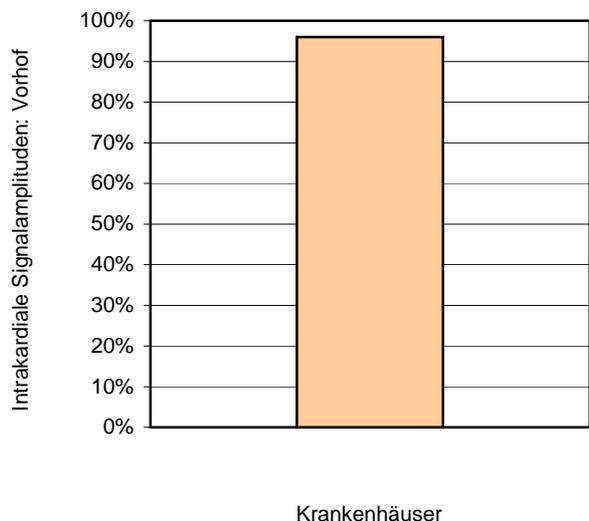
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude $\geq 1,5$ mV Vertrauensbereich			130 / 155	83,9% 77,3% - 88,8%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ≥ 4 mV Vertrauensbereich			308 / 318	96,9% 94,3% - 98,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/09n3-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:

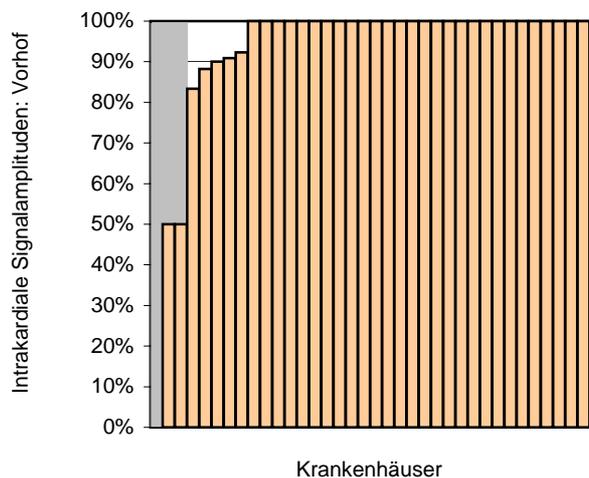
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,0				96,0				96,0

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
	0,0	50,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

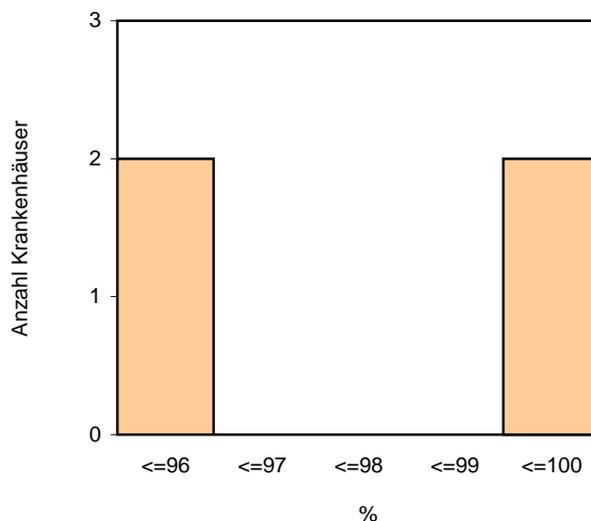
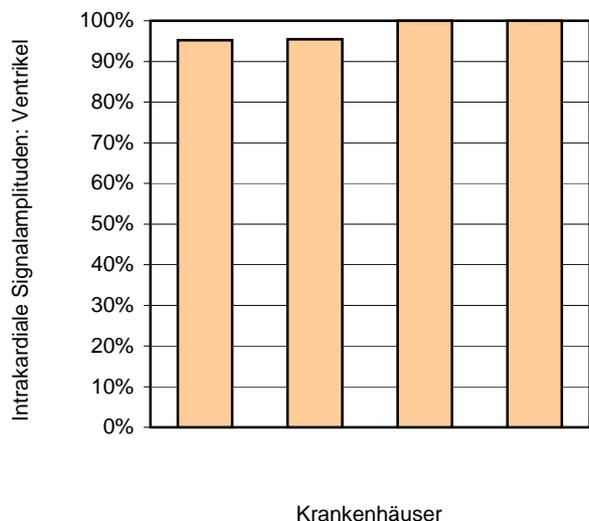
12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/09n3-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:

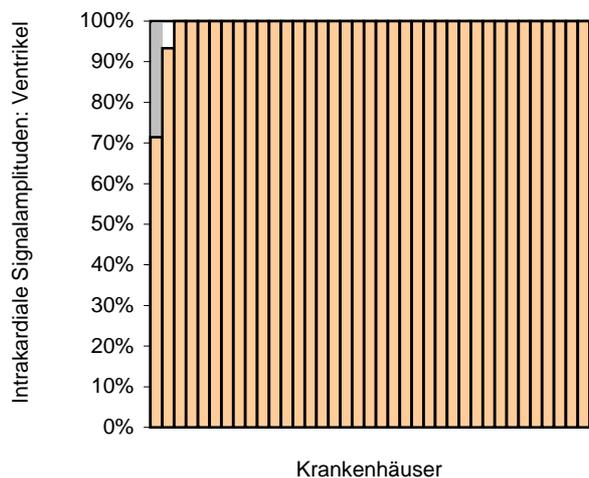
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2			95,3	97,7	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
	71,4	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 7a): 2013/09n3-HSM-REV/1089
Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			17 / 861	2,0%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			2 / 861	0,2%
Asystolie			2 / 861	0,2%
Kammerflimmern			0 / 861	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			5 / 861	0,6%
Vertrauensbereich				0,2% - 1,4%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			3 / 861	0,3%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 861	0,1%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 861	0,1%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 861	0,0%
postoperative Wundinfektion			0 / 861	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 861	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 861	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 861	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			7 / 861	0,8%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			1 / 517	0,2%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			6 / 717	0,8%
Ventrikelsondendislokation 1. Ventrikelsonde			4 / 717	0,6%
2. Ventrikelsonde			2 / 96	2,1%
Patienten mit Sondendysfunktion			4 / 861	0,5%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			1 / 519	0,2%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			3 / 717	0,4%
Ventrikelsondendysfunktion 1. Ventrikelsonde			3 / 717	0,4%
2. Ventrikelsonde			0 / 96	0,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-System

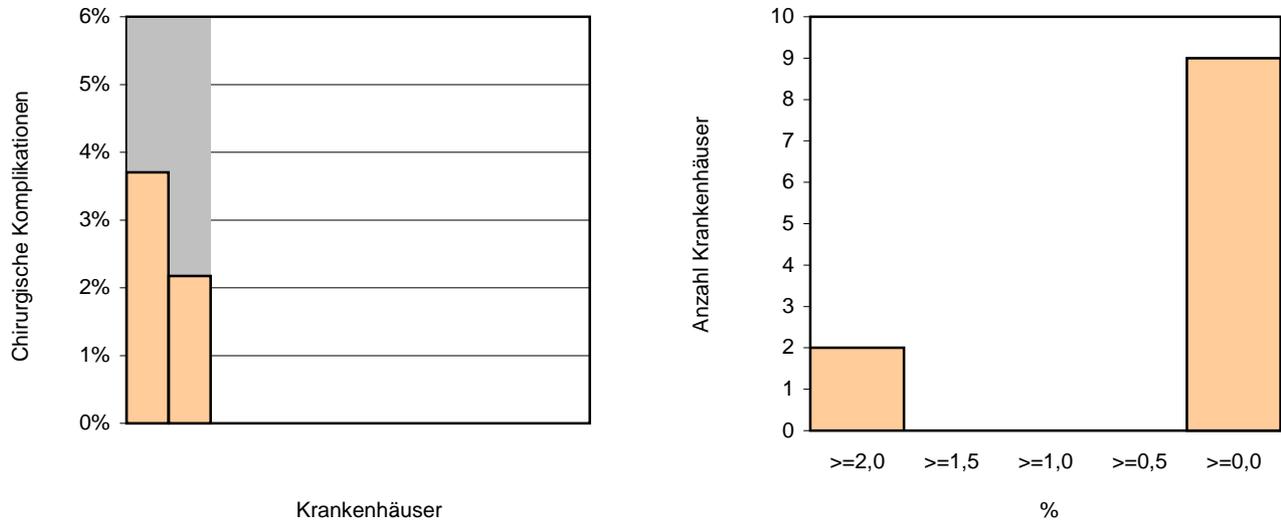
Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 861	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			11 / 861	1,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			8 / 908	0,9% 0,4% - 1,7%

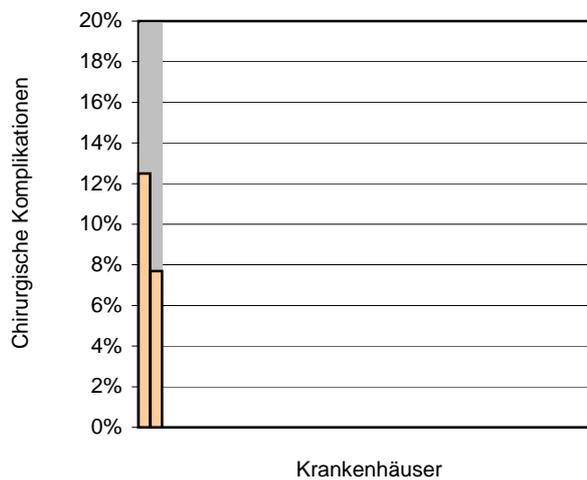
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/1089]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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	2,2		3,7

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	7,7	12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 (QI 7b): 2013/09n3-HSM-REV/10638
 Gruppe 2 (QI 7c): 2013/09n3-HSM-REV/10639

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

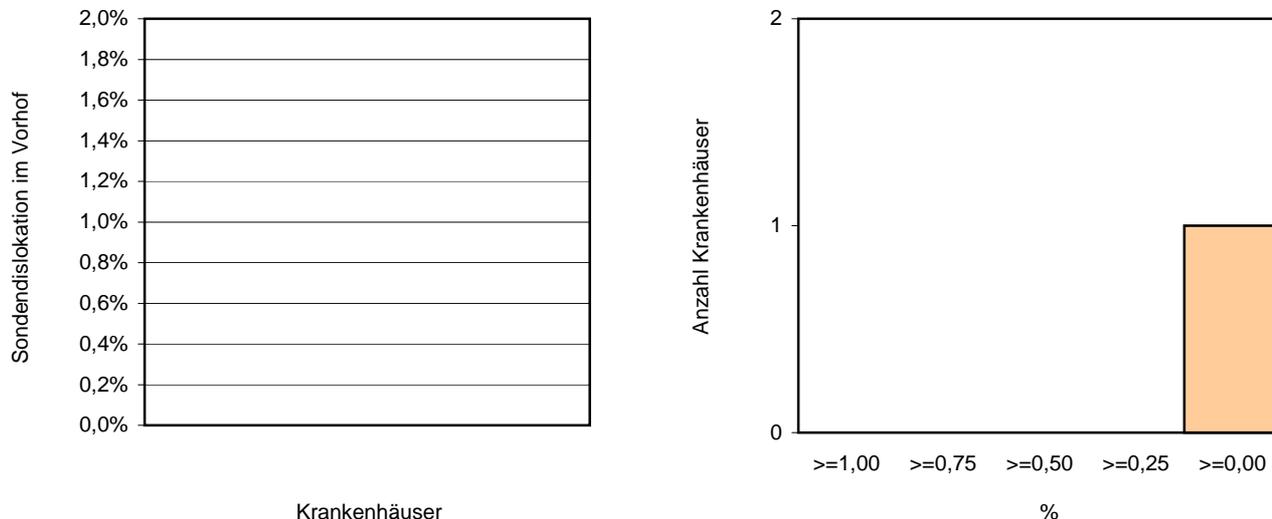
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			0 / 161	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 2,3%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			4 / 306	1,3%
Vertrauensbereich				0,5% - 3,3%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

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

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/09n3-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:

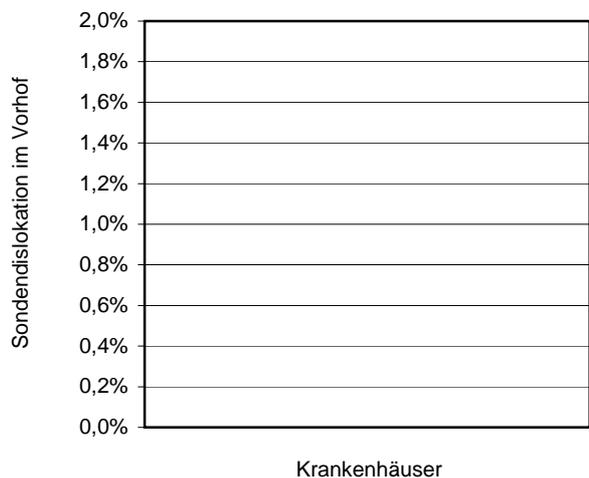
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

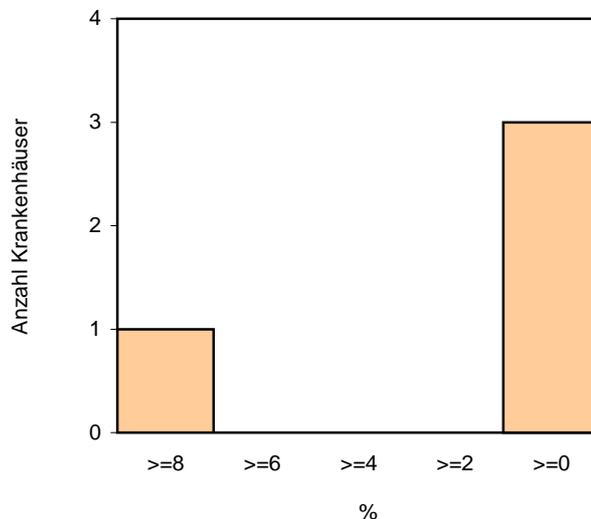
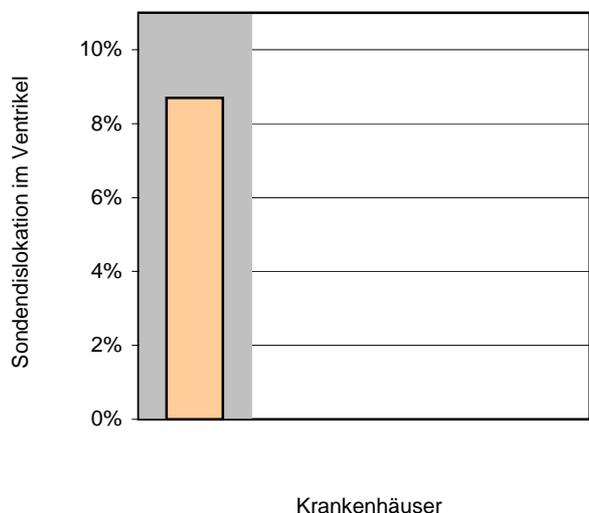
12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2013/09n3-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:

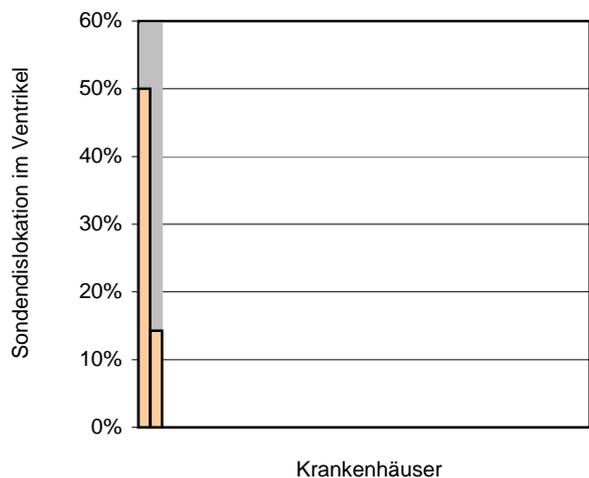
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	4,3			8,7

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	14,3	50,0

7 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: (QI 8a): 2013/09n3-HSM-REV/51399

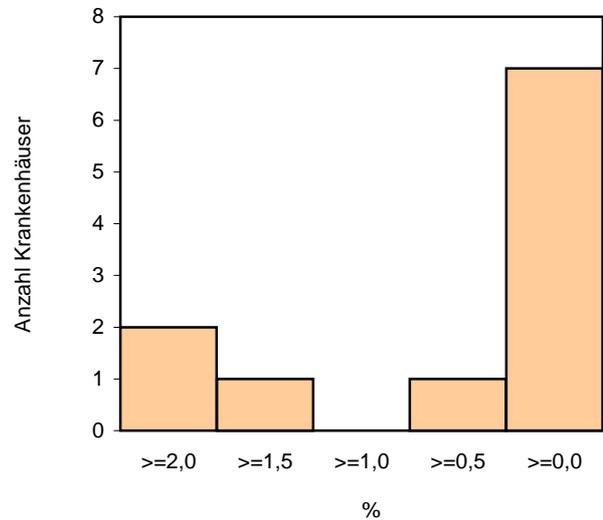
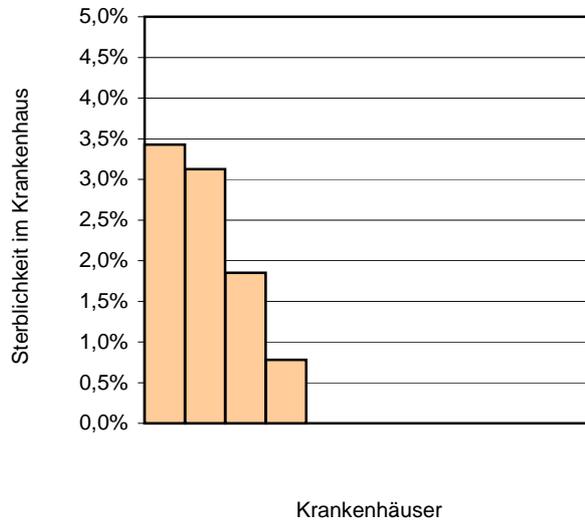
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			11 / 861	1,3%
Vertrauensbereich				0,7% - 2,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

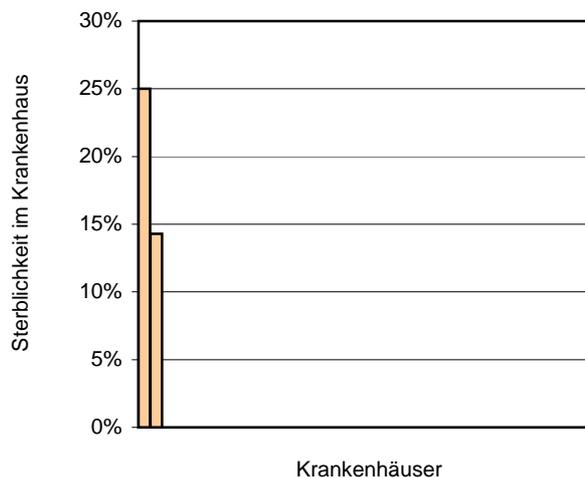
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51399]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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	1,9	3,1		3,4

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	14,3	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 8b): 2013/09n3-HSM-REV/51404

Referenzbereich: <= 4,74 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		11 / 861 1,28%
vorhergesagt (E) ¹		11,90 / 861 1,38%
O - E		-0,10%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

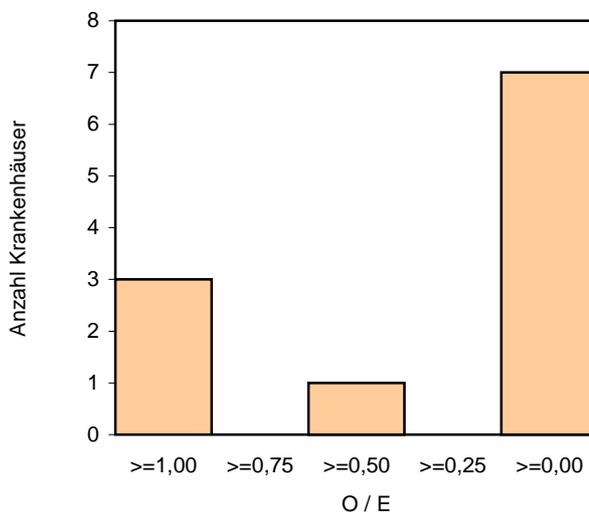
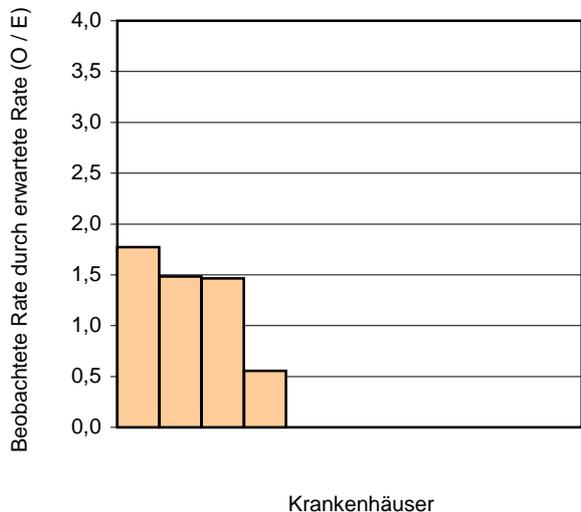
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E²		0,92
Vertrauensbereich		0,52 - 1,65
Referenzbereich	<= 4,74	<= 4,74

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 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		15 / 908 1,65%
vorhergesagt (E)		12,68 / 908 1,40%
O - E		0,26%
O / E		1,18
Vertrauensbereich		0,72 - 1,94

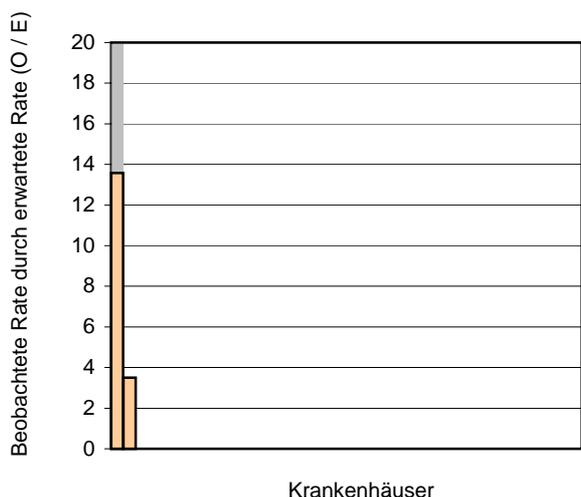
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/09n3-HSM-REV/51404]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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	1,47	1,48		1,77

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 38 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	3,50	13,58

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 861
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14207-L89119-P43371

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			236	27,4	235	25,9
2. Quartal			212	24,6	256	28,2
3. Quartal			223	25,9	223	24,6
4. Quartal			190	22,1	194	21,4
Gesamt			861		908	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		861		908	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			3,7		3,4
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		861		908	
Median			2,0		2,0
Mittelwert			5,1		5,5
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		861		908	
Median			5,0		5,0
Mittelwert			8,9		9,0

OPS 2013¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

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

OPS 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-378.72	150	17,4	5-378.32	148	16,3
2				5-378.32	122	14,2	5-378.72	131	14,4
3				5-378.b3	101	11,7	5-378.b3	110	12,1
4				5-378.22	93	10,8	5-378.62	106	11,7
5				5-378.62	88	10,2	5-378.22	80	8,8

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2012 und OPS 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T82.1	250	29,0	T82.1	318	35,0
2				Z45.00	240	27,9	Z45.0	266	29,3
3				I44.2	223	25,9	Z95.0	232	25,6
4				I10.00	218	25,3	I48.11	211	23,2
5				Z95.0	173	20,1	I10.00	207	22,8
6				I49.5	154	17,9	I44.2	166	18,3
7				I48.2	101	11,7	I49.5	165	18,2
8				E11.90	101	11,7	I48.10	99	10,9

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			861 / 861		908 / 908	
< 20 Jahre			7 / 861	0,8	3 / 908	0,3
20 - 29 Jahre			3 / 861	0,3	3 / 908	0,3
30 - 39 Jahre			9 / 861	1,0	5 / 908	0,6
40 - 49 Jahre			21 / 861	2,4	17 / 908	1,9
50 - 59 Jahre			34 / 861	3,9	46 / 908	5,1
60 - 69 Jahre			107 / 861	12,4	118 / 908	13,0
70 - 79 Jahre			353 / 861	41,0	340 / 908	37,4
80 - 89 Jahre			285 / 861	33,1	342 / 908	37,7
>= 90 Jahre			42 / 861	4,9	34 / 908	3,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			861		908	
Median				77,0		77,0
Mittelwert				75,0		75,4
Geschlecht						
männlich			485	56,3	509	56,1
weiblich			376	43,7	399	43,9

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			40	4,6	55	6,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			274	31,8	338	37,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			516	59,9	472	52,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	3,1	41	4,5
5: moribunder Patient			4	0,5	2	0,2
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			342	39,7	309	34,0
häufig (5 - 90%)			437	50,8	509	56,1
selten (< 5%)			82	9,5	90	9,9
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			744	86,4	800	88,1
bedingt aseptische Eingriffe			37	4,3	29	3,2
kontaminierte Eingriffe			10	1,2	10	1,1
septische Eingriffe			70	8,1	69	7,6

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			278	32,3	305	33,6
Sondenproblem			486	56,4	526	57,9
Systemumwandlung			191	22,2	181	19,9
VVI auf AAI / DDD / VDD			8	0,9	5	0,6
AAI auf DDD / VDD / VVI			8	0,9	2	0,2
DDD / VDD auf VVI / AAI			52	6,0	56	6,2
Sonstige			66	7,7	70	7,7
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			544	63,2	594	65,4
andere Institution			317	36,8	314	34,6
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			154	17,9	177	19,5
vorzeitig			10	1,2	7	0,8
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			6	0,7	4	0,4
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
Pectoraliszucken			1	0,1	0	0,0
Taschenhämatom			9	1,0	13	1,4
Infektion			70	8,1	64	7,0
anderes Taschenproblem			18	2,1	21	2,3
Aggregatperforation			16	1,9	26	2,9
sonstige Indikation			9	1,0	16	1,8

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			93	10,8	109	12,0
Sondenbruch			13	1,5	8	0,9
Isolationsdefekt			8	0,9	8	0,9
Konnektordefekt			2	0,2	1	0,1
Zwerchfellzucken			1	0,1	0	0,0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			3	0,3	4	0,4
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			15	1,7	8	0,9
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			26	3,0	32	3,5
Infektion			28	3,3	23	2,5
Perforation			5	0,6	3	0,3
Sonstige			7	0,8	16	1,8

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			47	5,5	84	9,3
Sondenbruch			28	3,3	36	4,0
Isolationsdefekt			17	2,0	17	1,9
Konnektordefekt			5	0,6	2	0,2
Zwerchfellzucken			7	0,8	0	0,0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			15	1,7	6	0,7
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			17	2,0	20	2,2
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			143	16,6	159	17,5
Infektion			30	3,5	27	3,0
Perforation			19	2,2	8	0,9
Sonstige			10	1,2	14	1,5
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			4	0,5	6	0,7
Sondenbruch			1	0,1	2	0,2
Isolationsdefekt			0	0,0	0	0,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			1	0,1	0	0,0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			0	0,0	0	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			5	0,6	0	0,0
Infektion			2	0,2	1	0,1
Perforation			1	0,1	0	0,0
Sonstige			2	0,2	2	0,2

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregat-entfernung			52	6,0	47	5,2
(5-378.1*) Sondenentfernung			12	1,4	18	2,0
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			108	12,5	112	12,3
(5-378.3*) Sondenkorrektur			154	17,9	189	20,8
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			46	5,3	61	6,7
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			7	0,8	15	1,7
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			126	14,6	160	17,6
(5-378.7*) Sondenwechsel			178	20,7	161	17,7
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			2	0,2	12	1,3
(5-378.9*) Systemumwandlung			0	0,0	0	0,0
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			861		908	
Median				40,0		43,0
Mittelwert				50,1		51,5
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			661		690	
Median				3,1		3,0
Mittelwert				5,7		5,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			861		908	
ja			722	83,9	774	85,2
nein, da Explantation			139	16,1	134	14,8
Schrittmacher-System						
VVI			186	21,6	237	26,1
AAI			2	0,2	2	0,2
DDD			432	50,2	449	49,4
VDD			3	0,3	5	0,6
CRT-System mit einer Vorhofsonde			83	9,6	62	6,8
CRT-System ohne Vorhofsonde			13	1,5	15	1,7
sonstiges ¹			3	0,3	4	0,4
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			324	37,6	330	36,3
Neuimplantation			339	39,4	360	39,6
Neuplatzierung			42	4,9	60	6,6
sonstiges			17	2,0	24	2,6
Zeitabstand Erstimplantation - Neuimplantation (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			378		401	
Median				0,0		0,0
Mittelwert				1,1		1,4
Hersteller						
Biotronik			193 / 722	26,7	237 / 774	30,6
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			108 / 722	15,0	132 / 774	17,1
Medtronic			201 / 722	27,8	197 / 774	25,5
Osypka			0 / 722	0,0	0 / 774	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			25 / 722	3,5	17 / 774	2,2
Vitatron			0 / 722	0,0	3 / 774	0,4
St. Jude Medical			194 / 722	26,9	178 / 774	23,0
nicht bekannt			1 / 722	0,1	6 / 774	0,8
sonstiger			0 / 722	0,0	4 / 774	0,5

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			311	36,1	289	31,8
Neuimplantation			134	15,6	136	15,0
Neuplatzierung			66	7,7	76	8,4
Reparatur			0	0,0	6	0,7
sonstiges			10	1,2	11	1,2
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			186	21,6	181	19,9
> 1 Jahr			201	23,3	195	21,5
unbekannt			0	0,0	6	0,7
NBL-Code						
unipolar			5 / 521	1,0	3 / 518	0,6
bipolar			455 / 521	87,3	451 / 518	87,1
multipolar			29 / 521	5,6	31 / 518	6,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			433 / 521	83,1	416 / 518	80,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			52 / 521	10,0	67 / 518	12,9
keine Fixation			4 / 521	0,8	2 / 518	0,4
nicht bekannt			30 / 521	5,8	32 / 518	6,2
Hersteller						
Biotronik			118 / 521	22,6	137 / 518	26,4
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			61 / 521	11,7	60 / 518	11,6
Medtronic			169 / 521	32,4	161 / 518	31,1
Osypka			1 / 521	0,2	1 / 518	0,2
Sorin Biomedica/ELA Medical			4 / 521	0,8	2 / 518	0,4
Vitatron			7 / 521	1,3	7 / 518	1,4
St. Jude Medical			131 / 521	25,1	112 / 518	21,6
nicht bekannt			29 / 521	5,6	34 / 518	6,6
sonstiger			1 / 521	0,2	3 / 518	0,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			430		418	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,5 V			414	96,3	408	97,6
> 1,5 - 2,5 V			12	2,8	8	1,9
> 2,5 V			4	0,9	2	0,5
nicht gemessen			87 / 517	16,8	97 / 515	18,8
wegen Vorhofflimmerns			57 / 517	11,0	61 / 515	11,8
aus anderen Gründen			30 / 517	5,8	36 / 515	7,0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			455		453	
Median				2,8		2,6
Mittelwert				3,1		3,0
nicht gemessen			63 / 521	12,1	62 / 518	12,0
wegen Vorhofflimmerns			28 / 521	5,4	19 / 518	3,7
fehlender Vorhofoigenrhythmus			8 / 521	1,5	9 / 518	1,7
aus anderen Gründen			27 / 521	5,2	34 / 518	6,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			360	41,8	359	39,5
Neuimplantation			269	31,2	299	32,9
Neuplatzierung			82	9,5	93	10,2
Reparatur			2	0,2	4	0,4
sonstiges			6	0,7	17	1,9
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			197	22,9	211	23,2
> 1 Jahr			253	29,4	258	28,4
unbekannt			0	0,0	4	0,4
NBL-Code						
unipolar			29 / 719	4,0	30 / 772	3,9
bipolar			609 / 719	84,7	648 / 772	83,9
multipolar			41 / 719	5,7	48 / 772	6,2
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			333 / 719	46,3	309 / 772	40,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			346 / 719	48,1	412 / 772	53,4
keine Fixation			0 / 719	0,0	5 / 772	0,6
nicht bekannt			38 / 719	5,3	46 / 772	6,0
Hersteller						
Biotronik			180 / 719	25,0	204 / 772	26,4
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			86 / 719	12,0	106 / 772	13,7
Medtronic			216 / 719	30,0	216 / 772	28,0
Osypka			1 / 719	0,1	1 / 772	0,1
Sorin Biomedica/ELA Medical			18 / 719	2,5	23 / 772	3,0
Vitatron			8 / 719	1,1	4 / 772	0,5
St. Jude Medical			167 / 719	23,2	168 / 772	21,8
nicht bekannt			41 / 719	5,7	44 / 772	5,7
sonstiger			2 / 719	0,3	6 / 772	0,8

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			684		718	
Median				0,6		0,6
Mittelwert				0,7		0,7
<= 1,2 V			653	95,5	671	93,5
> 1,2 - 2,5 V			25	3,7	39	5,4
> 2,5 V			6	0,9	8	1,1
nicht gemessen			33 / 717	4,6	53 / 771	6,9
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			595		664	
Median				11,2		11,5
Mittelwert				11,7		12,1
nicht gemessen			120 / 717	16,7	101 / 771	13,1
kein Eigenrhythmus			92 / 717	12,8	58 / 771	7,5
aus anderen Gründen			28 / 717	3,9	43 / 771	5,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			14	1,6	10	1,1
Neuimplantation			77	8,9	67	7,4
Neuplatzierung			5	0,6	2	0,2
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	0	0,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			7	0,8	8	0,9
> 1 Jahr			12	1,4	4	0,4
unbekannt			0	0,0	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			4 / 96	4,2	3 / 79	3,8
bipolar			88 / 96	91,7	69 / 79	87,3
multipolar			4 / 96	4,2	3 / 79	3,8
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			8 / 96	8,3	6 / 79	7,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			47 / 96	49,0	40 / 79	50,6
keine Fixation			41 / 96	42,7	29 / 79	36,7
nicht bekannt			0 / 96	0,0	4 / 79	5,1
Hersteller						
Biotronik			8 / 96	8,3	4 / 79	5,1
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			7 / 96	7,3	12 / 79	15,2
Medtronic			18 / 96	18,8	14 / 79	17,7
Osypka			0 / 96	0,0	0 / 79	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 96	0,0	1 / 79	1,3
Vitatron			0 / 96	0,0	0 / 79	0,0
St. Jude Medical			62 / 96	64,6	44 / 79	55,7
nicht bekannt			0 / 96	0,0	4 / 79	5,1
sonstiger			1 / 96	1,0	0 / 79	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			94		76	
Median				1,0		0,9
Mittelwert				1,1		1,0
<= 1,2 V			66	70,2	55	72,4
> 1,2 bis 2,5 V			27	28,7	20	26,3
> 2,5 V			1	1,1	1	1,3
nicht gemessen			2 / 96	2,1	3 / 79	3,8
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			67		61	
Median				12,0		11,0
Mittelwert				13,9		12,9
nicht gemessen			29 / 96	30,2	17 / 79	21,5
kein Eigenrhythmus			26 / 96	27,1	13 / 79	16,5
aus anderen Gründen			3 / 96	3,1	4 / 79	5,1

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			86	10,0	114	12,6
AAI			13	1,5	8	0,9
DDD			347	40,3	347	38,2
VDD			6	0,7	4	0,4
CRT-System mit einer Vorhofsonde			14	1,6	10	1,1
CRT-System ohne Vorhofsonde			0	0,0	4	0,4
sonstiges			4	0,5	3	0,3
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			462	53,7	464	51,1
sonstiges			9	1,0	21	2,3
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			455		452	
Median				6,0		6,0
Mittelwert				6,0		5,8
nicht bekannt			16 / 471	3,4	33 / 485	6,8
Hersteller						
Biotronik			132 / 471	28,0	143 / 485	29,5
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			66 / 471	14,0	78 / 485	16,1
Medtronic			144 / 471	30,6	124 / 485	25,6
Osyпка			0 / 471	0,0	1 / 485	0,2
Sorin Biomedica/ELA Medical			17 / 471	3,6	11 / 485	2,3
Vitatron			5 / 471	1,1	17 / 485	3,5
St. Jude Medical			78 / 471	16,6	73 / 485	15,1
nicht bekannt			23 / 471	4,9	26 / 485	5,4
sonstiger			6 / 471	1,3	12 / 485	2,5

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			144	16,7	115	12,7
Stillegung			93	10,8	102	11,2
sonstiges			10	1,2	13	1,4
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			69	8,0	48	5,3
> 1 Jahr			178	20,7	170	18,7
unbekannt			0	0,0	12	1,3
NBL-Code						
unipolar			6 / 247	2,4	3 / 230	1,3
bipolar			178 / 247	72,1	146 / 230	63,5
multipolar			2 / 247	0,8	5 / 230	2,2
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			164 / 247	66,4	133 / 230	57,8
passive Fixation, z.B. Ankersonde			17 / 247	6,9	20 / 230	8,7
keine Fixation			5 / 247	2,0	1 / 230	0,4
nicht bekannt			61 / 247	24,7	76 / 230	33,0
Hersteller						
Biotronik			39 / 247	15,8	46 / 230	20,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			23 / 247	9,3	23 / 230	10,0
Medtronic			80 / 247	32,4	66 / 230	28,7
Osypka			0 / 247	0,0	0 / 230	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			4 / 247	1,6	3 / 230	1,3
Vitatron			4 / 247	1,6	4 / 230	1,7
St. Jude Medical			39 / 247	15,8	24 / 230	10,4
nicht bekannt			55 / 247	22,3	61 / 230	26,5
sonstiger			3 / 247	1,2	3 / 230	1,3

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			178	20,7	155	17,1
Stillegung			90	10,5	114	12,6
sonstiges			13	1,5	16	1,8
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			87	10,1	80	8,8
> 1 Jahr			194	22,5	193	21,3
unbekannt			0	0,0	12	1,3
NBL-Code						
unipolar			13 / 281	4,6	18 / 285	6,3
bipolar			192 / 281	68,3	179 / 285	62,8
multipolar			3 / 281	1,1	3 / 285	1,1
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			107 / 281	38,1	84 / 285	29,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			101 / 281	35,9	112 / 285	39,3
keine Fixation			0 / 281	0,0	4 / 285	1,4
nicht bekannt			73 / 281	26,0	85 / 285	29,8
Hersteller						
Biotronik			40 / 281	14,2	67 / 285	23,5
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			32 / 281	11,4	24 / 285	8,4
Medtronic			84 / 281	29,9	66 / 285	23,2
Ospka			0 / 281	0,0	0 / 285	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			9 / 281	3,2	8 / 285	2,8
Vitatron			0 / 281	0,0	2 / 285	0,7
St. Jude Medical			46 / 281	16,4	38 / 285	13,3
nicht bekannt			69 / 281	24,6	72 / 285	25,3
sonstiger			1 / 281	0,4	8 / 285	2,8

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			12	1,4	11	1,2
Stillegung			3	0,3	2	0,2
sonstiges			1	0,1	12	1,3
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			3	0,3	13	1,4
> 1 Jahr			12	1,4	7	0,8
unbekannt			1	0,1	5	0,6
NBL-Code						
unipolar			0 / 16	0,0	0 / 25	0,0
bipolar			10 / 16	62,5	17 / 25	68,0
multipolar			1 / 16	6,3	0 / 25	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			2 / 16	12,5	1 / 25	4,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			7 / 16	43,8	9 / 25	36,0
keine Fixation			2 / 16	12,5	7 / 25	28,0
nicht bekannt			5 / 16	31,3	8 / 25	32,0
Hersteller						
Biotronik			2 / 16	12,5	0 / 25	0,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			1 / 16	6,3	2 / 25	8,0
Medtronic			5 / 16	31,3	1 / 25	4,0
Osypka			0 / 16	0,0	0 / 25	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 16	0,0	2 / 25	8,0
Vitatron			0 / 16	0,0	0 / 25	0,0
St. Jude Medical			5 / 16	31,3	5 / 25	20,0
nicht bekannt			3 / 16	18,8	7 / 25	28,0
sonstiger			0 / 16	0,0	8 / 25	32,0

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			17	2,0	16	1,8
Asystolie			2	0,2	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	2	0,2
interventionspflichtiger Pneumothorax			3	0,3	3	0,3
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			1	0,1	1	0,1
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1	0,1	3	0,3
Sondendislokation			7	0,8	5	0,6
Vorhof			1	14,3	1	20,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			4	57,1	3	60,0
2. Ventrikelsonde			2	28,6	1	20,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			4	0,5	1	0,1
Vorhof			1	25,0	0	0,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			3	75,0	1	100,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)			0	0,0	1	0,1
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	1	0,1
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			0	0,0	2	0,2

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			755	87,7	782	86,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			26	3,0	39	4,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			39	4,5	37	4,1
07: Tod			11	1,3	15	1,7
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			21	2,4	18	2,0
10: in Pflegeeinrichtung			7	0,8	6	0,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,1
13: externe Verlegung psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			1	0,1	1	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	8	0,9
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet	15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt.

Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

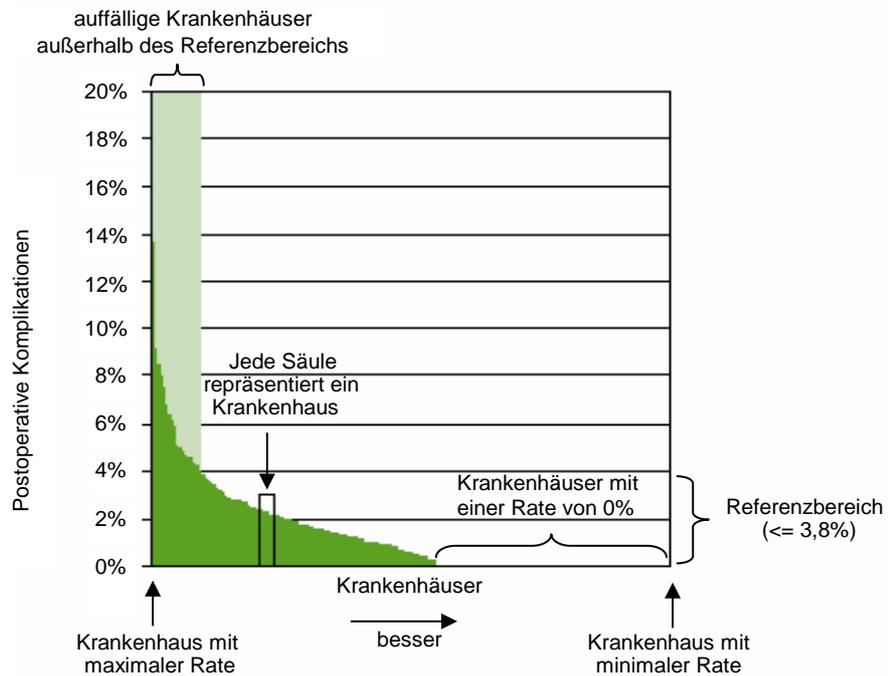
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

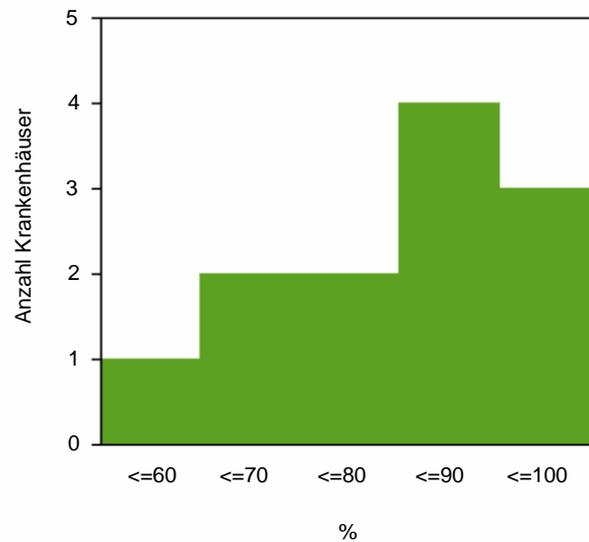
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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