

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 296
Datensatzversion: 09/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15276-L96351-P46203

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2015

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 296
Datensatzversion: 09/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15276-L96351-P46203

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2015

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
QI 1: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats							
1a: 2014/09n2-HSM-AGGW/1092 unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	5
1b: 2014/09n2-HSM-AGGW/480 über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)			96,55%	>= 75,00%	innerhalb	95,08%	5
1c: 2014/09n2-HSM-AGGW/1093 unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	5
1d: 2014/09n2-HSM-AGGW/481 über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)			91,96%	>= 50,00%	innerhalb	94,50%	5
1e: 2014/09n2-HSM-AGGW/11484 Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats			97,97%	>= 90,00%	innerhalb	93,38%	14

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)





Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2014/09n2-HSM-AGGW/210 QI 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten			91,89%	>= 60,00%	innerhalb	94,08%	16
2014/09n2-HSM-AGGW/52307 QI 3: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden			96,74%	>= 95,00%	innerhalb	89,63%	18
2014/09n2-HSM-AGGW/1096 QI 4: Chirurgische Komplikationen			0,00%	<= 1,00%	innerhalb	0,00%	20
2014/09n2-HSM-AGGW/51398 QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus			1,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	1,00 Fälle	22

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. 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-Aggregats ¹ unter 4 Jahren Gruppe 1 (QI 1a): 2014/09n2-HSM-AGGW/1092 Gruppe 2 (QI 1c): 2014/09n2-HSM-AGGW/1093 Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ über 6 Jahre Gruppe 1 (QI 1b): 2014/09n2-HSM-AGGW/480 Gruppe 2 (QI 1d): 2014/09n2-HSM-AGGW/481
Referenzbereich:	Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahren Gruppe 1: Sentinel Event Gruppe 2: Sentinel Event Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ über 6 Jahre Gruppe 1: $\geq 75,00\%$ (Toleranzbereich) Gruppe 2: $\geq 50,00\%$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahren Referenzbereich	 Sentinel Event	 Sentinel Event
4 bis 6 Jahre		
7 bis 8 Jahre		
9 bis 12 Jahre		
über 12 Jahre		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich Referenzbereich	 $\geq 75,00\%$	 $\geq 50,00\%$

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹	0 / 58	0 / 224
unter 4 Jahren	0,00 Fälle	0,00 Fälle
Referenzbereich	Sentinel Event	Sentinel Event
4 bis 6 Jahre	2 / 58 3,45%	18 / 224 8,04%
7 bis 8 Jahre	18 / 58 31,03%	100 / 224 44,64%
9 bis 12 Jahre	32 / 58 55,17%	100 / 224 44,64%
über 12 Jahre	6 / 58 10,34%	6 / 224 2,68%
Summe	56 / 58	206 / 224
über 6 Jahre	96,55%	91,96%
Vertrauensbereich	88,27% - 99,05%	87,66% - 94,86%
Referenzbereich	>= 75,00%	>= 50,00%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahren		
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats ¹ unter 4 Jahren	0 / 61 0,00 Fälle	0 / 200 0,00 Fälle
Summe über 6 Jahre Vertrauensbereich	58 / 61 95,08% 86,51% - 98,31%	189 / 200 94,50% 90,42% - 96,90%

¹ Berechnung erfolgt nur aufs Jahr genau

Laufzeiten nach Herstellern differenziert

Einkammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)		Krankenhaus 2014					
Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit	Laufzeit		Laufzeit	
			Median (Jahre)	N	Anteil ²	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 2014					
Hersteller	N	Anteil ¹	Laufzeit	Laufzeit		Laufzeit	
			Median (Jahre)	N	Anteil ²	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 2014						
			Laufzeit	Laufzeit		Laufzeit	
	N	Anteil ¹	Median (Jahre)	N	Anteil ²	N	Anteil ²
Hersteller							
01 Biotronik	22	37,93%	9,00	0	0,00%	20	90,91%
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	1	1,72%	9,00	0	0,00%	1	100,00%
07 Medtronic	31	53,45%	9,00	0	0,00%	31	100,00%
08 Osypka	0	0,00%		0		0	
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	0	0,00%		0		0	
11 Vitatron	1	1,72%	7,00	0	0,00%	1	100,00%
18 St. Jude Medical	0	0,00%		0		0	
89 nicht bekannt	2	3,45%	8,50	0	0,00%	2	100,00%
99 sonstiger	1	1,72%	14,00	0	0,00%	1	100,00%
Gesamt	58	100,00%	9,00	0	0,00%	56	96,55%

Zweikammersysteme (bezogen auf das explantierte SM-Aggregat)	Gesamt 2014						
			Laufzeit	Laufzeit		Laufzeit	
	N	Anteil ¹	Median (Jahre)	N	Anteil ²	N	Anteil ²
Hersteller							
01 Biotronik	49	21,88%	8,00	0	0,00%	46	93,88%
03 Boston Scientific/CPI/Guidant/ Intermedics	4	1,79%	7,00	0	0,00%	3	75,00%
07 Medtronic	110	49,11%	9,00	0	0,00%	101	91,82%
08 Osypka	0	0,00%		0		0	
09 Sorin Biomedica/ELA Medical	5	2,23%	7,00	0	0,00%	4	80,00%
11 Vitatron	33	14,73%	8,00	0	0,00%	31	93,94%
18 St. Jude Medical	11	4,91%	8,00	0	0,00%	9	81,82%
89 nicht bekannt	10	4,46%	9,00	0	0,00%	10	100,00%
99 sonstiger	2	0,89%	13,50	0	0,00%	2	100,00%
Gesamt	224	100,00%	8,00	0	0,00%	206	91,96%

¹ Prozentangaben bezogen auf die Gesamtzahl aller Hersteller

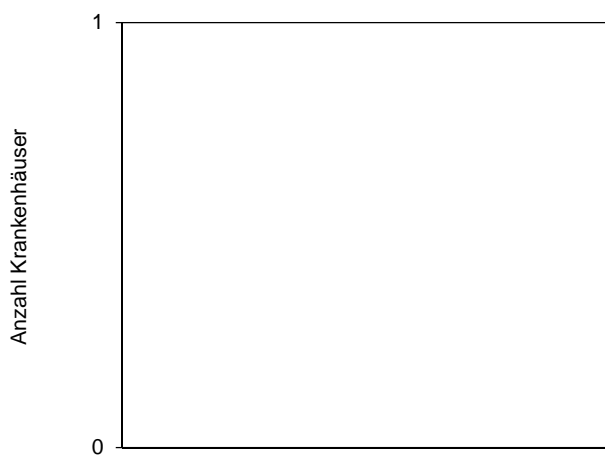
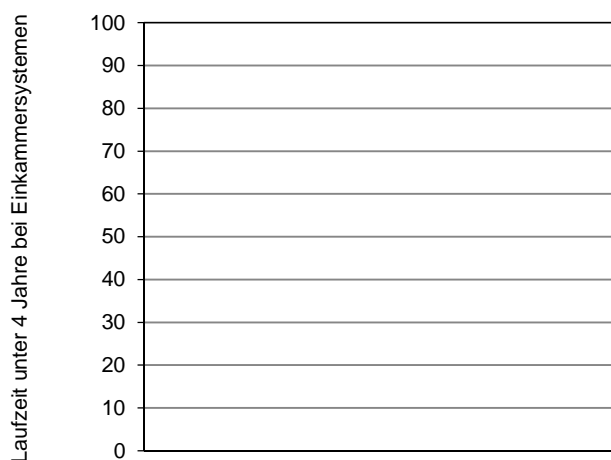
² Prozentangaben bezogen auf jeweils einen Hersteller

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/1092]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

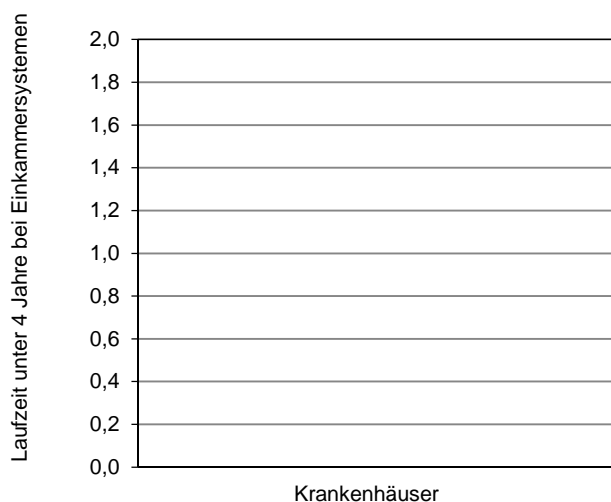
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

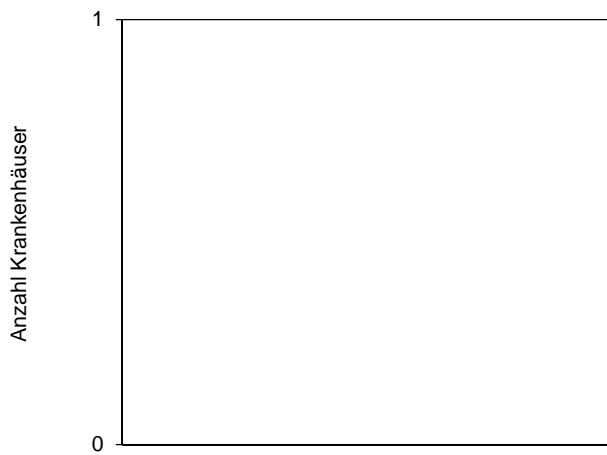
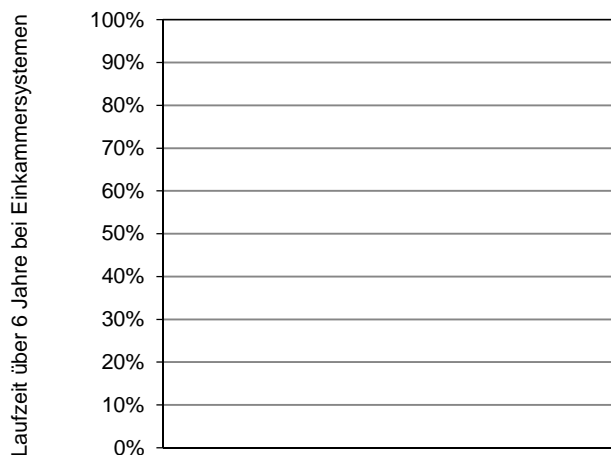
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2014/09n2-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:

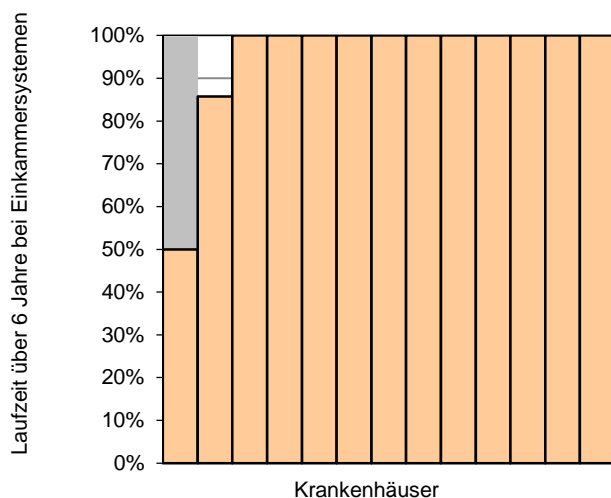
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		85,71	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

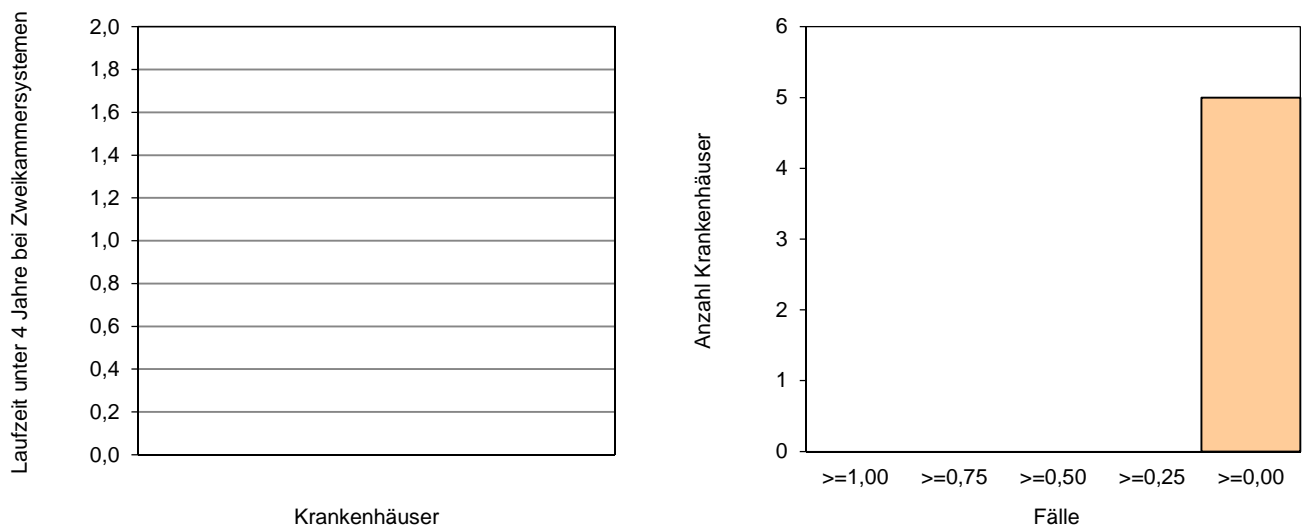
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/1093]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

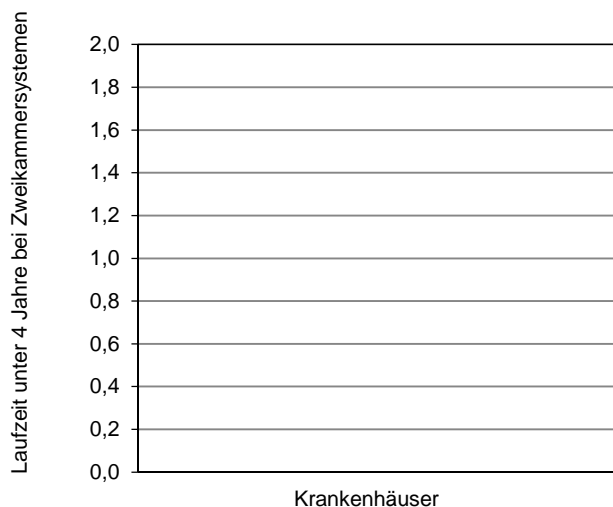
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

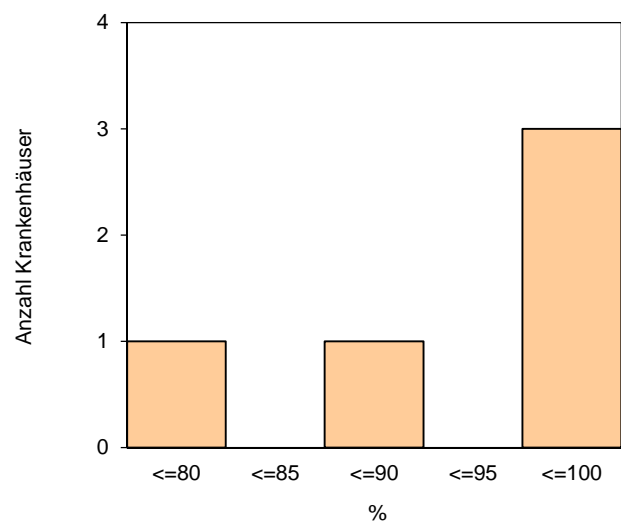
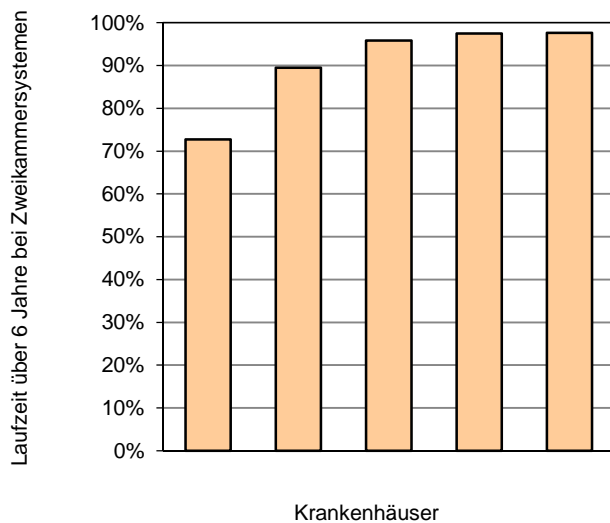
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1d, Indikator-ID 2014/09n2-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:

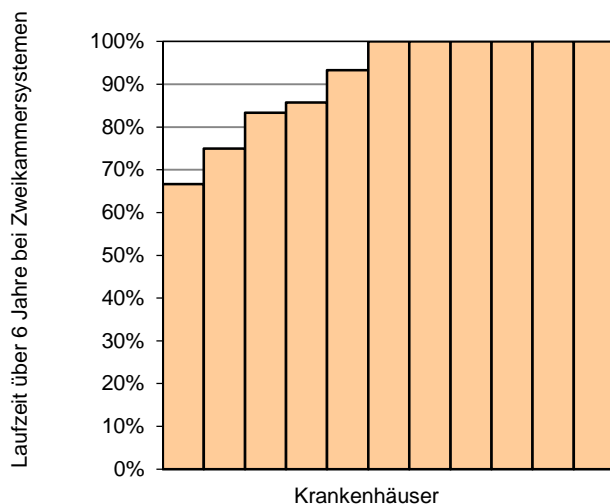
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,73			89,47	95,83	97,50			97,67

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
	66,67		75,00	83,33	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentation der Laufzeit des Herzschríttmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1e): 2014/09n2-HSM-AGGW/11484

Referenzbereich: >= 90,00% (Zielbereich)

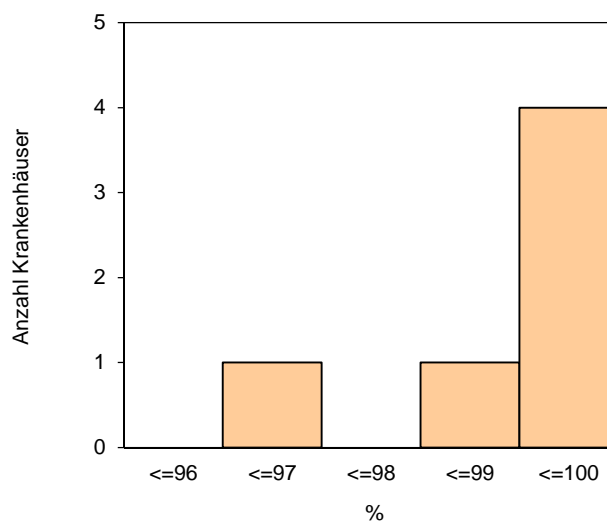
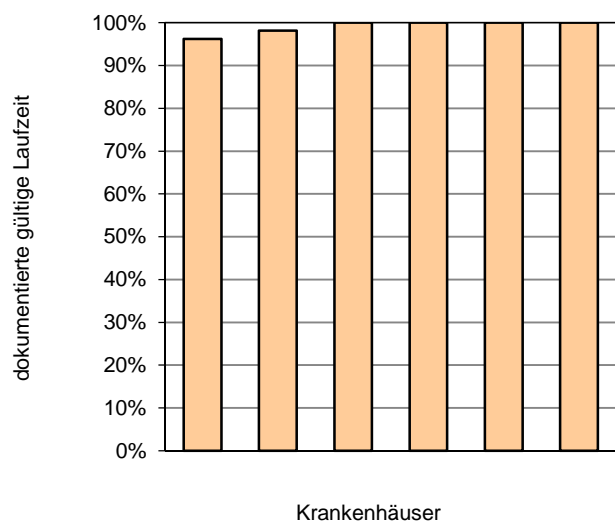
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			290 / 296	97,97%
Vertrauensbereich				95,65% - 99,07%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats			268 / 287	93,38%
Vertrauensbereich				89,89% - 95,72%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1e, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/11484]:
Anteil von Patienten mit dokumentierter Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

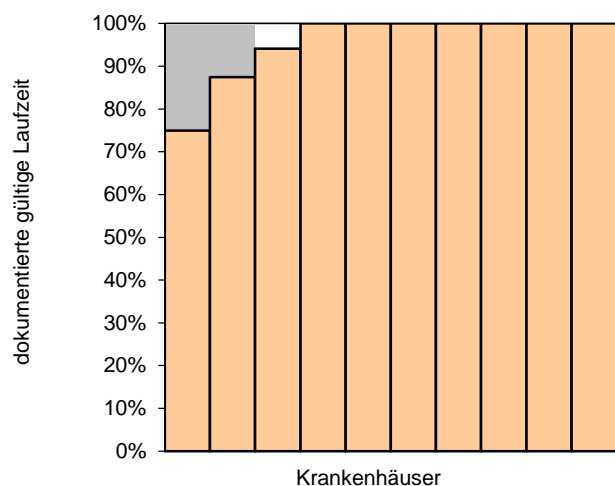
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,23			98,15	100,00	100,00			100,00

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
	75,00		81,25	94,12	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Eingriffsdauer bis 45 Minuten

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/210

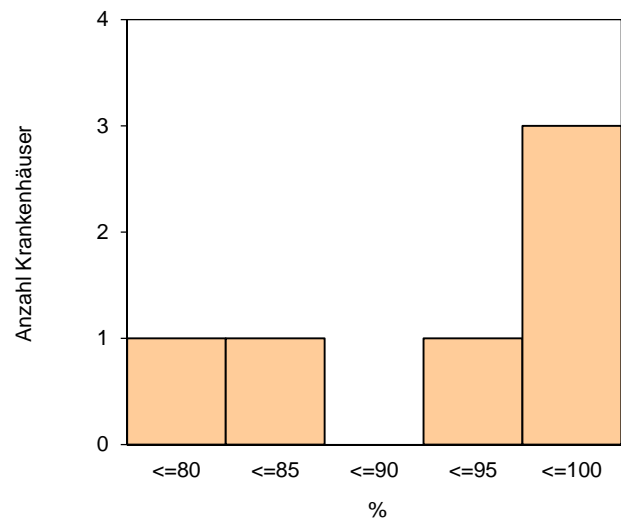
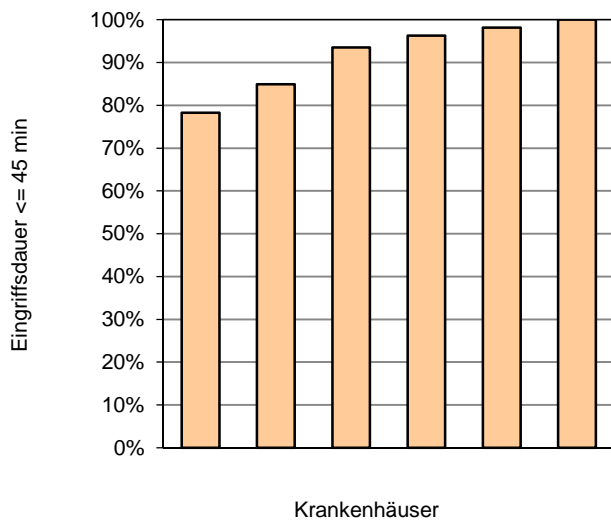
Referenzbereich: >= 60,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer bis unter 30 min			203 / 296	68,58%
30 bis 45 min			69 / 296	23,31%
Summe			272 / 296	91,89%
bis 45 Minuten				88,22% - 94,49%
Vertrauensbereich				>= 60,00%
Referenzbereich		>= 60,00%		
über 45 min			24 / 296	8,11%
Median (min)			296	23,00

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer				
Summe			270 / 287	94,08%
bis 45 Minuten				90,72% - 96,27%
Vertrauensbereich				

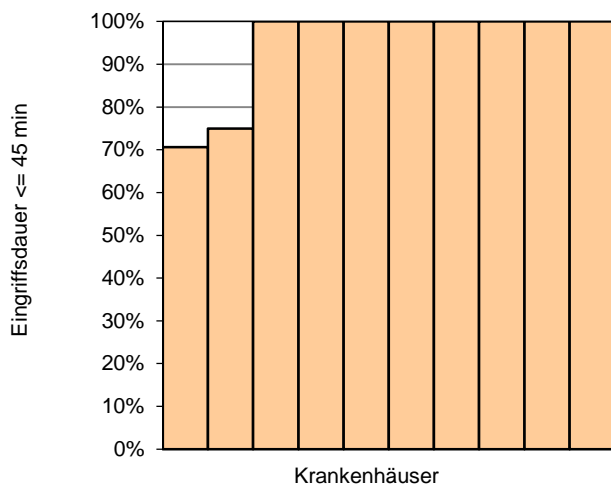
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/210]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer <= 45 min an allen Patienten

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
	78,26			84,91	94,92	98,15			100,00

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
	70,59		72,79	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei der zweiten Ventrikelsonde aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen erster oder zweiter Ventrikelsonden (in 09/1 ausschließlich zweite Ventrikelsonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/52307

Referenzbereich: >= 95,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			1.455 / 1.504	96,74%
Vertrauensbereich				95,72% - 97,53%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

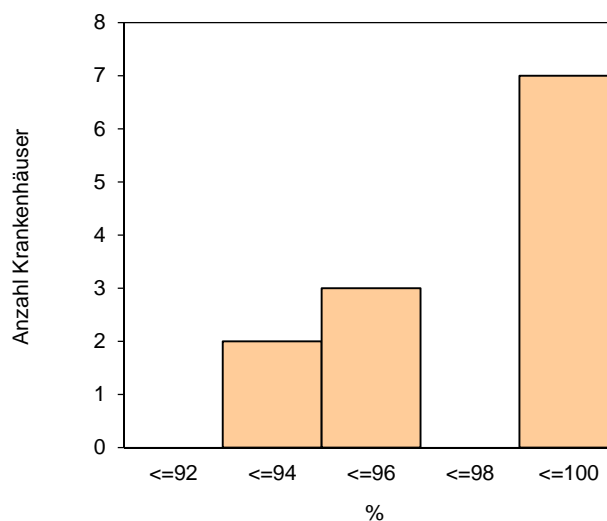
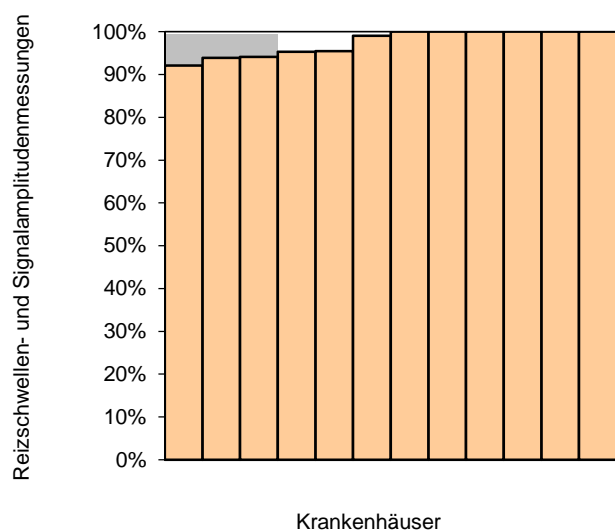
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			1.323 / 1.476	89,63%
Vertrauensbereich				87,97% - 91,09%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/52307]:

Anteil von durchgeführten Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen an allen erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei der zweiten Ventrikelsonde aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

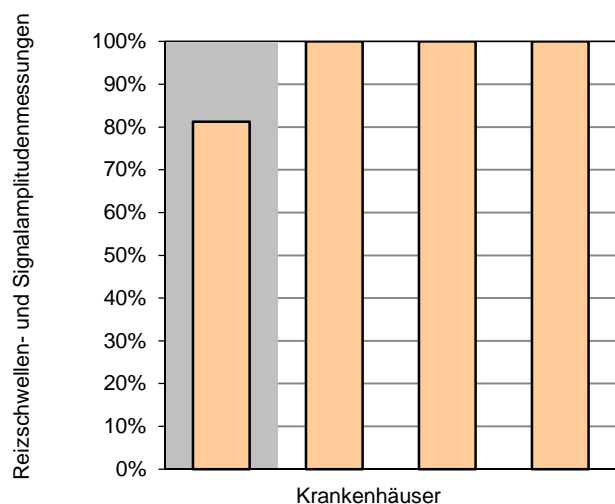
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,11		93,89	94,74	99,55	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,25			90,63	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Chirurgische Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/1096

Referenzbereich: <= 1,00% (Toleranzbereich)

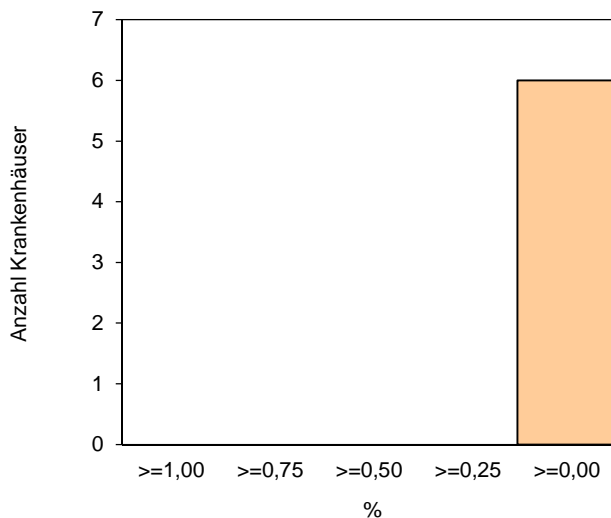
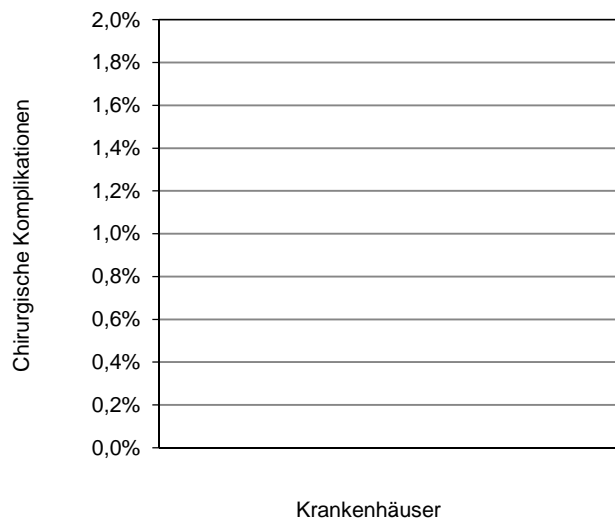
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			0 / 296	0,00%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 296	0,00%
Asystolie			0 / 296	0,00%
Kammerflimmern			0 / 296	0,00%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen: Interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion			0 / 296	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,28%
Referenzbereich		<= 1,00%		<= 1,00%
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 296	0,00%
postoperative Wundinfektion			0 / 296	0,00%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 296	0,00%
CDC A2 (tiefe Infektion)			0 / 296	0,00%
CDC A3 (Räume/Organe)			0 / 296	0,00%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			0 / 296	0,00%
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen: Interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion			0 / 287	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,32%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/1096]:

Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

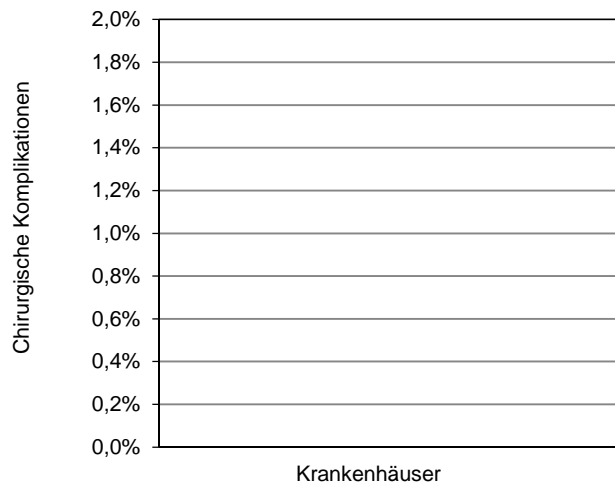
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/51398

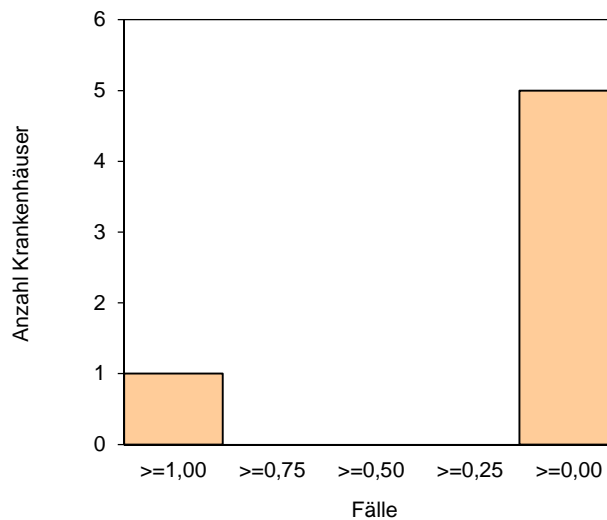
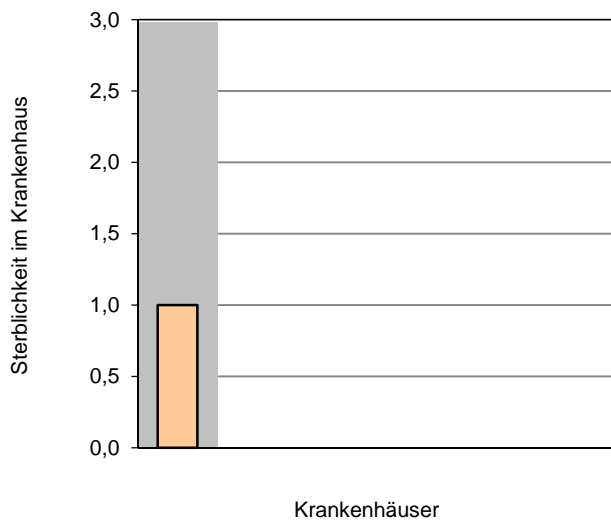
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod) Referenzbereich		<div></div> Sentinel Event	1 / 296	<div>1,00 Fälle</div> Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)		<div></div>	1 / 287	<div>1,00 Fälle</div>

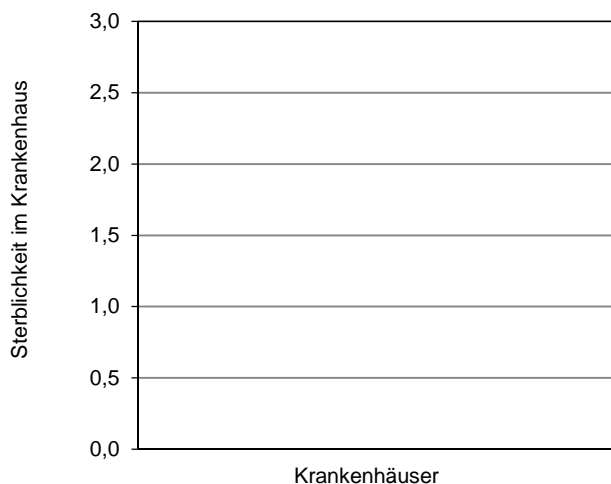
Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2014/09n2-HSM-AGGW/51398]:
Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten

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
	0,00			0,00	0,00	0,00			1,00

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 296
Datensatzversion: 09/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15276-L96351-P46203

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2015

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			90	30,41	70	24,39
2. Quartal			72	24,32	68	23,69
3. Quartal			77	26,01	65	22,65
4. Quartal			57	19,26	84	29,27
Gesamt			296		287	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			296		287	
Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,59		0,93
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			296		287	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,61		1,51
Stationärer Aufenthalt (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			296		287	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				3,20		2,44

OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5	5-378.50	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez.

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-378.52	222	75,00	5-378.52	203	70,73
2				5-378.51	58	19,59	5-378.51	66	23,00
3				8-930	9	3,04	5-378.50	13	4,53
4				5-378.5b	8	2,70	5-378.5b	5	1,74
5				5-378.50	7	2,36	5-934	3	1,05

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 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 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
2	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
3	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
4	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
5	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
8	I48.2	Vorhofflimmern, permanent

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				Z45.00	200	67,57	Z45.00	216	75,26
2				I44.2	53	17,91	I10.90	61	21,25
3				I49.5	38	12,84	I44.2	39	13,59
4				Z92.1	33	11,15	Z95.0	37	12,89
5				T82.1	31	10,47	Z92.1	35	12,20
6				I10.90	31	10,47	I48.2	29	10,10
7				Z95.0	29	9,80	I48.0	27	9,41
8				I48.2	29	9,80	I49.5	24	8,36

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			296 / 296		287 / 287	
< 20 Jahre			0 / 296	0,00	1 / 287	0,35
20 - 29 Jahre			1 / 296	0,34	1 / 287	0,35
30 - 39 Jahre			1 / 296	0,34	1 / 287	0,35
40 - 49 Jahre			8 / 296	2,70	3 / 287	1,05
50 - 59 Jahre			8 / 296	2,70	5 / 287	1,74
60 - 69 Jahre			19 / 296	6,42	36 / 287	12,54
70 - 79 Jahre			96 / 296	32,43	89 / 287	31,01
80 - 89 Jahre			121 / 296	40,88	111 / 287	38,68
>= 90 Jahre			42 / 296	14,19	40 / 287	13,94
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			296		287	
Median				81,00		80,00
Mittelwert				79,06		78,97
Geschlecht						
männlich			163	55,07	148	51,57
weiblich			133	44,93	139	48,43

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			29	9,80	18	6,27
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			144	48,65	113	39,37
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			111	37,50	145	50,52
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			12	4,05	11	3,83
5: moribunder Patient			0	0,00	0	0,00
Stimulationsbedürftigkeit						
permanent (> 90%)			145	48,99	130	45,30
häufig (5 - 90%)			124	41,89	125	43,55
selten (< 5%)			27	9,12	32	11,15

Indikation zum Aggregatwechsel

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Aggregatwechsel						
reguläre Batterieerschöpfung			289	97,64	284	98,95
vorzeitige Batterieerschöpfung			3	1,01	0	0,00
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			0	0,00	1	0,35
nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion			1	0,34	0	0,00
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,00	0	0,00
sonstige Indikation			3	1,01	2	0,70
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff¹						
stationär, eigene Institution			155	52,36	-	-
stationär, andere Institution			139	46,96	-	-
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			0	0,00	-	-
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			2	0,68	-	-

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			296		287	
Median				23,00		24,00
Mittelwert				25,93		25,93

¹ neue Schlüsselwerte in 2014

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantiertes Schrittmacher-System						
VVI			56 / 296	18,92	66 / 287	23,00
AAI			5 / 296	1,69	2 / 287	0,70
DDD			224 / 296	75,68	206 / 287	71,78
VDD			2 / 296	0,68	4 / 287	1,39
CRT-System mit einer Vorhofsonde			8 / 296	2,70	9 / 287	3,14
CRT-System ohne Vorhofsonde			1 / 296	0,34	0 / 287	0,00
sonstiges			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Hersteller						
Biotronik			21 / 296	7,09	29 / 287	10,10
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			2 / 296	0,68	4 / 287	1,39
Medtronic			245 / 296	82,77	225 / 287	78,40
Osypka			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			2 / 296	0,68	1 / 287	0,35
Vitatron			3 / 296	1,01	3 / 287	1,05
St. Jude Medical			23 / 296	7,77	25 / 287	8,71
nicht bekannt			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
sonstiger			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belassene Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			203		160	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,75		0,81
<= 1,5 V			196 / 203	96,55	153 / 160	95,63
> 1,5 - 2,5 V			6 / 203	2,96	4 / 160	2,50
> 2,5 V			1 / 203	0,49	3 / 160	1,88
nicht gemessen			34 / 237	14,35	57 / 217	26,27
wegen Vorhofflimmerns			31 / 34	91,18	35 / 57	61,40
aus anderen Gründen			3 / 34	8,82	22 / 57	38,60
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			215		177	
Median				2,80		2,40
Mittelwert				2,81		2,82
< 1,5 mV			22 / 213	10,33	31 / 174	17,82
1,5 - 3,0 mV			131 / 213	61,50	87 / 174	50,00
> 3,0 mV (ohne VDD-Sonden)			60 / 213	28,17	56 / 174	32,18
nicht gemessen			24 / 239	10,04	43 / 220	19,55
wegen Vorhofflimmerns			12 / 24	50,00	16 / 43	37,21
fehlender Vorhofoigen-rhythmus			10 / 24	41,67	11 / 43	25,58
aus anderen Gründen			2 / 24	8,33	16 / 43	37,21

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			288		266	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,86		0,81
<= 1,2 V			254 / 288	88,19	241 / 266	90,60
> 1,2 - 2,5 V			29 / 288	10,07	25 / 266	9,40
> 2,5 V			5 / 288	1,74	0 / 266	0,00
nicht gemessen			3 / 291	1,03	18 / 285	6,32
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			225		216	
Median				11,00		11,15
Mittelwert				11,40		11,70
< 4,0 mV			8 / 225	3,56	8 / 216	3,70
4,0 - 8,0 mV			50 / 225	22,22	57 / 216	26,39
> 8,0 mV			167 / 225	74,22	151 / 216	69,91
nicht gemessen			65 / 291	22,34	68 / 285	23,86
kein Eigenrhythmus			65 / 65	100,00	50 / 68	73,53
aus anderen Gründen			0 / 65	0,00	18 / 68	26,47

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			9		7	
Median				1,20		1,00
Mittelwert				1,26		1,11
<= 1,2 V			7 / 9	77,78	4 / 7	57,14
> 1,2 - 2,5 V			2 / 9	22,22	3 / 7	42,86
> 2,5 V			0 / 9	0,00	0 / 7	0,00
nicht gemessen			0 / 9	0,00	2 / 9	22,22
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			5		5	
Median				10,00		10,00
Mittelwert				12,82		9,10
< 4,0 mV			1 / 5	20,00	0 / 5	0,00
4,0 - 8,0 mV			1 / 5	20,00	2 / 5	40,00
> 8,0 mV			3 / 5	60,00	3 / 5	60,00
nicht gemessen			4 / 9	44,44	4 / 9	44,44
kein Eigenrhythmus			3 / 4	75,00	0 / 4	0,00
aus anderen Gründen			1 / 4	25,00	4 / 4	100,00

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantiertes Schrittmacher-Aggregat						
Abstand Implantationsdatum und Entlassquartal (Jahre)						
gültige Angaben			290		268	
Median				8,00		9,00
Mittelwert				8,67		9,15
Jahr der Implantation nicht bekannt			6 / 296	2,03	19 / 287	6,62
Explantiertes Schrittmacher-System						
VVI			55 / 296	18,58	62 / 287	21,60
AAI			5 / 296	1,69	2 / 287	0,70
DDD			226 / 296	76,35	210 / 287	73,17
VDD			2 / 296	0,68	4 / 287	1,39
CRT-System mit einer Vorhofsonde			8 / 296	2,70	9 / 287	3,14
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
sonstiges			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Hersteller						
Biotronik			73 / 296	24,66	59 / 287	20,56
Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics			5 / 296	1,69	12 / 287	4,18
Medtronic			148 / 296	50,00	147 / 287	51,22
Osypka			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Sorin Biomedica/ELA Medical			5 / 296	1,69	2 / 287	0,70
Vitatron			34 / 296	11,49	29 / 287	10,10
St. Jude Medical			15 / 296	5,07	22 / 287	7,67
nicht bekannt			13 / 296	4,39	10 / 287	3,48
sonstiger			3 / 296	1,01	6 / 287	2,09

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Peri- bzw. postoperative Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Asystolie			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Kammerflimmern			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
interventionspflichtiges Taschenhämatom			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
A1 (oberflächliche Infektion)			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
A2 (tiefe Infektion)			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
A3 (Räume/Organe)			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation			0 / 296	0,00	0 / 287	0,00

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			280	94,59	261	90,94
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			7	2,36	7	2,44
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	0,35
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,68	2	0,70
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,34	2	0,70
07: Tod			1	0,34	1	0,35
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,68	1	0,35
10: in Pflegeeinrichtung			3	1,01	12	4,18
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 BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			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 BPfIV)
- 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 BPfIV 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)

² neuer Schlüsselwert in 2014

Auffällige Ergebnisse in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 3 in 09/2 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1, 09/2 und 09/3 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 09/2 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

Qualitätsindikator 3: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei der zweiten Ventrikelsonde aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen erster oder zweiter Ventrikelsonden (in 09/1 ausschließlich zweite Ventrikelsonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)

Indikator-ID: 2014/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI 3 in der Auswertung 09/2			

Berechnung der Fälle, die aus 09/2 in den Qualitätsindikator 3 des Leistungsbereiches 09/2 einfließen

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2):
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwellen erster oder zweiter Ventrikelsonden
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
 - R-Amplitude der ersten Ventrikelsonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Vorhofeigenrhythmus

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			941 / 949	99,16%

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 2014 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:	10,00%
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 $\leq 15,00\%$ 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 $\leq 90\%$ -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 2014.

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: $\leq 2,50\%$

5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (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 $\leq 2,50\%$

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 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

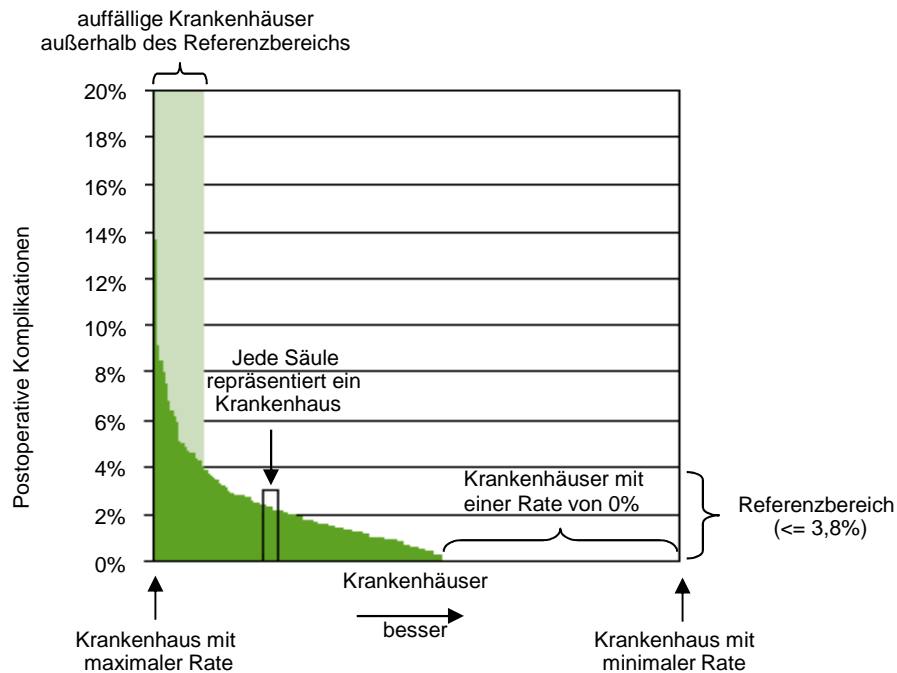
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

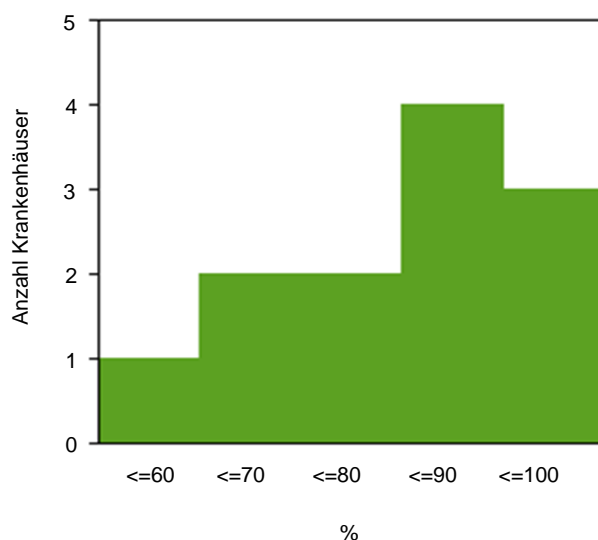
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

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.