Jahresauswertung 2015

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

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 272
Datensatzversion: 09/6 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16245-L101748-P48937

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2015
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation
09/6

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 272
Datensatzversion: 09/6 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16245-L101748-P48937

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2015/09n6-DEFI-REV/52328 **QI 1: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff**			2,80%	<= 8,52%	innerhalb	-	5
2015/09n6-DEFI-REV/52001 **QI 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff**			5,02%	<= 6,00%	innerhalb	-	7
2015/09n6-DEFI-REV/52002 **QI 3: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff**			0,99%	<= 2,48%	innerhalb	-	10
QI 4: Perioperative Komplikationen							
4a: 2015/09n6-DEFI-REV/50041 Chirurgische Komplikationen			1,10%	<= 2,00%	innerhalb	1,71%	12
4b: 2015/09n6-DEFI-REV/52324 Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			1,96%	<= 3,00%	innerhalb	0,89%	15

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches", „-" = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus							
5a: 2015/09n6-DEFI-REV/50044							
bei allen Patienten			0,74%	nicht definiert	-	2,05%	18
5b: 2015/09n6-DEFI-REV/51196							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,40	<= 4,77	innerhalb	0,96	20

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches", „-" = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

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

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

Indikator-ID: 2015/09n6-DEFI-REV/52328

Referenzbereich: <= 8,52% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[2]				
Aggregat[3]				
Fehlfunktion/Rückruf			13 / 1.215	1,07%
sonstige aggregatbezogene Indikation			11 / 1.215	0,91%
Sonde[3]				
Sondenbruch/Isolationsdefekt			19 / 1.215	1,56%
Patienten mit Hardwareproblem[3] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			34 / 1.215	2,80%
Vertrauensbereich				2,01% - 3,88%
Referenzbereich		<= 8,52%		<= 8,52%

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Hardwareproblem[3] des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

[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.

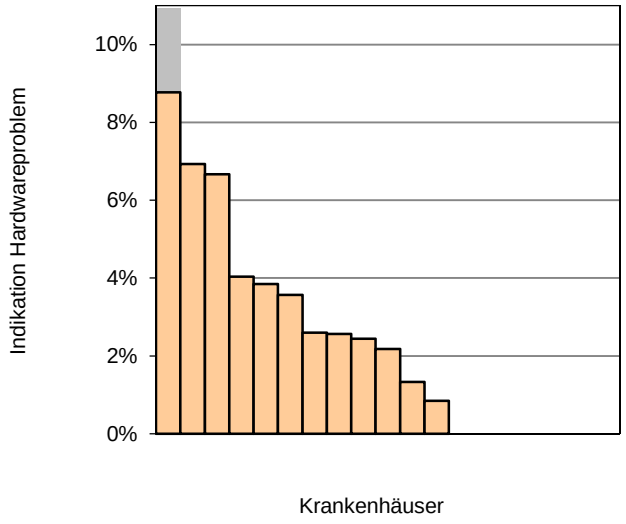
[2] Patienten mit Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

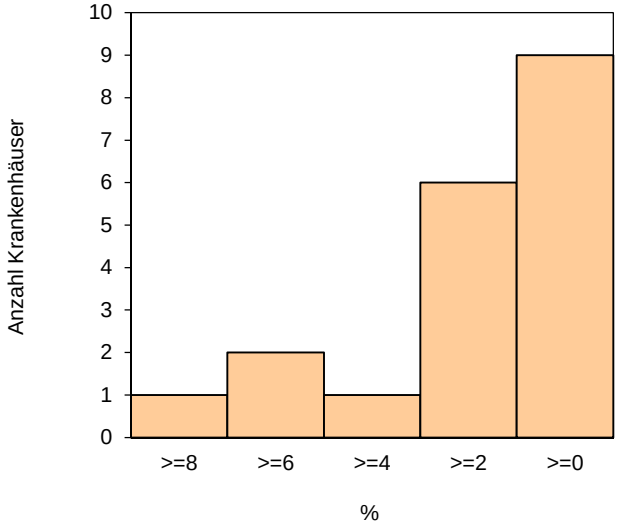
[3] Aggregat: Indikationen zum Wechsel, die Hinweise auf Aggregatprobleme sein können (Fehlfunktion/Rückruf oder sonstige aggregatbezogene Indikation) Sonden: Sondenbrüche oder Isolationsdefekte, sofern diese später als ein Jahr nach der Implantation der betreffenden Sonde auftreten oder der Zeitabstand zur Sondenimplantation unbekannt ist

* Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2015 ist eine Darstellung der Vorjahresergebnisse nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/52328]:
Anteil von Patienten mit Hardwareproblemen des ICD-Systems als Indikation zum Folgeeingriff nach vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung an allen Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

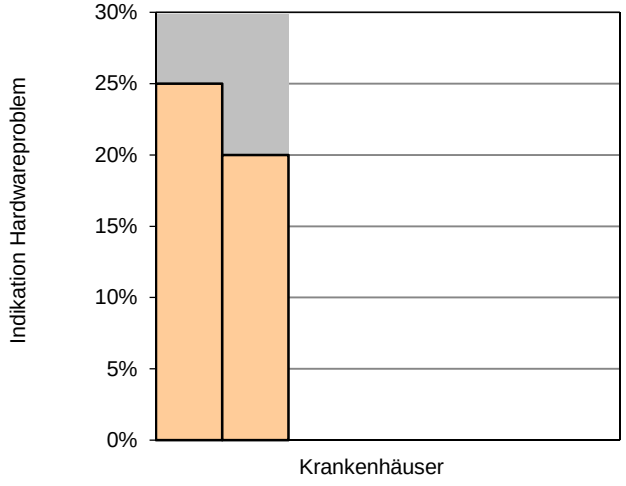
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	2,17	3,85	6,93		8,77

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	20,00			25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

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

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

Indikator-ID: 2015/09n6-DEFI-REV/52001

Referenzbereich: <= 6,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[2]				
Taschenprobleme[3]			9 / 1.215	0,74%
Taschenhämatom			2 / 1.215	0,16%
sonstiges Taschenproblem			7 / 1.215	0,58%
Sondenprobleme[3]			54 / 1.215	4,44%
Dislokation			27 / 1.215	2,22%
Sondenbruch/Isolationsdefekt			2 / 1.215	0,16%
fehlerhafte Konnektion			1 / 1.215	0,08%
Zwerchfellzucken			2 / 1.215	0,16%
Oversensing			1 / 1.215	0,08%
Undersensing			0 / 1.215	0,00%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			15 / 1.215	1,23%
Myokardperforation			0 / 1.215	0,00%
sonstiges Sondenproblem			7 / 1.215	0,58%
Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem[3] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			61 / 1.215	5,02%
Vertrauensbereich				3,93% - 6,40%
Referenzbereich		<= 6,00%		<= 6,00%

[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 Taschenproblem oder Sondenproblem als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems.

[3] Taschenproblem: Taschenhämatom oder sonstiges Taschenproblem bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt
Sondenproblem: Dislokation, Sondenbruch/Isolationsdefekt, fehlerhafte Konnektion, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Myokardperforation oder sonstiges Sondenproblem, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

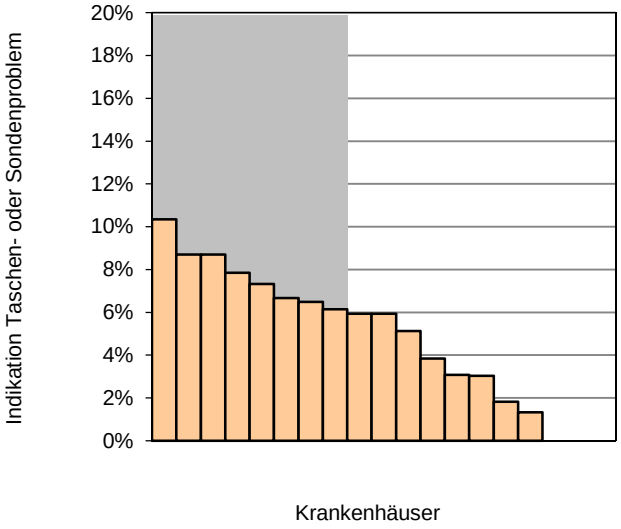
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem[2] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

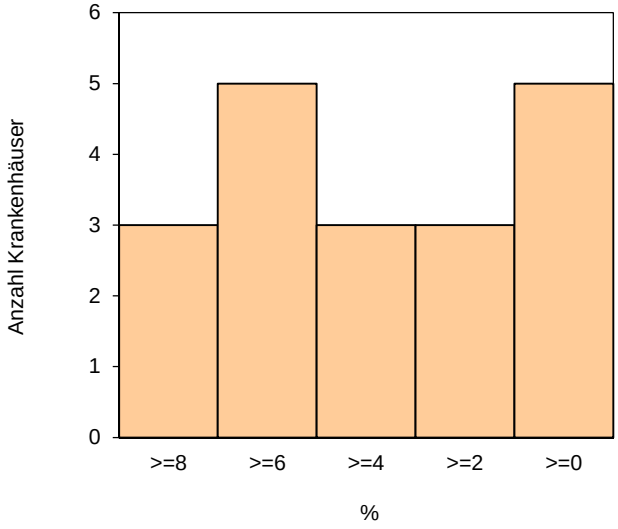
[1] Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2015 ist eine Darstellung der Vorjahresergebnisse nicht möglich.

[2] Taschenproblem: Taschenhämatom oder sonstiges Taschenproblem bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt
Sondenproblem: Dislokation, Sondenbruch/Isolationsdefekt, fehlerhafte Konnektion, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Myokardperforation oder sonstiges Sondenproblem, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/52001]:
Anteil von Patienten mit Taschenproblem oder Sondenproblem als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD-Operation in derselben Einrichtung an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

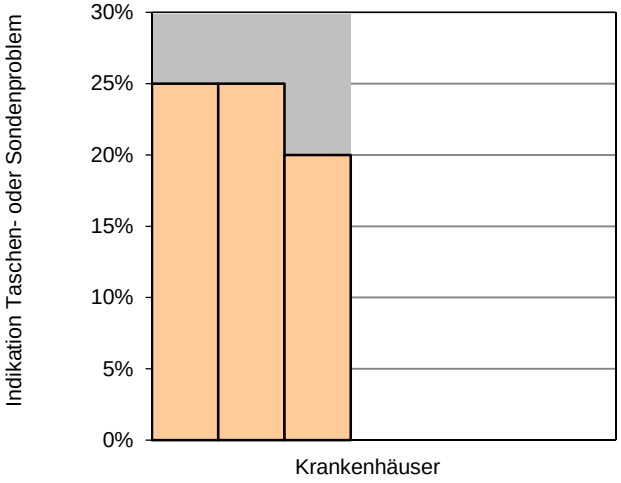
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	1,82	5,93	7,32	8,70		10,34

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	25,00			25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff

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

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

Indikator-ID: 2015/09n6-DEFI-REV/52002

Referenzbereich: <= 2,48% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung[2]				
Infektion der Aggregattasche[3]			9 / 1.215	0,74%
Aggregatperforation[3]			3 / 1.215	0,25%
Sondeninfektion[3] der				
Vorhofsonde			2 / 1.215	0,16%
1. Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			4 / 1.215	0,33%
2. Ventrikelsonde			3 / 1.215	0,25%
3. Ventrikelsonde			0 / 1.215	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 1.215	0,00%
Patienten mit Infektion oder Aggregat-perforation[3] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung			12 / 1.215	0,99%
Vertrauensbereich				0,57% - 1,72%
Referenzbereich		<= 2,48%		<= 2,48%

Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Infektion oder Aggregat-perforation[3] als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

[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.

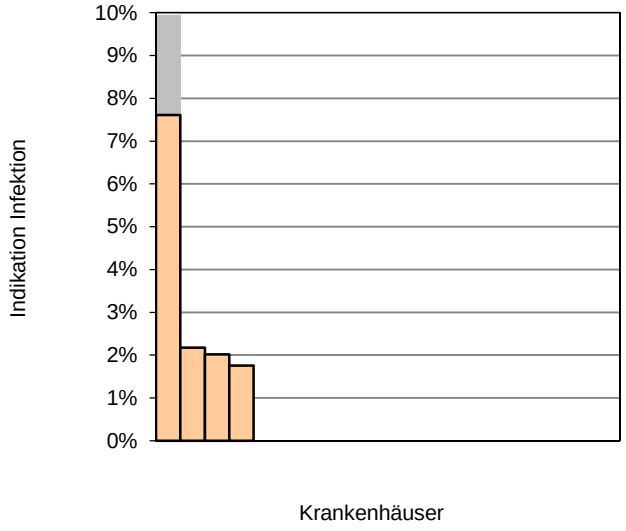
[2] Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zu Revision, Systemwechsel oder Explantation (09/6) des ICD-Systems

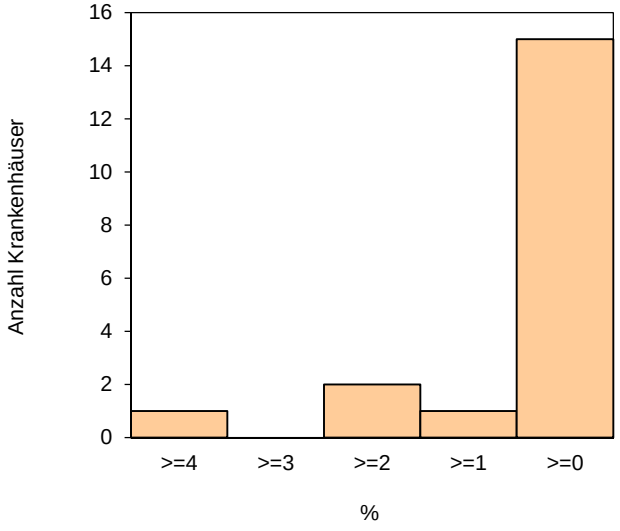
[3] Infektion der Aggregattasche oder Aggregatperforation bei Implantation des Aggregats im Erfassungs- oder Vorjahr oder unbekanntem Implantationszeitpunkt oder Sondeninfektionen, sofern die Implantation der betroffenen Sonde nicht länger als ein Jahr zurückliegt

* Aufgrund geänderter Rechenregeln im Erfassungsjahr 2015 ist eine Darstellung der Vorjahresergebnisse nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/52002]:
Anteil von Patienten mit Systeminfektion, sonstiger Infektion oder Sondeninfektion als Indikation zum Folgeeingriff bei vorangegangener ICD- oder Schrittmacher-Operation in derselben Einrichtung an allen Patienten mit Defibrillator-Implantationen (09/4) oder -Aggregatwechsel (09/5)

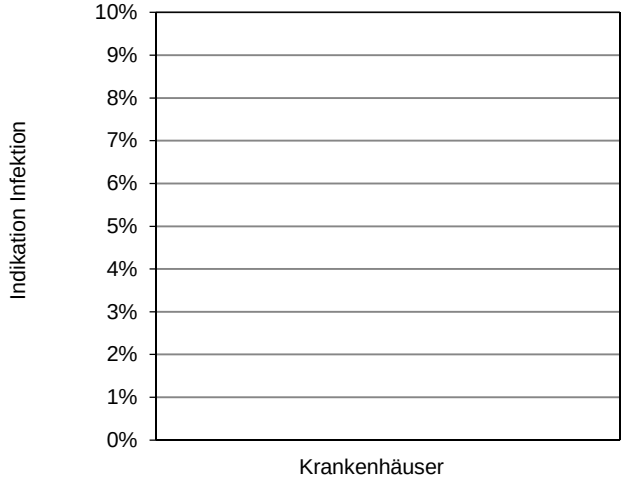
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	2,17		7,61

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige perioperative Komplikationen

Chirurgische Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 4a): 2015/09n6-DEFI-REV/50041

Referenzbereich: <= 2,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			7 / 272	2,57%
Kardiopulmonale Reanimation			0 / 272	0,00%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen[1]			3 / 272	1,10%
Vertrauensbereich				0,38% - 3,19%
Referenzbereich		<= 2,00%		<= 2,00%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 272	0,37%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 272	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 272	0,37%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 272	0,00%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			5 / 272	1,84%
Patienten mit Sondendislokation			4 / 272	1,47%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 272	0,37%
postoperative Wundinfektion			1 / 272	0,37%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 272	0,00%
CDC A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			1 / 272	0,37%
CDC A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0 / 272	0,00%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			1 / 272	0,37%

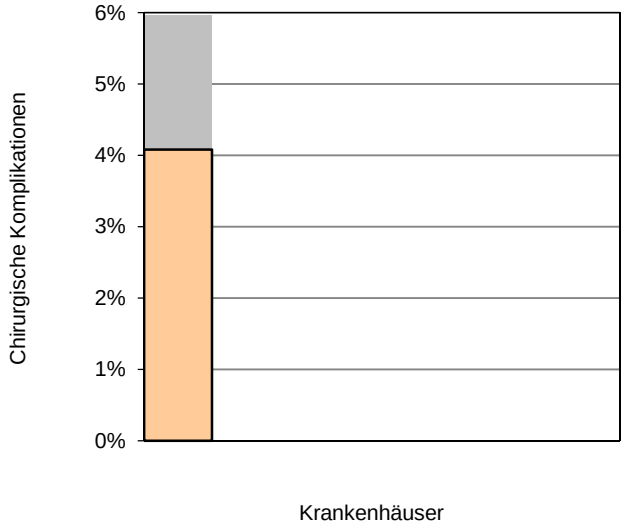
[1] interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

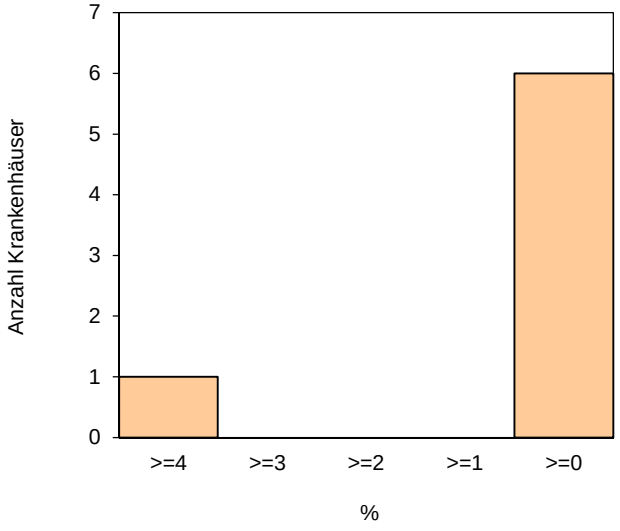
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen[1]			5 / 292	1,71%
Vertrauensbereich				0,73% - 3,95%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/50041]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten

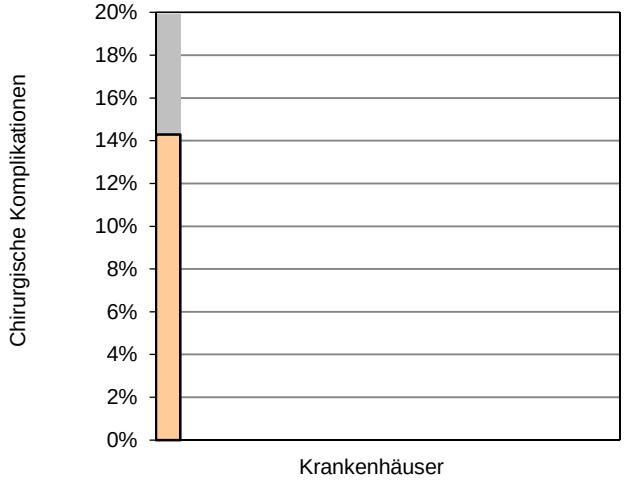
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			4,08

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		14,29

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde

Indikator-ID: (QI 4b): 2015/09n6-DEFI-REV/52324

Referenzbereich: <= 3,00% (Toleranzbereich)

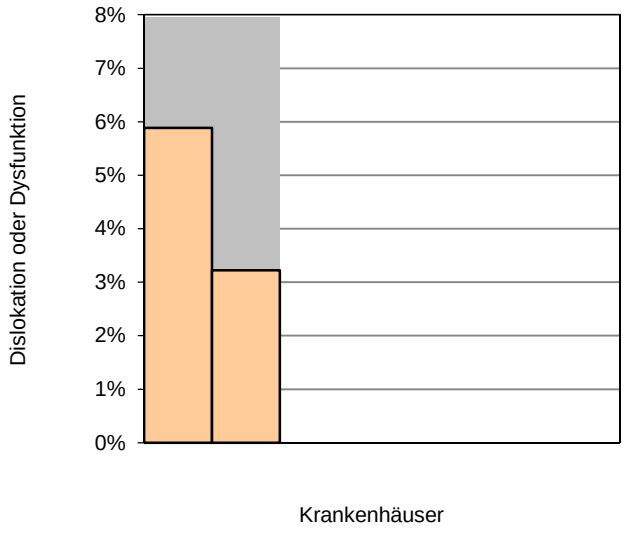
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			4 / 204	1,96%
Vertrauensbereich				0,77% - 4,93%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			2 / 61	3,28%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			2 / 174	1,15%
Sondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten anderen Defibrillations-sonde			0 / 0	
Patienten mit Sondendislokation			3 / 204	1,47%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			1 / 61	1,64%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			2 / 174	1,15%
Ventrikelsondendislokation erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			2 / 108	1,85%
zweite Ventrikelsonde			0 / 74	0,00%
dritte Ventrikelsonde			0 / 4	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 0	
weitere inaktive/stillgelegte Sonde			0 / 6	0,00%

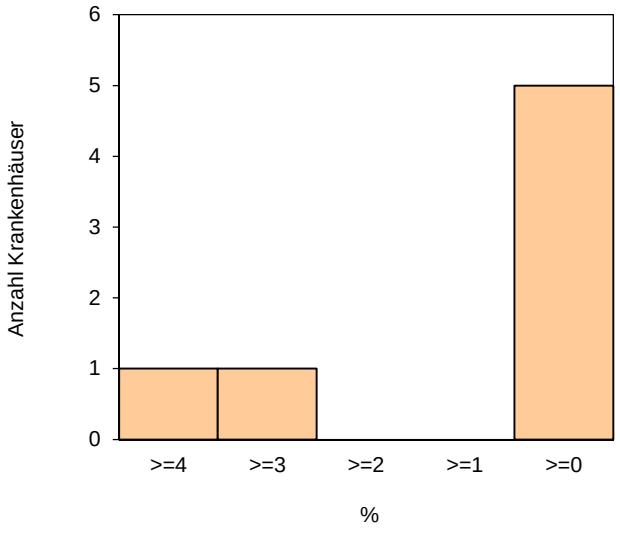
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 204	0,49%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			1 / 61	1,64%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 174	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 108	0,00%
zweite Ventrikelsonde			0 / 74	0,00%
dritte Ventrikelsonde			0 / 4	0,00%
andere Defibrillationssonde			0 / 0	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			2 / 224	0,89%
Vertrauensbereich				0,25% - 3,20%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/52324]:
Anteil von Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an allen Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde

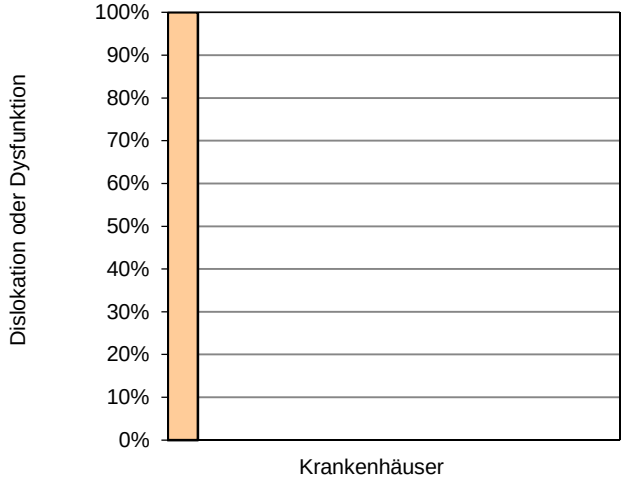
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	3,23			5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5a): 2015/09n6-DEFI-REV/50044

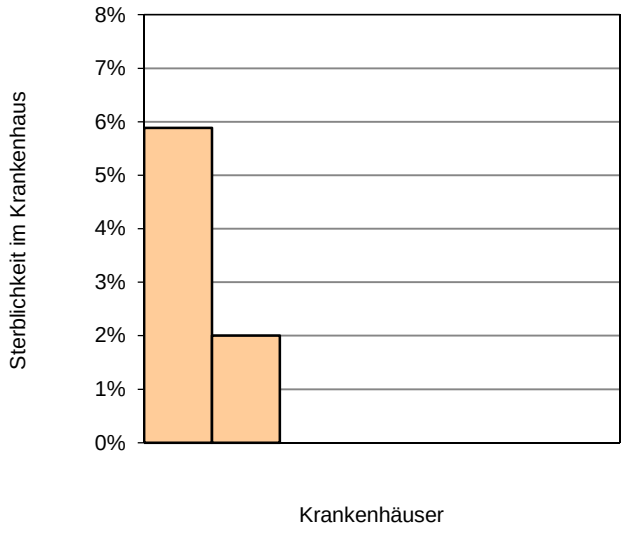
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

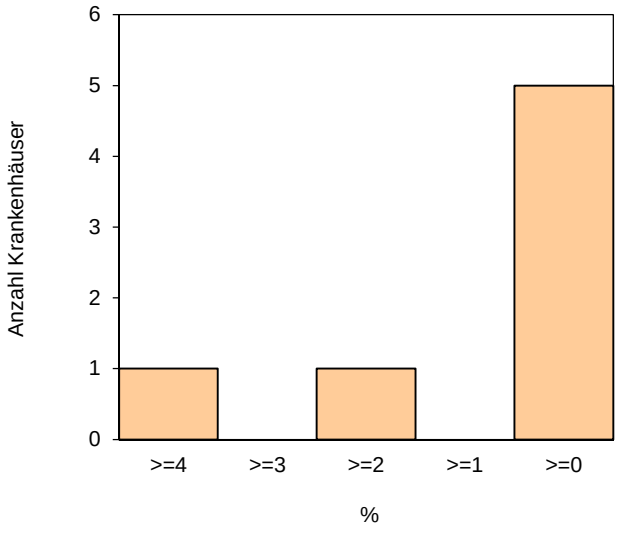
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			2 / 272	0,74%
Vertrauensbereich				0,20% - 2,64%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			6 / 292	2,05%
Vertrauensbereich				0,95% - 4,41%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/50044]:
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

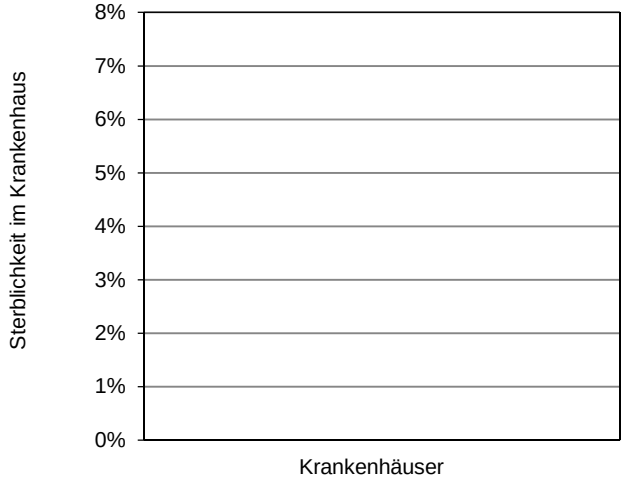
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	2,00			5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5b): 2015/09n6-DEFI-REV/51196

Referenzbereich: <= 4,77 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		2 / 272 0,74%
vorhergesagt (E)[1]		4,98 / 272 1,83%
O - E		-1,10%

[1] Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für QI-ID 51196.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E[2]		0,40
Vertrauensbereich		0,11 - 1,44
Referenzbereich	<= 4,77	<= 4,77

[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.

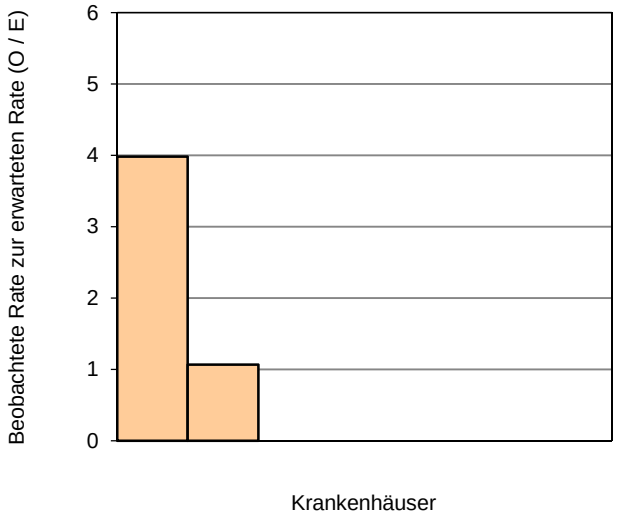
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

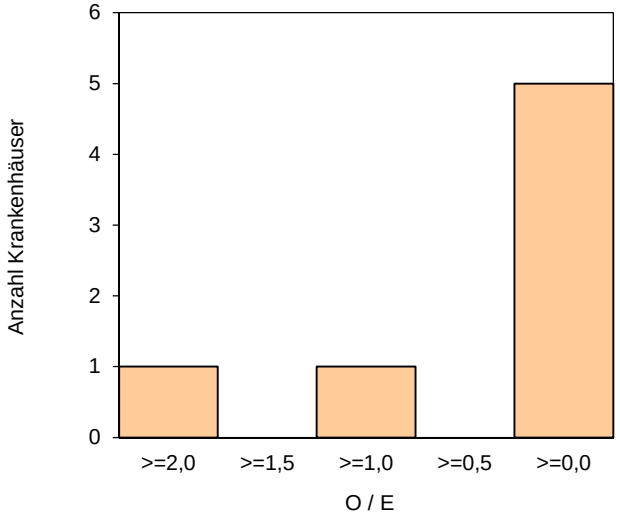
Vorjahresdaten[3]	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		6 / 292 2,05%
vorhergesagt (E)		6,26 / 292 2,14%
O - E		-0,09%
O / E		0,96
Vertrauensbereich		0,44 - 2,06

[3] Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2015/09n6-DEFI-REV/51196]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

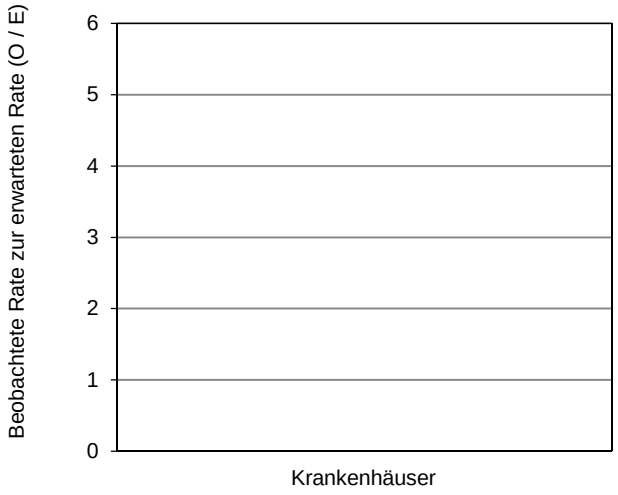
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,07			3,98

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben weniger als 10 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015

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

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 272
Datensatzversion: 09/6 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16245-L101748-P48937

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze			272		292	
1. Quartal			75	27,57	84	28,77
2. Quartal			74	27,21	92	31,51
3. Quartal			62	22,79	61	20,89
4. Quartal			61	22,43	55	18,84
Gesamt			272	100,00	292	100,00

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		272		292	
Median			*2,00*		*2,00*
Mittelwert			*4,84*		*5,74*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		272		292	
Median			*3,00*		*3,00*
Mittelwert			*6,15*		*7,25*
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		272		292	
Median			*7,00*		*7,00*
Mittelwert			*10,99*		*12,99*

OPS 2015[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-378.a0	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Zusatzinformation für die Sondenentfernung: Einsatz eines Excimer-Lasers
2	5-378.7f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
3	5-378.c6	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
4	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)
5	5-378.c2	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

OPS 2015

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-378.a0	35	12,87	5-378.c6	31	10,62
2				5-378.7f	34	12,50	5-378.a0	29	9,93
3				5-378.c6	27	9,93	5-378.c2	27	9,25
4				1-266.1	21	7,72	5-378.7f	27	9,25
5				5-378.c2	19	6,99	1-266.1	24	8,22

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2014 und OPS 2015 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
2	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
5	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
6	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
7	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
8	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				Z95.0	148	54,41	Z95.0	144	49,32
2				T82.1	131	48,16	T82.1	138	47,26
3				I10.00	104	38,24	I42.0	98	33,56
4				I25.5	81	29,78	I25.5	75	25,68
5				I42.0	76	27,94	I10.00	71	24,32
6				I25.13	61	22,43	I50.13	62	21,23
7				I50.13	45	16,54	Z45.01	37	12,67
8				I48.0	43	15,81	I44.7	36	12,33

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2014 und ICD-10-GM 2015 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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			272 / 272		292 / 292	
< 20 Jahre			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
20 - 29 Jahre			0 / 272	0,00	3 / 292	1,03
30 - 39 Jahre			3 / 272	1,10	2 / 292	0,68
40 - 49 Jahre			16 / 272	5,88	12 / 292	4,11
50 - 59 Jahre			49 / 272	18,01	55 / 292	18,84
60 - 69 Jahre			65 / 272	23,90	81 / 292	27,74
70 - 79 Jahre			105 / 272	38,60	113 / 292	38,70
80 - 89 Jahre			34 / 272	12,50	25 / 292	8,56
>= 90 Jahre			0 / 272	0,00	1 / 292	0,34
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			272		292	
Median				*70,00*		*68,00*
Mittelwert				*67,63*		*67,04*
Geschlecht						
männlich			237	87,13	227	77,74
weiblich			35	12,87	65	22,26

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			2	0,74	3	1,03
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			34	12,50	38	13,01
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			222	81,62	228	78,08
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			14	5,15	18	6,16
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	5	1,71
Wundkontaminations-klassifikation						
(Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			234	86,03	265	90,75
bedingt aseptische Eingriffe			12	4,41	9	3,08
kontaminierte Eingriffe			17	6,25	8	2,74
septische Eingriffe			9	3,31	10	3,42

Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aggregatproblem						
vorzeitige Batterieerschöpfung[1]			3	1,10	-	-
reguläre Batterieerschöpfung[1]			34	12,50	-	-
Fehlfunktion/Rückruf			5	1,84	4	1,37
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisions-operation/eines System-wechsels			44	16,18	3	1,03
sonstige aggregatbezogene Indikation[1]			18	6,62	-	-
Taschenproblem						
Taschenhämatom			2	0,74	1	0,34
Aggregatperforation[1]			10	3,68	-	-
Infektion[1]			31	11,40	-	-
sonstiges Taschenproblem[1]			9	3,31	-	-
Sondenproblem			190	69,85	139	47,60
ineffektive Defibrillation			7	2,57	1	0,34
Therapien abgegeben						
nein			221	81,25	159	54,45
adäquat			39	14,34	120	41,10
inadäquat			12	4,41	12	4,11
beides			0	0,00	1	0,34

[1] neuer Schlüsselwert 2015

Operation

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)Op vor diesem Eingriff						
stationär, eigene Institution			188	69,12	200	68,49
stationär, andere Institution			84	30,88	89	30,48
stationsersetzend/ambulant, eigene Institution			0	0,00	1	0,34
stationsersetzend/ambulant, andere Institution			0	0,00	2	0,68
eigene Institution			188	69,12	201	68,84
andere Institution			84	30,88	91	31,16
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			272		292	
Median				*65,00*		*73,50*
Mittelwert				*74,29*		*85,51*
Flächendosisprodukt[1] (cGy*cm²)						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm²)			191		-	
Median				*666,00*		-
Mittelwert				*1.631,52*		-
Flächendosisprodukt nicht bekannt[1]			81	29,78	-	-
intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
ja			48	17,65	36	12,33
nein, wegen intrakardialer Thromben			3	1,10	4	1,37
nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem)			7	2,57	15	5,14
nein, aus sonstigen Gründen			214	78,68	237	81,16
wenn intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J						
ja			46 / 48	95,83	34 / 36	94,44
nein			2 / 48	4,17	2 / 36	5,56

[1] neues Datenfeld in 2015

ICD-System

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
aktives System (nach dem Eingriff)						
keines (Explantation oder Stilllegung)			34	12,50	35	11,99
VVI			54	19,85	50	17,12
DDD			57	20,96	59	20,21
VDD			5	1,84	4	1,37
CRT-System mit einer Vorhofsonde			108	39,71	114	39,04
CRT-System ohne Vorhofsonde			13	4,78	14	4,79
subkutaner ICD			0	0,00	4	1,37
sonstiges			1	0,37	12	4,11

ICD-Aggregat

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Art des Vorgehens						
Aggregat nicht vorhanden			2	0,74	1	0,34
kein Eingriff am Aggregat			102	37,50	121	41,44
Wechsel			71	26,10	103	35,27
Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral			22	8,09	16	5,48
Aggregatverlagerung			18	6,62	12	4,11
Explantation			36	13,24	36	12,33
sonstiges			21	7,72	3	1,03
bei vorhandenem Aggregat						
Hersteller des aktiven Aggregats (nach dem Eingriff)						
Biotronik			45 / 234	19,23	40 / 255	15,69
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			73 / 234	31,20	113 / 255	44,31
Medtronic			46 / 234	19,66	32 / 255	12,55
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 234	0,00	0 / 255	0,00
St. Jude Medical			62 / 234	26,50	69 / 255	27,06
Nayamed			0 / 234	0,00	0 / 255	0,00
nicht bekannt			3 / 234	1,28	0 / 255	0,00
sonstiger			0 / 234	0,00	1 / 255	0,39
Aggregatposition						
infraclaviculär subcutan			65 / 234	27,78	66 / 255	25,88
infraclaviculär subfaszial			34 / 234	14,53	36 / 255	14,12
infraclaviculär submuskulär			134 / 234	57,26	150 / 255	58,82
abdominal			0 / 234	0,00	1 / 255	0,39
andere			1 / 234	0,43	2 / 255	0,78

ICD-Aggregat (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Explantation						
explantiertes System						
VVI			46 / 129	35,66	62 / 155	40,00
DDD			50 / 129	38,76	52 / 155	33,55
VDD			2 / 129	1,55	4 / 155	2,58
CRT-System mit einer Vorhofsonde			26 / 129	20,16	29 / 155	18,71
CRT-System ohne Vorhofsonde			1 / 129	0,78	1 / 155	0,65
subkutaner ICD			0 / 129	0,00	2 / 155	1,29
sonstiges			4 / 129	3,10	5 / 155	3,23
Hersteller des explantierten Aggregats						
Biotronik			19 / 129	14,73	20 / 155	12,90
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			55 / 129	42,64	64 / 155	41,29
Medtronic			23 / 129	17,83	29 / 155	18,71
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 129	0,00	0 / 155	0,00
St. Jude Medical			24 / 129	18,60	32 / 155	20,65
Nayamed			0 / 129	0,00	0 / 155	0,00
nicht bekannt			6 / 129	4,65	6 / 155	3,87
sonstiger			1 / 129	0,78	3 / 155	1,94
Zeit zwischen Implantation und Explantation (in Jahren)[1]						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			143		156	
Median				*4,00*		*5,00*
Mittelwert				*4,24*		*4,14*
Jahr der Implantation						
nicht bekannt			25 / 168	14,88	14 / 170	8,24

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			111	40,81	118	40,41
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			3	1,10	5	1,71
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			19	6,99	23	7,88
Neuimplantation zusätzlich			24	8,82	33	11,30
Neuplatzierung			14	5,15	11	3,77
Reparatur			0	0,00	1	0,34
Explantation			30	11,03	27	9,25
Stilllegung			10	3,68	6	2,05
sonstiges			1	0,37	1	0,34
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			28 / 101	27,72	34 / 107	31,78
Dislokation			18 / 101	17,82	20 / 107	18,69
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			8 / 101	7,92	6 / 107	5,61
fehlerhafte Konnektion			0 / 101	0,00	1 / 107	0,93
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken[1]			0 / 101	0,00	-	-
Oversensing			3 / 101	2,97	5 / 107	4,67
Undersensing			0 / 101	0,00	2 / 107	1,87
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			8 / 101	7,92	5 / 107	4,67
Infektion			25 / 101	24,75	28 / 107	26,17
Myokardperforation			0 / 101	0,00	1 / 107	0,93
sonstige			11 / 101	10,89	5 / 107	4,67
Hersteller der revidierten bzw. explantierten Pace/Sense-Sonde[2]						
Biotronik			13 / 77	16,88	9 / 74	12,16
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			32 / 77	41,56	21 / 74	28,38
Medtronic			14 / 77	18,18	13 / 74	17,57
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 77	0,00	0 / 74	0,00
St. Jude Medical			12 / 77	15,58	16 / 74	21,62
Nayamed			0 / 77	0,00	0 / 74	0,00
nicht bekannt			6 / 77	7,79	15 / 74	20,27
sonstiger			0 / 77	0,00	0 / 74	0,00

[1] wegen geänderter Rechenregeln Vorjahresdaten nicht darstellbar

[2] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten bzw. explantierten Pace/Sense-Sonde[1]						
<= 1 Jahr			25 / 77	32,47	36 / 74	48,65
> 1 Jahr			51 / 77	66,23	32 / 74	43,24
unbekannt			1 / 77	1,30	2 / 74	2,70
bei aktiven Sonden (außer VDD)						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			146		162	
Median				*0,70*		*0,70*
Mittelwert				*0,74*		*0,72*
nicht gemessen			20 / 167	11,98	25 / 188	13,30
wegen Vorhofflimmerns			12 / 167	7,19	18 / 188	9,57
aus anderen Gründen			8 / 167	4,79	7 / 188	3,72
bei aktiven Sonden						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			158		170	
Median				*2,80*		*2,70*
Mittelwert				*3,13*		*3,01*
nicht gemessen			14 / 172	8,14	22 / 192	11,46
wegen Vorhofflimmerns			7 / 172	4,07	13 / 192	6,77
fehlender Vorhofeigenrhythmus			0 / 172	0,00	2 / 192	1,04
aus anderen Gründen			7 / 172	4,07	7 / 192	3,65

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			124	45,59	138	47,26
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			31	11,40	21	7,19
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			52	19,12	62	21,23
Neuimplantation zusätzlich			3	1,10	5	1,71
Neuplatzierung			17	6,25	18	6,16
Reparatur			2	0,74	1	0,34
Explantation			35	12,87	34	11,64
Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde			1	0,37	5	1,71
Stilllegung des Defibrillations-anteils der Sonde			0	0,00	0	0,00
Stilllegung der gesamten Sonde			5	1,84	2	0,68
sonstiges			2	0,74	1	0,34
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			4 / 148	2,70	7 / 149	4,70
Dislokation			14 / 148	9,46	13 / 149	8,72
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			28 / 148	18,92	34 / 149	22,82
fehlerhafte Konnektion			2 / 148	1,35	2 / 149	1,34
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken[1]			0 / 148	0,00	-	-
Oversensing			16 / 148	10,81	14 / 149	9,40
Undersensing			5 / 148	3,38	5 / 149	3,36
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			27 / 148	18,24	28 / 149	18,79
Infektion			34 / 148	22,97	34 / 149	22,82
Myokardperforation			2 / 148	1,35	3 / 149	2,01
ineffektive Defibrillation[2]			3 / 148	2,03	-	-
sonstige			13 / 148	8,78	7 / 149	4,70

[1] wegen geänderter Rechenregeln Vorjahresdaten nicht darstellbar

[2] neuer Schlüsselwert in 2015

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Hersteller der revidierten bzw. explantierten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde[1]						
Biotronik			31 / 145	21,38	27 / 144	18,75
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			55 / 145	37,93	36 / 144	25,00
Medtronic			22 / 145	15,17	14 / 144	9,72
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 145	0,00	0 / 144	0,00
St. Jude Medical			28 / 145	19,31	35 / 144	24,31
Nayamed			0 / 145	0,00	0 / 144	0,00
nicht bekannt			8 / 145	5,52	32 / 144	22,22
sonstiger			1 / 145	0,69	0 / 144	0,00
Zeitabstand zur Implantation der revidierten bzw. explantierten ersten Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde[1]						
<= 1 Jahr			47 / 145	32,41	57 / 144	39,58
> 1 Jahr			95 / 145	65,52	80 / 144	55,56
unbekannt			3 / 145	2,07	0 / 144	0,00
bei aktiven Sonden						
Defibrillations-Elektroden						
Single Coil			67 / 232	28,88	25 / 251	9,96
Dual Coil			164 / 232	70,69	221 / 251	88,05
sonstige			1 / 232	0,43	5 / 251	1,99
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			214 / 237	90,30	187 / 253	73,91
rechtsventrikuläres Septum			20 / 237	8,44	58 / 253	22,92
andere			3 / 237	1,27	8 / 253	3,16

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V)						
(intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			219		233	
Median				*0,70*		*0,70*
Mittelwert				*0,75*		*0,77*
nicht gemessen			12 / 231	5,19	13 / 246	5,28
separate Pace/ Sense-Sonde			1 / 231	0,43	1 / 246	0,41
aus anderen Gründen			11 / 231	4,76	12 / 246	4,88
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			209		217	
Median				*12,00*		*12,00*
Mittelwert				*13,11*		*13,48*
nicht gemessen			22 / 231	9,52	29 / 246	11,79
separate Pace/Sense-Sonde			1 / 231	0,43	1 / 246	0,41
kein Eigenrhythmus			11 / 231	4,76	16 / 246	6,50
aus anderen Gründen			10 / 231	4,33	12 / 246	4,88

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zweite Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			50	18,38	57	19,52
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			4	1,47	1	0,34
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			11	4,04	25	8,56
Neuimplantation zusätzlich			53	19,49	62	21,23
Neuplatzierung			5	1,84	2	0,68
Reparatur			1	0,37	0	0,00
Explantation			15	5,51	12	4,11
Stilllegung			1	0,37	2	0,68
sonstiges			0	0,00	2	0,68
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			54 / 90	60,00	57 / 106	53,77
Dislokation			6 / 90	6,67	14 / 106	13,21
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			4 / 90	4,44	5 / 106	4,72
fehlerhafte Konnektion			1 / 90	1,11	0 / 106	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken[1]			2 / 90	2,22	-	-
Oversensing			1 / 90	1,11	2 / 106	1,89
Undersensing			0 / 90	0,00	0 / 106	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			6 / 90	6,67	6 / 106	5,66
Infektion			13 / 90	14,44	12 / 106	11,32
Myokardperforation			0 / 90	0,00	0 / 106	0,00
sonstige			3 / 90	3,33	9 / 106	8,49
Hersteller der revidierten bzw. explantierten zweiten Ventrikelsonde[2]						
Biotronik			2 / 37	5,41	4 / 44	9,09
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			20 / 37	54,05	12 / 44	27,27
Medtronic			3 / 37	8,11	2 / 44	4,55
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 37	0,00	0 / 44	0,00
St. Jude Medical			9 / 37	24,32	16 / 44	36,36
Nayamed			0 / 37	0,00	0 / 44	0,00
nicht bekannt			2 / 37	5,41	9 / 44	20,45
sonstiger			1 / 37	2,70	1 / 44	2,27

[1] wegen geänderter Rechenregeln Vorjahresdaten nicht darstellbar

[2] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten bzw. explantierten zweiten Ventrikelsonde[1]						
<= 1 Jahr			17 / 37	45,95	23 / 44	52,27
> 1 Jahr			19 / 37	51,35	17 / 44	38,64
unbekannt			1 / 37	2,70	2 / 44	4,55
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			3 / 125	2,40	5 / 151	3,31
rechtsventrikuläres Septum			1 / 125	0,80	6 / 151	3,97
Koronarvene, anterior			1 / 125	0,80	1 / 151	0,66
Koronarvene, lateral, posterolateral			91 / 125	72,80	110 / 151	72,85
Koronarvene, posterior			4 / 125	3,20	5 / 151	3,31
epimyokardial linksventrikulär			23 / 125	18,40	19 / 151	12,58
andere			2 / 125	1,60	5 / 151	3,31
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			118		138	
Median				*1,00*		*1,00*
Mittelwert				*1,06*		*1,09*
nicht gemessen			6 / 124	4,84	11 / 149	7,38
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			105		119	
Median				*12,60*		*12,80*
Mittelwert				*13,86*		*14,73*
nicht gemessen			19 / 124	15,32	30 / 149	20,13
kein Eigenrhythmus			9 / 124	7,26	7 / 149	4,70
aus anderen Gründen			10 / 124	8,06	23 / 149	15,44

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dritte Ventrikelsonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			0	0,00	3	1,03
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,00	0	0,00
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			2	0,74	0	0,00
Neuimplantation zusätzlich			1	0,37	1	0,34
Neuplatzierung			0	0,00	0	0,00
Reparatur			1	0,37	0	0,00
Explantation			1	0,37	3	1,03
Stilllegung			0	0,00	1	0,34
sonstiges			0	0,00	0	0,00
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			1 / 5	20,00	1 / 5	20,00
Dislokation			1 / 5	20,00	0 / 5	0,00
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 5	20,00	1 / 5	20,00
fehlerhafte Konnektion			0 / 5	0,00	0 / 5	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken[1]			1 / 5	20,00	-	-
Oversensing			0 / 5	0,00	0 / 5	0,00
Undersensing			0 / 5	0,00	0 / 5	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			0 / 5	0,00	0 / 5	0,00
Infektion			1 / 5	20,00	2 / 5	40,00
Myokardperforation			0 / 5	0,00	0 / 5	0,00
sonstige			0 / 5	0,00	1 / 5	20,00
Hersteller der revidierten bzw. explantierten dritten Ventrikelsonde[2]						
Biotronik			0 / 4	0,00	1 / 4	25,00
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			2 / 4	50,00	0 / 4	0,00
Medtronic			1 / 4	25,00	0 / 4	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 4	0,00	0 / 4	0,00
St. Jude Medical			0 / 4	0,00	1 / 4	25,00
Nayamed			0 / 4	0,00	0 / 4	0,00
nicht bekannt			0 / 4	0,00	2 / 4	50,00
sonstiger			1 / 4	25,00	0 / 4	0,00

[1] wegen geänderter Rechenregeln Vorjahresdaten nicht darstellbar

[2] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation der revidierten bzw. explantierten dritten Ventrikelsonde[1]						
<= 1 Jahr			1 / 4	25,00	0 / 4	0,00
> 1 Jahr			3 / 4	75,00	3 / 4	75,00
unbekannt			0 / 4	0,00	0 / 4	0,00
bei verbleibenden Sonden						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			0 / 4	0,00	1 / 5	20,00
rechtsventrikuläres Septum			1 / 4	25,00	0 / 5	0,00
Koronarvene, anterior			0 / 4	0,00	0 / 5	0,00
Koronarvene, lateral, posterolateral			2 / 4	50,00	2 / 5	40,00
Koronarvene, posterior			0 / 4	0,00	1 / 5	20,00
epimyokardial linksventrikulär			1 / 4	25,00	0 / 5	0,00
andere			0 / 4	0,00	1 / 5	20,00
bei aktiven Sonden						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4		3	
Median				*0,70*		*0,80*
Mittelwert				*0,80*		*0,83*
nicht gemessen			0 / 4	0,00	1 / 4	25,00
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4		2	
Median				*14,50*		*22,50*
Mittelwert				*14,68*		*22,50*
nicht gemessen			0 / 4	0,00	2 / 4	50,00
kein Eigenrhythmus			0 / 4	0,00	0 / 4	0,00
aus anderen Gründen			0 / 4	0,00	2 / 4	50,00

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Andere Defibrillationssonde(n)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			0	0,00	4	1,37
Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde			0	0,00	0	0,00
Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)			0	0,00	0	0,00
Neuimplantation zusätzlich			0	0,00	1	0,34
Neuplatzierung			0	0,00	0	0,00
Reparatur			0	0,00	0	0,00
Explantation			0	0,00	3	1,03
Stilllegung			0	0,00	0	0,00
sonstiges			0	0,00	0	0,00
bei Eingriff an der Sonde						
Problem						
Systemumstellung			0 / 0		1 / 4	25,00
Dislokation			0 / 0		0 / 4	0,00
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			0 / 0		1 / 4	25,00
fehlerhafte Konnektion			0 / 0		0 / 4	0,00
Infektion			0 / 0		2 / 4	50,00
Myokardperforation			0 / 0		0 / 4	0,00
ineffektive Defibrillation			0 / 0		0 / 4	0,00
sonstige			0 / 0		0 / 4	0,00
Hersteller revidierter bzw. explantierter anderer Defibrillations-sonden[1]						
Biotronik			0 / 0		1 / 3	33,33
Boston Scientific/CPI/ Guidant/Intermedics			0 / 0		0 / 3	0,00
Medtronic			0 / 0		0 / 3	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			0 / 0		0 / 3	0,00
St. Jude Medical			0 / 0		1 / 3	33,33
Nayamed			0 / 0		0 / 3	0,00
nicht bekannt			0 / 0		1 / 3	33,33
sonstiger			0 / 0		0 / 3	0,00

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Sonden (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zeitabstand zur Implantation revidierter bzw. explantierter anderer Defibrillations-sonden[1]						
<= 1 Jahr			0 / 0		0 / 3	0,00
> 1 Jahr			0 / 0		2 / 3	66,67
unbekannt			0 / 0		0 / 3	0,00
bei verbleibenden Sonden						
Position						
Vena cava superior			0 / 0		0 / 5	0,00
Vena subclavia			0 / 0		0 / 5	0,00
rechter Vorhof			0 / 0		0 / 5	0,00
subkutan (Sub-Q-Array)			0 / 0		0 / 5	0,00
subkutan (S-ICD)			0 / 0		1 / 5	20,00
epimyokardial (Patch-Elektrode)			0 / 0		0 / 5	0,00
mehrere			0 / 0		0 / 5	0,00
andere			0 / 0		4 / 5	80,00
weitere inaktive oder explantierte Sonden						
weitere inaktive/ stillgelegte Sonden						
ja			6	2,21	4	1,37
nein			266	97,79	288	98,63
weitere explantierte Sonden						
ja			2	0,74	2	0,68
nein			270	99,26	290	99,32

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri-operativen Komplikation[1]			7	2,57	9	3,08
kardiopulmonale Reanimation			0 / 7	0,00	3 / 9	33,33
interventionspflichtiger Pneumothorax			1 / 7	14,29	1 / 9	11,11
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 7	0,00	1 / 9	11,11
interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 7	14,29	1 / 9	11,11
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 7	0,00	1 / 9	11,11

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
revisionsbedürftige Sondendislokation[1]			4 / 7	57,14	1 / 9	11,11
Vorhof			1 / 4	25,00	0 / 1	0,00
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			2 / 4	50,00	1 / 1	100,00
zweite Ventrikelsonde			1 / 4	25,00	0 / 1	0,00
dritte Ventrikelsonde			0 / 4	0,00	0 / 1	0,00
andere Defibrillations-sonde			0 / 4	0,00	0 / 1	0,00
weitere inaktive/ stillgelegte Sonde			0 / 4	0,00	0 / 1	0,00
revisionsbedürftige Sondendysfunktion[1]			1 / 7	14,29	2 / 9	22,22
Vorhof			1 / 1	100,00	1 / 2	50,00
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
zweite Ventrikelsonde			0 / 1	0,00	2 / 2	100,00
dritte Ventrikelsonde			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
andere Defibrillations-sonde			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
Postoperative Wundinfektion[1] (nach Definition der CDC)			1 / 7	14,29	1 / 9	11,11
A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
sonstige interventions-pflichtige Komplikation[1]			1 / 7	14,29	0 / 9	0,00

[1] Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			241	88,60	240	82,19
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			15	5,51	16	5,48
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			8	2,94	20	6,85
07: Tod			2	0,74	6	2,05
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			5	1,84	8	2,74
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,37	2	0,68
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

[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
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
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 4 in 09/4 basieren auf Vorgängen, die in den beiden Leistungsbereichen 09/4 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.

09/4 - Qualitätsindikator 4: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel: Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
- Reizschwellen zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
- R-Amplituden zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

Indikator-ID: 2015/09n4-DEFI-IMPL/52316

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplituden-messungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen:[1]				
Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V				
Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V	Indikator-Ergebnisse siehe QI 4 in der Auswertung 09/4			
P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV				
R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				

[1] Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Berechnung der Fälle, die aus 09/6 in den Qualitätsindikator 4 des Leistungsbereiches 09/4 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
- Reizschwellen zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
- R-Amplituden zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplituden-messungen, deren Ergebnisse inner-halb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen:[1] Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhof-sonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			316 / 325	97,23%

[1] Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d.h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten).

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/4, 09/5 und 09/6

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 3 in 09/5 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/4, 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.

09/5 - Qualitätsindikator 3: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus den Leistungsbereichen Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden)
- Reizschwellen zweiter oder dritter Ventrikelsonden (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
- R-Amplituden zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

Indikator-ID: 2015/09n5-DEFI-AGGW/52321

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen	Indikator-Ergebnisse siehe QI 3 in der Auswertung 09/5			
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				

Berechnung der Fälle, die aus 09/6 in den Qualitätsindikator 3 des Leistungsbereiches 09/5 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde
- Reizschwellen zweiter oder dritter Ventrikelsonden
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der ersten rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus
- R-Amplituden zweiter oder dritter rechtsventrikulärer Sonden unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			464 / 503	92,25%

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 2015 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 15,00% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15,00% 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 2015.

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:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 2,50% (unauffällig)
10 von 399 = 2,51% (gerundet) > 2,50% (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 <= 2,50%
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von 2,50481696% (gerundet 2,50%).
Diese ist größer als 2,50% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 4,70%
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von 4,69798658% (gerundet 4,70%).
Dieser ist kleiner als 4,70% 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 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 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.

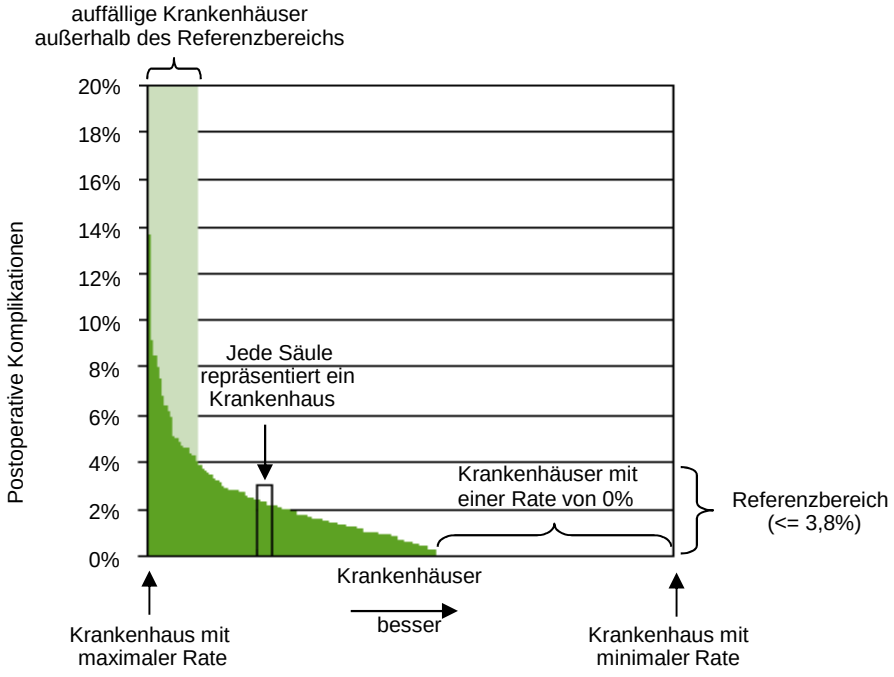
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

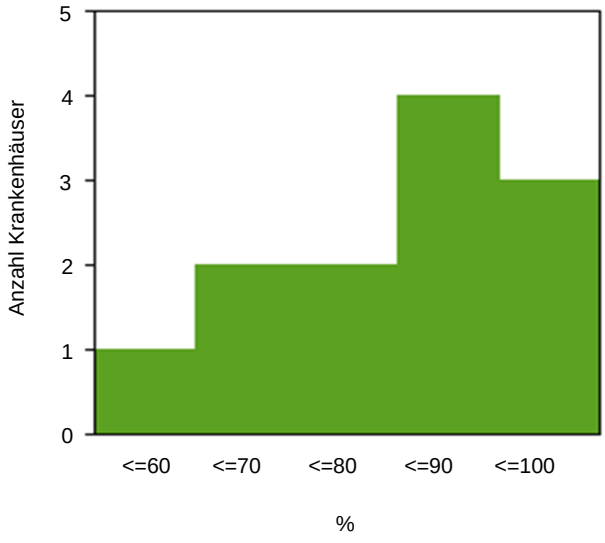
Beispiel:

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. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID
Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.
Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) 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 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% 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.