

Musterauswertung 2005 Herzschrittmacher-Erstimplantation

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3663-L25746-P15482

Musterauswertung 2005 Herzschrittmacher-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3663-L25746-P15482

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Leitlinienkonforme Indikationsstellung	0 / 0	0%	0%	>= 90%		1.1
QI 2: Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom	0 / 0	0%	0%	>= 90%		1.9
QI 3: Eingriffsdauer						
VVI	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.12
DDD	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.12
QI 4: Durchleuchtungszeit						
VVI	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.17
DDD	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.17
QI 5: Perioperative Komplikationen						
Chirurgische Komplikationen	0 / 0	0%	0%	<= 2%		1.21
Sondendislokation im Vorhof	0 / 0	0%	0%	<= 3%		1.22
Sondendislokation im Ventrikel	0 / 0	0%	0%	<= 3%		1.22
QI 6: Intrakardiale Signalamplituden						
Vorhofsonden	0 / 0	0%	0%	>= 80%		1.26
Ventrikelsonden	0 / 0	0%	0%	>= 90%		1.26
QI 7: Letalität	0 / 0	0%	0%	Sentinel Event		1.29

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Leitlinienkonforme Indikationsstellung

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 1.4 bis 1.8

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme¹ Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit führendem EKG-Befund, zu dem eine Leitlinienempfehlung vorliegt

Referenzbereich: >= 90%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 0	0% 0% - 100% >= 90%	0 / 0	0% 0% - 100% >= 90%
Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie	0 / 0	0%	0 / 0	0%

absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie Vertrauensbereich	0 / 0	0% 0% - 100%	0 / 0	0% 0% - 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Indikationszuordnung (absolut, relativ, keine) gemäß Leitlinie, für die Indikationen auf den Seiten 1.4 bis 1.8 vorliegen	0 / 0	0%	0 / 0	0%

¹ Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie (Indikationen, Systemauswahl, Nachsorge) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 1996)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

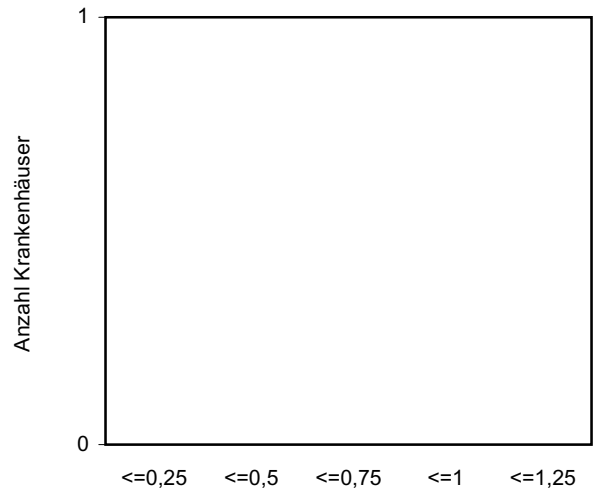
	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit EKG-Befunden, die bei den Indikationen auf den Seiten 1.4 bis 1.8 unberücksichtigt geblieben sind („kein führender EKG-Befund“, „Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)“, „binodale Erkrankung“, „sonstiger führender EKG-Befund“)	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:

Anteil von Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie an allen Patienten mit führendem EKG-Befund, zu dem eine Leitlinienempfehlung vorliegt
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

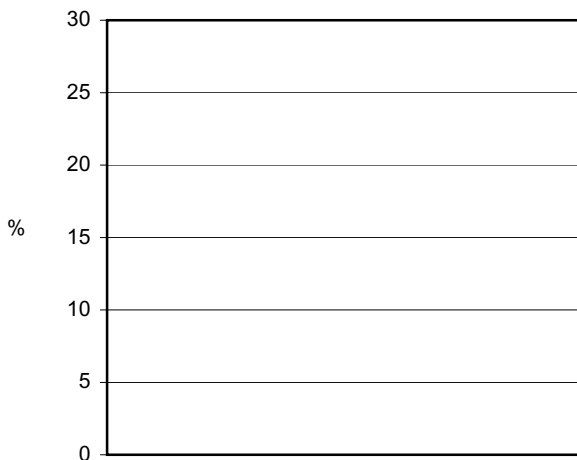
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Indikation bei Sinusknotenerkrankung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotenerkrankung als führendem EKG-Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sinusknotenerkrankung und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik	0 / 0	0%	0 / 0	0%

absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Indikation bei AV-Block III. Grades

Grundgesamtheit: Patienten mit AV-Block III. Grades als führendem EKG-Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block III. Grades und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und ohne Zustand nach Ablation und mit prophylaktischer Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und mit Zustand nach Ablation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar

Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach

Grundgesamtheit: Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach als führendem EKG-Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und mit häufigem Auftreten	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und mit seltenem Auftreten	0 / 0	0%	0 / 0	0%

absolute Indikation gemäß Leitlinie
 relative Indikation gemäß Leitlinie
 keine Indikation gemäß Leitlinie

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz

Grundgesamtheit: Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz als führendem EKG-Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) oder mit prophylaktischer Indikation oder mit Z.n. Ablation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit häufigem Auftreten der Blockierung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit seltenerem Auftreten der Blockierung	0 / 0	0%	0 / 0	0%

absolute Indikation gemäß Leitlinie
 relative Indikation gemäß Leitlinie
 keine Indikation gemäß Leitlinie

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern

Grundgesamtheit: Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern als führendem EKG-Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ohne Symptomatik	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar

keine Indikation gemäß Leitlinie

Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden

- Grundgesamtheit:**
- Gruppe 1: Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden (AV-Block I. Grades, bifaszikulärer Block, Karotissinusyndrom (CSS), Vasovagales Syndrom (VVS))
 - Gruppe 2: Patienten mit AV-Block I. Grades
 - Gruppe 3: Patienten mit bifaszikulärem Block
 - Gruppe 4: Patienten mit CSS
 - Gruppe 5: Patienten mit VVS

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden				
absolute Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
relative Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
absolute oder relative Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Indikation ohne Zuordnung gemäß Leitlinie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Gruppe 2: Patienten mit AV-Block I. Grades				
keine Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Gruppe 3: Patienten mit bifaszikulärem Block				
relative Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Gruppe 4: Patienten mit CSS				
absolute Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Gruppe 5: Patienten mit VVS				
relative Indikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
keine Indikation ohne Zuordnung gemäß Leitlinie	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Qualitätsindikator 2: Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei Sinusknotensyndrom

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit Sinusknotensyndrom und häufigem Auftreten,
 Gruppe 2: Patienten mit Sinusknotensyndrom und seltenem Auftreten,
 bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde



Referenzbereich: >= 90%

Systemtyp	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
VVI	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
DDD frequenzvariabel	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
DDD nicht frequenzvariabel	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
VDD	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

optimal
 akzeptabel
 ungeeignet

Grundgesamtheit: Patienten mit Sinusknotensyndrom,
 bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

Summe	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
ungeeignet	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel Vertrauensbereich	0 / 0	 0% 0% - 100%	0 / 0	 0% 0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

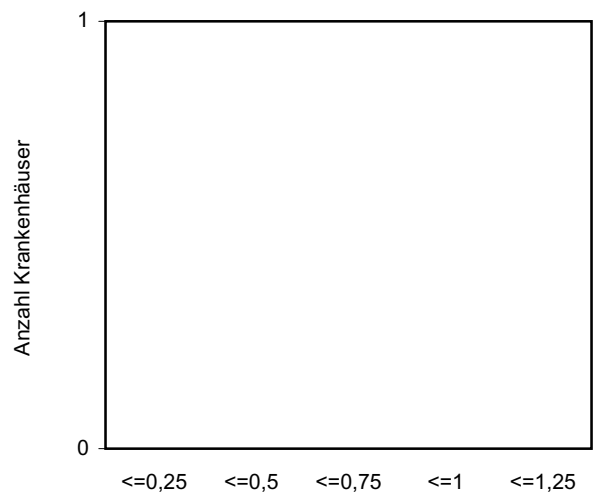
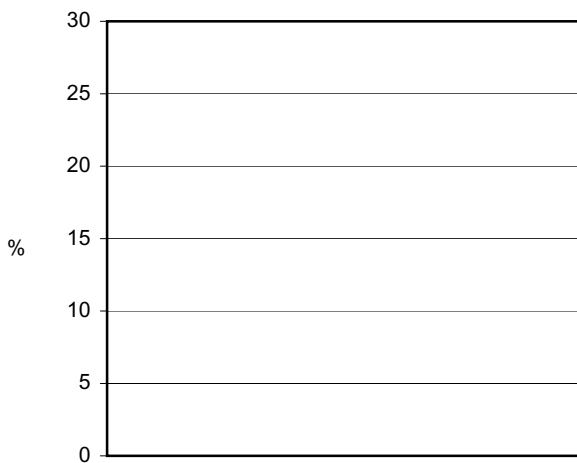
Anteil von Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl gemäß Leitlinie an allen Patienten mit Sinusknotensyndrom als führendem EKG-Befund, bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

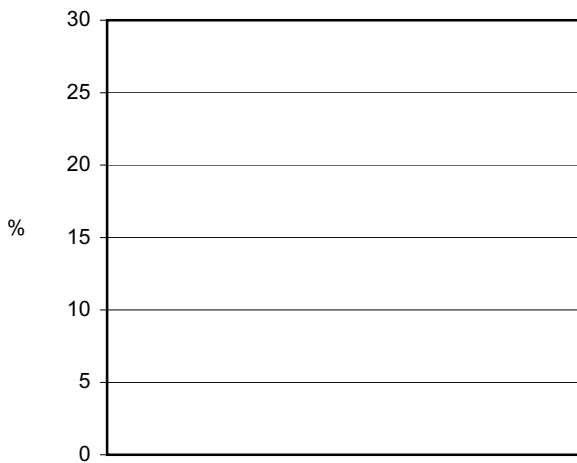
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Eingriffsdauer

Qualitätsziel: Möglichst kurze Eingriffsdauer (Minderung des Infektionsrisikos)

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer, bei denen eines der Systeme (AAI, VVI, DDD, VDD, biventrikulär) implantiert wurde

Referenzbereich: VVI: >= x% (5%-Perzentile)
DDD: >= x% (5%-Perzentile)

Eingriffsdauer	Krankenhaus 2005					
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär	
bis 60 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Vertrauensbereich		0% - 100%				
Referenzbereich		>= x%				
61 bis 90 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 90 min				0 / 0 0%		
Vertrauensbereich				0% - 100%		
Referenzbereich				>= x%		
91 bis 120 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
121 bis 240 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 240 min					0 / 0 0%	
> 240 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Anzahl gültiger Angaben	0	0	0	0	0	
Median (in min)	0	0	0	0	0	

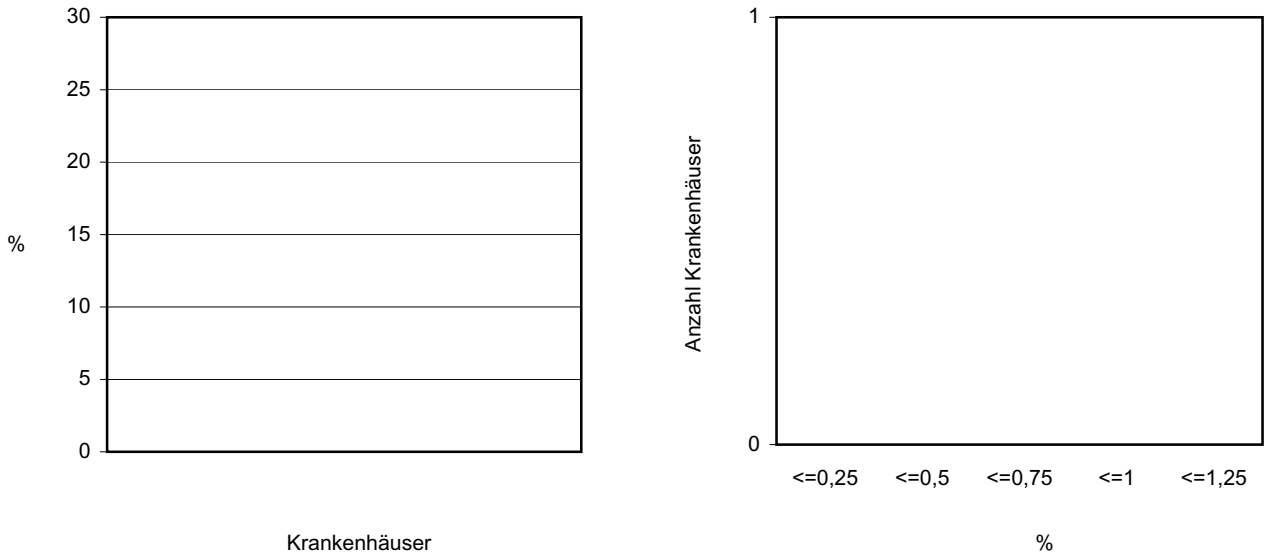
Eingriffsdauer	Gesamt 2005					
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär	
bis 60 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Vertrauensbereich		0% - 100%				
Referenzbereich		>= x%				
61 bis 90 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 90 min				0 / 0 0%		
Vertrauensbereich				0% - 100%		
Referenzbereich				>= x%		
91 bis 120 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
121 bis 240 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 240 min					0 / 0 0%	
> 240 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Anzahl gültiger Angaben	0	0	0	0	0	
Median (in min)	0	0	0	0	0	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004	
Eingriffsdauer	VVI	DDD
bis 60 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	
Summe bis 90 min		0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%

Vorjahresdaten	Gesamt 2004	
Eingriffsdauer	VVI	DDD
bis 60 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	
Summe bis 90 min		0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%

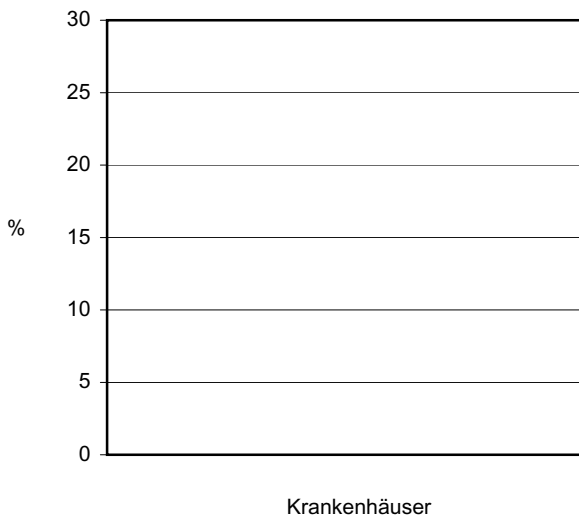
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem VVI
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

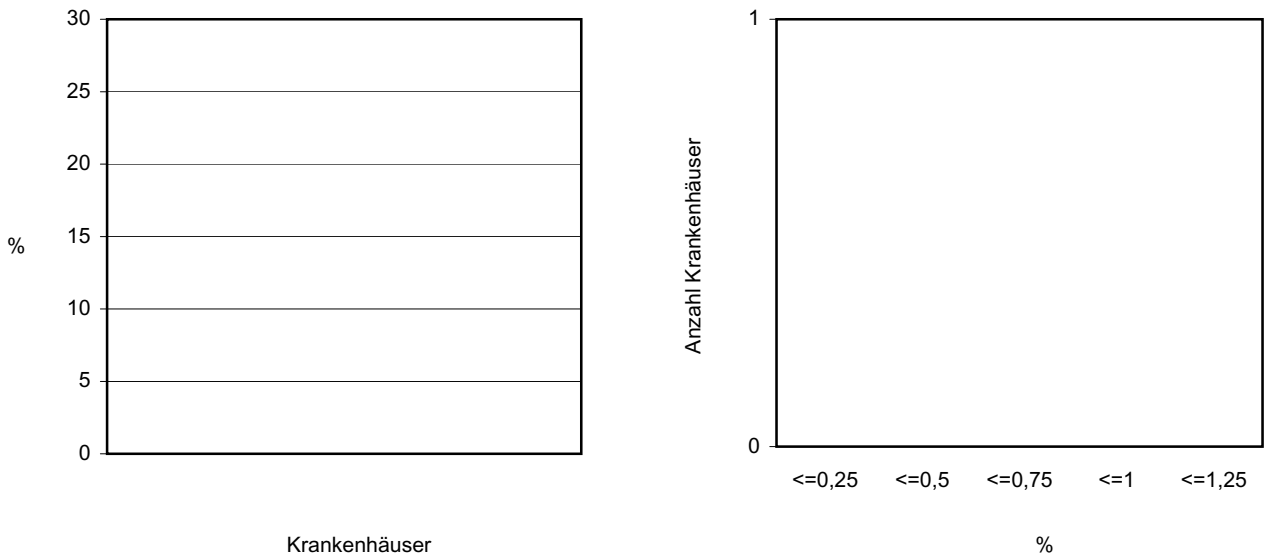
Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

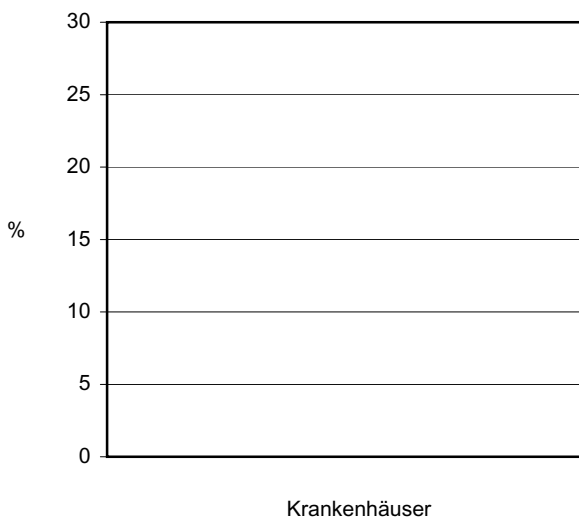
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 90 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem DDD**
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 4: Durchleuchtungszeit

Qualitätsziel: Möglichst kurze Durchleuchtungszeit

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit, bei denen eines der Systeme (AAI, VVI, DDD, VDD, biventrikulär) implantiert wurde

Referenzbereich: VVI: >= x% (5%-Perzentile)
DDD: >= x% (5%-Perzentile)

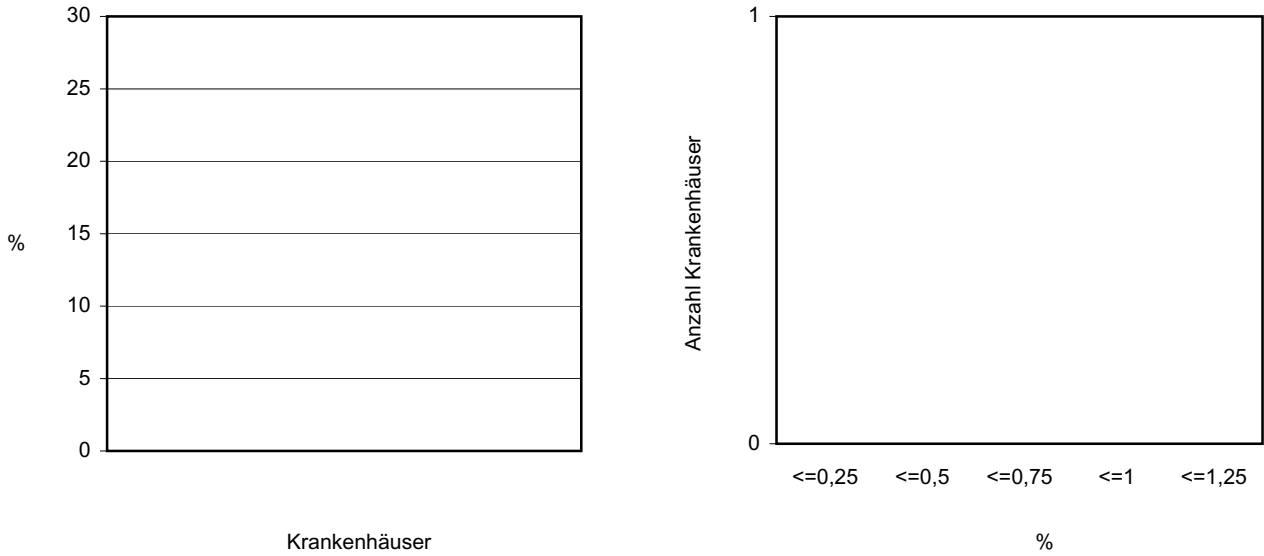
Durchleuchtungszeit	Krankenhaus 2005					
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär	
bis 3 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
> 3 bis <= 6 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
> 6 bis <= 9 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 9 min		0 / 0 0%				
Vertrauensbereich		0% - 100%				
Referenzbereich		>= x%				
> 9 bis <= 12 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
> 12 bis <= 18 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Summe bis 18 min				0 / 0 0%		
Vertrauensbereich				0% - 100%		
Referenzbereich				>= x%		
> 18 bis <= 24 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
> 24 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	
Anzahl gültige Angaben	0	0	0	0	0	
Median (in min)	0	0	0	0	0	

Durchleuchtungszeit	Gesamt 2005					
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär	
bis 3 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
> 3 bis <= 6 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
> 6 bis <= 9 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Summe bis 9 min		0 / 0 0%				
Vertrauensbereich		0% - 100%				
Referenzbereich		>= x%				
> 9 bis <= 12 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
> 12 bis <= 18 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Summe bis 18 min				0 / 0 0%		
Vertrauensbereich				0% - 100%		
Referenzbereich				>= x%		
> 18 bis <= 24 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
> 24 min	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Anzahl gültige Angaben	0	0	0	0	0	0
Median (in min)	0	0	0	0	0	0

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	VVI	DDD	VVI	DDD
Summe bis 9 min	0 / 0 0%		0 / 0 0%	
Vertrauensbereich	0% - 100%		0% - 100%	
Summe bis 18 min		0 / 0 0%		0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

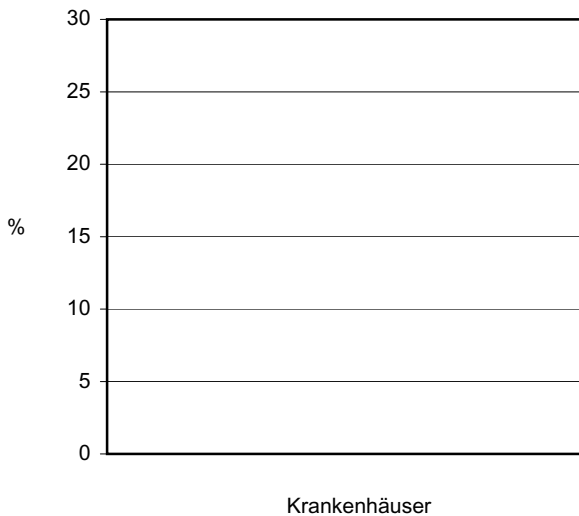
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a]:
Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem VVI
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b]:

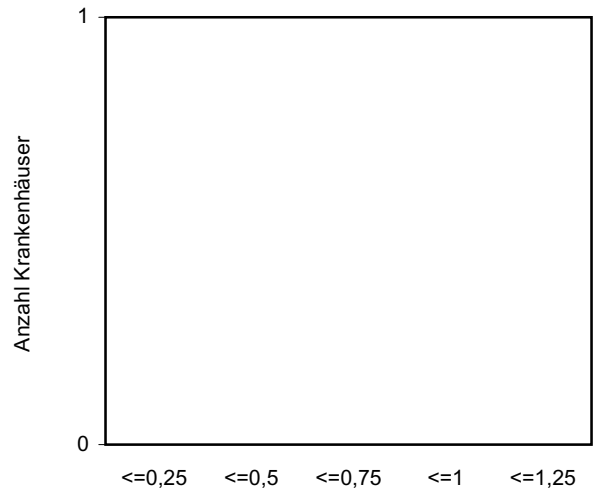
Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem DDD

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Chirurgische Komplikationen: <= 2%
 Sondendislokation Vorhof: <= 3%
 Sondendislokation Ventrikel: <= 3%

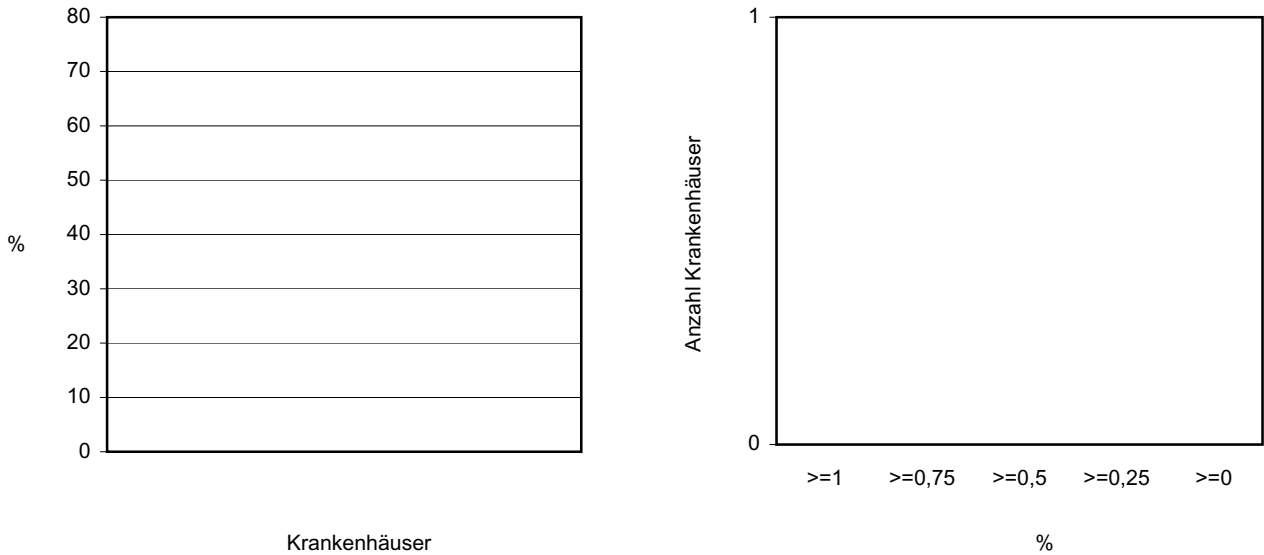
	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern oder Vorhofflimmern)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Asystolie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Kammerflimmern	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vorhofflimmern	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%
Pneumothorax ohne erforderliche Drainage	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Pneumothorax mit erforderlicher Drainage	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Herzbeutelamponade	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Taschenhämatom	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Hämatothorax	0 / 0	0%	0 / 0	0%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundinfektion ohne erforderliche Revision	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Sondendislokation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Patienten mit Reanimation	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Patienten mit Sondendislokation				
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

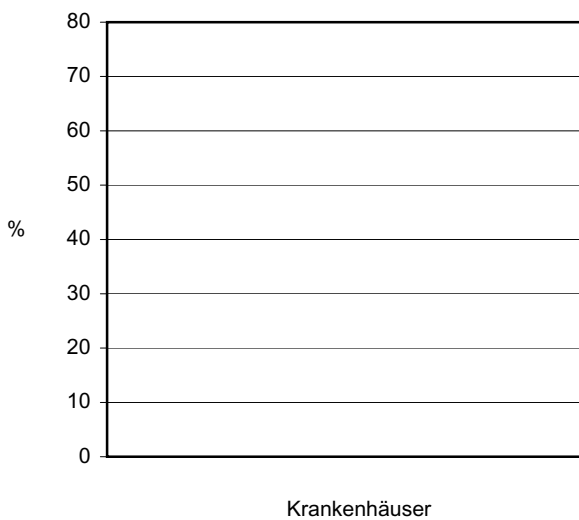
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

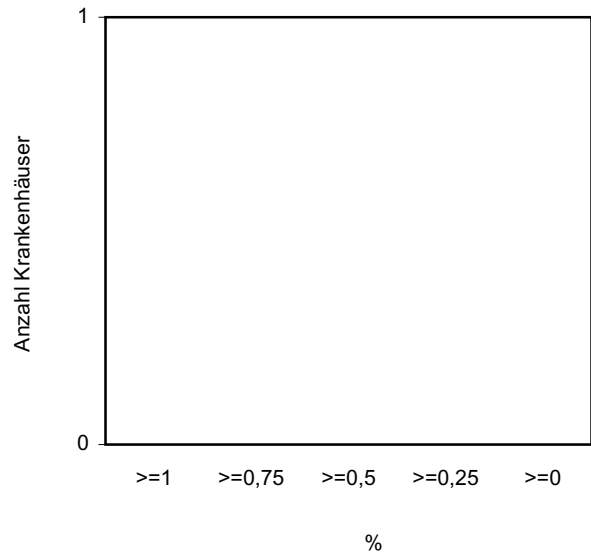
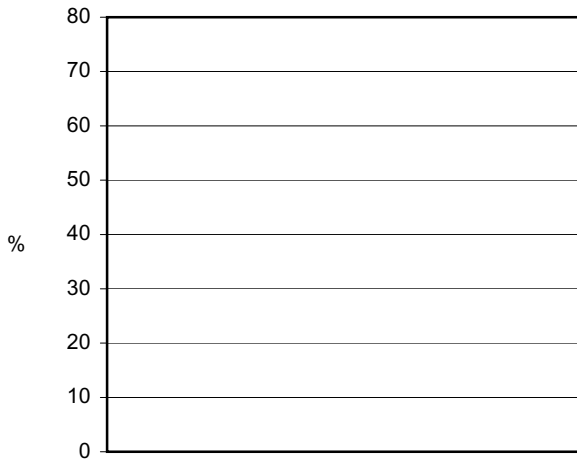
Anteil von Patienten mit Sondendislokation einer Vorhofsonde an allen Patienten mit implantierter Vorhofsonde

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



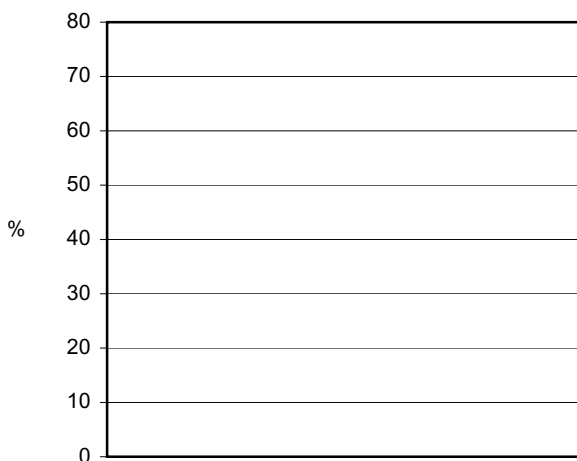
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c]:

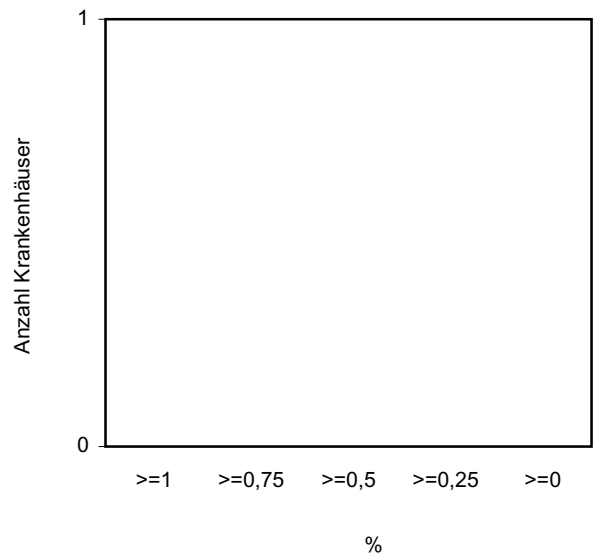
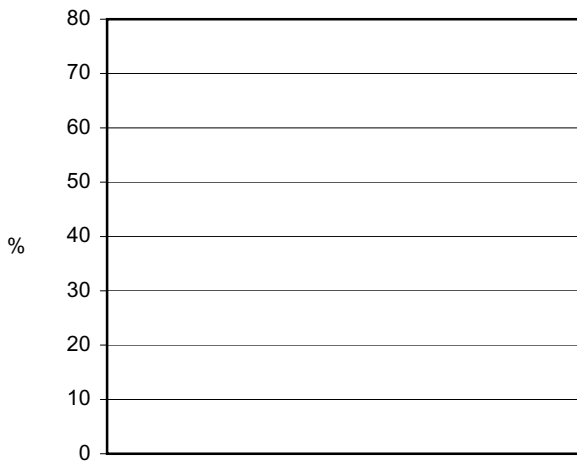
Anteil von Patienten mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde an allen Patienten mit implantierter Ventrikelsonde

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



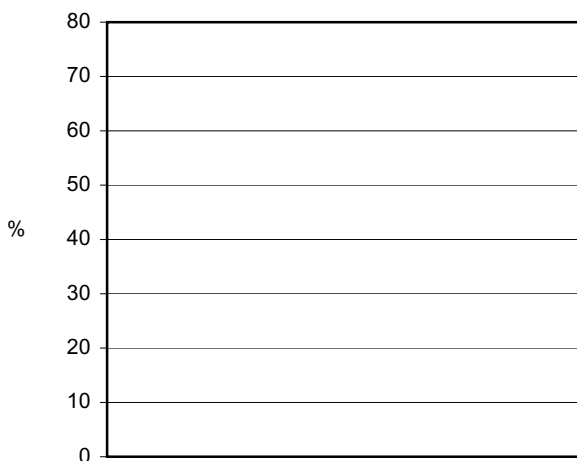
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: Intrakardiale Signalamplituden

Qualitätsziel:	Möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden mit gültiger Amplitude außer VDD-Sonden
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude außer bei Patienten mit SM-Abhängigkeit
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80%
	Gruppe 2:	>= 90%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:

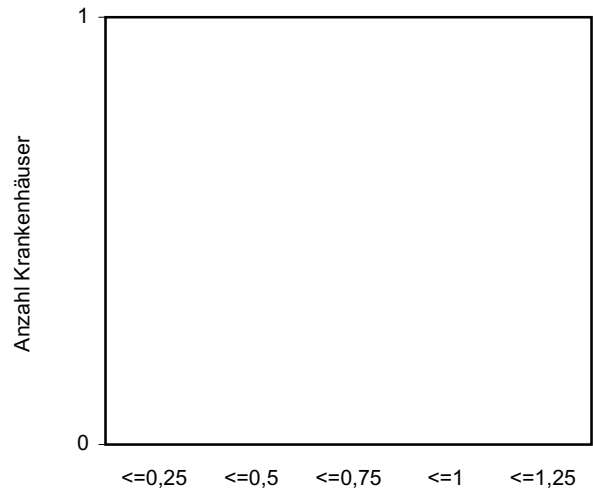
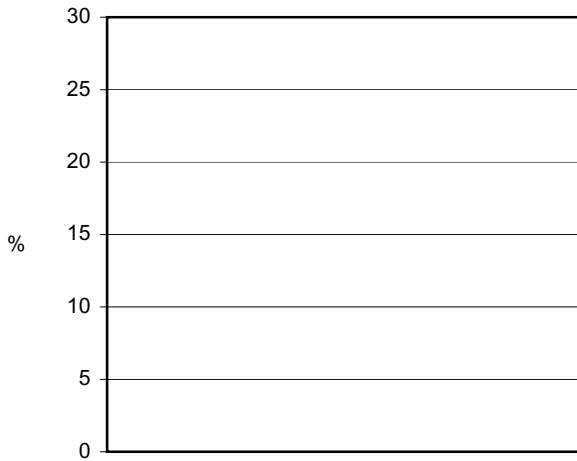
Anteil von Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV an allen Vorhofsonden mit gültiger Amplitude ohne VDD-Sonden

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



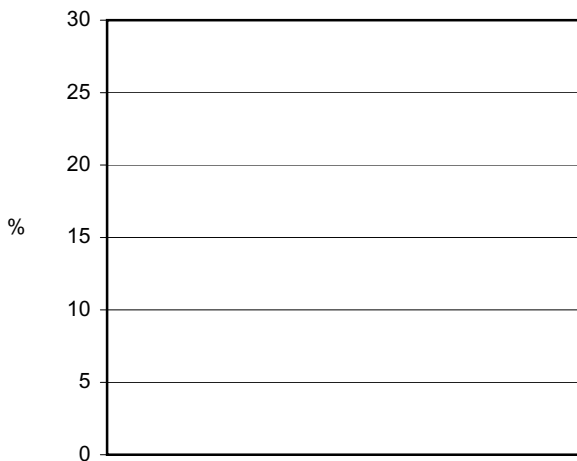
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:

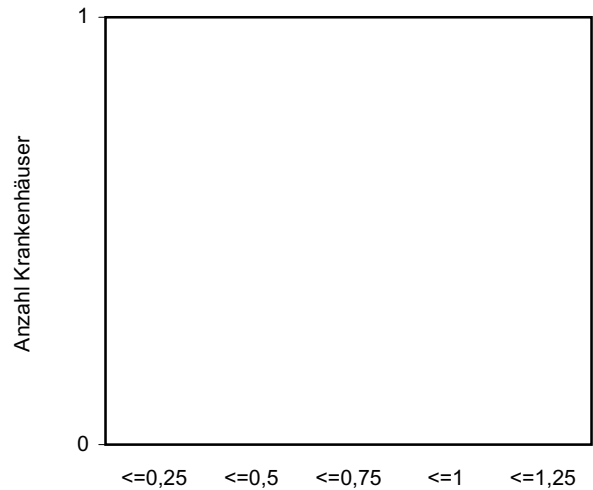
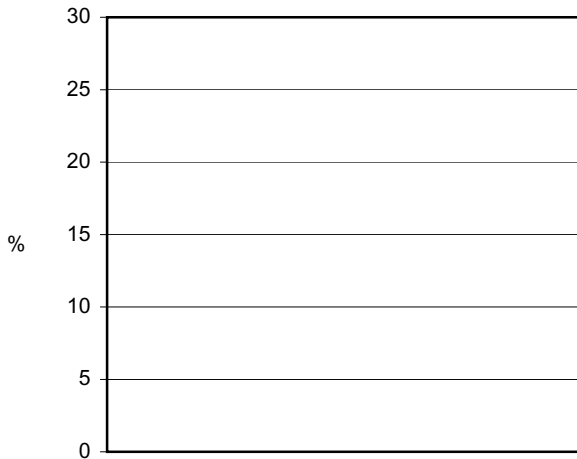
Anteil von Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV an allen Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude ohne Patienten mit Schrittmacherabhängigkeit

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



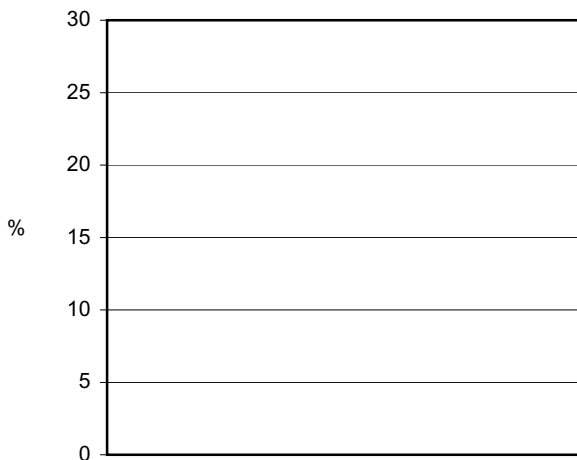
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: Letalität

Qualitätsziel: Möglichst selten Todesfälle

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event
im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%
bei SM-Dysfunktion oder Sondendysfunktion ¹	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

¹ Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:

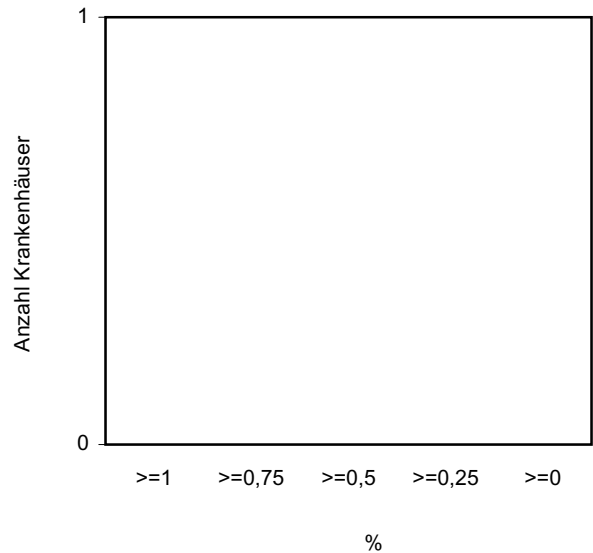
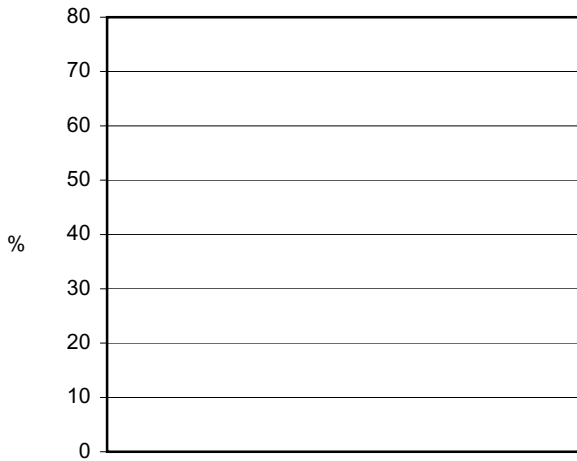
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



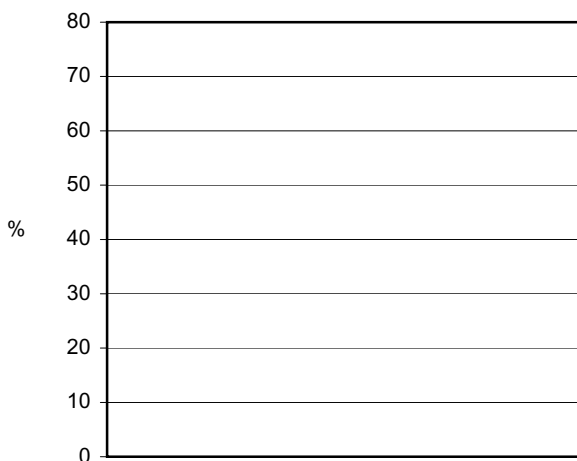
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Musterauswertung 2005 Herzschrittmacher-Erstimplantation

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3663-L25746-P15482

Basisdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal	0	0	0	0	0	0
2. Quartal	0	0	0	0	0	0
3. Quartal	0	0	0	0	0	0
4. Quartal	0	0	0	0	0	0
Gesamt	0		0		0	

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Versorgungsart						
stationär	0	0	0	0	0	0
teilstationär	0	0	0	0	0	0
ambulant	0	0	0	0	0	0

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4
5

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0
5		0	0		0	0		0	0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4
5
6
7
8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0
5		0	0		0	0		0	0
6		0	0		0	0		0	0
7		0	0		0	0		0	0
8		0	0		0	0		0	0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 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 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0 / 0		0 / 0		0 / 0	
< 20 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
20 - 39 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
40 - 59 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
60 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 80 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
Geschlecht						
männlich	0	0	0	0	0	0
weiblich	0	0	0	0	0	0

Präoperative Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeinzustand						
1 = normal aktiv, versorgt sich selbst	0	0	0	0	0	0
2 = leicht eingeschränkt, benötigt gelegentlich fremde Hilfe	0	0	0	0	0	0
3 = deutlich eingeschränkt, benötigt ständig fremde Hilfe	0	0	0	0	0	0
4 = bettlägerig	0	0	0	0	0	0
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Synkope	0	0	0	0	0	0
Präsynkope/Schwindel	0	0	0	0	0	0
Herzinsuffizienz	0	0	0	0	0	0
bradykarde Herzinsuffizienz	0	0	0	0	0	0
Ablation	0	0	0	0	0	0
Prophylaktische Indikation bei asymptomatischem Patienten	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führender EKG-Befund zur Schrittmacherindikation						
kein führender EKG-Befund	0	0	0	0	0	0
AV-Block I	0	0	0	0	0	0
AV-Block II Wenckebach	0	0	0	0	0	0
AV-Block II Mobitz	0	0	0	0	0	0
AV-Block III	0	0	0	0	0	0
bifaszikulärer Block	0	0	0	0	0	0
Sinusknoten-Syndrom (SSS)	0	0	0	0	0	0
Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)	0	0	0	0	0	0
bradykardes Vorhofflimmern	0	0	0	0	0	0
Karotissinussyndrom (CSS)	0	0	0	0	0	0
Vasovagales Syndrom (VVS)	0	0	0	0	0	0
binodale Erkrankung	0	0	0	0	0	0
Sonstiger führender EKG-Befund	0	0	0	0	0	0
Häufigkeit des Auftretens						
häufig/permanent	0	0	0	0	0	0
selten/intermittierend	0	0	0	0	0	0
ohne Angaben	0	0	0	0	0	0
Zusätzliche Angaben						
Provokationstest	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Wenn Provokationstest:						
Ergebnis des Provokationstests						
Keine Rhythmusstörung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sinusknotenerholungszeit (SKEZ) pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Wenckebachpunkt pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
SKEZ und Wenckebachpunkt pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Karotissinusmassage pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Kipptisch positiv	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
HV-Zeit spontan pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
HV-Zeit unter Provokation pathologisch	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Herzinsuffizienz NYHA						
keine	0	0	0	0	0	0
Grad I	0	0	0	0	0	0
Grad II	0	0	0	0	0	0
Grad III	0	0	0	0	0	0
Grad IV	0	0	0	0	0	0
Schrittmacherabhängigkeit (Asystolie von mindestens 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min)	0	0	0	0	0	0

Operation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang/Lage des implantierten Systems <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Vena cephalica	0	0	0	0	0	0
Vena subclavia	0	0	0	0	0	0
andere	0	0	0	0	0	0
links	0	0	0	0	0	0
rechts	0	0	0	0	0	0
Art der Anästhesie						
Lokalanästhesie	0	0	0	0	0	0
Allgemeinanästhesie	0	0	0	0	0	0
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
gültige Angaben (> 0 cGy*cm ²)	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
Ein-Kammer-System						
VVI	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
AAI	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Zwei-Kammer-System						
DDD	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
VDD	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit Vorhofsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstiges	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzvariabel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstige						
nein	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
prophylaktische antitachykarde Funktion	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
therapeutische antitachykarde Funktion	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beides	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstiges	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
NBL-Code	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
unipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
multipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
passive Fixation, z.B. Ankersonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
keine Fixation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Polyurethanisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Silikonisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beide Materialien	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
steroidfreisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
andere Substanz	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
freisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ohne	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Reizschwelle						
(bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<= 1,5 V (Patienten ohne perioperatives Vorhofflimmern)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Ventrikel						
NBL-Code	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
unipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
multipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
passive Fixation, z.B. Ankersonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
keine Fixation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Polyurethanisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Silikonisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beide Materialien	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
steroidfreisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
andere Substanz						
freisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ohne	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<= 1 V	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
NBL-Code	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
unipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
multipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
passive Fixation, z.B. Ankersonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
keine Fixation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Polyurethanisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Silikonisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beide Materialien	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
steroidfreisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
andere Substanz						
freisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ohne	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<= 1,5 V (Patienten ohne perioperatives Vorhofflimmern)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
NBL-Code	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
unipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
multipolar	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
passive Fixation, z.B. Ankersonde	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
keine Fixation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Polyurethanisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Silikonisolierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beide Materialien	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
steroidfreisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
andere Substanz						
freisetzend	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ohne	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<= 1 V	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

Perioperative Komplikationen

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation	0	0	0	0	0	0
Asystolie	0	0	0	0	0	0
Kammerflimmern	0	0	0	0	0	0
Vorhofflimmern	0	0	0	0	0	0
Pneumothorax	0	0	0	0	0	0
Drainage erforderlich	0	0	0	0	0	0
Herzbeutelamponade mit Intervention	0	0	0	0	0	0
Taschenhämatom	0	0	0	0	0	0
Hämatothorax	0	0	0	0	0	0
Sondendislokation	0	0	0	0	0	0
Vorhof	0	0	0	0	0	0
Ventrikel	0	0	0	0	0	0
Beide	0	0	0	0	0	0
Wundinfektion	0	0	0	0	0	0
Revisionseingriff erforderlich ¹	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Reanimation erforderlich	0	0	0	0	0	0

¹ eingeschränkt auf gültige Fälle

Entlassung

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze	0	0	0	0	0	0
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle						
NBG-Code						
AAI						
davon Frequenzadaptation	0	0	0	0	0	0
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzadaptation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Atrium	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Ventrikel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
doppelt (Atrium + Ventrikel)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
VVI						
davon Frequenzadaptation	0	0	0	0	0	0
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzadaptation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Atrium	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Ventrikel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
doppelt (Atrium + Ventrikel)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
VDD						
davon Frequenzadaptation	0	0	0	0	0	0
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzadaptation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Atrium	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Ventrikel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
doppelt (Atrium + Ventrikel)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Entlassung (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
DDD						
davon Frequenzadaptation	0	0	0	0	0	0
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzadaptation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Atrium	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Ventrikel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
doppelt (Atrium + Ventrikel)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
DDI						
davon Frequenzadaptation	0	0	0	0	0	0
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Frequenzadaptation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
keine	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Atrium	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Ventrikel	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
doppelt (Atrium + Ventrikel)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Entlassung (Fortsetzung)

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	0	0	0	0	0	0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0	0	0	0	0
03: aus sonstigen Gründen	0	0	0	0	0	0
04: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0	0	0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0	0	0	0	0
06: Verlegung	0	0	0	0	0	0
07: Tod	0	0	0	0	0	0
08: Verlegung nach § 14	0	0	0	0	0	0
09: in Rehabilitationseinrichtung	0	0	0	0	0	0
10: in Pflegeeinrichtung	0	0	0	0	0	0
11: in Hospiz	0	0	0	0	0	0
12: interne Verlegung	0	0	0	0	0	0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0	0	0	0	0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0	0	0	0	0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0	0	0
16: externe Verlegung	0	0	0	0	0	0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)	0	0	0	0	0	0
18: Rückverlegung	0	0	0	0	0	0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0	0	0	0	0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation	0	0	0	0	0	0
21: Wiederaufnahme	0	0	0	0	0	0
Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung ²	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Tod bei Schrittmacher- oder Sondendysfunktion ²	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)	0 / 0	0	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 Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV 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 BpflV 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 BpflV) | 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | |

² 2004: Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Anhang: OPS Version 2005

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	-1	-1
	0 / 0	0	0 / 0	0	-1	-1
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

¹ 2004: 5-377.3 (35.965 / 57,65%)

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2005.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

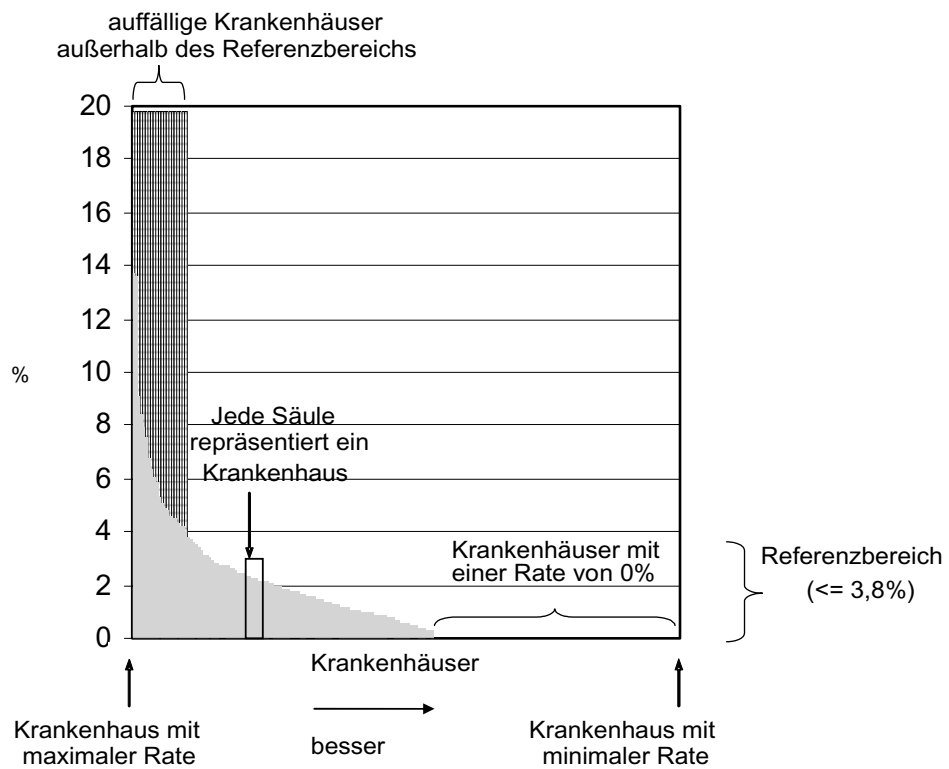
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

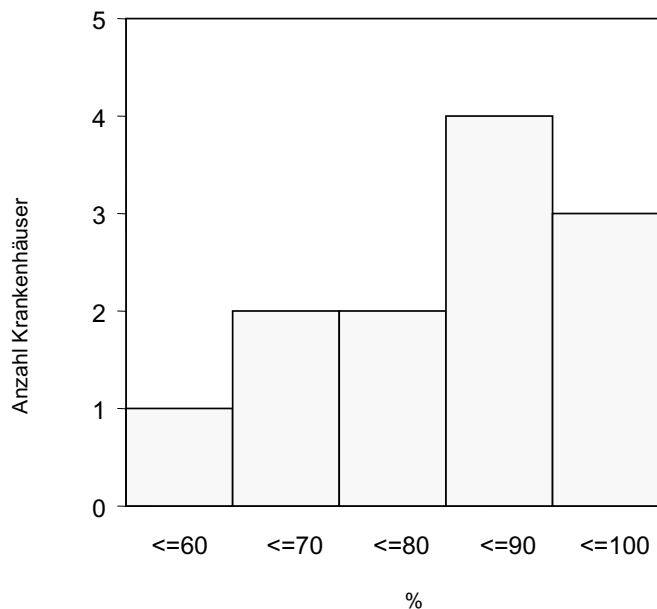
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil 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.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.