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

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 495
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12597-L82511-P39214

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

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

Qualitätsindikatoren

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 495
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12597-L82511-P39214

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Seite
2012/09n3-HSM-REV/693 **QI 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff**			1,1%	<= 3,0%	1.1
2012/09n3-HSM-REV/694 **QI 2: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres**			4,2%	<= 6,0%	1.4
2012/09n3-HSM-REV/695 **QI 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff**			0,7%	<= 1,0%	1.7
QI 4: Perioperative Komplikationen					
4a: 2012/09n3-HSM-REV/1089 chirurgische Komplikationen			0,8%	<= 2,0%	1.9
4b: 2012/09n3-HSM-REV/10638 Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof			2,2%	<= 3,0%	1.12
4c: 2012/09n3-HSM-REV/10639 Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel			0,9%	<= 3,0%	1.12
QI 5: Intraoperative Reizschwellen-bestimmung bei revidierten Sonden					
5a: 2012/09n3-HSM-REV/494 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde			98,8%	>= 95,0%	1.16
5b: 2012/09n3-HSM-REV/495 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden			98,1%	>= 95,0%	1.16
QI 6: Intraoperative Amplituden-bestimmung bei revidierten Sonden					
6a: 2012/09n3-HSM-REV/496 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde			98,8%	>= 95,0%	1.19
6b: 2012/09n3-HSM-REV/497 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden			99,0%	>= 95,0%	1.19

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Seite
QI 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden					
7a: 2012/09n3-HSM-REV/584 Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV			94,3%	>= 80,0%	1.22
7b: 2012/09n3-HSM-REV/585 Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV			99,5%	>= 90,0%	1.22
QI 8: Sterblichkeit im Krankenhaus					
8a: 2012/09n3-HSM-REV/51399 Sterblichkeit im Krankenhaus			1,8%	nicht definiert	1.26
8b: 2012/09n3-HSM-REV/51404 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,99	<= 6,00	1.28

Qualitätsindikator 1: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff

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

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

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

Referenzbereich: <= 3,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken			0 / 3.233	0,0%
Taschenhämatom			2 / 3.233	0,1%
Infektion			16 / 3.233	0,5%
Aggregatperforation			6 / 3.233	0,2%
anderes Taschenproblem			14 / 3.233	0,4%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			36 / 3.233	1,1%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,5%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

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

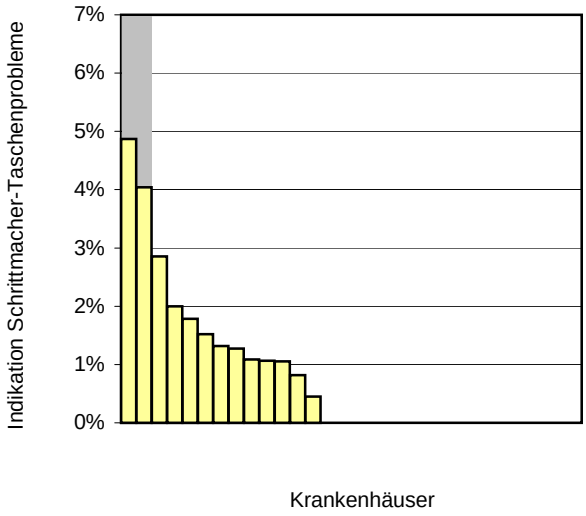
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			17 / 2.957	0,6%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,9%

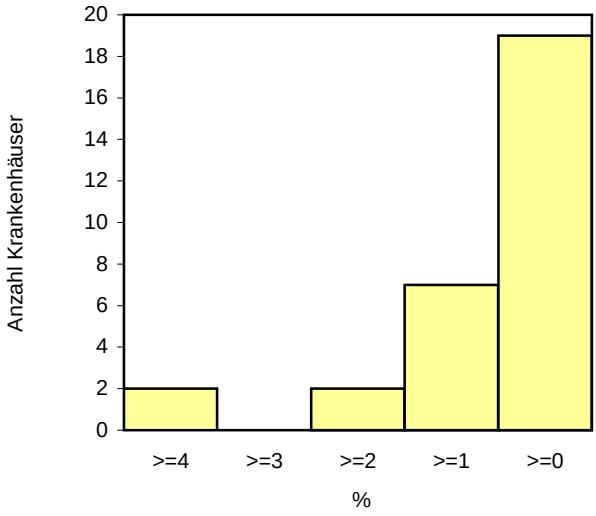
Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation des SM-Aggregats			58 / 3.285	1,8%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/693]:
Anteil von Patienten mit Pektoraliszucken, Taschenhämatom, Infektion, Aggregatperforation oder anderem Taschenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation des Schrittmacher-Aggregats bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

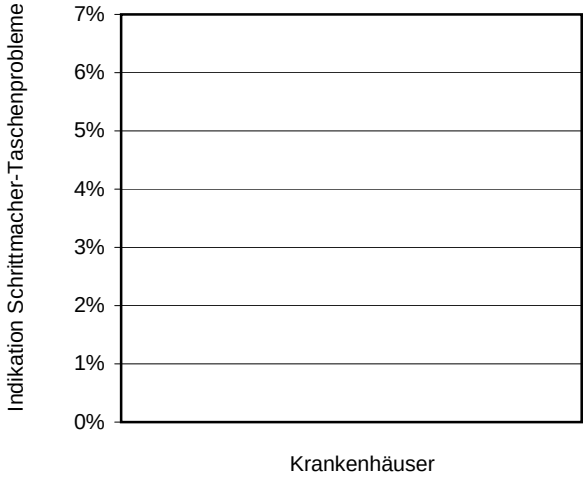
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,4	4,0	4,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres

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

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

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/694

Referenzbereich: <= 6,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation aus eigener Institution[2]				
Dislokation			85 / 3.233	2,6%
Sondenbruch			3 / 3.233	0,1%
Isolationsdefekt			0 / 3.233	0,0%
Konnektordefekt			0 / 3.233	0,0%
Zwerchfellzucken			0 / 3.233	0,0%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			2 / 3.233	0,1%
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			10 / 3.233	0,3%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			29 / 3.233	0,9%
Infektion			5 / 3.233	0,2%
Perforation			1 / 3.233	0,0%
sonstiges Sondenproblem			2 / 3.233	0,1%
mindestens eine der oben genannten Indikationen			137 / 3.233	4,2%
Vertrauensbereich				3,6% - 5,0%
Referenzbereich		<= 6,0%		<= 6,0%

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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation aus eigener Institution[1]				
mindestens eine der oben genannten Indikationen			136 / 2.957	4,6%
Vertrauensbereich				3,9% - 5,4%

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

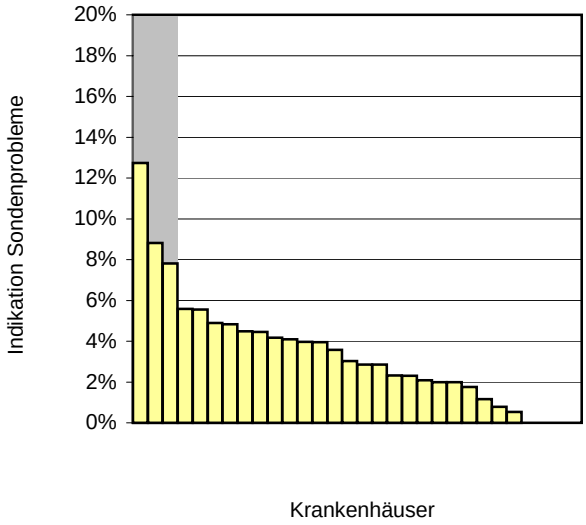
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zu Revision/Systemwechsel/ Explantation[1]			156 / 3.285	4,7%

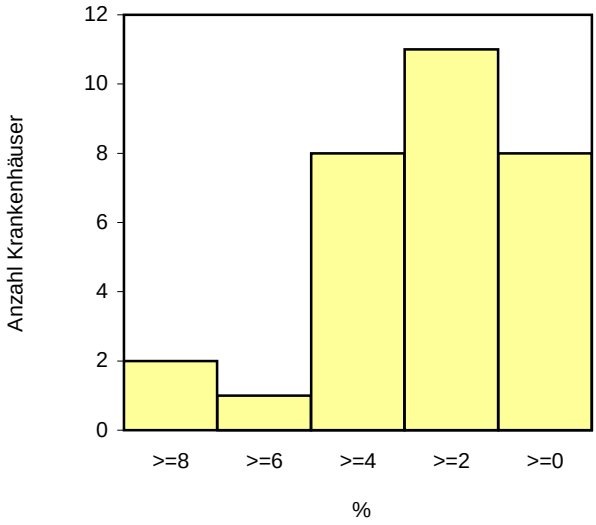
[1] Unter Ausschluss von Sondenproblemen bei Sonden, deren Implantation mehr als 1 Jahr zurückliegt (Spätkomplikationen) oder deren Implantationszeitpunkt unbekannt ist.

[2] Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en), die 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 2, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/694]:
Anteil von Patienten mit Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Konnektordefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Infektion, Perforation oder sonstigem Sondenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus (Ausschluss) an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

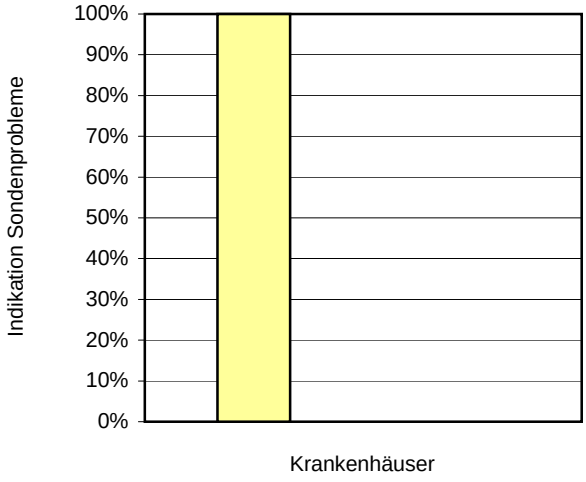
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,8	2,9	4,5	6,7	8,8	12,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 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				100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff

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

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

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

Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des **Schrittmacher-Aggregats** oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von **Sonden** jeweils aus eigener Institution			22 / 3.233	0,7%
Vertrauensbereich				0,4% - 1,0%
Referenzbereich		<= 1,0%		<= 1,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des **Schrittmacher-Aggregats** oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von **Sonden** jeweils aus eigener Institution			16 / 2.957	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,9%

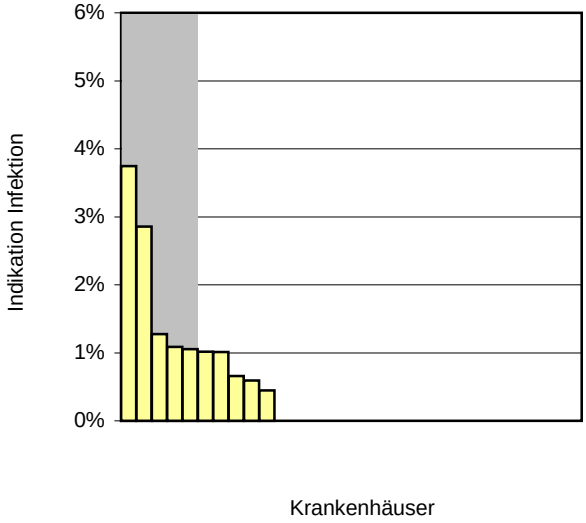
Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) aus allen Institutionen

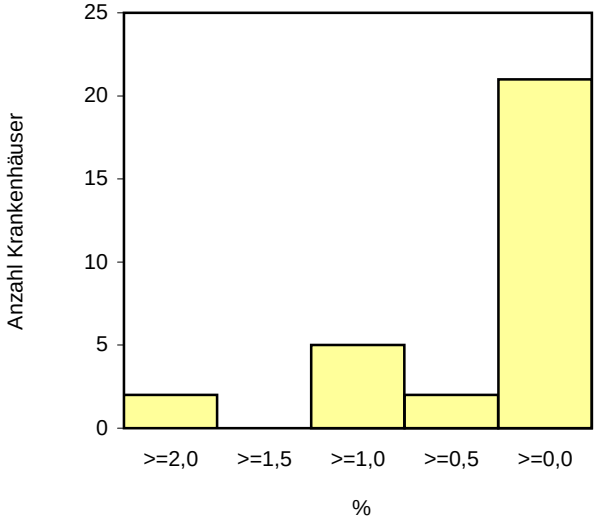
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation des **Schrittmacher-Aggregats** oder Indikation „Infektion“ zu Revision/Systemwechsel/Explantation von **Sonden**			46 / 3.285	1,4%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/695]:
Anteil von Patienten mit „Infektion“ oder „Aggregatperforation“ als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder „Infektion“ als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

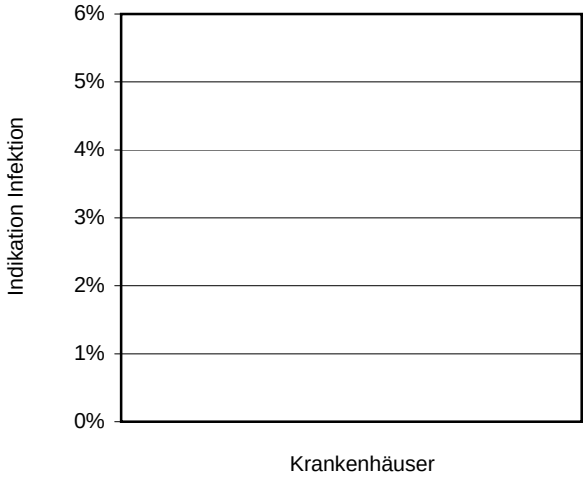
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	2,9	3,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/09n3-HSM-REV/1089

Referenzbereich: <= 2,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			16 / 495	3,2%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 495	0,0%
Asystolie			0 / 495	0,0%
Kammerflimmern			0 / 495	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			4 / 495	0,8%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,1%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 495	0,2%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			2 / 495	0,4%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 495	0,0%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			1 / 495	0,2%
postoperative Wundinfektion			1 / 495	0,2%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 495	0,2%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 495	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 495	0,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			5 / 495	1,0%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde[1]			4 / 306	1,3%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			2 / 449	0,4%
Ventrikelsondendislokation				
1. Ventrikelsonde			2 / 449	0,4%
2. Ventrikelsonde			0 / 19	0,0%
Patienten mit Sondendysfunktion			5 / 495	1,0%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 309	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			5 / 449	1,1%
Ventrikelsondendysfunktion				
1. Ventrikelsonde			5 / 449	1,1%
2. Ventrikelsonde			0 / 19	0,0%

[1] Ausschluss: Patienten mit VDD-System

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			3 / 495	0,6%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			9 / 495	1,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			7 / 459	1,5%
Vertrauensbereich				0,7% - 3,1%

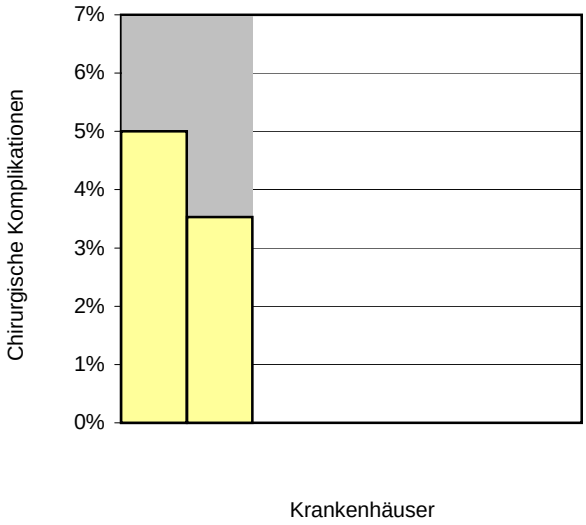
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit revidierter Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
	Gruppe 2:	Alle Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/09n3-HSM-REV/10638
	Gruppe 2:	2012/09n3-HSM-REV/10639
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 3,0% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 3,0% (Toleranzbereich)

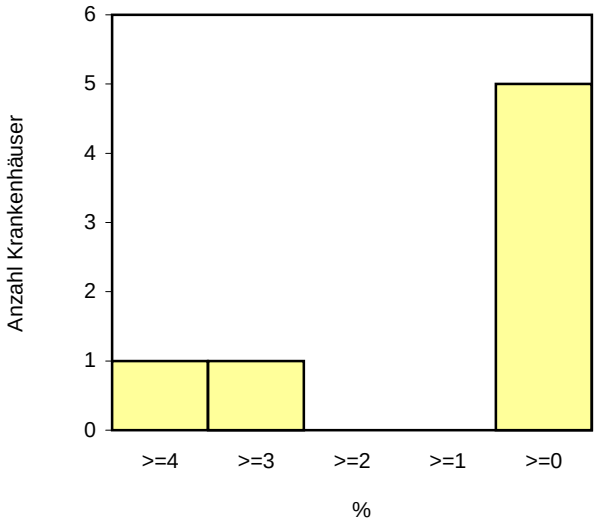
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			2 / 92	2,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 7,6%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%
Gruppe 2				
Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			2 / 216	0,9%
Vertrauensbereich				0,3% - 3,3%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			0 / 106	0,0%
Vertrauensbereich				0,0% - 3,5%
Gruppe 2				
Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			5 / 215	2,3%
Vertrauensbereich				1,0% - 5,3%

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

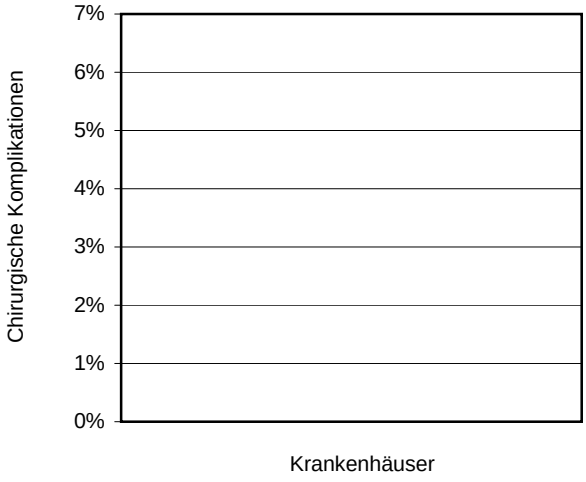
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

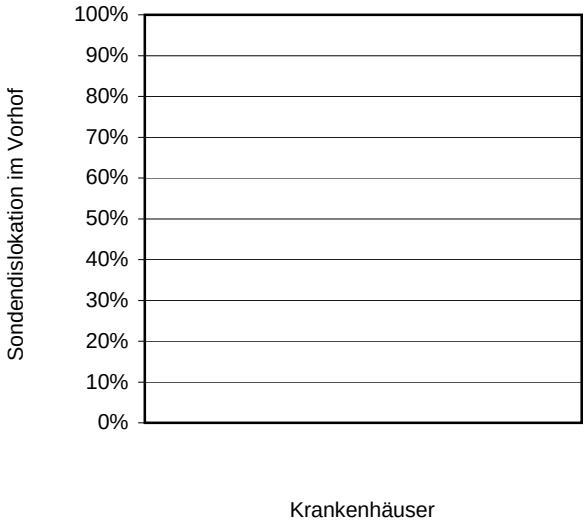


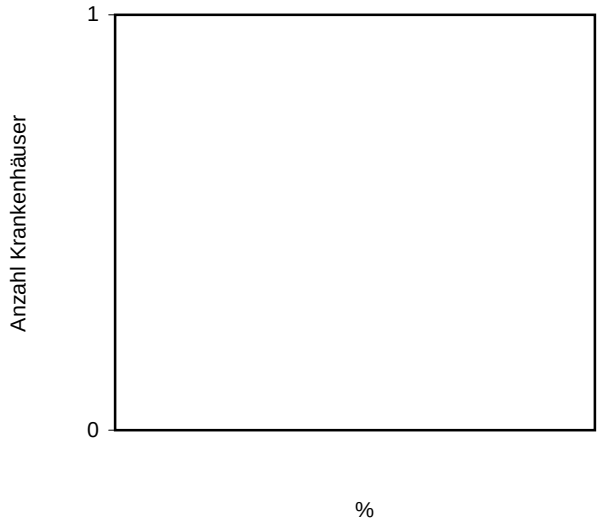
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

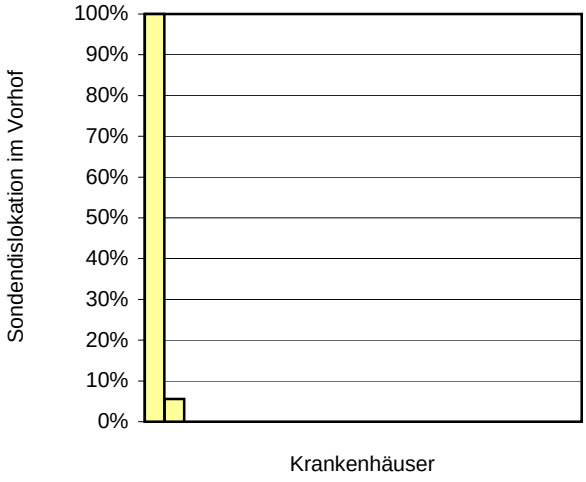
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

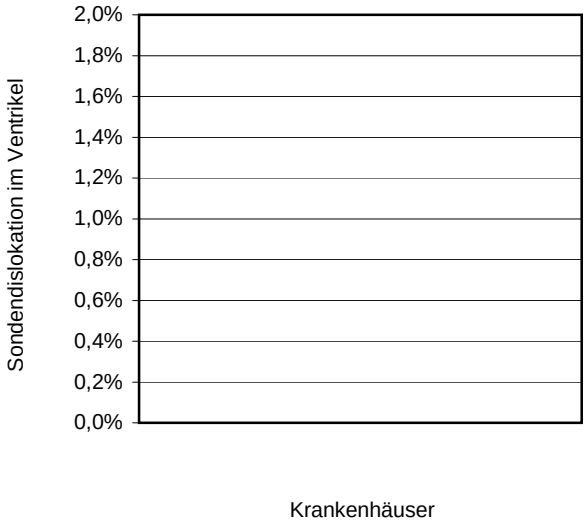


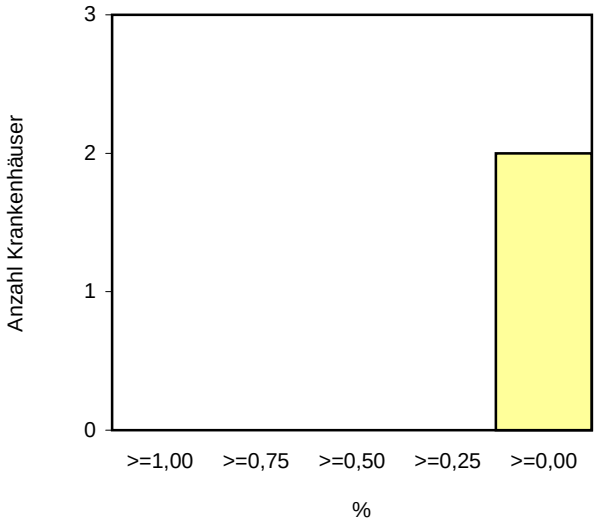
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/10639]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

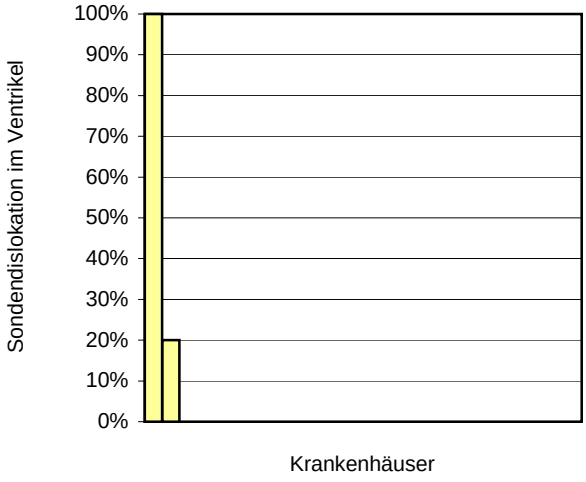
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
25 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	20,0	100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden[1]

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

Indikator-ID:
Gruppe 1: 2012/09n3-HSM-REV/494
Gruppe 2: 2012/09n3-HSM-REV/495

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

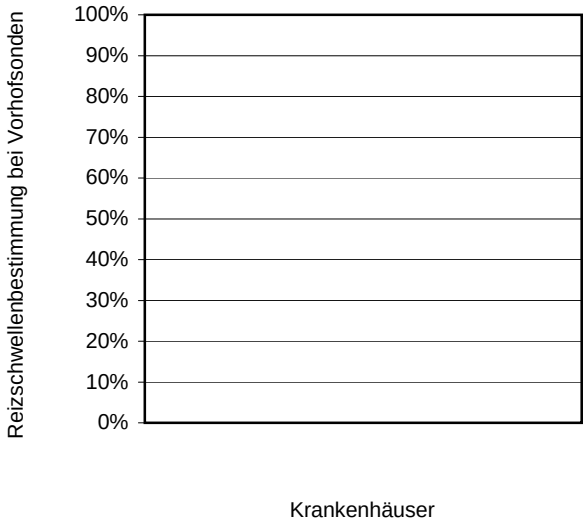
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			80 / 81	98,8%
Vertrauensbereich				93,3% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			210 / 214	98,1%
Vertrauensbereich				95,3% - 99,3%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

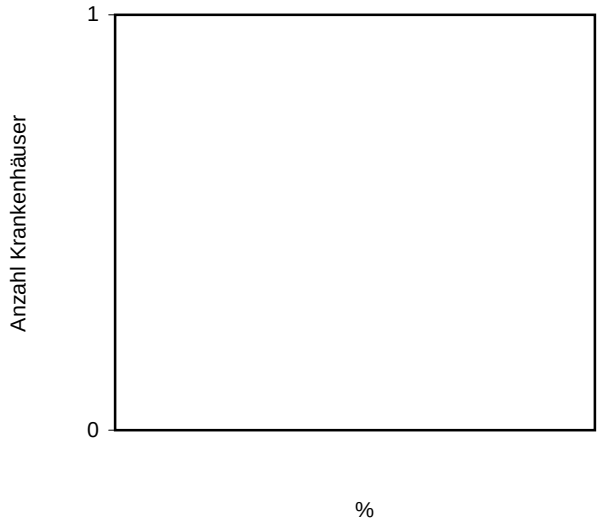
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			96 / 98	98,0%
Vertrauensbereich				92,9% - 99,4%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			203 / 207	98,1%
Vertrauensbereich				95,1% - 99,2%

[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/494]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)

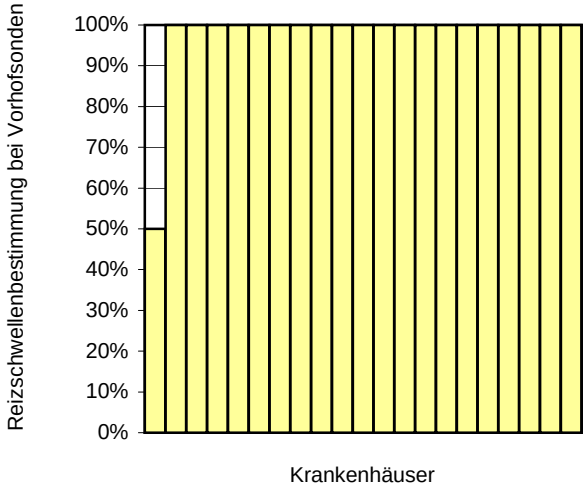
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

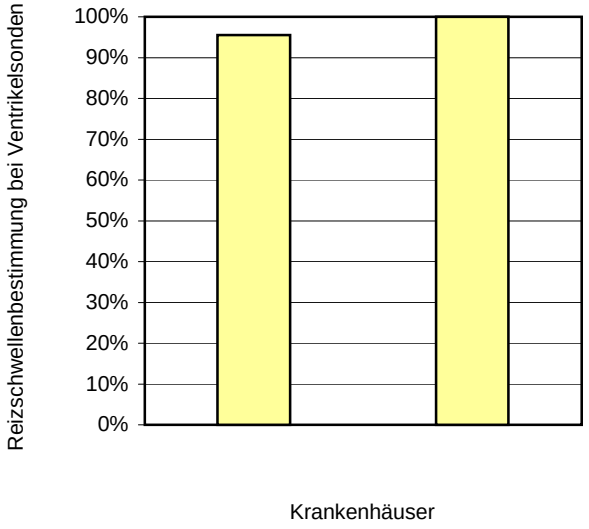


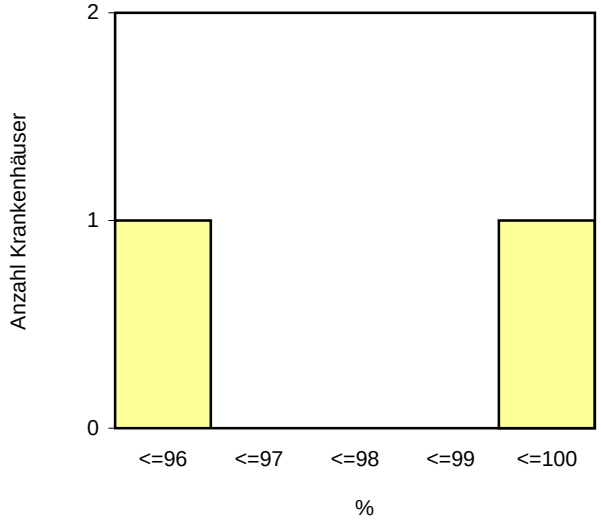
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

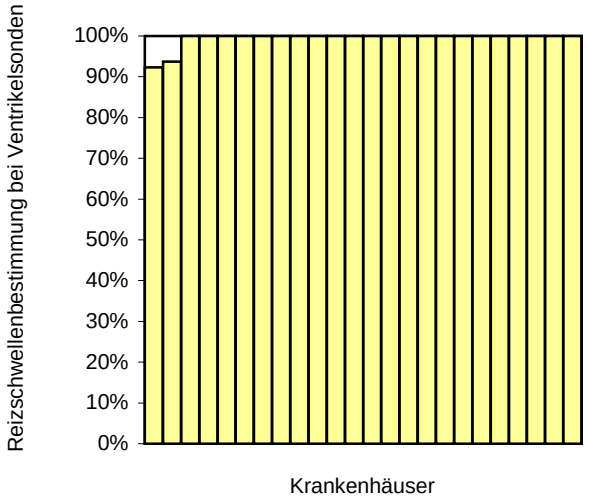
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,6				97,8				100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3	93,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Intraoperative Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden[1]

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

Indikator-ID:
Gruppe 1: 2012/09n3-HSM-REV/496
Gruppe 2: 2012/09n3-HSM-REV/497

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

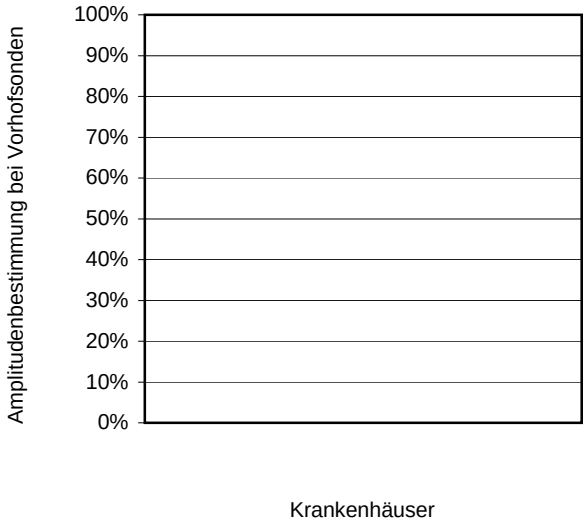
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			85 / 86	98,8%
Vertrauensbereich				93,7% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			206 / 208	99,0%
Vertrauensbereich				96,6% - 99,7%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

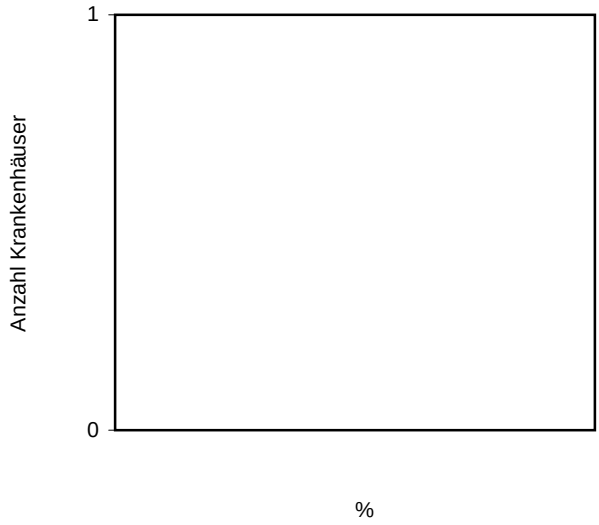
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			98 / 101	97,0%
Vertrauensbereich				91,6% - 99,0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			193 / 197	98,0%
Vertrauensbereich				94,9% - 99,2%

[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/496]:
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

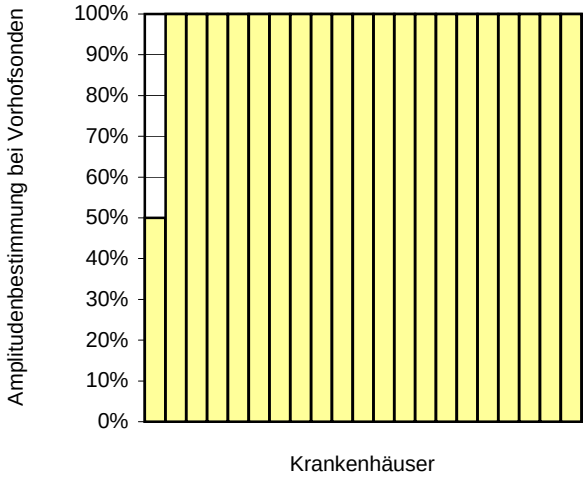
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

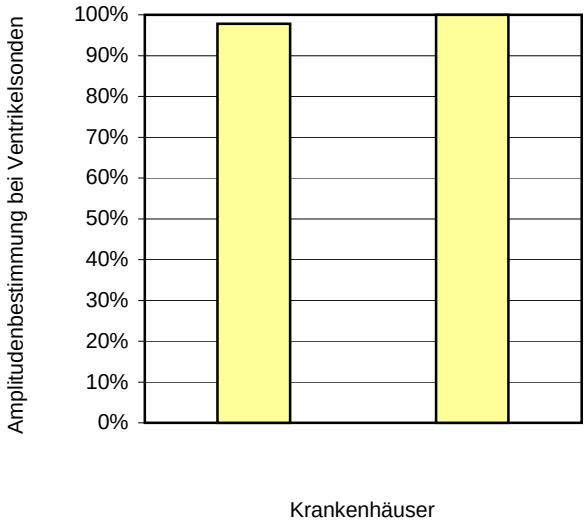


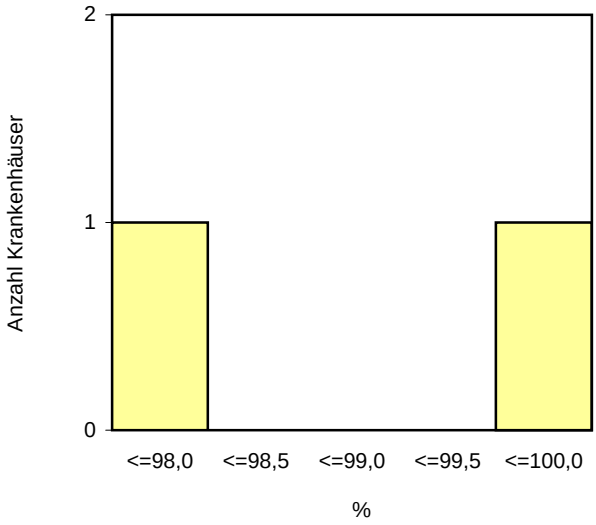
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/497]:
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

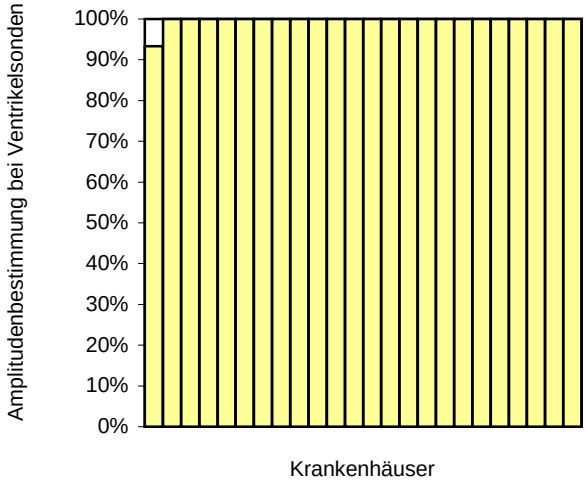
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,8				98,9				100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden[1]

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)
Gruppe 2: Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

Indikator-ID:
Gruppe 1: 2012/09n3-HSM-REV/584
Gruppe 2: 2012/09n3-HSM-REV/585

Referenzbereich:
Gruppe 1: >= 80,0% (Zielbereich)
Gruppe 2: >= 90,0% (Zielbereich)

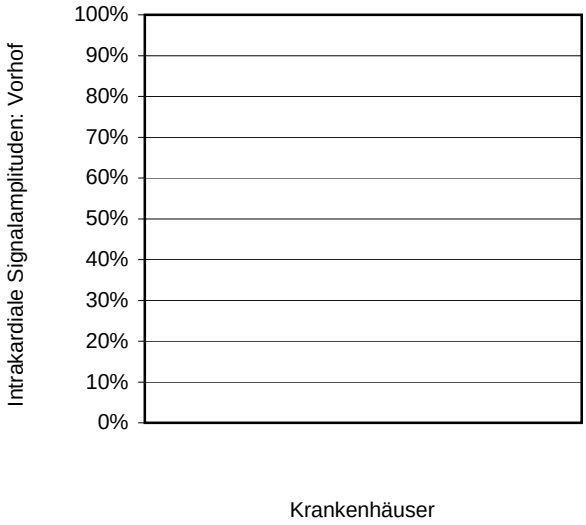
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			83 / 88	94,3%
Vertrauensbereich				87,4% - 97,5%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 1,5 mV			5 / 88	5,7%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude 1,5 - 3,0 mV			47 / 88	53,4%
Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 3,0 mV			36 / 88	40,9%
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			207 / 208	99,5%
Vertrauensbereich				97,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude < 4 mV			1 / 208	0,5%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude 4,0 - 8,0 mV			51 / 208	24,5%
Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude > 8 mV			156 / 208	75,0%

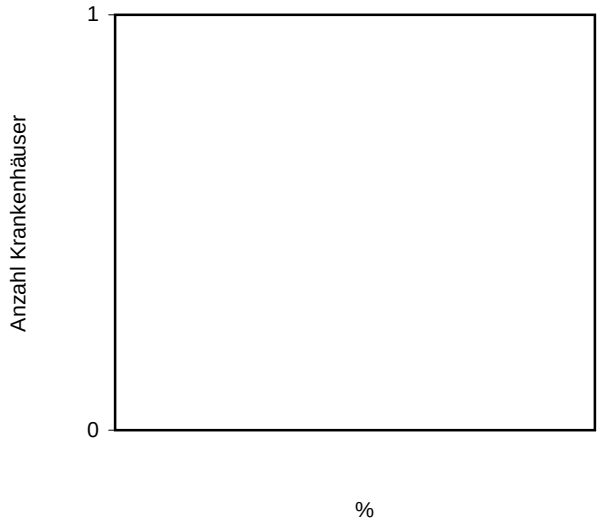
[1] neuplatziert, neu implantiert, repariert, sonstige

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 1,5 mV			92 / 102	90,2%
Vertrauensbereich				82,9% - 94,6%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude >= 4 mV			196 / 198	99,0%
Vertrauensbereich				96,4% - 99,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/584]:
Anteil von Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV an allen revidierten Vorhofsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen (unter Ausschluss von Patienten mit VDD-System)

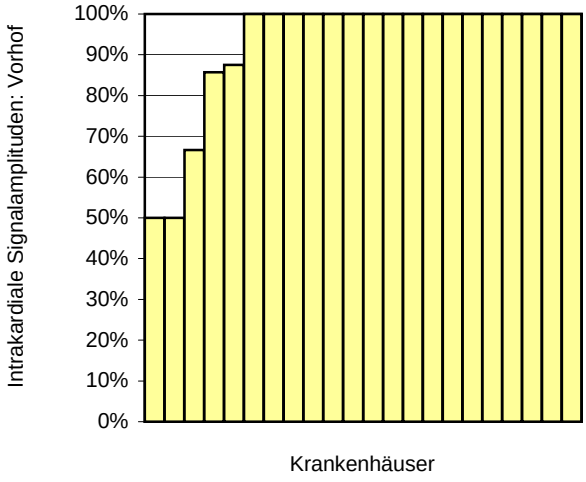
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.





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

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

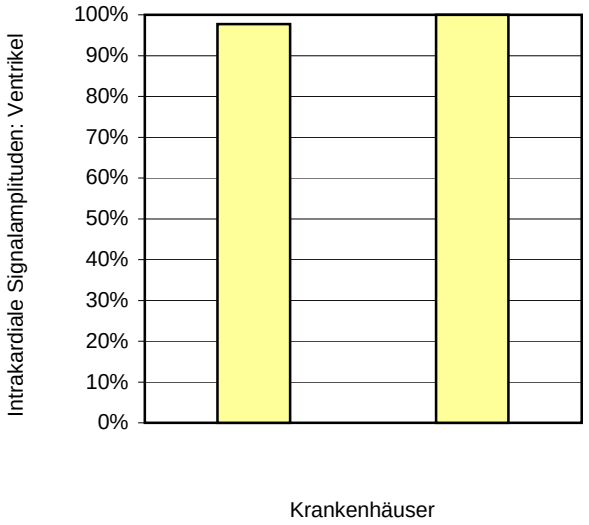


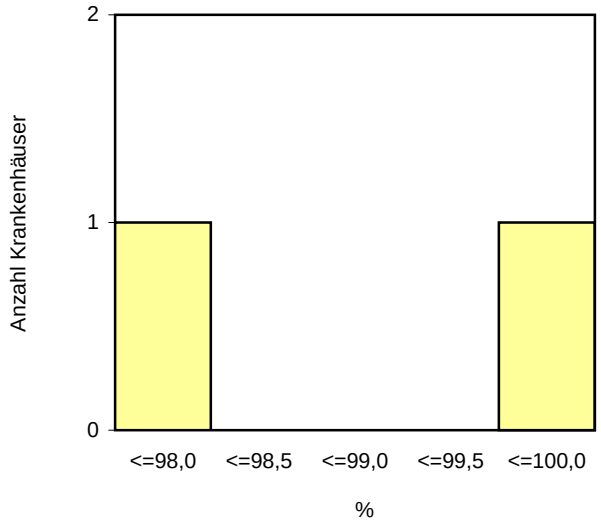
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	50,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/09n3-HSM-REV/585]:
Anteil von Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV an allen revidierten Ventrikelsonden mit gültiger intrakardialer Signalamplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

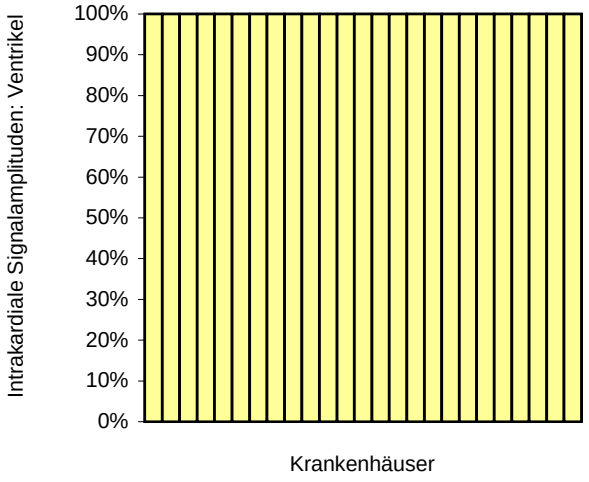
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,7				98,9				100,0

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



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

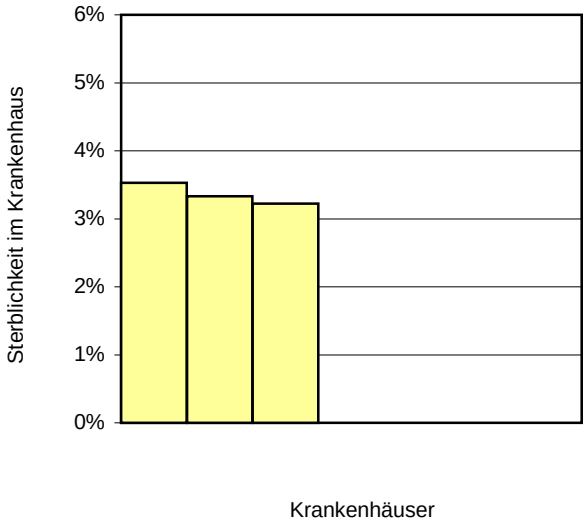
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

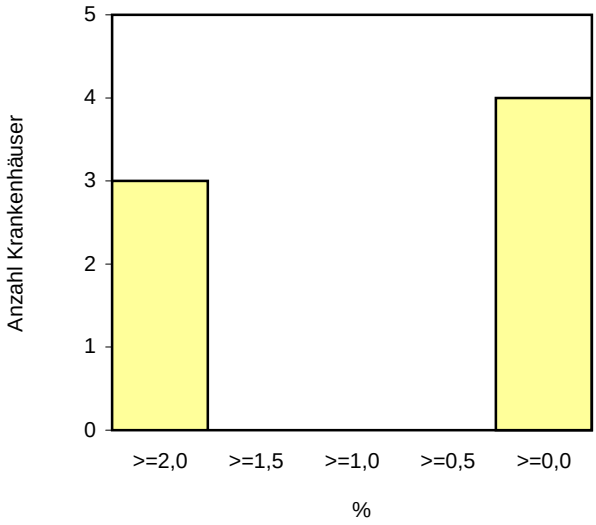
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			9 / 495	1,8%
Vertrauensbereich				1,0% - 3,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			6 / 459	1,3%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,8%

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

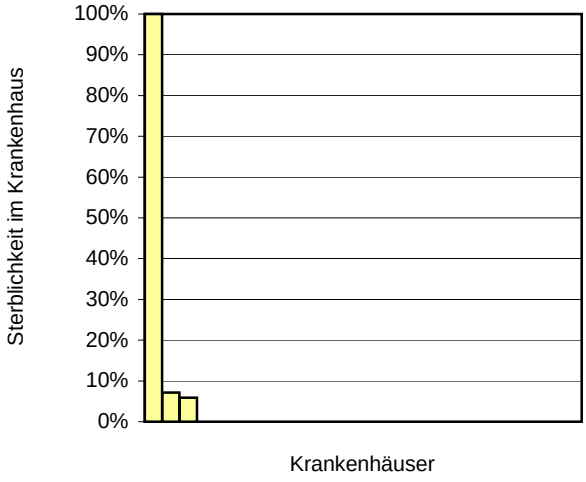
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
25 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	5,9	7,1	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

Sterblichkeit im Krankenhaus	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		9 / 495 1,82%
vorhergesagt (E)[1]		9,13 / 495 1,85%
O - E		-0,03%

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

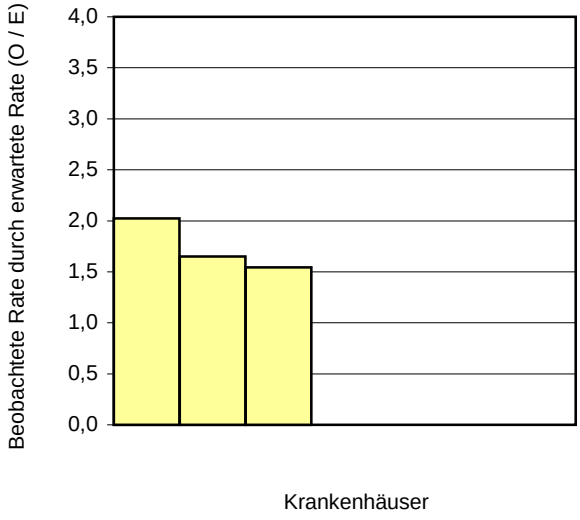
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E[2]		0,99
Vertrauensbereich		0,52 - 1,85
Referenzbereich	<= 6,00	<= 6,00

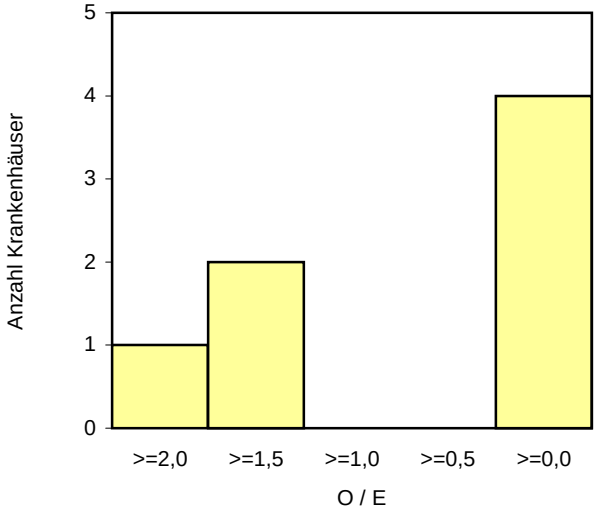
[2] Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		6 / 459 1,31%
vorhergesagt (E)		6,53 / 459 1,42%
O - E		-0,12%
O / E		0,92
Vertrauensbereich		0,42 - 1,98

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

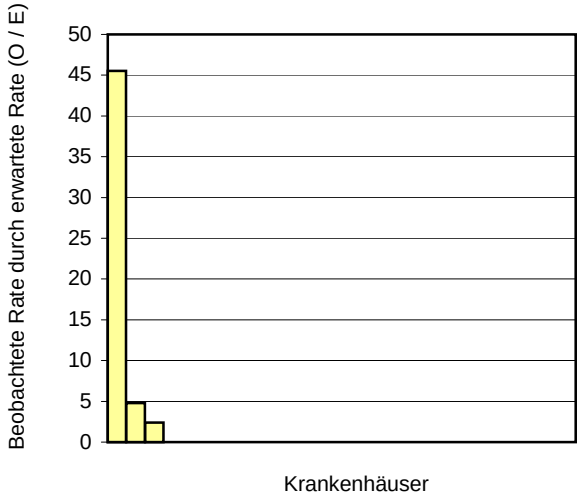
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,65			2,02

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
25 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	2,39	4,79	45,54

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 495
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12597-L82511-P39214

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			135	27,3	123	26,8
2. Quartal			132	26,7	98	21,4
3. Quartal			133	26,9	117	25,5
4. Quartal			95	19,2	121	26,4
Gesamt			495		459	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		495		459	
Median			*2,0*		*2,0*
Mittelwert			*4,1*		*4,6*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		495		459	
Median			*3,0*		*3,0*
Mittelwert			*5,6*		*4,9*
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		495		459	
Median			*6,0*		*7,0*
Mittelwert			*9,8*		*9,5*

OPS 2012[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben[2]

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
4	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher
5	5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]
1				5-378.32	102	20,6	5-378.32	95	20,7
2				5-378.62	66	13,3	5-378.72	70	15,3
3				5-378.72	60	12,1	5-378.62	69	15,0
4				1-266.0	49	9,9	5-378.92	43	9,4
5				5-378.b3	47	9,5	5-377.30	32	7,0

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

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

[3] Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				T82.1	253	51,1	T82.1	214	46,6
2				Z95.0	238	48,1	Z95.0	177	38,6
3				Z45.0	165	33,3	Z45.0	161	35,1
4				I10.00	139	28,1	I10.00	136	29,6
5				I48.11	93	18,8	I49.5	85	18,5
6				I44.2	83	16,8	I44.2	77	16,8
7				I49.5	77	15,6	I48.11	73	15,9
8				E11.90	74	14,9	E11.90	62	13,5

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			495 / 495		459 / 459	
< 20 Jahre			0 / 495	0,0	0 / 459	0,0
20 - 29 Jahre			7 / 495	1,4	3 / 459	0,7
30 - 39 Jahre			2 / 495	0,4	4 / 459	0,9
40 - 49 Jahre			9 / 495	1,8	10 / 459	2,2
50 - 59 Jahre			36 / 495	7,3	24 / 459	5,2
60 - 69 Jahre			83 / 495	16,8	46 / 459	10,0
70 - 79 Jahre			195 / 495	39,4	206 / 459	44,9
80 - 89 Jahre			152 / 495	30,7	147 / 459	32,0
>= 90 Jahre			11 / 495	2,2	19 / 459	4,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			495		459	
Median				*75,0*		*76,0*
Mittelwert				*73,6*		*75,1*
Geschlecht						
männlich			280	56,6	240	52,3
weiblich			215	43,4	219	47,7

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			16	3,2	13	2,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			132	26,7	150	32,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			318	64,2	273	59,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			23	4,6	23	5,0
5: moribunder Patient			6	1,2	0	0,0
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			120	24,2	108	23,5
häufig (5 - 90%)			331	66,9	303	66,0
selten (< 5%)			44	8,9	48	10,5
Wundkontaminations-klassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			438	88,5	414	90,2
bedingt aseptische Eingriffe			33	6,7	28	6,1
kontaminierte Eingriffe			12	2,4	5	1,1
septische Eingriffe			12	2,4	12	2,6

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			178	36,0	127	27,7
Sondenproblem			307	62,0	330	71,9
Systemumwandlung			51	10,3	51	11,1
VVI auf AAI / DDD / VDD			1	0,2	3	0,7
AAI auf DDD / VDD / VVI			2	0,4	1	0,2
DDD / VDD auf VVI / AAI			18	3,6	13	2,8
Sonstige			66	13,3	52	11,3
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			327	66,1	302	65,8
andere Institution			168	33,9	157	34,2
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			113	22,8	77	16,8
vorzeitig			3	0,6	1	0,2
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			9	1,8	2	0,4
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
Pectoraliszucken			0	0,0	0	0,0
Taschenhämatom			2	0,4	1	0,2
Infektion			29	5,9	16	3,5
anderes Taschenproblem			19	3,8	9	2,0
Aggregatperforation			11	2,2	10	2,2
sonstige Indikation			13	2,6	14	3,1

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation von Sonden						
Vorhof						
Dislokation			51	10,3	57	12,4
Sondenbruch			6	1,2	4	0,9
Isolationsdefekt			5	1,0	5	1,1
Konnektordefekt			0	0,0	1	0,2
Zwerchfellzucken			0	0,0	0	0,0
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			1	0,2	2	0,4
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			7	1,4	10	2,2
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			16	3,2	25	5,4
Infektion			13	2,6	16	3,5
Perforation			3	0,6	3	0,7
Sonstige			13	2,6	18	3,9

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation von Sonden						
Ventrikel 1. Sonde						
Dislokation			64	12,9	58	12,6
Sondenbruch			23	4,6	16	3,5
Isolationsdefekt			6	1,2	10	2,2
Konnektordefekt			0	0,0	4	0,9
Zwerchfellzucken			0	0,0	1	0,2
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			5	1,0	3	0,7
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			14	2,8	23	5,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			86	17,4	87	19,0
Infektion			20	4,0	17	3,7
Perforation			6	1,2	8	1,7
Sonstige			9	1,8	13	2,8
Ventrikel 2. Sonde						
Dislokation			1	0,2	0	0,0
Sondenbruch			0	0,0	0	0,0
Isolationsdefekt			0	0,0	0	0,0
Konnektordefekt			0	0,0	0	0,0
Zwerchfellzucken			0	0,0	0	0,0
Inhibition durch Muskel-potentiale/Oversensing			0	0,0	0	0,0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing			1	0,2	0	0,0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			1	0,2	2	0,4
Infektion			0	0,0	1	0,2
Perforation			0	0,0	0	0,0
Sonstige			2	0,4	3	0,7

Operation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregat-entfernung			25	5,1	29	6,3
(5-378.1*) Sondenentfernung			8	1,6	19	4,1
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			64	12,9	25	5,4
(5-378.3*) Sondenkorrektur			133	26,9	126	27,5
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			37	7,5	25	5,4
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			9	1,8	17	3,7
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			88	17,8	102	22,2
(5-378.7*) Sondenwechsel			79	16,0	98	21,4
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			8	1,6	4	0,9
(5-378.9*) System-umwandlung			0	0,0	58	12,6
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			495		459	
Median				*44,0*		*49,0*
Mittelwert				*51,7*		*60,4*
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			340		340	
Median				*2,5*		*2,3*
Mittelwert				*4,0*		*3,9*

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			495		459	
ja			450	90,9	417	90,8
nein, da Explantation			45	9,1	42	9,2
Schrittmacher-System						
VVI			136	27,5	134	29,2
AAI			0	0,0	0	0,0
DDD			291	58,8	270	58,8
VDD			3	0,6	4	0,9
CRT-System mit einer Vorhofsonde			15	3,0	7	1,5
CRT-System ohne Vorhofsonde			4	0,8	1	0,2
sonstiges[1]			1	0,2	1	0,2
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			204	41,2	194	42,3
Neuimplantation			186	37,6	161	35,1
Neuplatzierung			40	8,1	37	8,1
sonstiges			20	4,0	25	5,4
Zeitabstand Erstimplantation - Neuimplantation (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			260		251	
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*1,3*		*1,1*
Hersteller						
Biotronik			75 / 450	16,7	86 / 417	20,6
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			124 / 450	27,6	98 / 417	23,5
Medtronic			169 / 450	37,6	152 / 417	36,5
Osypka			0 / 450	0,0	0 / 417	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			15 / 450	3,3	9 / 417	2,2
Vitatron			0 / 450	0,0	1 / 417	0,2
St. Jude Medical			67 / 450	14,9	69 / 417	16,5
nicht bekannt			0 / 450	0,0	2 / 417	0,5
sonstiger			0 / 450	0,0	0 / 417	0,0

[1] In der Restkategorie „sonstiges" sind keine umfangreichen Plausibilitätsprüfungen möglich.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			173	34,9	143	31,2
Neuimplantation			81	16,4	81	17,6
Neuplatzierung			44	8,9	44	9,6
Reparatur			1	0,2	2	0,4
sonstiges			8	1,6	10	2,2
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			133	26,9	115	25,1
> 1 Jahr			91	18,4	82	17,9
unbekannt			2	0,4	2	0,4
NBL-Code						
unipolar			5 / 307	1,6	2 / 280	0,7
bipolar			298 / 307	97,1	266 / 280	95,0
multipolar			0 / 307	0,0	0 / 280	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			282 / 307	91,9	255 / 280	91,1
passive Fixation, z.B. Ankersonde			21 / 307	6,8	11 / 280	3,9
keine Fixation			0 / 307	0,0	2 / 280	0,7
nicht bekannt			4 / 307	1,3	11 / 280	3,9
Hersteller						
Biotronik			46 / 307	15,0	48 / 280	17,1
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			78 / 307	25,4	70 / 280	25,0
Medtronic			121 / 307	39,4	105 / 280	37,5
Osypka			1 / 307	0,3	3 / 280	1,1
Sorin Biomedica/ELA Medical			4 / 307	1,3	1 / 280	0,4
Vitatron			1 / 307	0,3	5 / 280	1,8
St. Jude Medical			45 / 307	14,7	36 / 280	12,9
nicht bekannt			6 / 307	2,0	9 / 280	3,2
sonstiger			5 / 307	1,6	3 / 280	1,1

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			256		240	
Median				*0,7*		*0,7*
Mittelwert				*0,7*		*0,8*
<= 1,5 V			253	98,8	232	96,7
> 1,5 - 2,5 V			3	1,2	8	3,3
> 2,5 V			0	0,0	0	0,0
nicht gemessen			49 / 306	16,0	37 / 277	13,4
wegen Vorhofflimmerns			24 / 306	7,8	18 / 277	6,5
aus anderen Gründen			25 / 306	8,2	19 / 277	6,9
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			267		258	
Median				*2,9*		*2,8*
Mittelwert				*3,1*		*3,4*
nicht gemessen			39 / 307	12,7	21 / 280	7,5
wegen Vorhofflimmerns			9 / 307	2,9	5 / 280	1,8
fehlender Vorhofeigenrhythmus[1]			1 / 307	0,3	-	-
aus anderen Gründen			29 / 307	9,4	16 / 280	5,7

[1] Der Schlüsselwert wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			181	36,6	156	34,0
Neuimplantation			187	37,8	167	36,4
Neuplatzierung			74	14,9	77	16,8
Reparatur			1	0,2	2	0,4
sonstiges			7	1,4	14	3,1
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			148	29,9	141	30,7
> 1 Jahr			112	22,6	105	22,9
unbekannt			3	0,6	3	0,7
NBL-Code						
unipolar			20 / 450	4,4	12 / 416	2,9
bipolar			423 / 450	94,0	395 / 416	95,0
multipolar			2 / 450	0,4	0 / 416	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			232 / 450	51,6	192 / 416	46,2
passive Fixation, z.B. Ankersonde			213 / 450	47,3	213 / 416	51,2
keine Fixation			0 / 450	0,0	2 / 416	0,5
nicht bekannt			4 / 450	0,9	9 / 416	2,2
Hersteller						
Biotronik			70 / 450	15,6	87 / 416	20,9
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			110 / 450	24,4	81 / 416	19,5
Medtronic			176 / 450	39,1	155 / 416	37,3
Osypka			4 / 450	0,9	7 / 416	1,7
Sorin Biomedica/ELA Medical			7 / 450	1,6	6 / 416	1,4
Vitatron			1 / 450	0,2	1 / 416	0,2
St. Jude Medical			63 / 450	14,0	65 / 416	15,6
nicht bekannt			8 / 450	1,8	13 / 416	3,1
sonstiger			10 / 450	2,2	1 / 416	0,2

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			426		407	
Median				*0,6*		*0,6*
Mittelwert				*0,7*		*0,7*
<= 1,2 V			393	92,3	387	95,1
> 1,2 - 2,5 V			30	7,0	19	4,7
> 2,5 V			3	0,7	1	0,2
nicht gemessen			23 / 449	5,1	9 / 416	2,2
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			398		379	
Median				*11,3*		*12,0*
Mittelwert				*12,2*		*12,8*
nicht gemessen			50 / 449	11,1	36 / 416	8,7
kein Eigenrhythmus			30 / 449	6,7	25 / 416	6,0
aus anderen Gründen			20 / 449	4,5	11 / 416	2,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			3	0,6	2	0,4
Neuimplantation			15	3,0	6	1,3
Neuplatzierung			1	0,2	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
sonstiges			0	0,0	0	0,0
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			3	0,6	2	0,4
> 1 Jahr			1	0,2	0	0,0
unbekannt			0	0,0	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			4 / 19	21,1	0 / 8	0,0
bipolar			14 / 19	73,7	6 / 8	75,0
multipolar			0 / 19	0,0	2 / 8	25,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			6 / 19	31,6	0 / 8	0,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			8 / 19	42,1	5 / 8	62,5
keine Fixation			4 / 19	21,1	3 / 8	37,5
nicht bekannt			1 / 19	5,3	0 / 8	0,0
Hersteller						
Biotronik			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			12 / 19	63,2	1 / 8	12,5
Medtronic			2 / 19	10,5	0 / 8	0,0
Osypka			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0
Vitatron			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0
St. Jude Medical			5 / 19	26,3	7 / 8	87,5
nicht bekannt			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0
sonstiger			0 / 19	0,0	0 / 8	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			17		8	
Median				*1,0*		*0,9*
Mittelwert				*1,0*		*0,9*
<= 1,2 V			12	70,6	7	87,5
> 1,2 bis 2,5 V			5	29,4	1	12,5
> 2,5 V			0	0,0	0	0,0
nicht gemessen			2 / 19	10,5	0 / 8	0,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			14		6	
Median				*12,5*		*13,2*
Mittelwert				*14,8*		*13,1*
nicht gemessen			5 / 19	26,3	2 / 8	25,0
kein Eigenrhythmus			1 / 19	5,3	1 / 8	12,5
aus anderen Gründen			4 / 19	21,1	1 / 8	12,5

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
VVI			56	11,3	51	11,1
AAI			6	1,2	2	0,4
DDD			143	28,9	127	27,7
VDD			9	1,8	5	1,1
CRT-System mit einer Vorhofsonde			3	0,6	0	0,0
CRT-System ohne Vorhofsonde			1	0,2	0	0,0
sonstiges			4	0,8	22	4,8
Schrittmacher-Aggregat Art des Vorgehens						
Explantation			205	41,4	97	21,1
sonstiges			17	3,4	13	2,8
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			208		106	
Median				*6,0*		*5,0*
Mittelwert				*5,8*		*4,5*
nicht bekannt			14 / 222	6,3	4 / 110	3,6
Hersteller						
Biotronik			28 / 222	12,6	22 / 110	20,0
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			46 / 222	20,7	17 / 110	15,5
Medtronic			98 / 222	44,1	45 / 110	40,9
Osypka			0 / 222	0,0	0 / 110	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 222	0,9	1 / 110	0,9
Vitatron			8 / 222	3,6	0 / 110	0,0
St. Jude Medical			28 / 222	12,6	16 / 110	14,5
nicht bekannt			9 / 222	4,1	6 / 110	5,5
sonstiger			3 / 222	1,4	3 / 110	2,7

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			62	12,5	57	12,4
Stillegung			39	7,9	28	6,1
sonstiges			9	1,8	8	1,7
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			29	5,9	30	6,5
> 1 Jahr			76	15,4	60	13,1
unbekannt			5	1,0	3	0,7
NBL-Code						
unipolar			3 / 110	2,7	1 / 93	1,1
bipolar			103 / 110	93,6	80 / 93	86,0
multipolar			0 / 110	0,0	0 / 93	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			91 / 110	82,7	73 / 93	78,5
passive Fixation, z.B. Ankersonde			15 / 110	13,6	7 / 93	7,5
keine Fixation			0 / 110	0,0	1 / 93	1,1
nicht bekannt			4 / 110	3,6	12 / 93	12,9
Hersteller						
Biotronik			11 / 110	10,0	9 / 93	9,7
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			20 / 110	18,2	15 / 93	16,1
Medtronic			51 / 110	46,4	45 / 93	48,4
Osypka			3 / 110	2,7	4 / 93	4,3
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 110	1,8	0 / 93	0,0
Vitatron			1 / 110	0,9	0 / 93	0,0
St. Jude Medical			7 / 110	6,4	3 / 93	3,2
nicht bekannt			5 / 110	4,5	16 / 93	17,2
sonstiger			10 / 110	9,1	1 / 93	1,1

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			97	19,6	87	19,0
Stillegung			37	7,5	28	6,1
sonstiges			10	2,0	6	1,3
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			64	12,9	52	11,3
> 1 Jahr			77	15,6	67	14,6
unbekannt			3	0,6	2	0,4
NBL-Code						
unipolar			7 / 144	4,9	9 / 121	7,4
bipolar			133 / 144	92,4	96 / 121	79,3
multipolar			0 / 144	0,0	1 / 121	0,8
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			80 / 144	55,6	54 / 121	44,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			59 / 144	41,0	52 / 121	43,0
keine Fixation			1 / 144	0,7	0 / 121	0,0
nicht bekannt			4 / 144	2,8	15 / 121	12,4
Hersteller						
Biotronik			13 / 144	9,0	15 / 121	12,4
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			26 / 144	18,1	24 / 121	19,8
Medtronic			64 / 144	44,4	52 / 121	43,0
Osypka			7 / 144	4,9	7 / 121	5,8
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 144	1,4	0 / 121	0,0
Vitatron			1 / 144	0,7	0 / 121	0,0
St. Jude Medical			15 / 144	10,4	4 / 121	3,3
nicht bekannt			12 / 144	8,3	18 / 121	14,9
sonstiger			4 / 144	2,8	1 / 121	0,8

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			1	0,2	2	0,4
Stillegung			3	0,6	1	0,2
sonstiges			1	0,2	4	0,9
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			1	0,2	2	0,4
> 1 Jahr			4	0,8	4	0,9
unbekannt			0	0,0	1	0,2
NBL-Code						
unipolar			1 / 5	20,0	1 / 7	14,3
bipolar			3 / 5	60,0	4 / 7	57,1
multipolar			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			3 / 5	60,0	1 / 7	14,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			1 / 5	20,0	4 / 7	57,1
keine Fixation			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
nicht bekannt			1 / 5	20,0	2 / 7	28,6
Hersteller						
Biotronik			0 / 5	0,0	1 / 7	14,3
Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics			0 / 5	0,0	1 / 7	14,3
Medtronic			2 / 5	40,0	4 / 7	57,1
Osypka			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
Vitatron			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
St. Jude Medical			1 / 5	20,0	0 / 7	0,0
nicht bekannt			0 / 5	0,0	1 / 7	14,3
sonstiger			2 / 5	40,0	0 / 7	0,0

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			16	3,2	20	4,4
Asystolie			0	0,0	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiger Pneumothorax			1	0,2	1	0,2
interventionspflichtiger Hämatothorax			1	0,2	0	0,0
interventionspflichtiger Perikarderguss			2	0,4	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0	0,0	3	0,7
Sondendislokation			5	1,0	8	1,7
Vorhof			4	80,0	0	0,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			2	40,0	8	100,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			5	1,0	5	1,1
Vorhof			0	0,0	2	40,0
Ventrikel						
1. Ventrikelsonde			5	100,0	4	80,0
2. Ventrikelsonde			0	0,0	0	0,0
beide			0	0,0	0	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			1	0,2	3	0,7
A1 (oberflächliche Infektion)			1	0,2	0	0,0
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	3	0,7
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventions-pflichtige Komplikation			3	0,6	2	0,4

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			418	84,4	384	83,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	5,5	12	2,6
03: aus sonstigen Gründen			1	0,2	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,2	2	0,4
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			15	3,0	22	4,8
07: Tod			9	1,8	6	1,3
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			14	2,8	15	3,3
10: in Pflegeeinrichtung			7	1,4	9	2,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung psychiatrischen Behandlung			0	0,0	1	0,2
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,2
16: externe Verlegung (Wechsel BPflV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHEntgG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			2	0,4	7	1,5
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,2	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind **(fixer Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 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 <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,5%
5 von 200 = 2,5% <= 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 <= 2,5%
ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von 2,54777070% (gerundet 2,5%).
Diese ist größer als 2,5% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 6%
ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von 5,97014925% (gerundet 6,0%).
Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

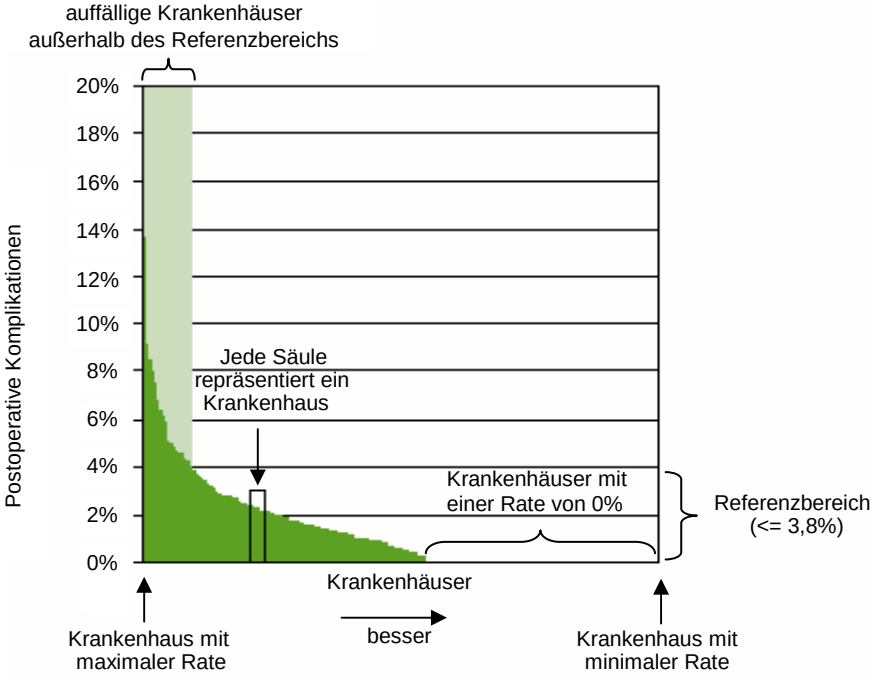
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der 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.

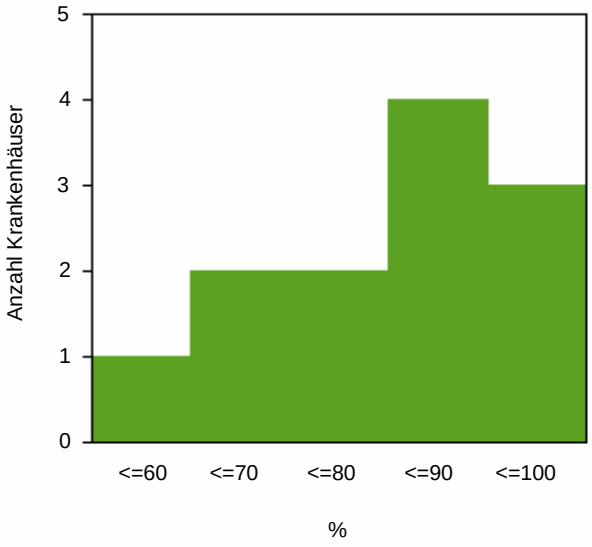
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

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

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

Median der 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.