

Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 287
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14185-L88990-P43268

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 287
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14185-L88990-P43268

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats							
1a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1092 unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			0,0 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,0 Fälle	6
1b: 2013/09n2-HSM-AGGW/480 über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			95,1%	>= 75,0%	innerhalb	89,4%	6
1c: 2013/09n2-HSM-AGGW/1093 unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			0,0 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	3,0 Fälle	6
1d: 2013/09n2-HSM-AGGW/481 über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			94,5%	>= 50,0%	innerhalb	87,8%	6
1e: 2013/09n2-HSM-AGGW/11484 Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats			93,4%	>= 90,0%	innerhalb	98,1%	15

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/09n2-HSM-AGGW/210 QI 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten			94,1%	>= 60,0%	innerhalb	95,6%	17
QI 3: Intraoperative Reizschwellenbestimmung							
3a: 2013/09n2-HSM-AGGW/482 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde							
			87,9%	>= 84,2%	innerhalb	90,9%	19
3b: 2013/09n2-HSM-AGGW/483 Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden							
			93,2%	>= 88,4%	innerhalb	92,9%	19
QI 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung							
4a: 2013/09n2-HSM-AGGW/1099 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde							
			91,7%	>= 87,2%	innerhalb	91,8%	22
4b: 2013/09n2-HSM-AGGW/484 Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden							
			91,0%	>= 87,9%	innerhalb	92,4%	22

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/09n2-HSM-AGGW/1096							
QI 5: Chirurgische Komplikationen			0,0%	<= 1,0%	innerhalb	0,9%	25
2013/09n2-HSM-AGGW/51398							
QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus			1,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	0,0 Fälle	27

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats

Qualitätsziel: Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

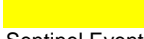
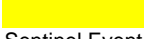


Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und
 Gruppe 1: implantiertem Einkammersystem (AAI, VVI)
 Gruppe 2: implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)

Indikator-ID: Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats¹ unter 4 Jahre
 Gruppe 1 (QI 1a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1092
 Gruppe 2 (QI 1c): 2013/09n2-HSM-AGGW/1093

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats¹ über 6 Jahre
 Gruppe 1 (QI 1b): 2013/09n2-HSM-AGGW/480
 Gruppe 2 (QI 1d): 2013/09n2-HSM-AGGW/481

Referenzbereich: Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats¹ unter 4 Jahre
 Gruppe 1: Sentinel Event
 Gruppe 2: Sentinel Event

Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats¹ über 6 Jahre
 Gruppe 1: $\geq 75,0\%$ (Toleranzbereich)
 Gruppe 2: $\geq 50,0\%$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahre Referenzbereich	 Sentinel Event	 Sentinel Event
4 bis 6 Jahre		
7 bis 8 Jahre		
9 bis 12 Jahre		
über 12 Jahre		
Summe über 6 Jahre Referenzbereich	 $\geq 75,0\%$	 $\geq 50,0\%$

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahre	0 / 61 0,0 Fälle	0 / 200 0,0 Fälle
Referenzbereich	Sentinel Event	Sentinel Event
4 bis 6 Jahre	3 / 61 4,9%	11 / 200 5,5%
7 bis 8 Jahre	14 / 61 23,0%	80 / 200 40,0%
9 bis 12 Jahre	32 / 61 52,5%	101 / 200 50,5%
über 12 Jahre	12 / 61 19,7%	8 / 200 4,0%
Summe	58 / 61	189 / 200
über 6 Jahre	95,1%	94,5%
Vertrauensbereich	86,5% - 98,3%	90,4% - 96,9%
Referenzbereich	>= 75,0%	>= 50,0%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahre		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahre	0 / 85 0,0 Fälle	3 / 222 3,0 Fälle
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich	76 / 85 89,4% 81,1% - 94,3%	195 / 222 87,8% 82,9% - 91,5%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Laufzeiten nach Herstellern differenziert

Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2013					
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre N Anteil ²	Laufzeit > 6 Jahre N Anteil ²
01 Biotronik						
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics						
07 Medtronic						
08 Osypka						
09 Sorin Biomedica/ELA Medical						
11 Vitatron						
18 St. Jude Medical						
89 nicht bekannt						
99 sonstiger						
Gesamt						

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Krankenhaus 2013					
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre N Anteil ²	Laufzeit > 6 Jahre N Anteil ²
01 Biotronik						
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics						
07 Medtronic						
08 Osypka						
09 Sorin Biomedica/ELA Medical						
11 Vitatron						
18 St. Jude Medical						
89 nicht bekannt						
99 sonstiger						
Gesamt						

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2013							
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil ²	N	Anteil ²
01 Biotronik	15	24,6%	10,0	0	0,0%	15	100,0%	
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	1	1,6%	8,0	0	0,0%	1	100,0%	
07 Medtronic	38	62,3%	9,5	0	0,0%	35	92,1%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	1	1,6%	11,0	0	0,0%	1	100,0%	
11 Vitatron	1	1,6%	7,0	0	0,0%	1	100,0%	
18 St. Jude Medical	2	3,3%	9,0	0	0,0%	2	100,0%	
89 nicht bekannt	1	1,6%	12,0	0	0,0%	1	100,0%	
99 sonstiger	2	3,3%	13,5	0	0,0%	2	100,0%	
Gesamt	61	100,0%	10,0	0	0,0%	58	95,1%	

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2013							
	Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit Median (Jahre)	Laufzeit < 4 Jahre		Laufzeit > 6 Jahre	
					N	Anteil ²	N	Anteil ²
01 Biotronik	43	21,5%	8,0	0	0,0%	40	93,0%	
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	10	5,0%	8,5	0	0,0%	9	90,0%	
07 Medtronic	100	50,0%	9,0	0	0,0%	95	95,0%	
08 Osypka	0	0,0%		0		0		
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	1	0,5%	7,0	0	0,0%	1	100,0%	
11 Vitatron	27	13,5%	8,0	0	0,0%	25	92,6%	
18 St. Jude Medical	14	7,0%	11,0	0	0,0%	14	100,0%	
89 nicht bekannt	3	1,5%	9,0	0	0,0%	3	100,0%	
99 sonstiger	2	1,0%	9,0	0	0,0%	2	100,0%	
Gesamt	200	100,0%	9,0	0	0,0%	189	94,5%	

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

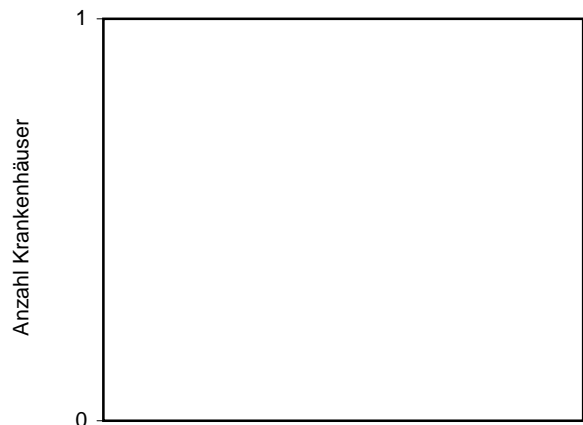
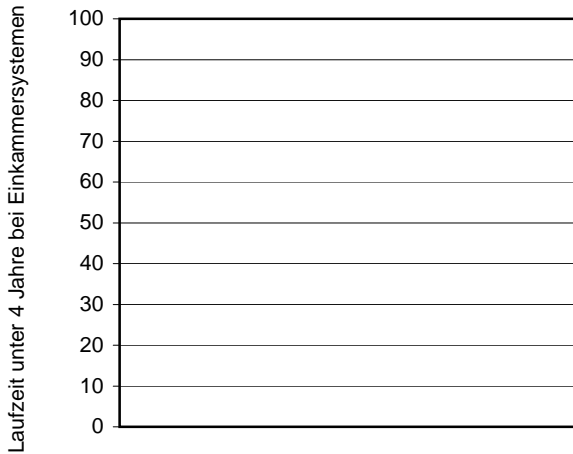
² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1092]:

Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



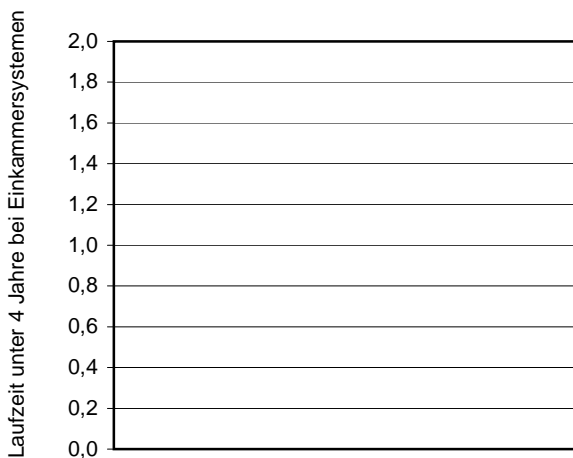
Krankenhäuser

Fälle

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

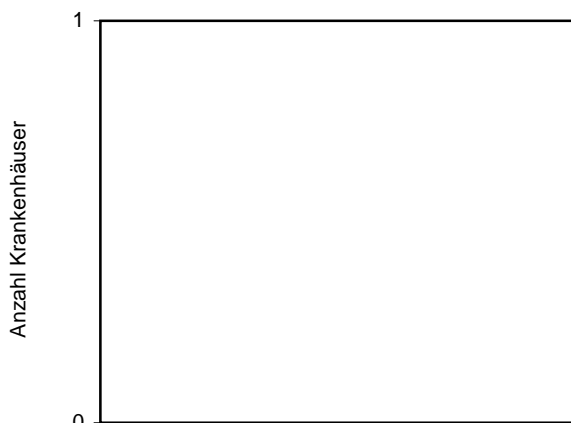
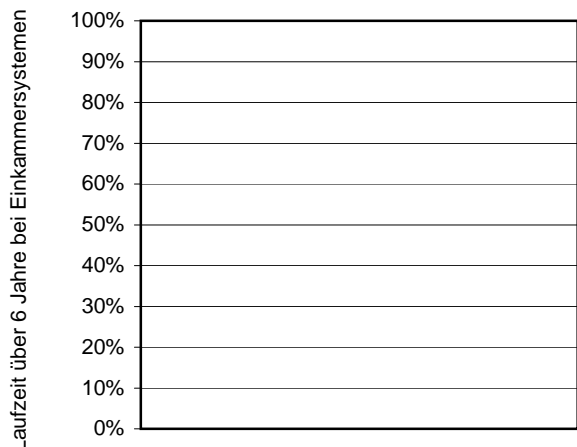
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/480]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



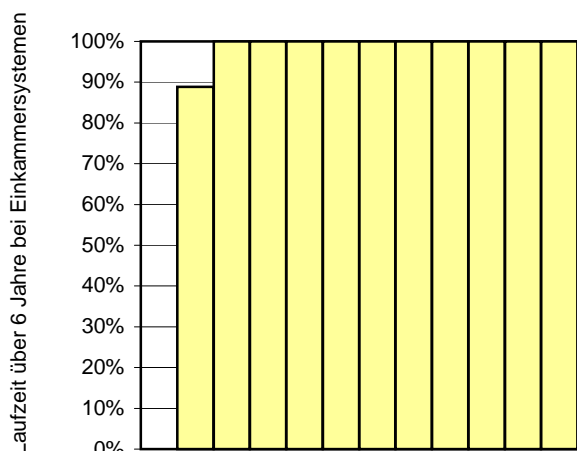
Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

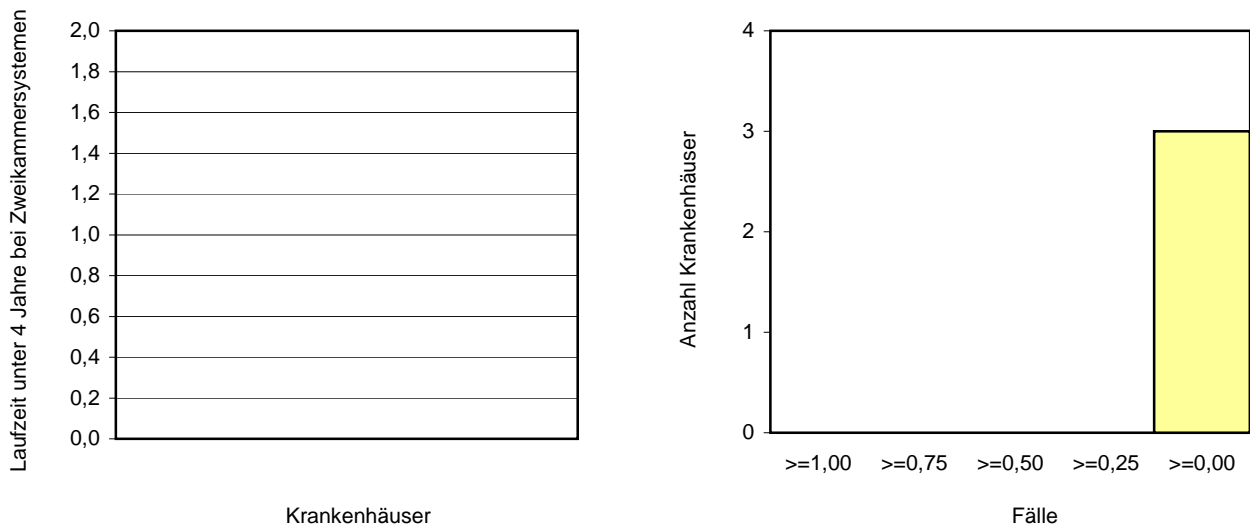
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1093]:

Anzahl Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre von allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

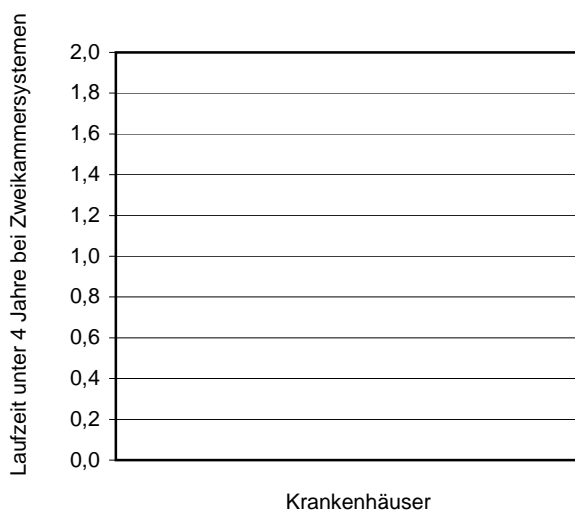
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

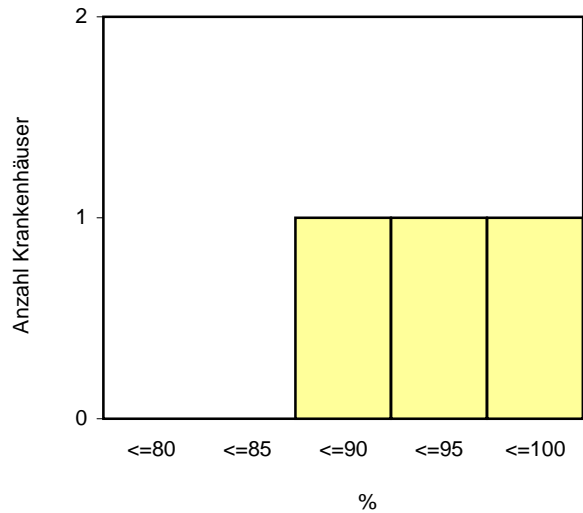
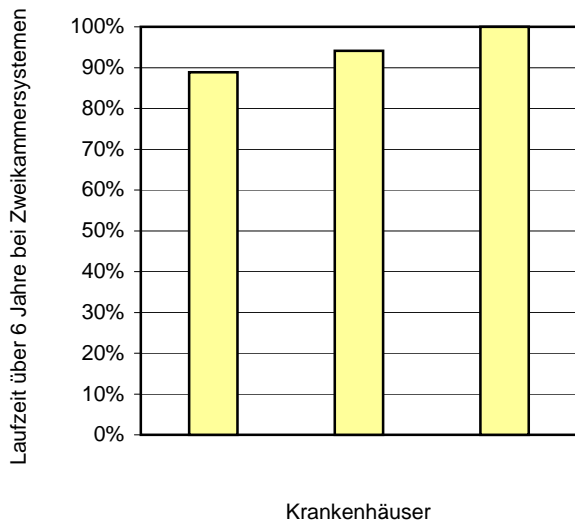
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/481]:

Anteil von Patienten mit einer Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre an allen Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum explantierten Herzschrittmacher-System

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

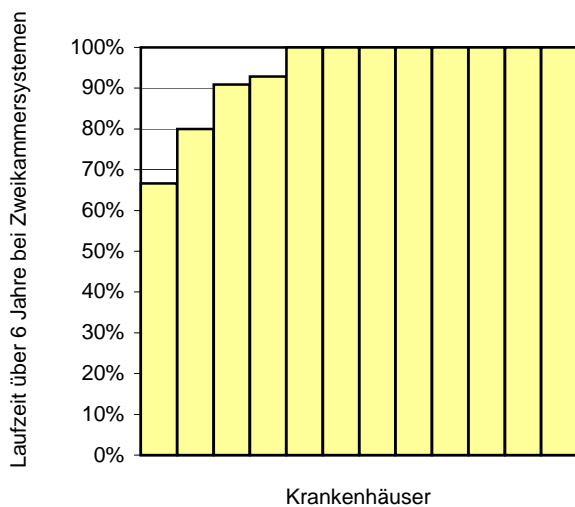
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,9				94,1				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7		80,0	91,9	100,0	100,0	100,0		100,0



0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten

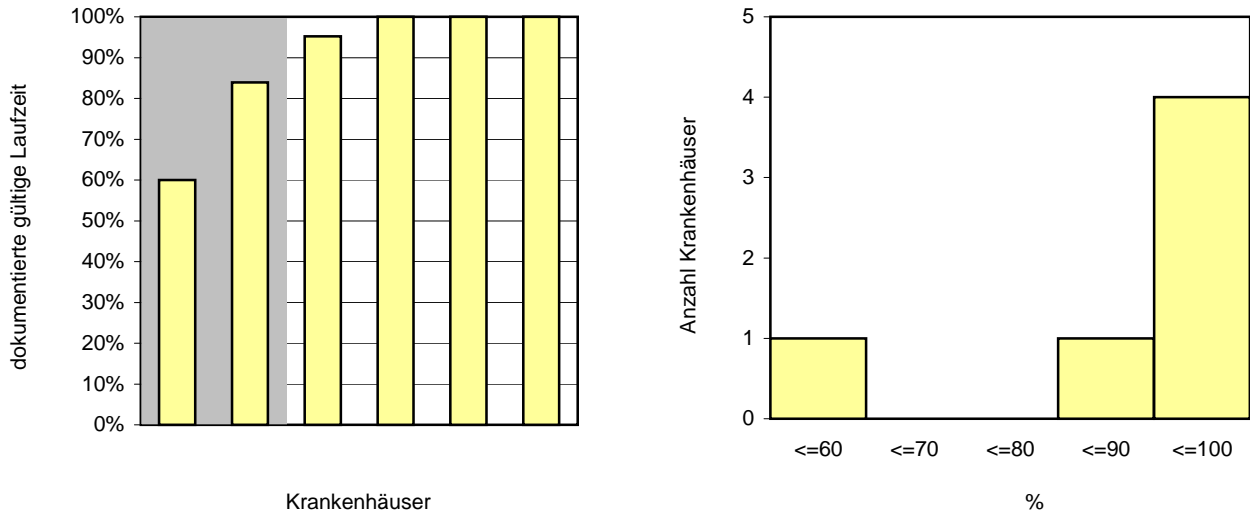
Indikator-ID: (QI 1e): 2013/09n2-HSM-AGGW/11484

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			268 / 287	93,4%
Vertrauensbereich				89,9% - 95,7%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			315 / 321	98,1%
Vertrauensbereich				96,0% - 99,1%

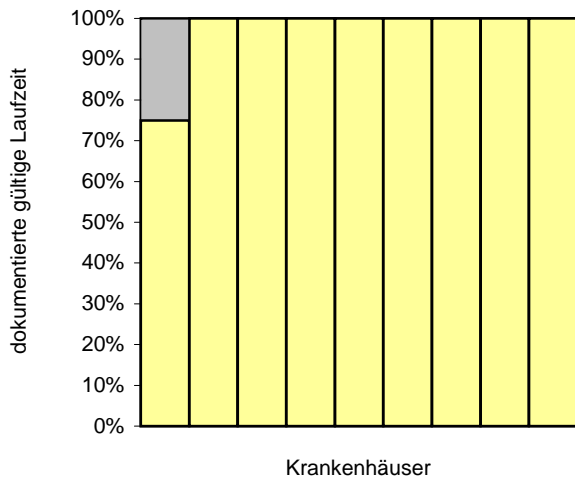
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1e, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/11484]:
 Anteil von Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0			83,9	97,6	100,0			100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/210
Referenzbereich: >= 60,0% (Toleranzbereich)

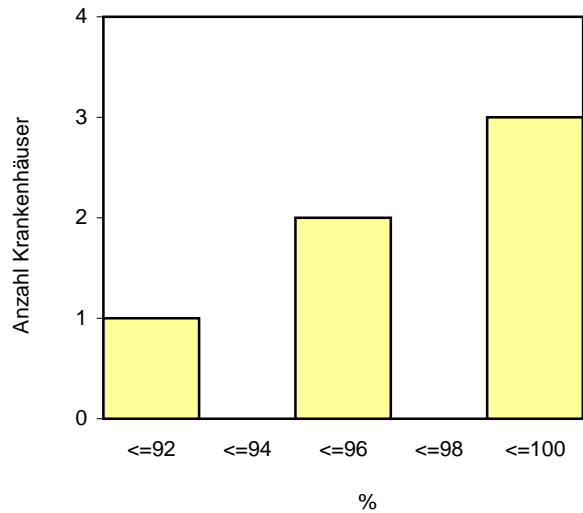
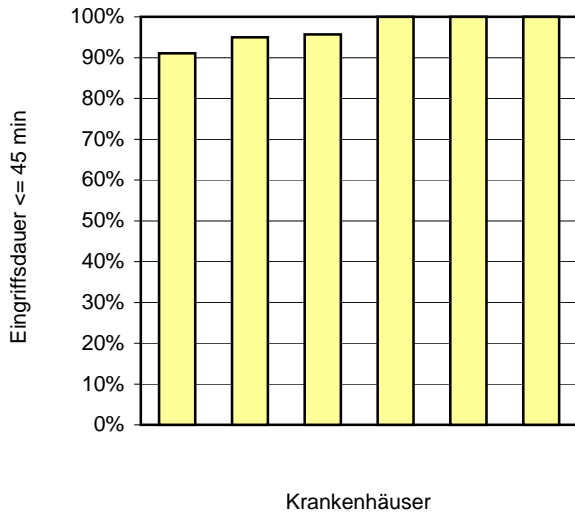
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer bis unter 30 min			189 / 287	65,9%
30 bis 45 min			81 / 287	28,2%
Summe bis 45 Minuten			270 / 287	94,1%
Vertrauensbereich				90,7% - 96,3%
Referenzbereich		>= 60,0%		>= 60,0%
über 45 min			17 / 287	5,9%
Median (min)			287	24,0

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer Summe bis 45 Minuten			307 / 321	95,6%
Vertrauensbereich				92,8% - 97,4%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

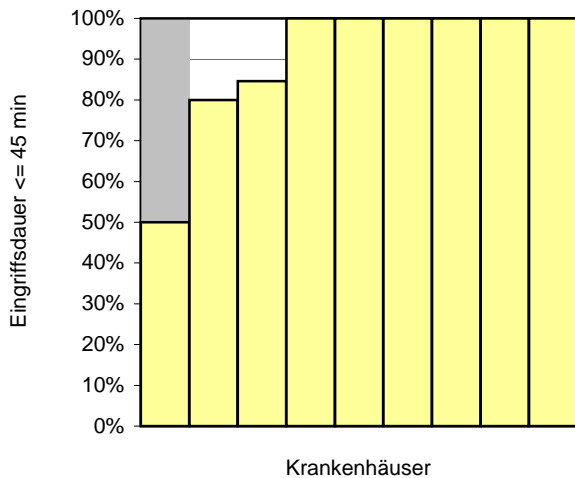
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/210]:
 Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer <= 45 min an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,1			95,0	97,8	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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			84,6	100,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Reizschwellenbestimmung

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Reizschwellen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 3a):	2013/09n2-HSM-AGGW/482
	Gruppe 2 (QI 3b):	2013/09n2-HSM-AGGW/483
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 84,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	>= 88,4% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			160 / 182	87,9%
Vertrauensbereich				82,4% - 91,9%
Referenzbereich		>= 84,2%		>= 84,2%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			274 / 294	93,2%
Vertrauensbereich				89,7% - 95,6%
Referenzbereich		>= 88,4%		>= 88,4%

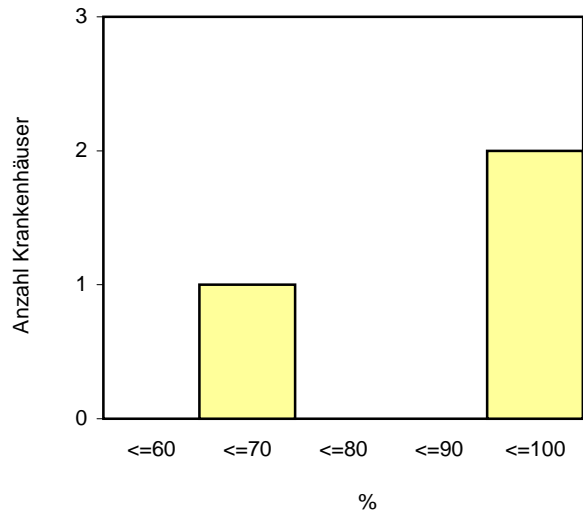
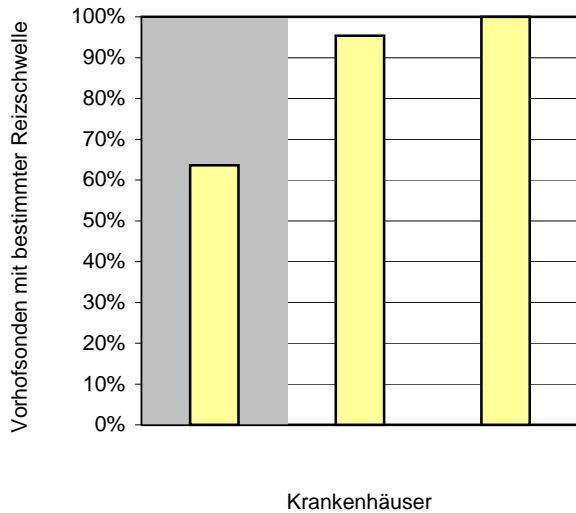
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle			179 / 197	90,9%
Vertrauensbereich				86,0% - 94,1%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle			300 / 323	92,9%
Vertrauensbereich				89,5% - 95,2%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/482]:

Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

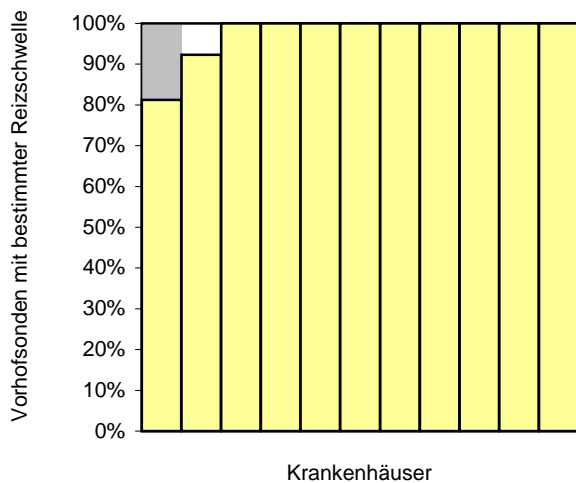
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,6				95,3				100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

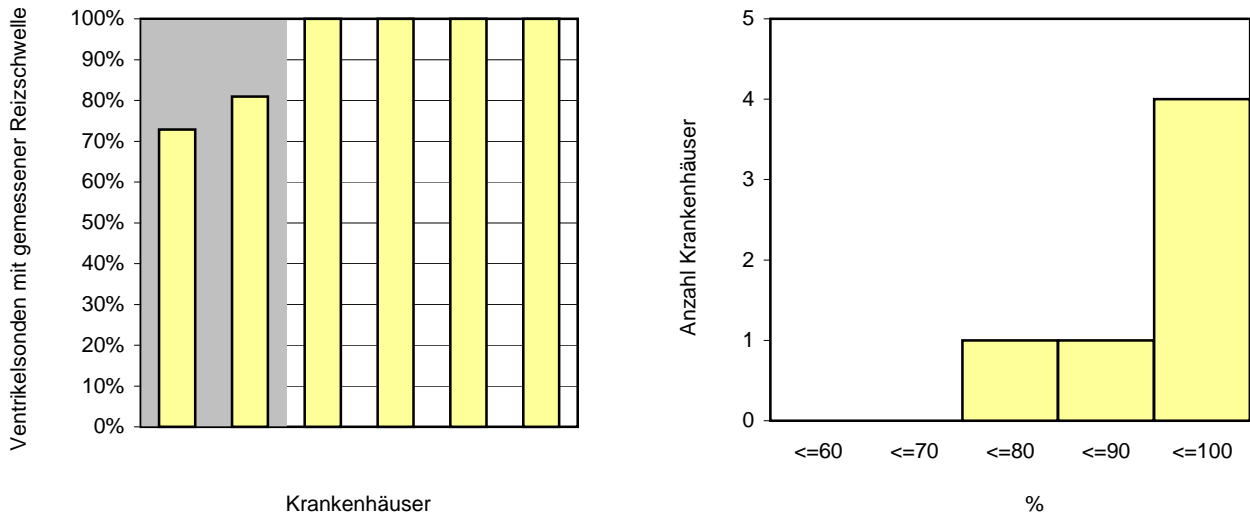


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,3		92,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

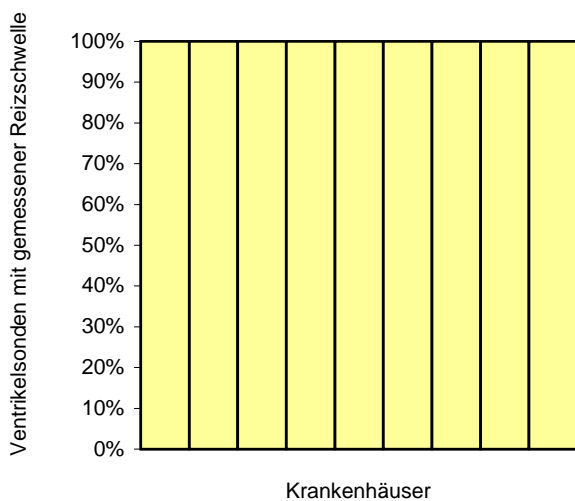
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/483]:
 Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Reizschwelle an allen Ventrikelsonden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,9			81,0	100,0	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Qualitätsindikatorengruppe 4: Intraoperative Amplitudenbestimmung



Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)
 Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2013/09n2-HSM-AGGW/1099
 Gruppe 2 (QI 4b): 2013/09n2-HSM-AGGW/484

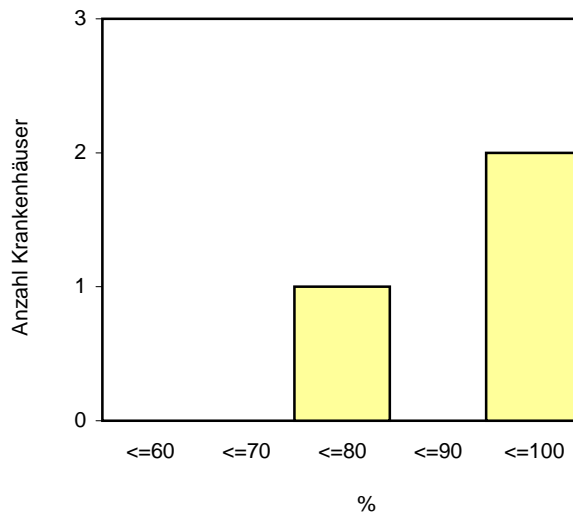
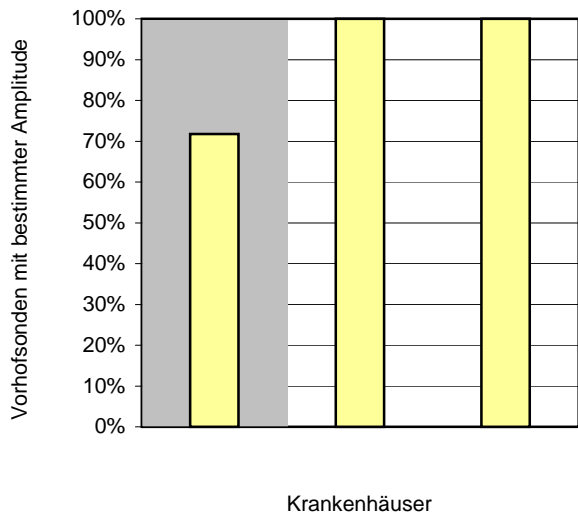
Referenzbereich: Gruppe 1: >= 87,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: >= 87,9% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			177 / 193	91,7%
Vertrauensbereich				87,0% - 94,8%
Referenzbereich		>= 87,2%		>= 87,2%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			222 / 244	91,0%
Vertrauensbereich				86,7% - 94,0%
Referenzbereich		>= 87,9%		>= 87,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			202 / 220	91,8%
Vertrauensbereich				87,4% - 94,8%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			231 / 250	92,4%
Vertrauensbereich				88,4% - 95,1%

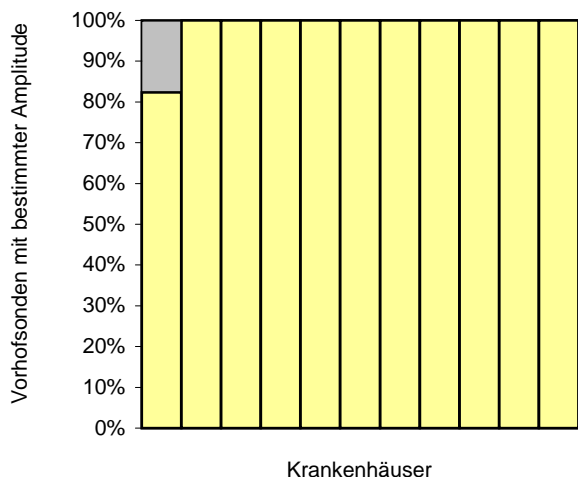
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1099]:
 Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofoigenrhythmus)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,7				100,0				100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,4		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

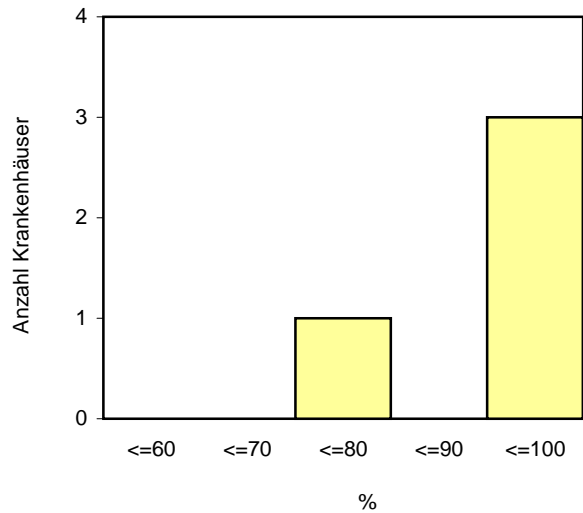
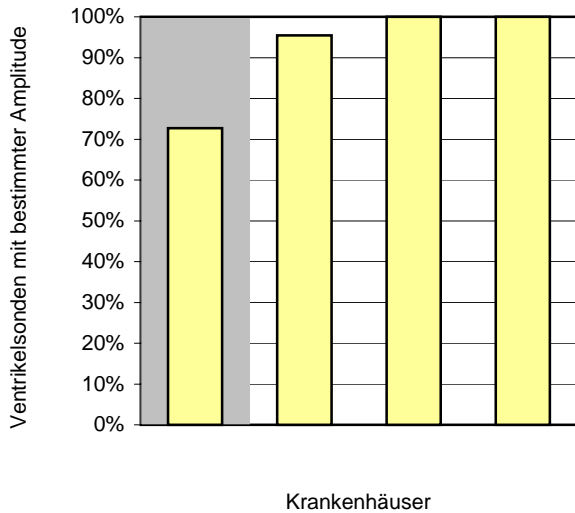
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/484]:

Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

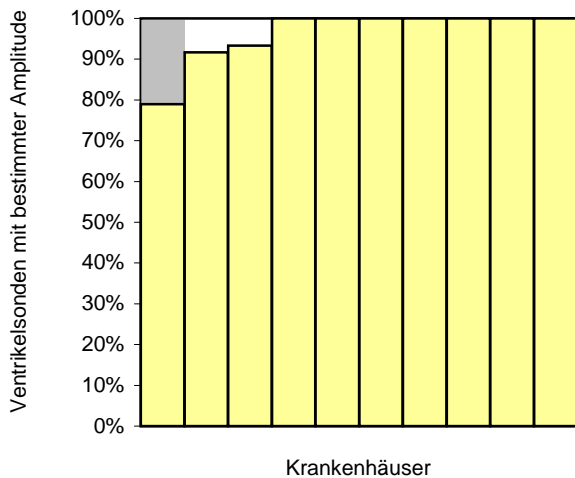
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,7			84,1	97,7	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,9		85,3	93,3	100,0	100,0	100,0		100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Chirurgische Komplikationen

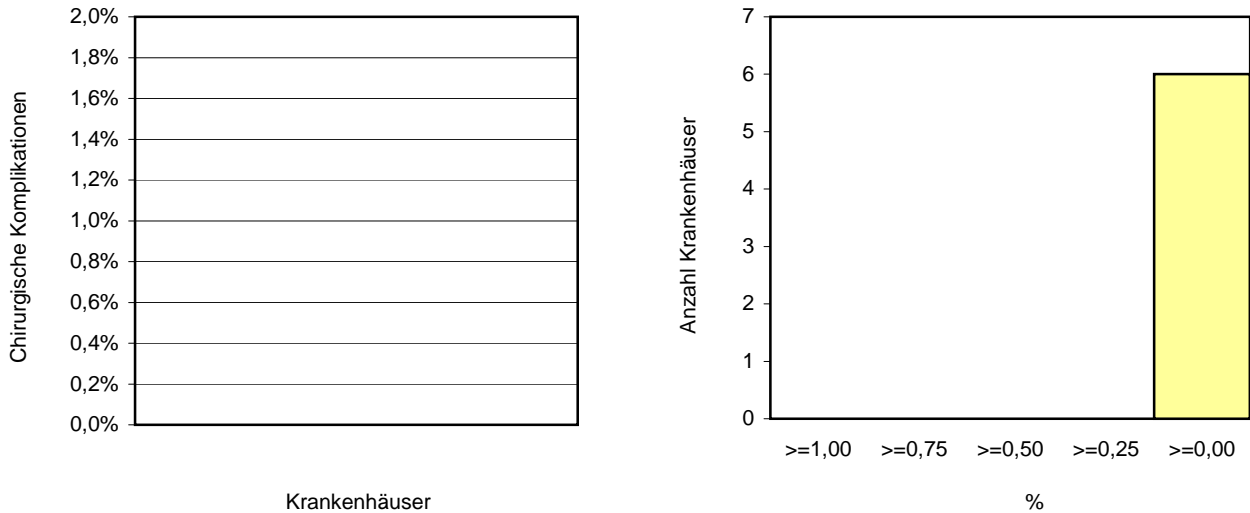
Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/1096
Referenzbereich: <= 1,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			0 / 287	0,0%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 287	0,0%
Asystolie			0 / 287	0,0%
Kammerflimmern			0 / 287	0,0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich		 <= 1,0%	0 / 287	 0,0% 0,0% - 1,3% <= 1,0%
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 287	0,0%
postoperative Wundinfektion			0 / 287	0,0%
CDC A1 (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 287	0,0%
CDC A2 (tiefe Wundinfektion)			0 / 287	0,0%
CDC A3 (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 287	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			1 / 287	0,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen Vertrauensbereich			3 / 321	 0,9% 0,3% - 2,7%

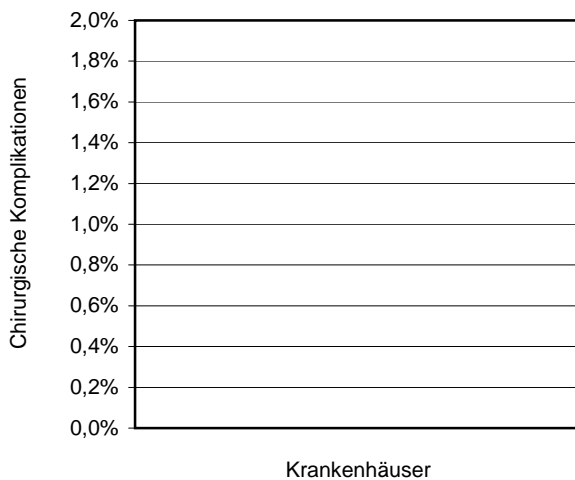
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/1096]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

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



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

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

Qualitätsindikator 6: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/09n2-HSM-AGGW/51398

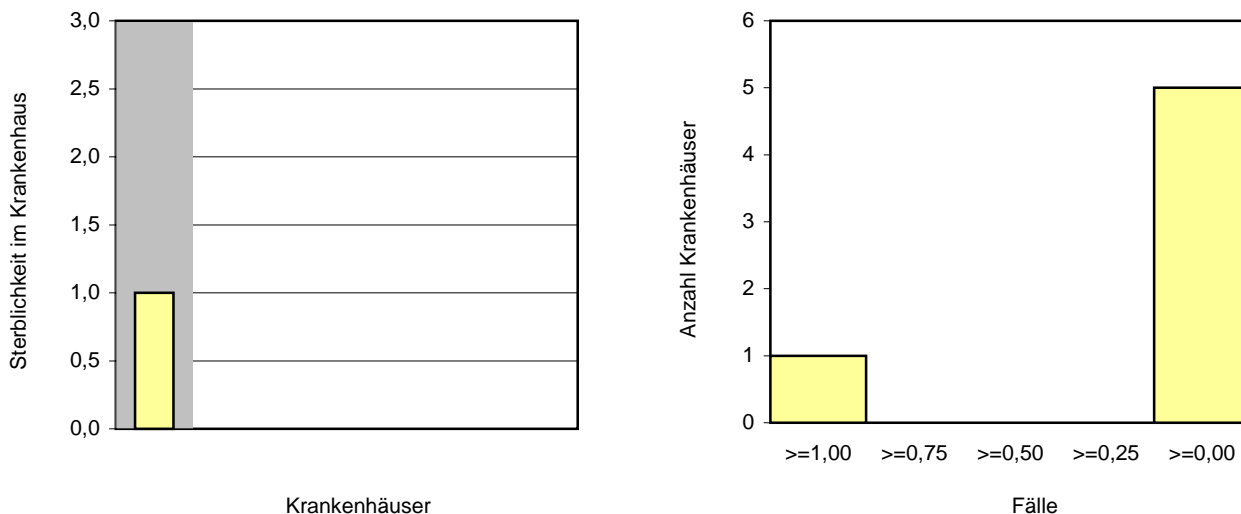
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		█ Sentinel Event	1 / 287	█ 1,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		█	0 / 321	█ 0,0 Fälle

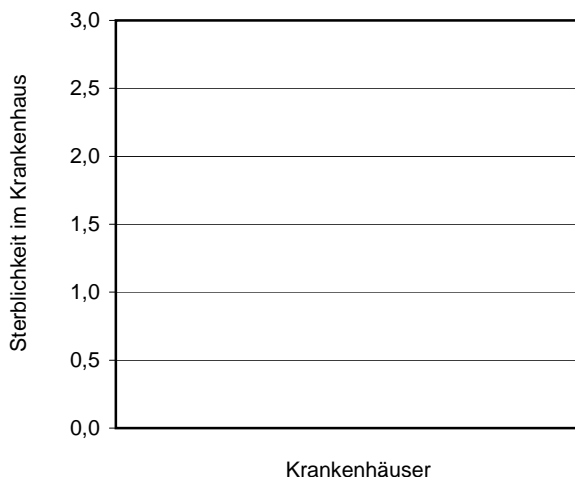
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/09n2-HSM-AGGW/51398]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 287
Datensatzversion: 09/2 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14185-L88990-P43268

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			70	24,4	80	24,9
2. Quartal			68	23,7	87	27,1
3. Quartal			65	22,6	90	28,0
4. Quartal			84	29,3	64	19,9
Gesamt			287		321	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		287		321	
Median			0,0		0,0
Mittelwert			0,9		1,5
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		287		321	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,5		1,8
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		287		321	
Median			1,0		2,0
Mittelwert			2,4		3,2

OPS 2013¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem
3	5-378.50	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez.
4	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5	5-934	Verwendung eines MRT-fähigen Herzschrittmachers

OPS 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-378.52	203	70,7	5-378.52	226	70,4
2				5-378.51	66	23,0	5-378.51	83	25,9
3				5-378.50	13	4,5	5-378.5b	6	1,9
4				5-378.5b	5	1,7	5-378.50	5	1,6
5				5-934	3	1,0	8-930	3	0,9

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

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
2	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
4	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
5	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
6	I48.2	Vorhofflimmern, permanent
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
8	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				Z45.00	216	75,3	Z45.0	260	81,0
2				I10.90	61	21,3	I10.90	61	19,0
3				I44.2	39	13,6	Z95.0	45	14,0
4				Z95.0	37	12,9	I44.2	42	13,1
5				Z92.1	35	12,2	Z92.1	35	10,9
6				I48.2	29	10,1	I48.10	30	9,3
7				I48.0	27	9,4	I48.11	27	8,4
8				I49.5	24	8,4	I49.5	25	7,8

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

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			287 / 287		321 / 321	
< 20 Jahre			1 / 287	0,3	2 / 321	0,6
20 - 29 Jahre			1 / 287	0,3	2 / 321	0,6
30 - 39 Jahre			1 / 287	0,3	2 / 321	0,6
40 - 49 Jahre			3 / 287	1,0	4 / 321	1,2
50 - 59 Jahre			5 / 287	1,7	15 / 321	4,7
60 - 69 Jahre			36 / 287	12,5	34 / 321	10,6
70 - 79 Jahre			89 / 287	31,0	103 / 321	32,1
80 - 89 Jahre			111 / 287	38,7	124 / 321	38,6
>= 90 Jahre			40 / 287	13,9	35 / 321	10,9
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			287		321	
Median				80,0		79,0
Mittelwert				79,0		77,4
Geschlecht						
männlich			148	51,6	169	52,6
weiblich			139	48,4	152	47,4

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			18	6,3	10	3,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			113	39,4	113	35,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			145	50,5	185	57,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			11	3,8	13	4,0
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			130	45,3	144	44,9
häufig (5 - 90%)			125	43,6	147	45,8
selten (< 5%)			32	11,1	30	9,3

Indikation zum Aggregatwechsel

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Aggregatwechsel						
reguläre Batterieerschöpfung			284	99,0	317	98,8
vorzeitige Batterieerschöpfung			0	0,0	2	0,6
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			1	0,3	0	0,0
nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion			0	0,0	1	0,3
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	0	0,0
sonstige Indikation			2	0,7	1	0,3

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			287		321	
Median				24,0		25,0
Mittelwert				25,9		26,1

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantiertes Schrittmacher-System						
VVI			66 / 287	23,0	81 / 321	25,2
AAI			2 / 287	0,7	6 / 321	1,9
DDD			206 / 287	71,8	220 / 321	68,5
VDD			4 / 287	1,4	6 / 321	1,9
CRT-System mit einer Vorhofsonde			9 / 287	3,1	7 / 321	2,2
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 287	0,0	1 / 321	0,3
sonstiges ¹			0 / 287	0,0	0 / 321	0,0
Hersteller						
Biotronik			29 / 287	10,1	46 / 321	14,3
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			4 / 287	1,4	2 / 321	0,6
Medtronic			225 / 287	78,4	243 / 321	75,7
Osypka			0 / 287	0,0	0 / 321	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			1 / 287	0,3	3 / 321	0,9
Vitatron			3 / 287	1,0	0 / 321	0,0
St. Jude Medical			25 / 287	8,7	25 / 321	7,8
nicht bekannt			0 / 287	0,0	0 / 321	0,0
sonstiger			0 / 287	0,0	2 / 321	0,6

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belassene Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			160		179	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
<= 1,5 V			153 / 160	95,6	171 / 179	95,5
> 1,5 - 2,5 V			4 / 160	2,5	6 / 179	3,4
> 2,5 V			3 / 160	1,9	2 / 179	1,1
nicht gemessen			57 / 217	26,3	54 / 233	23,2
wegen Vorhofflimmerns			35 / 217	16,1	36 / 233	15,5
aus anderen Gründen			22 / 217	10,1	18 / 233	7,7
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			177		202	
Median				2,4		2,9
Mittelwert				2,8		3,0
< 1,5 mV			31 / 174	17,8	39 / 200	19,5
1,5 - 3,0 mV			87 / 174	50,0	87 / 200	43,5
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			56 / 174	32,2	74 / 200	37,0
nicht gemessen			43 / 220	19,5	33 / 235	14,0
wegen Vorhofflimmerns			16 / 220	7,3	8 / 235	3,4
fehlender Vorhofoeigenrhythmus			11 / 220	5,0	7 / 235	3,0
aus anderen Gründen			16 / 220	7,3	18 / 235	7,7

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			266		292	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,9
<= 1,2 V			241 / 266	90,6	252 / 292	86,3
> 1,2 - 2,5 V			25 / 266	9,4	33 / 292	11,3
> 2,5 V			0 / 266	0,0	7 / 292	2,4
nicht gemessen			18 / 285	6,3	23 / 315	7,3
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			216		222	
Median				11,2		12,0
Mittelwert				11,7		12,4
< 4,0 mV			8 / 216	3,7	6 / 222	2,7
4,0 - 8,0 mV			57 / 216	26,4	44 / 222	19,8
> 8,0 mV			151 / 216	69,9	172 / 222	77,5
nicht gemessen			68 / 285	23,9	91 / 315	28,9
kein Eigenrhythmus			50 / 285	17,5	73 / 315	23,2
aus anderen Gründen			18 / 285	6,3	18 / 315	5,7

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			7		8	
Median				1,0		1,2
Mittelwert				1,1		1,5
<= 1,2 V			4 / 7	57,1	5 / 8	62,5
> 1,2 - 2,5 V			3 / 7	42,9	2 / 8	25,0
> 2,5 V			0 / 7	0,0	1 / 8	12,5
nicht gemessen			2 / 9	22,2	0 / 8	0,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			5		7	
Median				10,0		10,0
Mittelwert				9,1		12,5
< 4,0 mV			0 / 5	0,0	0 / 7	0,0
4,0 - 8,0 mV			2 / 5	40,0	3 / 7	42,9
> 8,0 mV			3 / 5	60,0	4 / 7	57,1
nicht gemessen			4 / 9	44,4	1 / 8	12,5
kein Eigenrhythmus			0 / 9	0,0	0 / 8	0,0
aus anderen Gründen			4 / 9	44,4	1 / 8	12,5

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantiertes Schrittmacher-Aggregat						
Abstand Implantationsdatum und Entlassquartal (Jahre)						
gültige Angaben			268		315	
Median				9,0		8,0
Mittelwert				9,2		8,8
Jahr der Implantation nicht bekannt			19 / 287	6,6	6 / 321	1,9
Explantiertes Schrittmacher-System						
VVI			62 / 287	21,6	80 / 321	24,9
AAI			2 / 287	0,7	6 / 321	1,9
DDD			210 / 287	73,2	221 / 321	68,8
VDD			4 / 287	1,4	6 / 321	1,9
CRT-System mit einer Vorhofsonde			9 / 287	3,1	7 / 321	2,2
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 287	0,0	1 / 321	0,3
sonstiges ¹			0 / 287	0,0	0 / 321	0,0
Hersteller						
Biotronik			59 / 287	20,6	87 / 321	27,1
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			12 / 287	4,2	16 / 321	5,0
Medtronic			147 / 287	51,2	140 / 321	43,6
Osypka			0 / 287	0,0	0 / 321	0,0
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 287	0,7	5 / 321	1,6
Vitatron			29 / 287	10,1	34 / 321	10,6
St. Jude Medical			22 / 287	7,7	19 / 321	5,9
nicht bekannt			10 / 287	3,5	14 / 321	4,4
sonstiger			6 / 287	2,1	6 / 321	1,9

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

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Peri- bzw. postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			0 / 287	0,0	3 / 321	0,9
Asystolie			0	0,0	0	0,0
Kammerflimmern			0	0,0	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0	0,0	2	0,6
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0	0,0	1	0,3
A1 (oberflächliche Infektion)			0	0,0	1	0,3
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			0	0,0	0	0,0

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			261	90,9	294	91,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			7	2,4	11	3,4
03: aus sonstigen Gründen			1	0,3	3	0,9
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,7	1	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			2	0,7	1	0,3
07: Tod			1	0,3	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,3	1	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			12	4,2	9	2,8
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	1	0,3
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

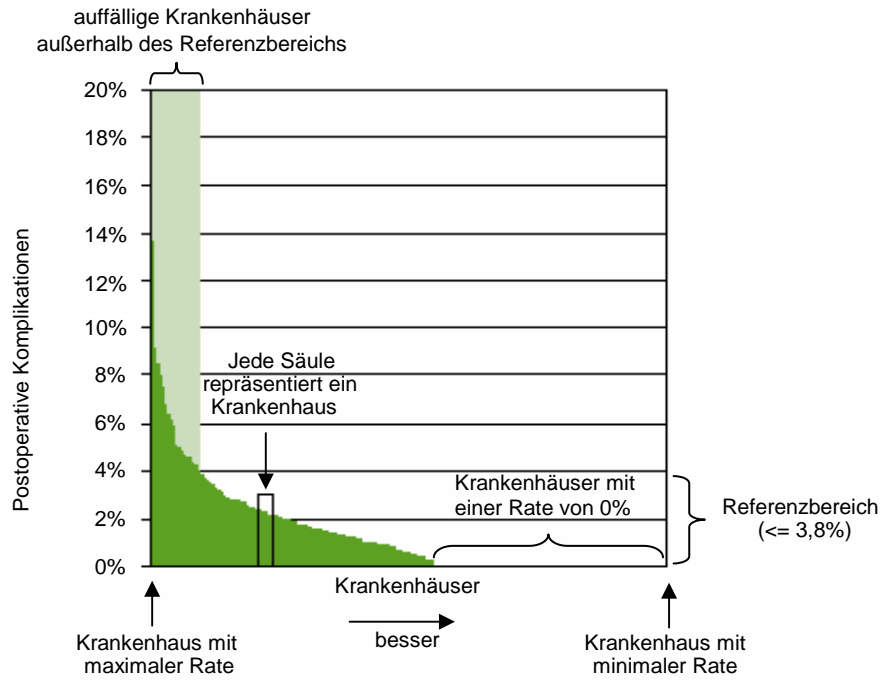
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

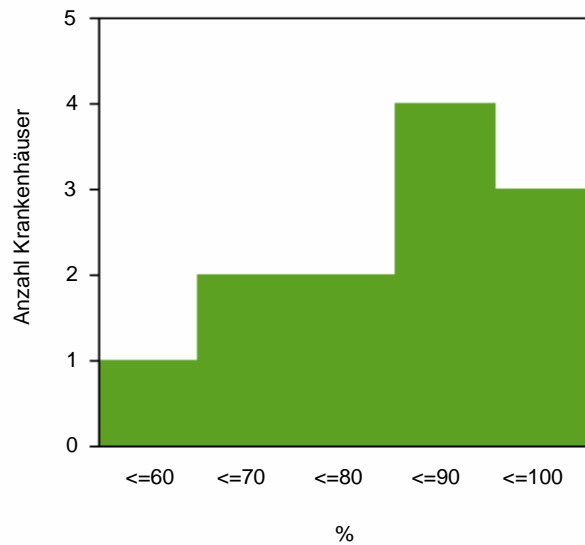
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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