

Jahresauswertung 2011

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
Systemwechsel/Explantation
09/6

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 481
Datensatzversion: 09/6 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11670-L77099-P36565

Jahresauswertung 2011
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
Systemwechsel/Explantation
09/6

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 481
Datensatzversion: 09/6 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11670-L77099-P36565

Übersicht Qualitätsindikatoren

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Verfahrensjahr 2011 der AQUA-Institut GmbH vom 27.04.2012

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2011/09n6-ICD-REV/50032 QI 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff			1,4%	<= 6,6%	1.1
2011/09n6-ICD-REV/50033 QI 2: Aggregatproblem als Indikation zum Eingriff			3,2%	<= 7,9%	1.3
2011/09n6-ICD-REV/50034 QI 3: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff			11,4%	<= 24,6%	1.5
2011/09n6-ICD-REV/50035 QI 4: Infektion als Indikation zum Eingriff			2,2%	<= 6,9%	1.7
2011/09n6-ICD-REV/50036 QI 5: Testung des Defibrillators			54,2%	nicht definiert	1.9
QI 6: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden					
6a: 2011/09n6-ICD-REV/50037 Vorhofsonden			98,2%	>= 95,0%	1.11
6b: 2011/09n6-ICD-REV/50038 Ventrikelsonden			99,1%	>= 95,0%	1.11
QI 7: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden					
7a: 2011/09n6-ICD-REV/50039 Vorhofsonden			97,5%	>= 95,0%	1.14
7b: 2011/09n6-ICD-REV/50040 Ventrikelsonden			97,9%	>= 95,0%	1.14

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 8: Perioperative Komplikationen					
8a: 2011/09n6-ICD-REV/50041					
Chirurgische Komplikationen			0,8%	<= 7,6%	1.17
8b: 2011/09n6-ICD-REV/50042					
Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion			0,8%	<= 11,1%	1.19
8c: 2011/09n6-ICD-REV/50043					
Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion			0,0%	<= 4,8%	1.19
QI 9: Sterblichkeit im Krankenhaus					
9a: 2011/09n6-ICD-REV/50044					
bei allen Patienten			2,1%	nicht definiert	1.23
9b: 2011/09n6-ICD-REV/51196					
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,87	<= 4,07	1.25

Qualitätsindikator 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)¹

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50032

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Taschenproblem (Taschenhämatom oder sonstigem Taschenproblem) als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus			31 / 2.141	1,4%
Vertrauensbereich				1,0% - 2,1%
Referenzbereich		<= 6,6%		<= 6,6%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Taschenproblem (Taschenhämatom oder sonstigem Taschenproblem) als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus			29 / 2.044	1,4%
Vertrauensbereich				1,0% - 2,0%

¹ Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/4 und in 09/5 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/6.

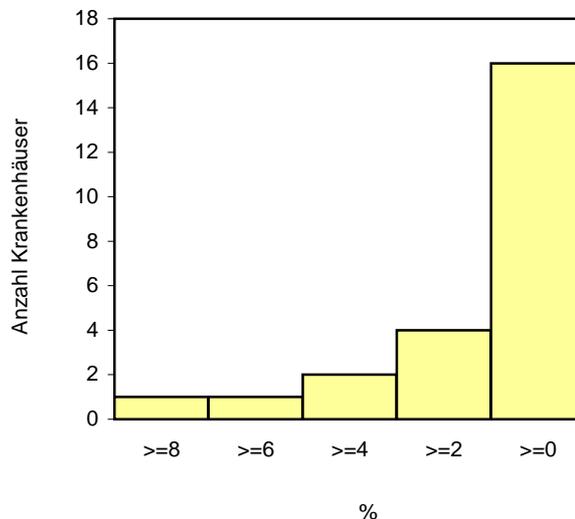
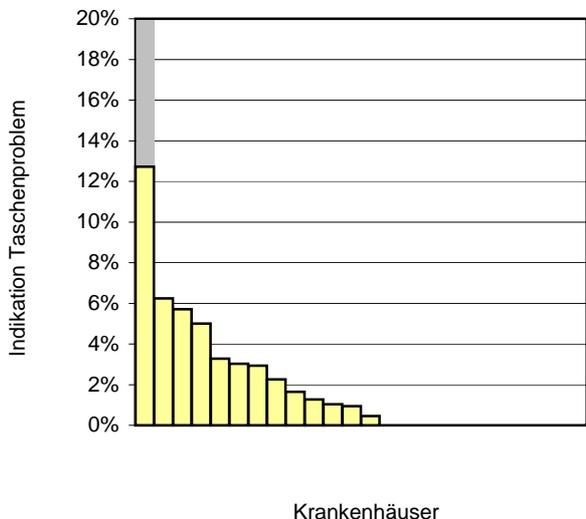
² Vorjahresergebnisse wurden mit der geänderten Rechenregel 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50032]:

Anteil von Patienten mit Taschenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder - Aggregatwechsel (09/5)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

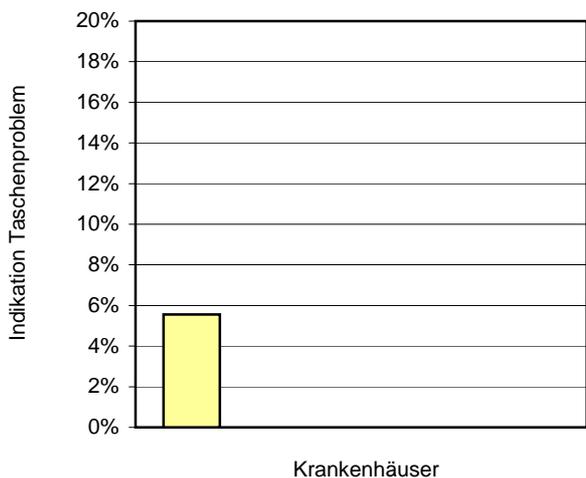
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,0	5,7	6,3	12,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	2,8			5,6

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Aggregatproblem als Indikation zum Eingriff

Qualitätsziel:	Möglichst selten Revision wegen Aggregatproblemen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution
Grundgesamtheit:	Alle Eingriffe der jeweils meldenden Institution(en) ¹
Kennzahl-ID:	2011/09n6-ICD-REV/50033
Referenzbereich:	<= 7,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Aggregatwechsel bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus²				
Fehlfunktion/Rückruf			6 / 2.622	0,2%
sonstige Indikation zum Aggregatwechsel			18 / 2.622	0,7%
Laufzeit des ICD-Aggregats < 3 Jahre			69 / 2.622	2,6%
Patienten mit Indikation Aggregatproblem³ bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus²			84 / 2.622	3,2%
Vertrauensbereich				2,6% - 4,0%
Referenzbereich		<= 7,9%		<= 7,9%

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Aggregatproblem³ bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus²			71 / 2.525	2,8%
Vertrauensbereich				2,2% - 3,5%

¹ Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/4 und in 09/5 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/6.

² Patienten mit Aggregatproblem in den Leistungsbereichen 09/5 oder 09/6 als Indikation zu Aggregatwechsel (09/5) oder Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

³ Indikation zum Aggregatwechsel ist Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige oder Laufzeit des Aggregats < 3 Jahre

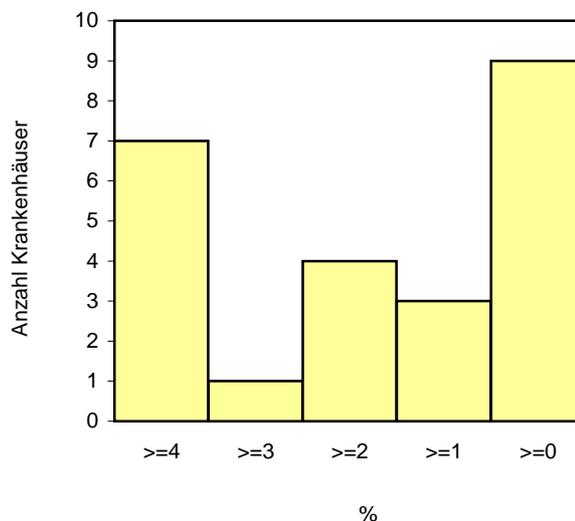
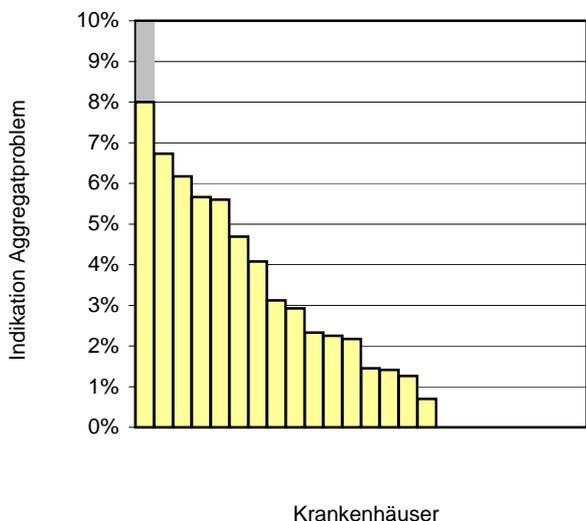
* Vorjahresergebnisse wurden mit der geänderten Rechenregel 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50033]:

Anteil von Patienten mit Aggregatproblem in den Leistungsbereichen 09/5 oder 09/6 als Indikation zu Aggregatwechsel oder Revision, Systemwechsel oder Explantation des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus an allen Eingriffen der jeweils meldenden Institution(en)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

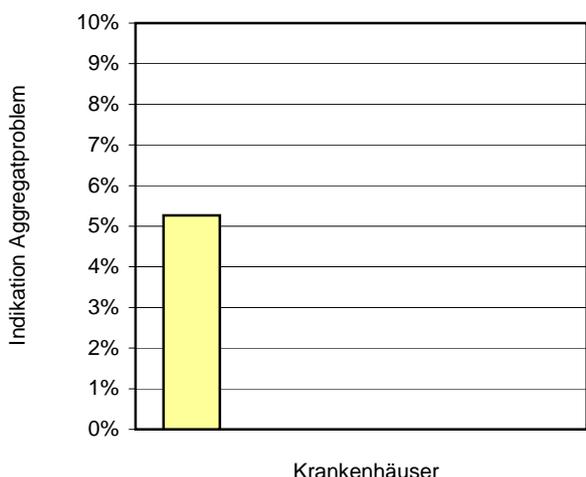
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4,4	6,2	6,7	8,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	2,6			5,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)¹

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50034

Referenzbereich: <= 24,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²				
Sondenproblem			181 / 2.141	8,5%
Dislokation			39 / 2.141	1,8%
Sondenbruch/Isolationsdefekt			43 / 2.141	2,0%
Zwerchfellzucken			7 / 2.141	0,3%
Oversensing			34 / 2.141	1,6%
Undersensing			11 / 2.141	0,5%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			47 / 2.141	2,2%
Perforation			1 / 2.141	0,0%
Infektion			21 / 2.141	1,0%
sonstiges Sondenproblem			44 / 2.141	2,1%
Patienten mit Indikation Sondenproblem bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²			244 / 2.141	11,4%
Vertrauensbereich				10,1% - 12,8%
Referenzbereich		<= 24,6%		<= 24,6%

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Sondenproblem bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²			235 / 2.044	11,5%
Vertrauensbereich				10,1% - 13,0%

¹ Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/4 und in 09/5 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/6.

² Patienten mit Sondenproblem (Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Perforation, Infektion oder sonstigem Sondenproblem) als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICDSystems.

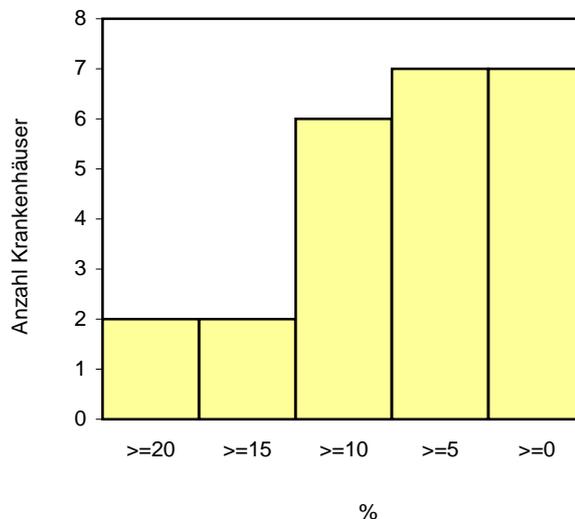
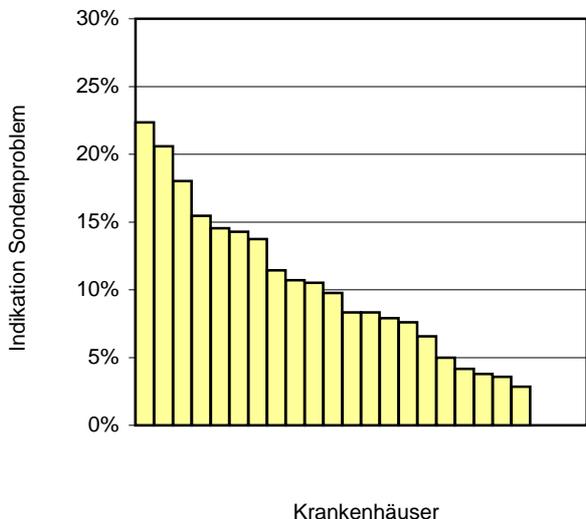
³ Vorjahresergebnisse wurden mit der geänderten Rechenregel 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50034]:

Anteil von Patienten mit Sondenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder - Aggregatwechsel (09/5)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

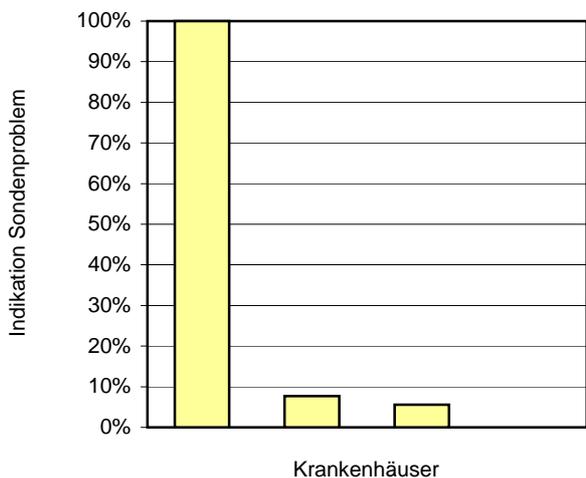
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	4,0	8,3	14,0	18,0	20,6	22,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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			2,8	6,6	53,8			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Infektion als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)¹

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50035

Referenzbereich: <= 6,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²				
Systeminfektion			21 / 2.141	1,0%
sonstige Infektion			23 / 2.141	1,1%
Infektion der				
Vorhofsonde			10 / 2.141	0,5%
1. Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			21 / 2.141	1,0%
2. Ventrikelsonde			7 / 2.141	0,3%
3. Ventrikelsonde			0 / 2.141	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 2.141	0,0%
Patienten mit Indikation Infektion bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²			47 / 2.141	2,2%
Vertrauensbereich				1,6% - 2,9%
Referenzbereich		<= 6,9%		<= 6,9%

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Infektion bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²			44 / 2.044	2,2%
Vertrauensbereich				1,6% - 2,9%

¹ Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/4 und in 09/5 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/6.

² Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion oder Sondenproblem Infektion als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

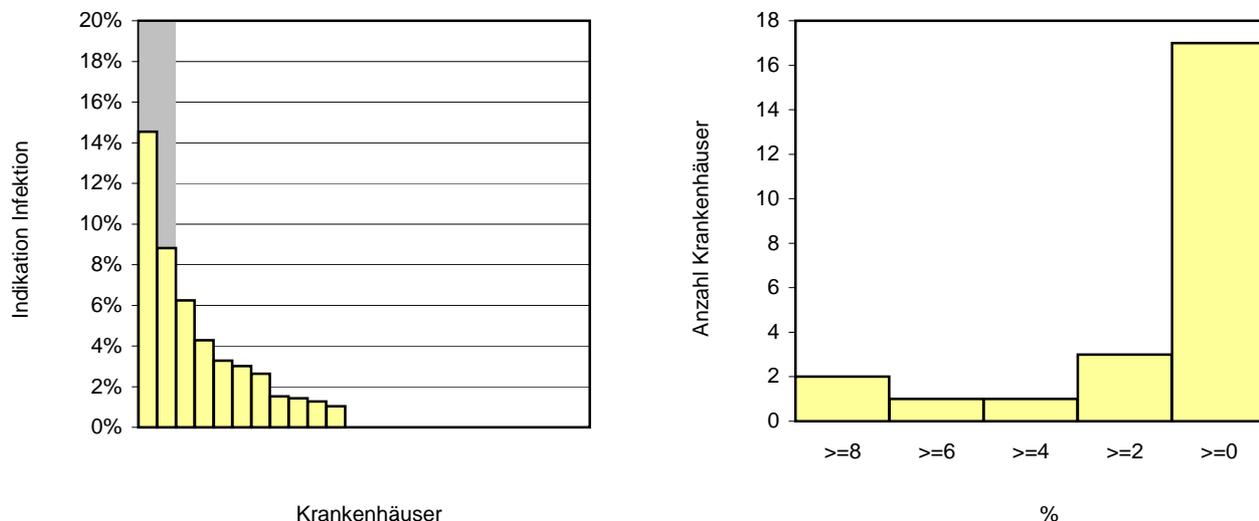
³ Vorjahresergebnisse wurden mit der geänderten Rechenregel 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50035]:

Anteil von Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion oder Sondenproblem Infektion als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation des ICD-Systems bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

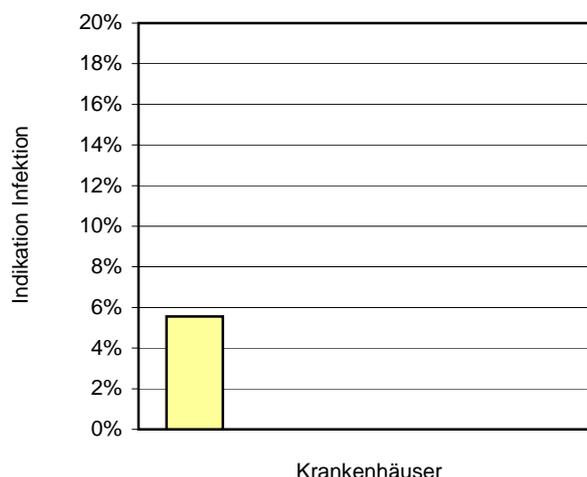
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	6,3	8,8	14,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	2,8			5,6

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Testung des Defibrillators

Qualitätsziel: Möglichst oft Durchführung eines intraoperativen Defibrillationstests

Grundgesamtheit: Alle Patienten (außer Patienten ohne Defibrillationstest wegen intrakardialen Thromben oder katecholaminpflichtigem Lungenödem)

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50036

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit durchgeführtem Defibrillationstest			234 / 432	54,2%
Vertrauensbereich				49,3% - 58,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

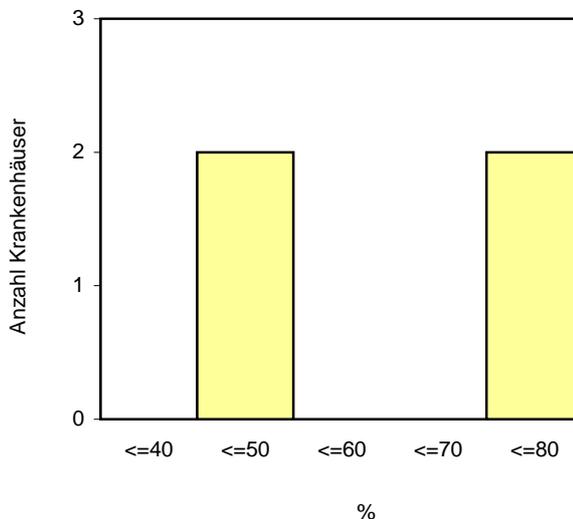
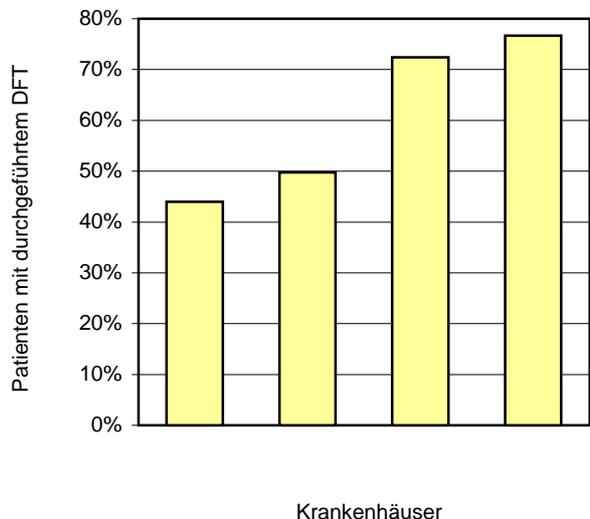
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit durchgeführtem Defibrillationstest			237 / 436	54,4%
Vertrauensbereich				49,5% - 59,1%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50036]:

Anteil von Patienten mit durchgeführtem Defibrillationstest (DFT) an allen Patienten (außer Patienten ohne Defibrillationstest (DFT) wegen intrakardialen Thromben oder katecholaminpflichtigem Lungenödem)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

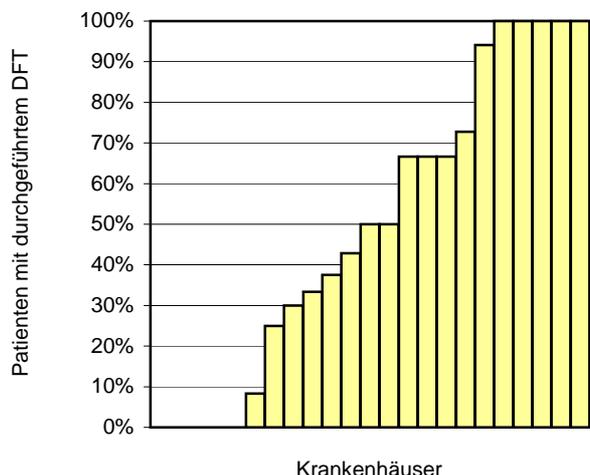
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,0			46,9	61,1	74,5			76,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 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	8,3	50,0	94,1	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwelle	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
	Gruppe 2:	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n6-ICD-REV/50037
	Gruppe 2:	2011/09n6-ICD-REV/50038
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			111 / 113	98,2%
Vertrauensbereich				93,6% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			329 / 332	99,1%
Vertrauensbereich				97,3% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

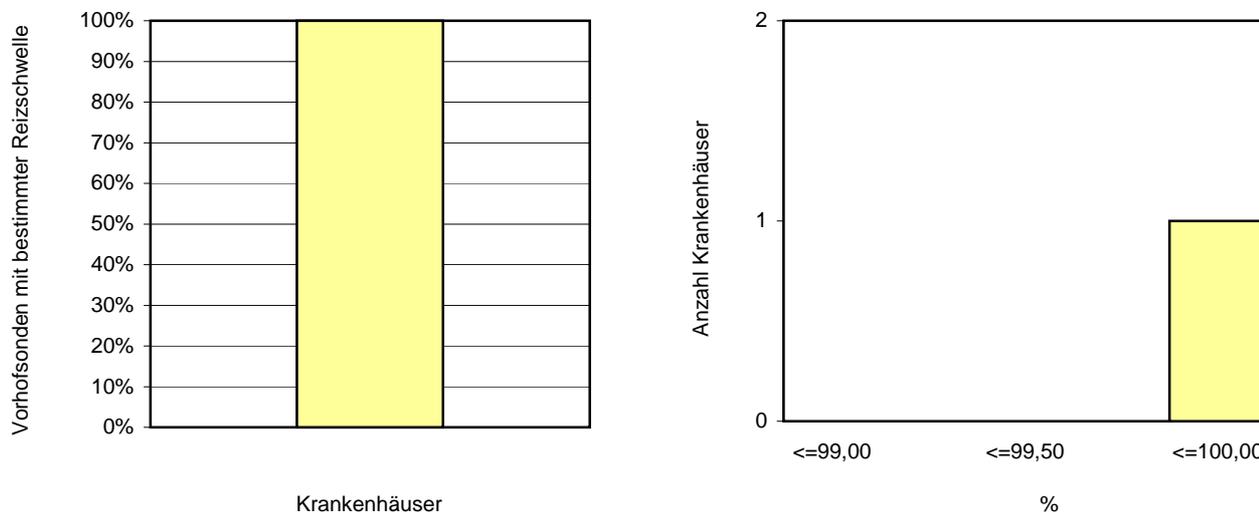
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			82 / 84	97,6%
Vertrauensbereich				91,5% - 99,8%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			328 / 330	99,4%
Vertrauensbereich				97,8% - 99,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50037]:

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:

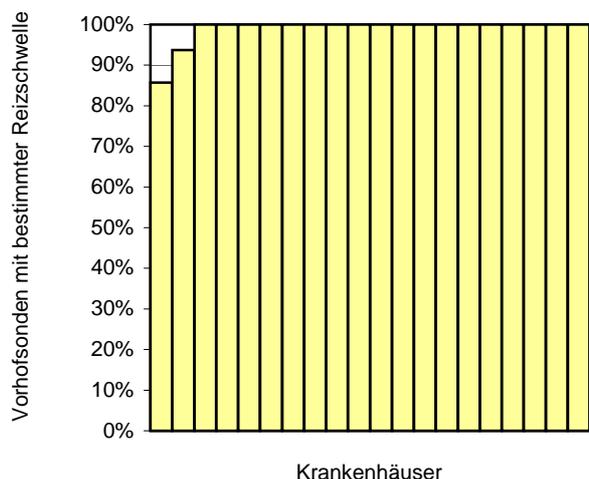
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

20 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

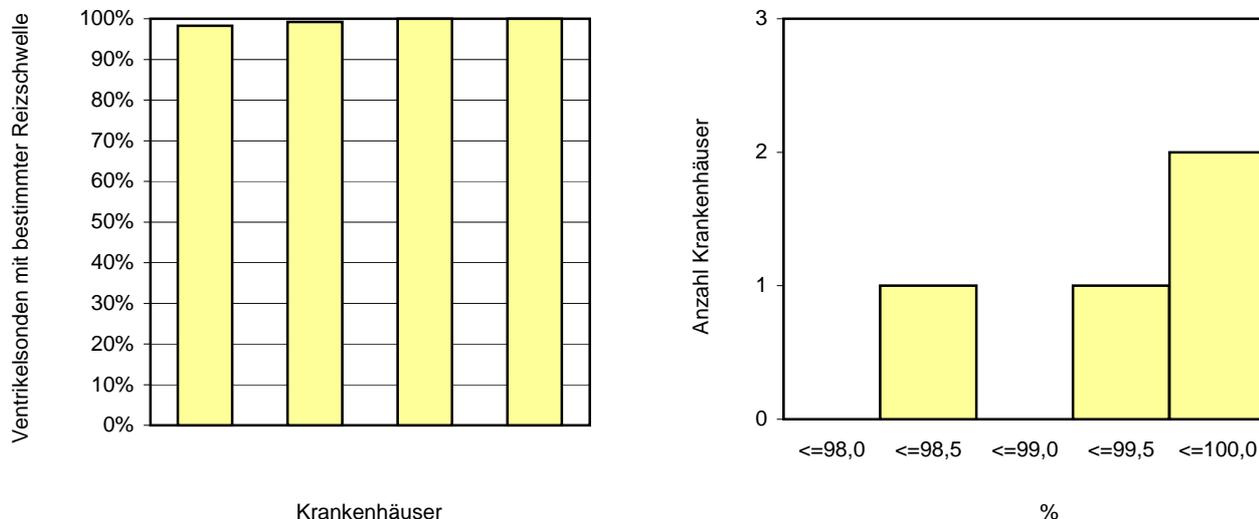


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	89,7	96,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

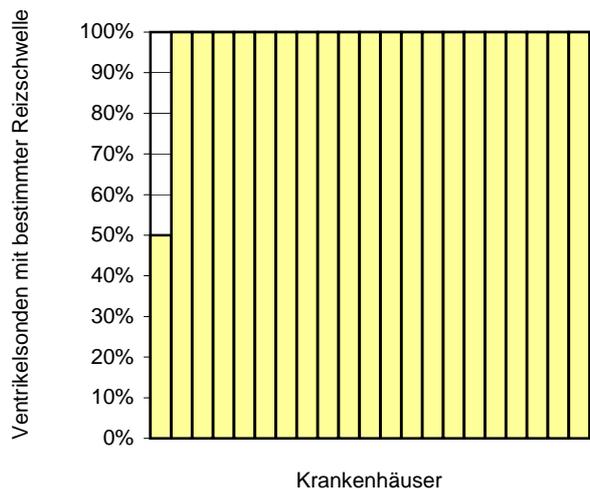
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50038]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit
 Sondenproblemen**

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
	98,3			98,7	99,6	100,0			100,0

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



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Möglichst oft Bestimmung der Signalamplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern)
	Gruppe 2:	Alle revidierten rechtsventrikulären Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2011/09n6-ICD-REV/50039
	Gruppe 2:	2011/09n6-ICD-REV/50040
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			116 / 119	97,5%
Vertrauensbereich				92,7% - 99,5%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			183 / 187	97,9%
Vertrauensbereich				94,6% - 99,4%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			94 / 95	98,9%
Vertrauensbereich				94,1% - 100,0%
Gruppe 2' Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			161 / 163	98,8%
Vertrauensbereich				95,6% - 99,9%

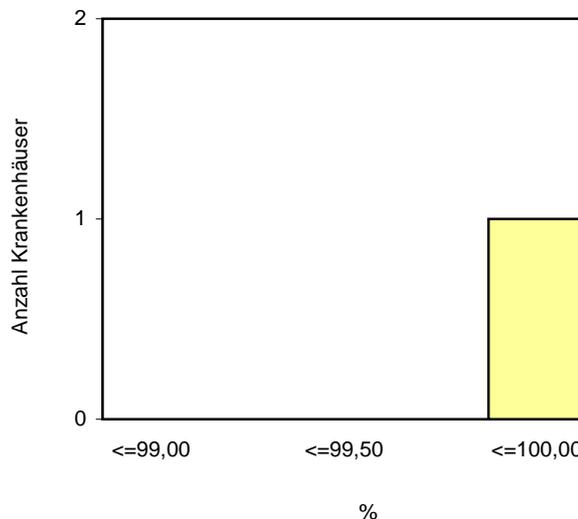
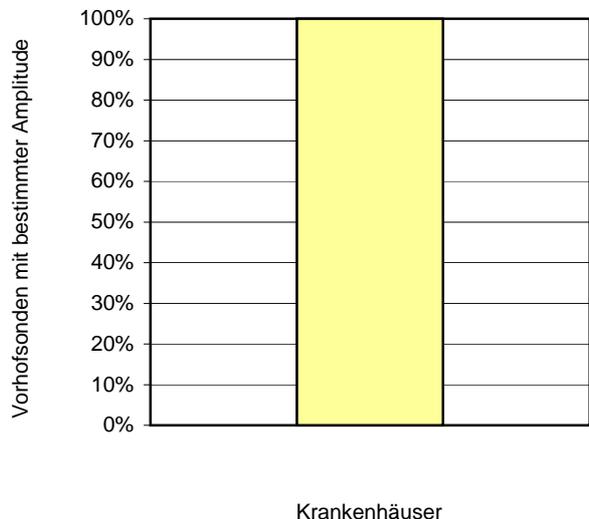
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit der geänderten Rechenregel 2011 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2010 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50039]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

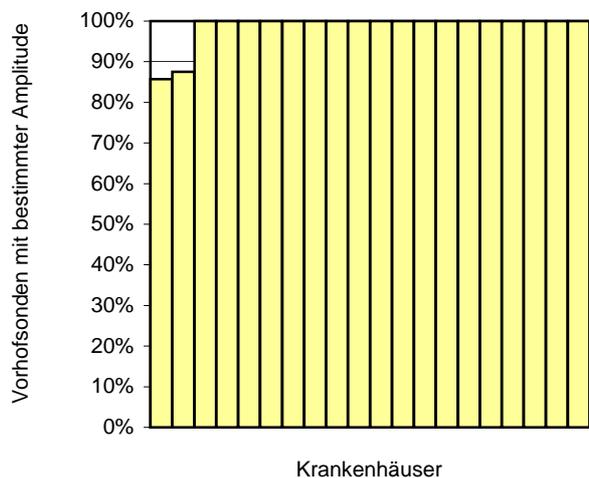
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

20 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

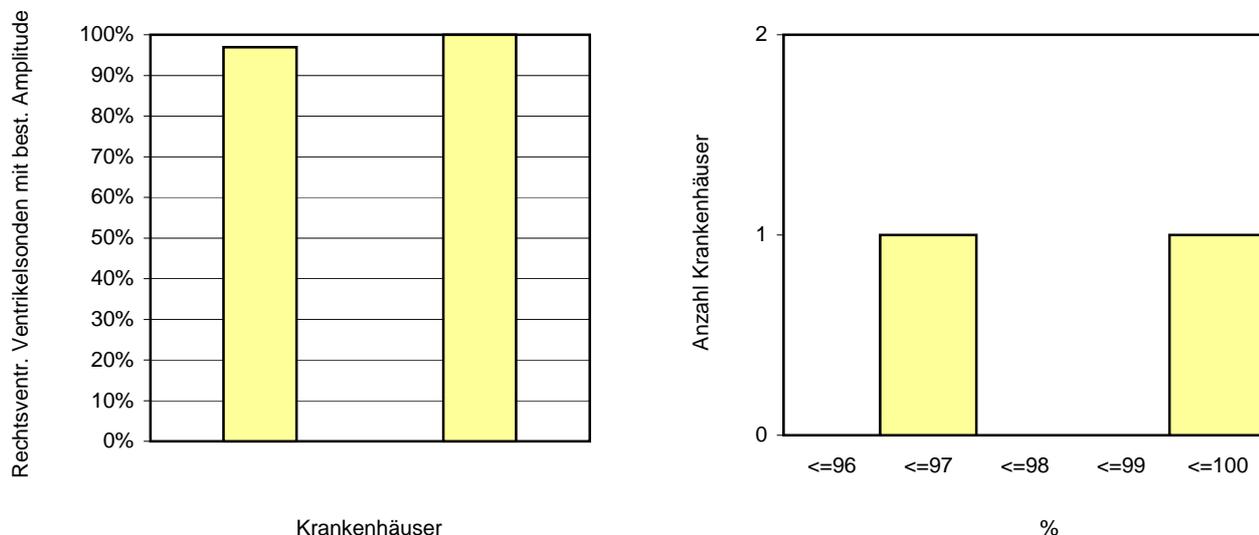


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7	86,6	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

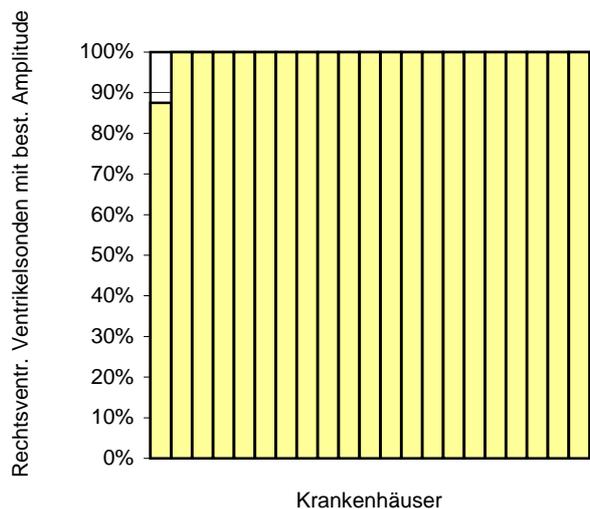
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50040]:
 Anteil von rechtsventrikulären Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten rechtsventrikulären
 Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,9				98,5				100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Möglichst wenige perioperative Komplikationen	
Grundgesamtheit:	Chirurgische Komplikationen:	Alle Patienten
Kennzahl-ID:	Chirurgische Komplikationen:	2011/09n6-ICD-REV/50041
Referenzbereich:	Chirurgische Komplikationen: <= 7,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			4 / 481	0,8%
Kardiopulmonale Reanimation			0 / 481	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹			4 / 481	0,8%
Vertrauensbereich				0,2% - 2,1%
Referenzbereich		<= 7,6%		<= 7,6%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 481	0,2%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 481	0,0%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 481	0,0%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			3 / 481	0,6%
postoperative Wundinfektion			0 / 481	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 481	0,0%
CDC A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0 / 481	0,0%
CDC A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0 / 481	0,0%

¹ interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			1 / 481	0,2%
Patienten mit Sondendislokation			0 / 481	0,0%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			0 / 307	0,0%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			0 / 407	0,0%
Ventrikelsondendislokation erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			0 / 407	0,0%
zweite Ventrikelsonde			0 / 262	0,0%
dritte Ventrikelsonde			0 / 6	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 3	0,0%
weitere inaktive/stillgelegte Sonde			0 / 11	0,0%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 481	0,2%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			1 / 304	0,3%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			0 / 402	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			0 / 402	0,0%
zweite Ventrikelsonde			0 / 259	0,0%
dritte Ventrikelsonde			0 / 5	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 3	0,0%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 481	0,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			5 / 481	1,0%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,4%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-System

Grundgesamtheit: Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof: Alle Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof
 Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel: Alle Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel

Kennzahl-ID: Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof: 2011/09n6-ICD-REV/50042
 Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel: 2011/09n6-ICD-REV/50043

Referenzbereich: Sondendislokation oder -dysfunktion Vorhof:
 <= 11,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

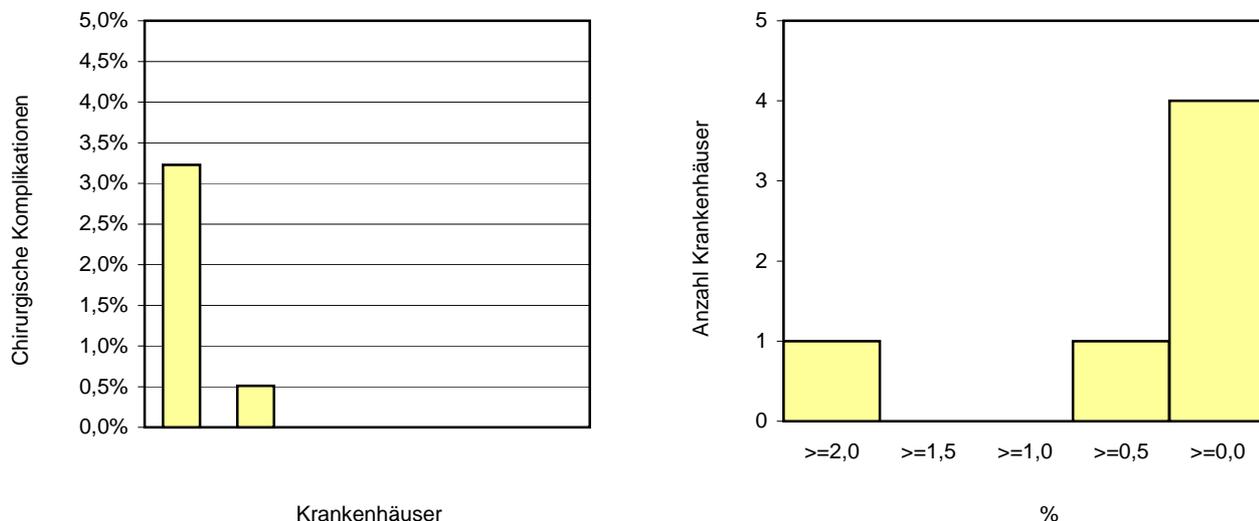
Sondendislokation oder -dysfunktion Ventrikel:
 <= 4,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion der Vorhofsonde			1 / 120	 0,8%
Vertrauensbereich				0,0% - 4,7%
Referenzbereich		<= 11,1%		<= 11,1%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion einer Ventrikelsonde			0 / 316	 0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 1,2%
Referenzbereich		<= 4,8%		<= 4,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion der Vorhofsonde			1 / 96	 1,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 5,8%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion einer Ventrikelsonde			4 / 314	 1,3%
Vertrauensbereich				0,3% - 3,3%

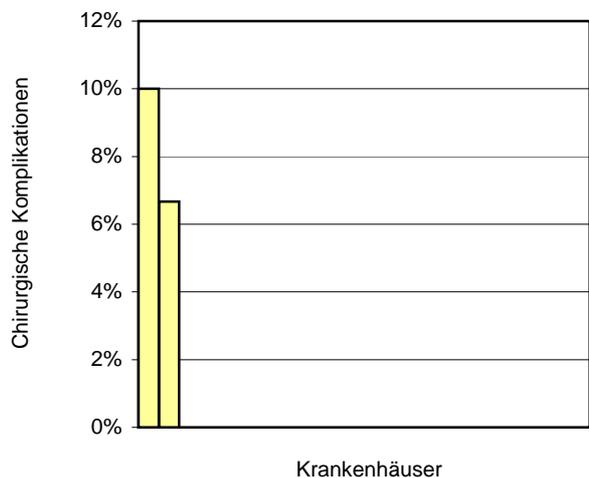
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50041]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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	0,5			3,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 22 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	6,7	10,0

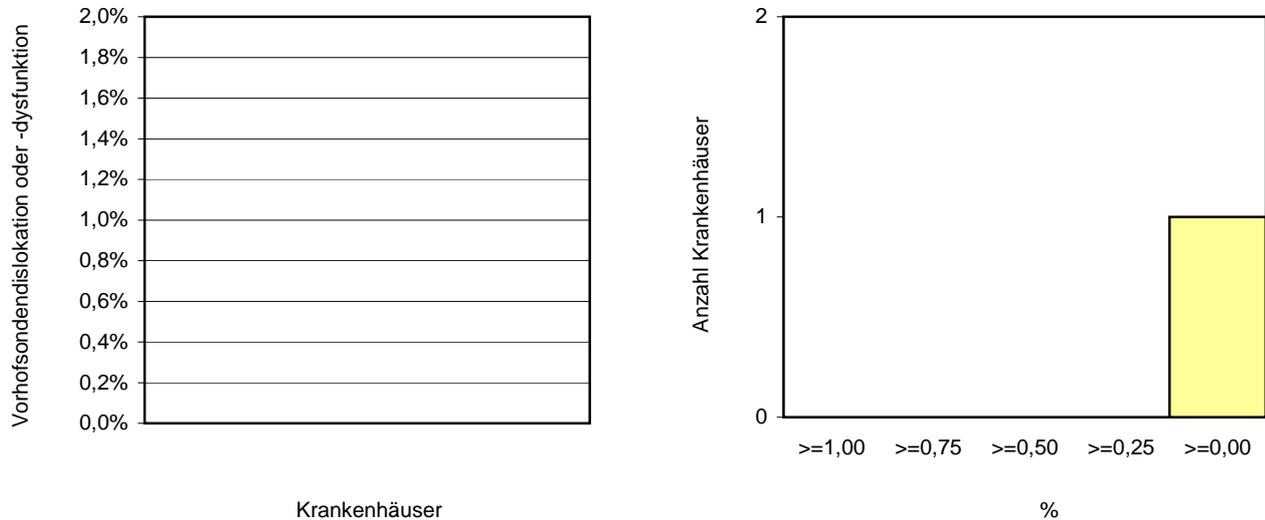
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50042]:

Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion der Vorhofsonde an allen Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

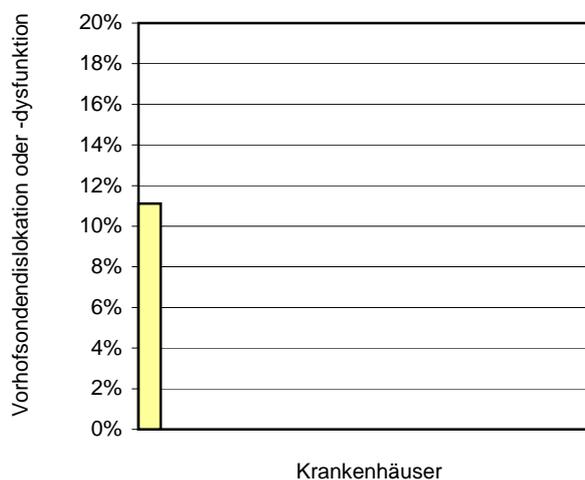
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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:

20 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

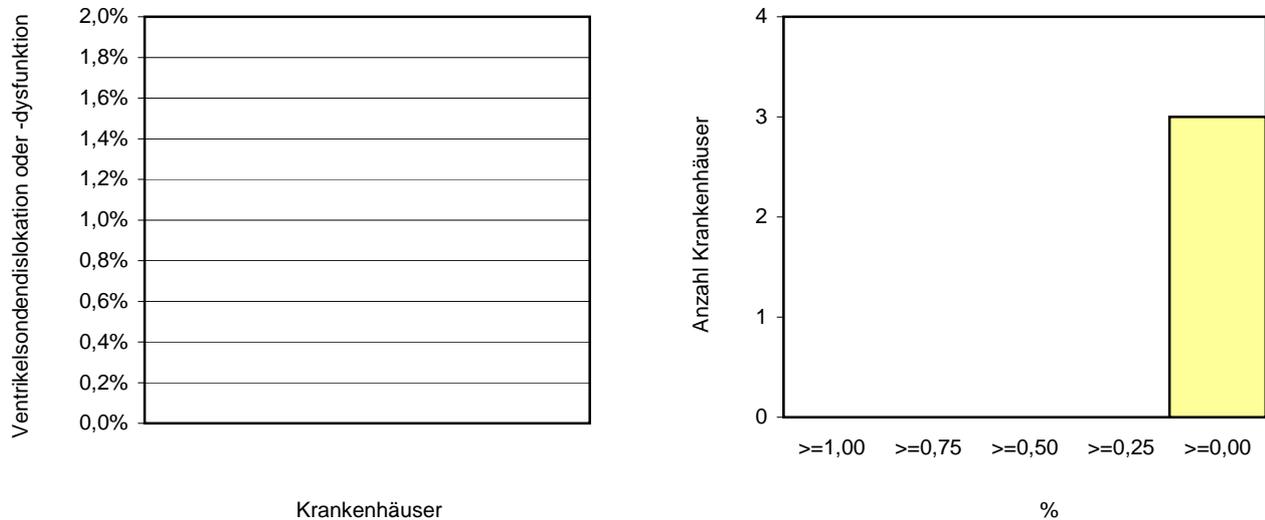


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	11,1

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

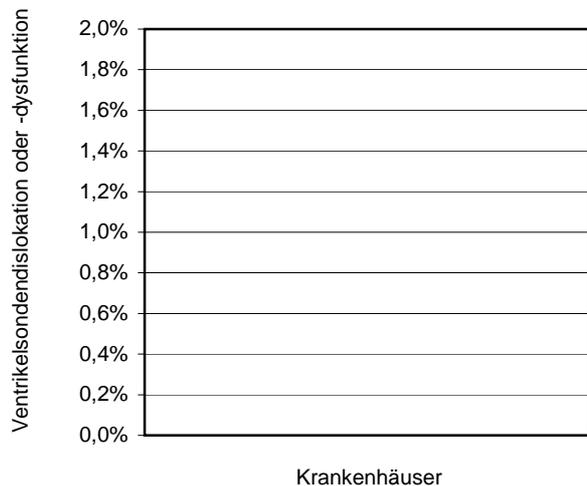
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50043]:
 Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion einer Ventrikelsonde an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel**

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 22 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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50044

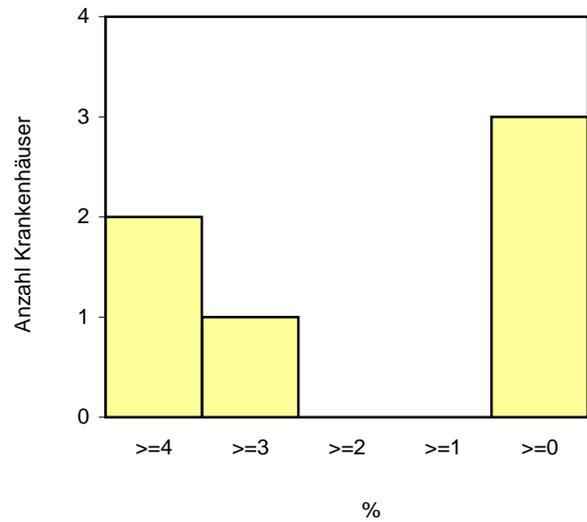
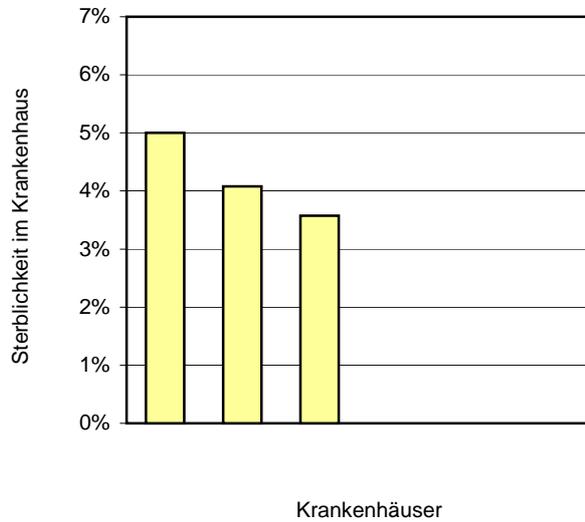
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			10 / 481	2,1%
Vertrauensbereich				1,0% - 3,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			17 / 481	3,5%
Vertrauensbereich				2,1% - 5,6%

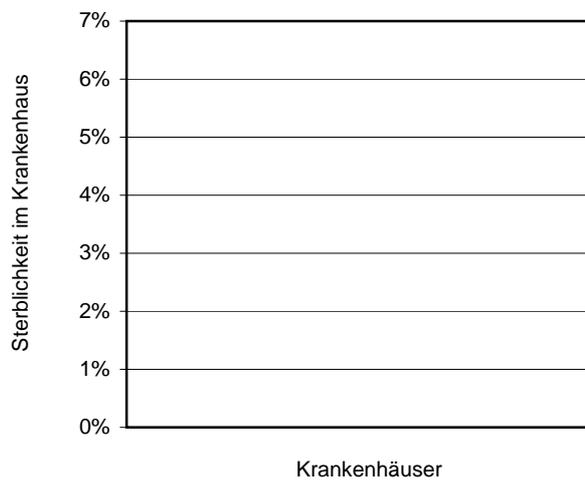
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/50044]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/51196
Referenzbereich: <= 4,07 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		10 / 481 2,08%
vorhergesagt (E) ¹		11,45 / 481 2,38%
O - E		-0,30%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score 9b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		0,87
Referenzbereich	<= 4,07	<= 4,07

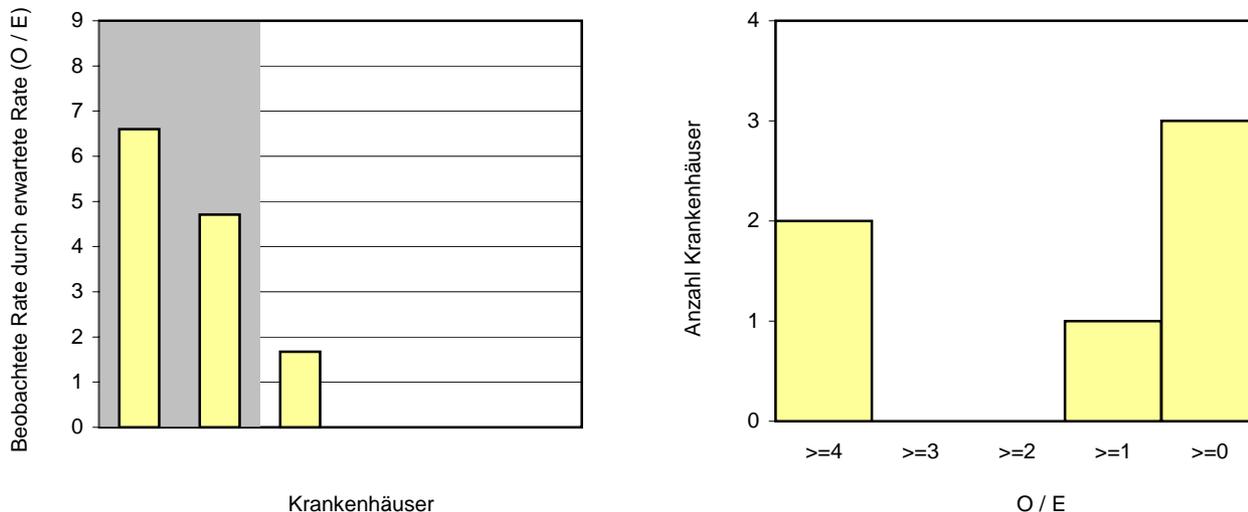
² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		17 / 481 3,53%
vorhergesagt (E)		9,64 / 481 2,00%
O - E		1,53%
O / E		1,76

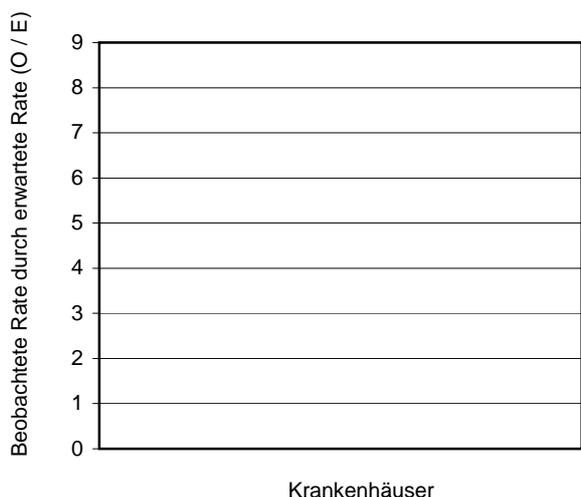
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2011/09n6-ICD-REV/51196]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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	0,84	4,71			6,60

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 22 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	0,00	0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2011

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/
Systemwechsel/Explantation

09/6

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 28

Anzahl Datensätze Gesamt: 481

Datensatzversion: 09/6 2011 14.0

Datenbankstand: 29. Februar 2012

2011 - D11670-L77099-P36565

Basisdaten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze			481		481	
1. Quartal			132	27,4	128	26,6
2. Quartal			130	27,0	143	29,7
3. Quartal			124	25,8	115	23,9
4. Quartal			95	19,8	95	19,8
Gesamt			481	100,0	481	100,0

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		481		481	
Median			2,0		3,0
Mittelwert			8,2		9,2
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		481		481	
Median			2,0		2,0
Mittelwert			6,9		8,5
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		481		481	
Median			5,0		7,0
Mittelwert			15,1		17,6

OPS 2011¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2011

1	5-378.9d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
2	5-378.76	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
3	5-378.26	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
4	5-378.66	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
5	5-378.74	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation

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				5-378.9d	109	22,7	5-378.9d	111	23,1
2				5-378.76	64	13,3	5-378.76	52	10,8
3				5-378.26	46	9,6	5-378.26	39	8,1
4				5-378.66	42	8,7	5-378.66	37	7,7
5				5-378.74	32	6,7	5-378.64	31	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	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
2	Z95.0	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
5	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
6	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators
7	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
8	I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend

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				I42.0	167	34,7	I42.0	165	34,3
2				Z95.0	165	34,3	I25.5	127	26,4
3				I10.00	127	26,4	I10.00	112	23,3
4				T82.1	122	25,4	T82.1	107	22,2
5				I25.5	119	24,7	Z95.0	105	21,8
6				Z45.0	91	18,9	Z45.0	91	18,9
7				I50.13	80	16,6	I47.2	73	15,2
8				I25.22	72	15,0	I25.22	65	13,5

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			481 / 481		481 / 481	
< 50 Jahre			37 / 481	7,7	57 / 481	11,9
50 - 59 Jahre			86 / 481	17,9	74 / 481	15,4
60 - 69 Jahre			116 / 481	24,1	131 / 481	27,2
70 - 79 Jahre			186 / 481	38,7	185 / 481	38,5
80 - 89 Jahre			54 / 481	11,2	33 / 481	6,9
>= 90 Jahre			2 / 481	0,4	1 / 481	0,2
Alter (Jahre)¹						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			481		481	
Median				70,0		68,0
Mittelwert				66,7		65,1
Geschlecht						
männlich			384	79,8	388	80,7
weiblich			97	20,2	93	19,3

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

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			12	2,5	16	3,3
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			66	13,7	66	13,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			341	70,9	354	73,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			62	12,9	45	9,4
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			415	86,3	413	85,9
bedingt aseptische Eingriffe			12	2,5	10	2,1
kontaminierte Eingriffe			2	0,4	6	1,2
septische Eingriffe			52	10,8	52	10,8

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Infektion						
Systeminfektion			51	10,6	57	11,9
sonstige			27	5,6	18	3,7
Taschenproblem (exklusive Infektion)						
Taschenhämatom			8	1,7	9	1,9
sonstige			29	6,0	30	6,2
Indikation zum Aggregatwechsel						
Batterieerschöpfung			69	14,3	86	17,9
Fehlfunktion/Rückruf			3	0,6	5	1,0
vorzeitiger Aggregat- austausch anlässlich einer Revisionsoperation			14	2,9	5	1,0
sonstige Indikation			13	2,7	10	2,1
Systemumwandlung						
zwischen ICD-Systemen vom Defibrillator zum Schrittmacher			125	26,0	127	26,4
			2	0,4	3	0,6
Sondenproblem			234	48,6	223	46,4
ineffektive Defibrillation			7	1,5	5	1,0
sonstige			37	7,7	60	12,5
Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)Op vor diesem Eingriff						
eigene Institution			336	69,9	335	69,6
andere Institution			145	30,1	146	30,4
Therapien abgegeben						
nein			364	75,7	323	67,2
adäquat			65	13,5	89	18,5
inadäquat			48	10,0	46	9,6
beides			4	0,8	23	4,8

Operation

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			481		481	
Median				68,0		70,0
Mittelwert				83,7		84,8
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			379		378	
Median				6,0		7,1
Mittelwert				11,6		13,4
intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
ja			234	48,6	237	49,3
nein, wegen intrakardialen Thromben			27	5,6	36	7,5
nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem)			22	4,6	9	1,9
nein, aus sonstigen Gründen			198	41,2	199	41,4
wenn intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J						
ja			233 / 234	99,6	231 / 237	97,5
nein			1 / 234	0,4	6 / 237	2,5

ICD-System

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
aktives System (nach dem Eingriff)						
keines (Explantation oder Stilllegung)			75	15,6	99	20,6
VVI			82	17,0	85	17,7
DDD ohne AV-Management			25	5,2	22	4,6
DDD mit AV-Management			49	10,2	40	8,3
VDD			0	0,0	0	0,0
CRT-System mit einer Vorhofsonde			225	46,8	202	42,0
CRT-System ohne Vorhofsonde			24	5,0	30	6,2
sonstiges			1	0,2	3	0,6

ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Art des Vorgehens						
Aggregat nicht vorhanden			7	1,5	7	1,5
kein Eingriff am Aggregat			163	33,9	162	33,7
Wechsel			187	38,9	153	31,8
Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral			19	4,0	31	6,4
Aggregatverlagerung			25	5,2	27	5,6
Explantation			75	15,6	97	20,2
sonstiges			5	1,0	4	0,8
bei vorhandenem Aggregat						
Aggregatposition						
infraclaviculär subcutan			191 / 399	47,9	142 / 377	37,7
infraclaviculär subfaszial			77 / 399	19,3	85 / 377	22,5
infraclaviculär submuskulär			130 / 399	32,6	149 / 377	39,5
abdominal			0 / 399	0,0	1 / 377	0,3
andere			1 / 399	0,3	0 / 377	0,0
bei Explantation						
explantiertes System						
VVI			129 / 281	45,9	121 / 281	43,1
DDD ohne AV-Management			48 / 281	17,1	56 / 281	19,9
DDD mit AV-Management			18 / 281	6,4	20 / 281	7,1
VDD			0 / 281	0,0	1 / 281	0,4
CRT-System mit einer Vorhofsonde			79 / 281	28,1	73 / 281	26,0
CRT-System ohne Vorhofsonde			4 / 281	1,4	4 / 281	1,4
sonstiges			3 / 281	1,1	6 / 281	2,1
Zeit zwischen Implantation und Explantation (in Jahren)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			263		273	
Median				4,0		3,0
Mittelwert				3,7		3,4
Jahr der Implantation nicht bekannt			18 / 281	6,4	8 / 281	2,8

Sonden

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			181	37,6	173	36,0
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			16	3,3	6	1,2
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			28	5,8	22	4,6
Neuimplantation zusätzlich Neuplatzierung			67	13,9	52	10,8
Reparatur			9	1,9	16	3,3
Explantation			0	0,0	0	0,0
Stilllegung			48	10,0	71	14,8
sonstiges			3	0,6	6	1,2
			3	0,6	3	0,6
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			68 / 174	39,1	53 / 176	30,1
Dislokation			14 / 174	8,0	26 / 176	14,8
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			13 / 174	7,5	5 / 176	2,8
Zwerchfellzucken			1 / 174	0,6	0 / 176	0,0
Oversensing			6 / 174	3,4	4 / 176	2,3
Undersensing			5 / 174	2,9	1 / 176	0,6
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			10 / 174	5,7	4 / 176	2,3
Perforation			1 / 174	0,6	1 / 176	0,6
Infektion			34 / 174	19,5	50 / 176	28,4
sonstige			22 / 174	12,6	32 / 176	18,2
bei aktiven Sonden (außer VDD)						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			239		219	
Median				0,8		0,8
Mittelwert				0,9		0,9
nicht gemessen			64 / 304	21,1	53 / 272	19,5
wegen Vorhofflimmerns			36 / 304	11,8	32 / 272	11,8
aus anderen Gründen			28 / 304	9,2	21 / 272	7,7

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			254		237	
Median				2,4		2,5
Mittelwert				2,7		2,9
nicht gemessen			47 / 304	15,5	33 / 272	12,1
wegen Vorhofflimmerns			16 / 304	5,3	9 / 272	3,3
aus anderen Gründen			31 / 304	10,2	24 / 272	8,8

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			226	47,0	213	44,3
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			72	15,0	59	12,3
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			59	12,3	61	12,7
Neuimplantation zusätzlich Neuplatzierung			9	1,9	11	2,3
Reparatur			21	4,4	20	4,2
Explantation			1	0,2	0	0,0
Stilllegung des Pace/Sense- Anteils der Sonde			74	15,4	90	18,7
Stilllegung des Defibrillations- anteils der Sonde			11	2,3	10	2,1
Stilllegung der gesamten Sonde			0	0,0	0	0,0
sonstiges			5	1,0	7	1,5
bei Eingriff an der Sonde			3	0,6	9	1,9
Problem						
Systemumstellung			5 / 255	2,0	7 / 267	2,6
Dislokation			18 / 255	7,1	30 / 267	11,2
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			48 / 255	18,8	30 / 267	11,2
Zwerchfellzucken			1 / 255	0,4	0 / 267	0,0
Oversensing			42 / 255	16,5	39 / 267	14,6
Undersensing			5 / 255	2,0	7 / 267	2,6
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			36 / 255	14,1	39 / 267	14,6
Perforation			6 / 255	2,4	4 / 267	1,5
Infektion			49 / 255	19,2	62 / 267	23,2
sonstige			45 / 255	17,6	49 / 267	18,4
bei aktiven Sonden						
Defibrillations- Elektroden						
Single Coil			85 / 402	21,1	91 / 383	23,8
Dual Coil			317 / 402	78,9	292 / 383	76,2
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			315 / 407	77,4	358 / 390	91,8
rechtsventrikuläres Septum			88 / 407	21,6	26 / 390	6,7
andere			4 / 407	1,0	6 / 390	1,5

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			363		340	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
nicht gemessen			27 / 391	6,9	33 / 373	8,8
separate Pace/ Sense-Sonde			0 / 391	0,0	9 / 373	2,4
aus anderen Gründen			27 / 391	6,9	24 / 373	6,4
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			342		314	
Median				11,4		11,7
Mittelwert				12,2		12,7
nicht gemessen			45 / 391	11,5	55 / 373	14,7
separate Pace/ Sense-Sonde			0 / 391	0,0	9 / 373	2,4
kein Eigenrhythmus			12 / 391	3,1	20 / 373	5,4
aus anderen Gründen			33 / 391	8,4	26 / 373	7,0

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zweite Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			90	18,7	83	17,3
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			14	2,9	6	1,2
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			32	6,7	28	5,8
Neuimplantation zusätzlich Neuplatzierung			112	23,3	125	26,0
Reparatur			7	1,5	11	2,3
Explantation			1	0,2	0	0,0
Stilllegung			40	8,3	46	9,6
sonstiges			3	0,6	3	0,6
			3	0,6	5	1,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			105 / 212	49,5	113 / 224	50,4
Dislokation			19 / 212	9,0	20 / 224	8,9
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			14 / 212	6,6	9 / 224	4,0
Zwerchfellzucken			7 / 212	3,3	6 / 224	2,7
Oversensing			3 / 212	1,4	4 / 224	1,8
Undersensing			2 / 212	0,9	0 / 224	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			14 / 212	6,6	9 / 224	4,0
Perforation			2 / 212	0,9	1 / 224	0,4
Infektion			26 / 212	12,3	28 / 224	12,5
sonstige			20 / 212	9,4	34 / 224	15,2
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			27 / 262	10,3	17 / 261	6,5
rechtsventrikuläres Septum			21 / 262	8,0	18 / 261	6,9
Koronarvene, anterior			8 / 262	3,1	13 / 261	5,0
Koronarvene, lateral, posterolateral			181 / 262	69,1	182 / 261	69,7
Koronarvene, posterior			16 / 262	6,1	13 / 261	5,0
epimyokardial linksventrikulär			6 / 262	2,3	7 / 261	2,7
andere			3 / 262	1,1	11 / 261	4,2

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			240		241	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,1		1,1
nicht gemessen			19 / 259	7,3	17 / 258	6,6
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			204		193	
Median				12,5		12,5
Mittelwert				14,1		14,6
nicht gemessen			53 / 259	20,5	63 / 258	24,4
kein Eigenrhythmus			14 / 259	5,4	23 / 258	8,9
aus anderen Gründen			39 / 259	15,1	40 / 258	15,5

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dritte Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			1	0,2	0	0,0
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			1	0,2	0	0,0
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation zusätzlich Neuplatzierung			3	0,6	9	1,9
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Explantation			2	0,4	3	0,6
Stilllegung			1	0,2	2	0,4
sonstiges			0	0,0	0	0,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			0 / 7	0,0	1 / 14	7,1
Dislokation			0 / 7	0,0	0 / 14	0,0
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 7	14,3	2 / 14	14,3
Zwerchfellzucken			0 / 7	0,0	0 / 14	0,0
Oversensing			2 / 7	28,6	0 / 14	0,0
Undersensing			0 / 7	0,0	0 / 14	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			1 / 7	14,3	3 / 14	21,4
Perforation			0 / 7	0,0	0 / 14	0,0
Infektion			2 / 7	28,6	2 / 14	14,3
sonstige			1 / 7	14,3	6 / 14	42,9
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			5 / 6	83,3	3 / 11	27,3
rechtsventrikuläres Septum			1 / 6	16,7	0 / 11	0,0
Koronarvene, anterior			0 / 6	0,0	1 / 11	9,1
Koronarvene, lateral, posterolateral			0 / 6	0,0	6 / 11	54,5
Koronarvene, posterior			0 / 6	0,0	0 / 11	0,0
epimyokardial linksventrikulär			0 / 6	0,0	1 / 11	9,1
andere			0 / 6	0,0	0 / 11	0,0

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4		9	
Median				0,7		1,3
Mittelwert				0,7		1,4
nicht gemessen			1 / 5	20,0	0 / 9	0,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4		9	
Median				10,5		13,0
Mittelwert				14,9		13,6
nicht gemessen			1 / 5	20,0	0 / 9	0,0
kein Eigenrhythmus			0 / 5	0,0	0 / 9	0,0
aus anderen Gründen			1 / 5	20,0	0 / 9	0,0

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Andere Defibrillationssonde(n)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			2	0,4	3	0,6
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			0	0,0	0	0,0
Neuimplantation zusätzlich			0	0,0	0	0,0
Neuplatzierung			1	0,2	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Explantation			1	0,2	0	0,0
Stilllegung			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	0	0,0
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			0 / 2	0,0	0 / 0	
Dislokation			0 / 2	0,0	0 / 0	
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 2	0,0	0 / 0	
Perforation			0 / 2	0,0	0 / 0	
Infektion			1 / 2	50,0	0 / 0	
sonstige			1 / 2	50,0	0 / 0	
bei verbleibenden Sonden						
Position						
Vena cava superior			1 / 3	33,3	0 / 3	0,0
Vena subclavia			0 / 3	0,0	2 / 3	66,7
rechter Vorhof			1 / 3	33,3	0 / 3	0,0
subkutan (Sub-Q-Array)			1 / 3	33,3	0 / 3	0,0
epimyokardial (Patch-Elektrode)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
mehrere			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
andere			0 / 3	0,0	1 / 3	33,3

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
weitere inaktive oder explantierte Sonden						
weitere inaktive/ stillgelegte Sonden						
ja			11	2,3	15	3,1
nein			470	97,7	466	96,9
weitere explantierte Sonden						
ja			4	0,8	6	1,2
nein			477	99,2	475	98,8

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri-operativen Komplikation			4	0,8	12	2,5
kardiopulmonale Reanimation			0	0,0	3	0,6
interventionspflichtiger Pneumothorax			1	0,2	2	0,4
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			0	0,0	1	0,2
interventionspflichtiges Taschenhämatom			3	0,6	2	0,4

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
revisionsbedürftige Sondendislokation			0	0,0	0	0,0
Vorhof			0 / 0		0 / 0	
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 0		0 / 0	
zweite Ventrikelsonde			0 / 0		0 / 0	
dritte Ventrikelsonde			0 / 0		0 / 0	
andere Defibrillationssonde			0 / 0		0 / 0	
weitere inaktive/ stillgelegte Sonde			0 / 0		0 / 0	
revisionsbedürftige Sondendysfunktion			1	0,2	5	1,0
Vorhof			1 / 1	100,0	1 / 5	20,0
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 1	0,0	1 / 5	20,0
zweite Ventrikelsonde			0 / 1	0,0	3 / 5	60,0
dritte Ventrikelsonde			0 / 1	0,0	1 / 5	20,0
andere Defibrillationssonde			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0	0,0	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	0	0,0
A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			0	0,0	0	0,0

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			443	92,1	424	88,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			12	2,5	7	1,5
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,2	0	0,0
06: Verlegung			5	1,0	20	4,2
07: Tod			10	2,1	17	3,5
08: Verlegung nach § 14			3	0,6	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			5	1,0	10	2,1
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,2	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,2	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,2
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	0,2
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	%
5-378.04 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			4 / 481	0,8	5 / 481	1,0
5-378.05 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			2 / 481	0,4	5 / 481	1,0
5-378.06 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			3 / 481	0,6	3 / 481	0,6
5-378.19 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Defibrillator			7 / 481	1,5	10 / 481	2,1
5-378.24 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			28 / 481	5,8	20 / 481	4,2
5-378.25 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			6 / 481	1,2	24 / 481	5,0
5-378.26 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			46 / 481	9,6	39 / 481	8,1

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	%
5-378.34 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			18 / 481	3,7	10 / 481	2,1
5-378.35 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			7 / 481	1,5	13 / 481	2,7
5-378.36 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			16 / 481	3,3	30 / 481	6,2
5-378.44 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			4 / 481	0,8	11 / 481	2,3
5-378.45 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			12 / 481	2,5	3 / 481	0,6
5-378.46 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			24 / 481	5,0	19 / 481	4,0
5-378.64 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			27 / 481	5,6	31 / 481	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.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.65 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			18 / 481	3,7	15 / 481	3,1
5-378.66 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			42 / 481	8,7	37 / 481	7,7
5-378.74 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			32 / 481	6,7	30 / 481	6,2
5-378.75 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			15 / 481	3,1	20 / 481	4,2
5-378.76 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			64 / 481	13,3	52 / 481	10,8
5-378.84 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			1 / 481	0,2	1 / 481	0,2
5-378.85 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			0 / 481	0,0	2 / 481	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 Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Anhang: OPS 2011¹ (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-378.86 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			2 / 481	0,4	4 / 481	0,8
5-378.9c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation			14 / 481	2,9	5 / 481	1,0
5-378.9d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			109 / 481	22,7	111 / 481	23,1

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.

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/5 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 2 in 09/6 basieren auf Vorgängen, deren Zähler in beiden Leistungsbereichen 09/5 und 09/6 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/6 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/6 - Qualitätsindikator 2: Aggregatproblem als Indikation zum Eingriff

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

Grundgesamtheit: Alle Eingriffe der jeweils meldenden Institution(en)¹

Kennzahl-ID: 2011/09n6-ICD-REV/50033

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Aggregatwechsel bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ² Fehlfunktion/Rückruf sonstige Indikation zum Aggregatwechsel Laufzeit des ICD-Aggregats < 3 Jahre Patienten mit Indikation Aggregatproblem ³ bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ² Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI 2 in der Auswertung 09/6			

Berechnung der Fälle, die aus 09/6 in den Qualitätsindikator 2 des Leistungsbereiches 09/6 einfließen

Grundgesamtheit: Alle Eingriffe in 09/6

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Aggregatproblem ³ bei vorangegangener ICD-Operation im selben Krankenhaus ²			69 / 481	14,3%

¹ Ergebnisse über 100% können bei diesem Qualitätsindikator entstehen, wenn ein Leistungserbringer in 09/4 und in 09/5 weniger Fälle dokumentiert hat als in 09/6.

² Patienten mit Aggregatproblem in den Leistungsbereichen 09/5 oder 09/6 als Indikation zu Aggregatwechsel (09/5) oder Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

³ Indikation zum Aggregatwechsel ist Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige oder Laufzeit des Aggregats < 3 Jahre

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.sgg.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.

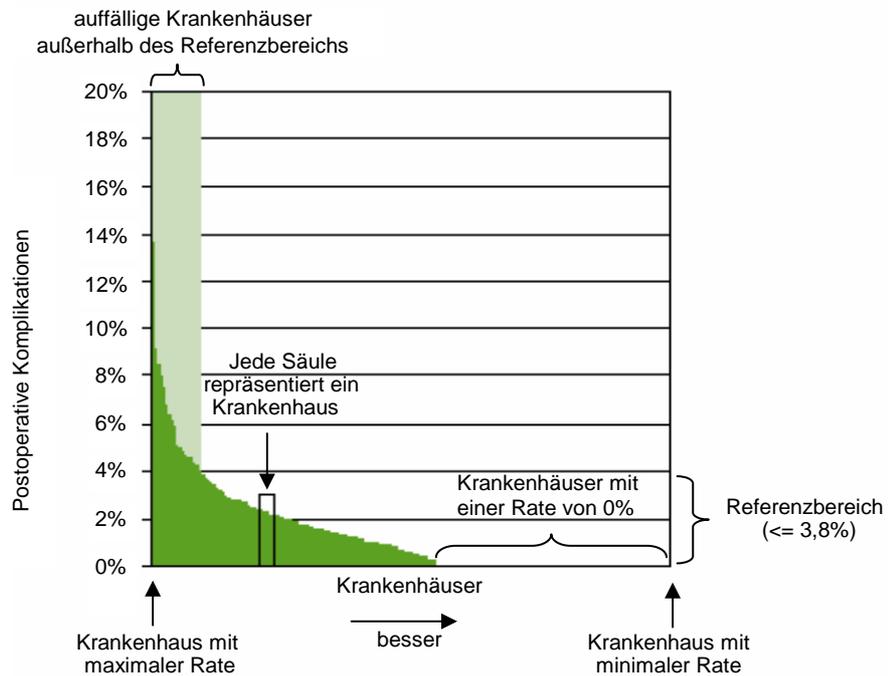
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

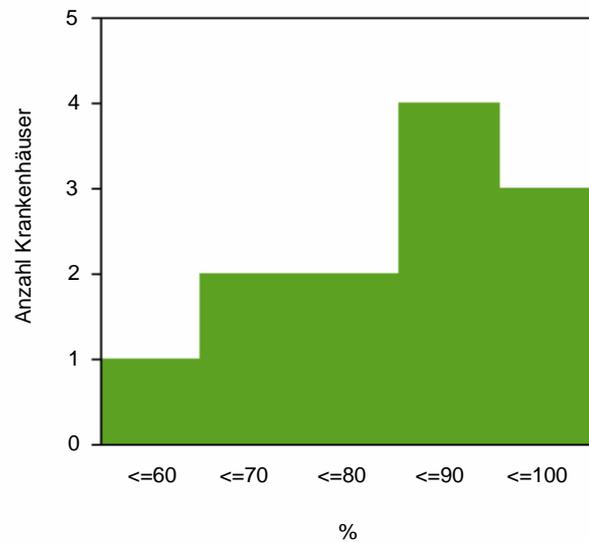
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 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.