

Musterauswertung 2005

Herzschrittmacher-Revision/-Explantation

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3665-L25798-P15484

Musterauswertung 2005 Herzschrittmacher-Revision/-Explantation

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2005 8.0
Datenbankstand: 18. Januar 2006
2005 - D3665-L25798-P15484

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation zur Revision (1) Systemumwandlungen	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.1
QI 2: Indikation zur Revision (2) Schrittmacher-Taschenprobleme	0 / 0	0%	0%	<= 3%		1.4
QI 3: Indikation zur Revision (3) Sondenprobleme	0 / 0	0%	0%	<= 6%		1.7
QI 4: Indikation zur Revision (4) Infektion	0 / 0	0%	0%	<= 1%		1.10
QI 5: Perioperative Komplikationen chirurgische Komplikationen	0 / 0	0%	0%	<= 2%		1.12
Sondendislokation im Vorhof	0 / 0	0%	0%	<= 3%		1.14
Sondendislokation im Ventrikel	0 / 0	0%	0%	<= 3%		1.14
QI 6: Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.18
Ventrikelsonden	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.18
QI 7: Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden Vorhofsonden	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.21
Ventrikelsonden	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.21
QI 8: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden Vorhofsonden	0 / 0	0%	0%	>= 80%		1.24
Ventrikelsonden	0 / 0	0%	0%	>= 90%		1.24

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation zur Revision (1)

Qualitätsziel: Möglichst selten Schrittmachersystemumwandlungen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Referenzbereich: <= x% (95%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Systemumwandlung aus eigener Institution				
Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen				
VVI auf AAI / DDD / VDD	0 / 0	0%	0 / 0	0%
AAI auf DDD / VDD / VVI	0 / 0	0%	0 / 0	0%
DDD / VDD auf VVI / AAI	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Alle Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Systemumwandlung aus eigener Institution Alle Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme) Vertrauensbereich	0 / 0	0% 0% - 100%	0 / 0	0% 0% - 100%

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Systemumwandlung	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:

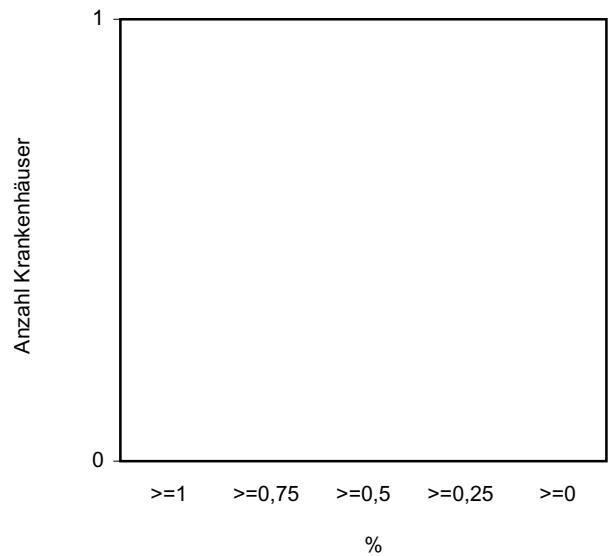
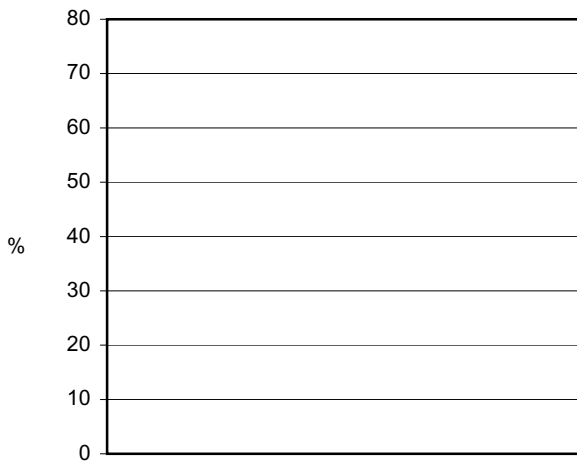
Anteil von Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme) im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



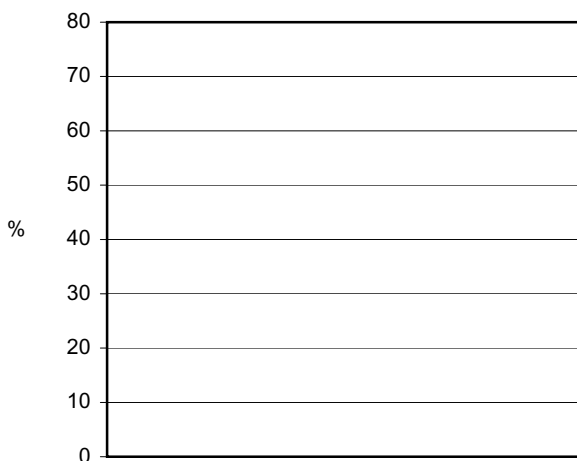
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 2: Indikation zur Revision (2)

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

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Referenzbereich: <= 3%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Taschenhämatom	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Infektion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Aggregatperforation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
anderes Taschenproblem	0 / 0	0%	0 / 0	0%
mindestens eine der oben genannten Indikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
mindestens eine der oben genannten Indikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats				
	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

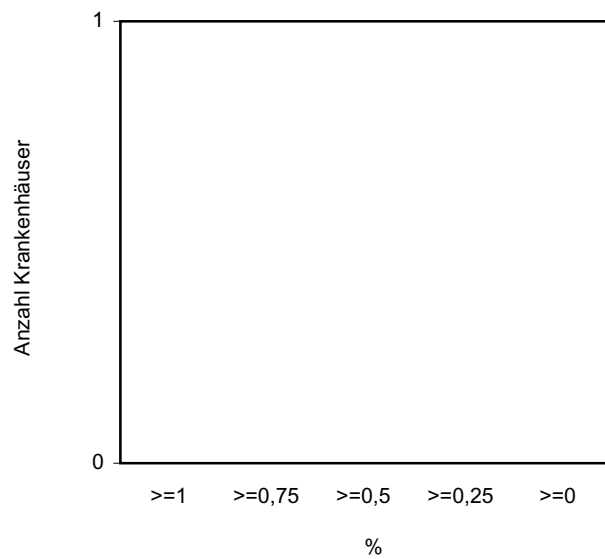
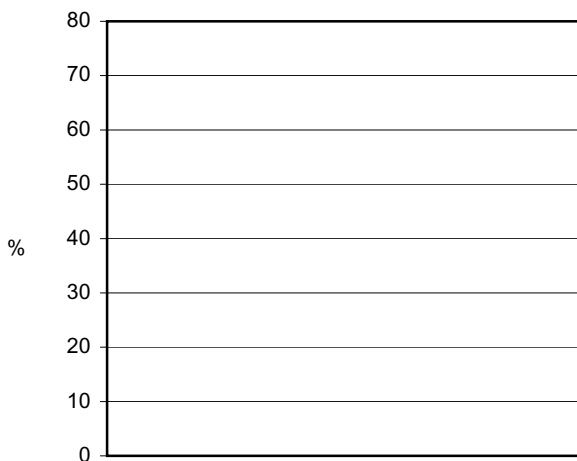
Anteil von Patienten mit Pectoraliszucken, Taschenhämatom, Infektion, anderem Taschenproblem oder Aggregatperforation als Indikation zur Revision bzw. Explantation des Schrittmacher-Aggregats bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der meldenden Institution(en)

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



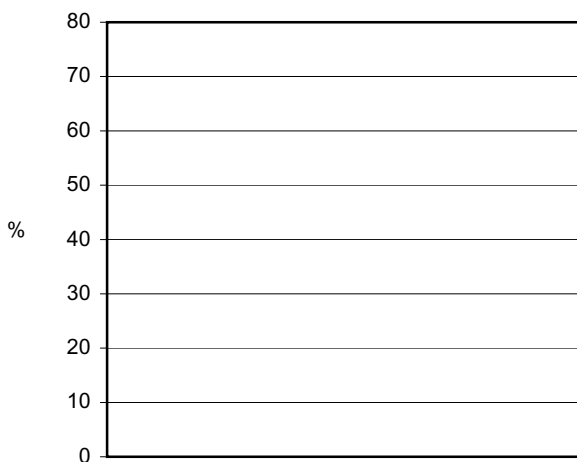
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 3: Indikation zur Revision (3)

Qualitätsziel: Möglichst selten Sondenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution
Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹
Referenzbereich: <= 6%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation aus eigener Institution				
Dislokation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sondenbruch	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Isolationsdefekt	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Konnektordefekt	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Zwerchfellzucken	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Wahrnehmungsfehler/Undersensing	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Infektion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Perforation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
sonstiges Sondenproblem	0 / 0	0%	0 / 0	0%
mindestens eine der oben genannten Indikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 6%		<= 6%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation aus eigener Institution				
mindestens eine der oben genannten Indikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation	0 / 0	0%	0 / 0	0%

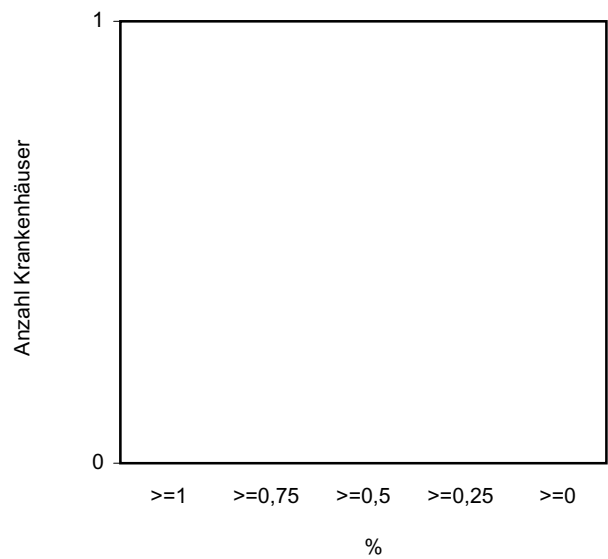
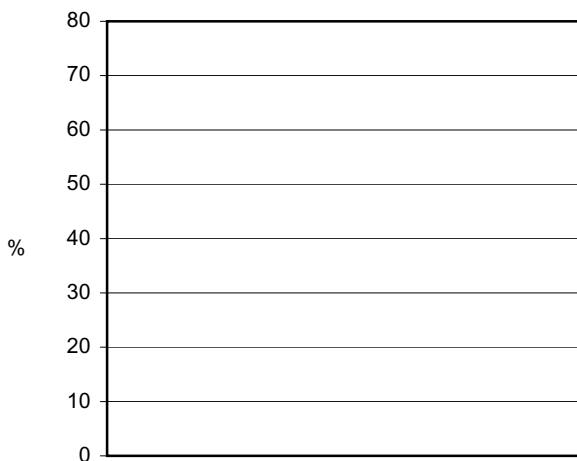
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:

Anteil von Patienten mit Dislokation, Sondenbruch, Isolationsdefekt, Konnektordefekt, Zwerchfellzucken, Oversensing, Undersensing, Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg, Infektion, Perforation oder sonstigem Sondenproblem als Indikation zur Revision bzw. Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechseln (09/2) der meldenden Institution(en)
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



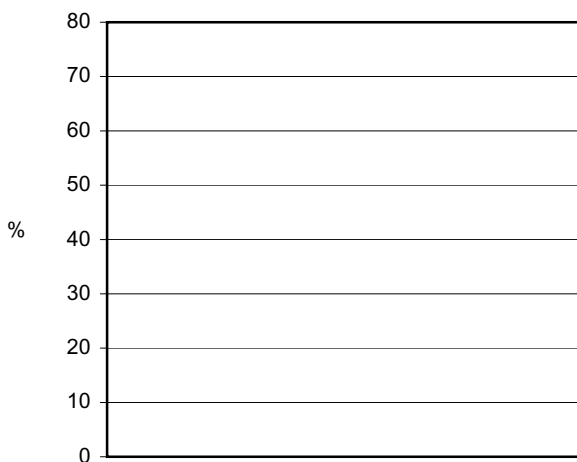
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Indikation zur Revision (4)

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

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)¹

Referenzbereich: <= 1%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Perforation“ zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ zur Revision/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Perforation“ zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ zur Revision/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Perforation“ zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ zur Revision/Explantation von Sonden	0 / 0	0%	0 / 0	0%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4]:

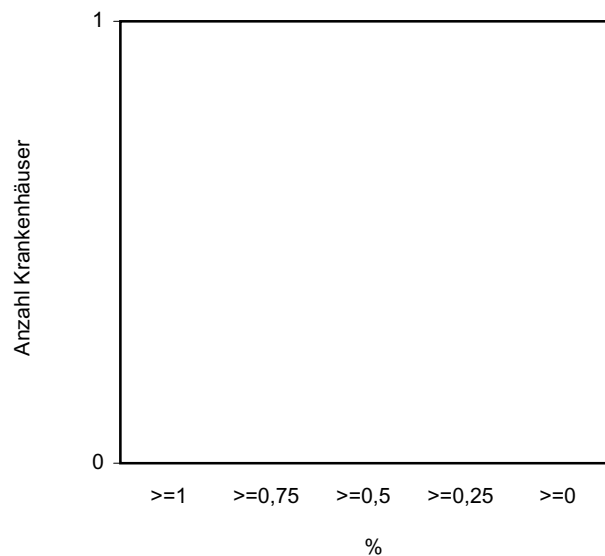
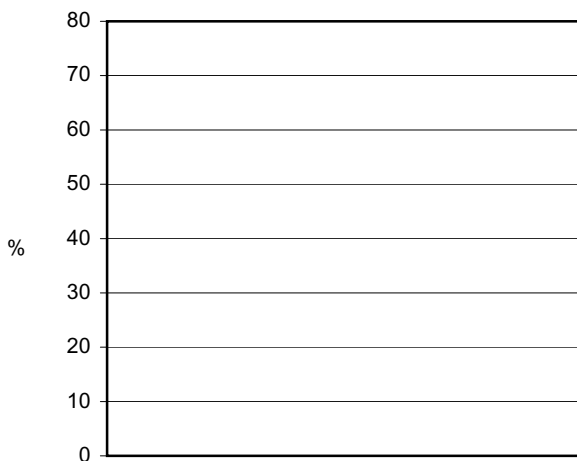
Anteil von Patienten mit „Infektion“ oder „Perforation“ als Indikation zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ als Indikation zur Revision/Explantation von Sonden bei vorangegangener Schrittmacher-Operation im selben Krankenhaus an allen Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der jeweils meldenden Institution(en)

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



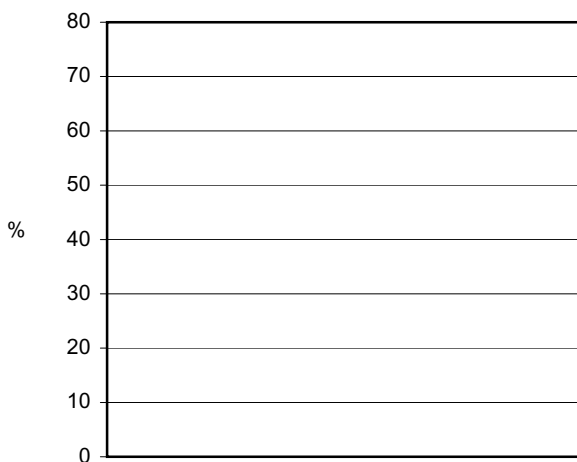
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 wenig perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 2%

	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 Drainage	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Pneumothorax mit Drainage	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%
Wundinfektion ohne erforderliche Revision	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision	0 / 0	0%	0 / 0	0%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ausschließlich im Vorhof	0 / 0	0%	0 / 0	0%
ausschließlich im Ventrikel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
beides	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sonstige Komplikationen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Reanimation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Tod bei SM- oder Sonden-dysfunktion	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%

Grundgesamtheit: Gruppe 1 : Patienten mit mindestens einer revidierten Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation
 Gruppe 2 : Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

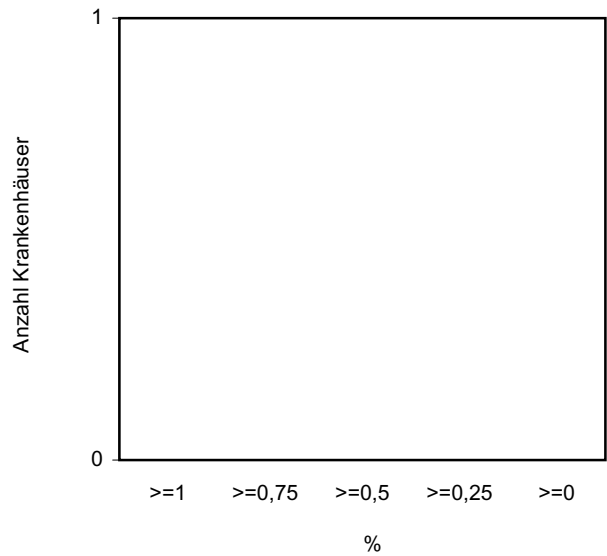
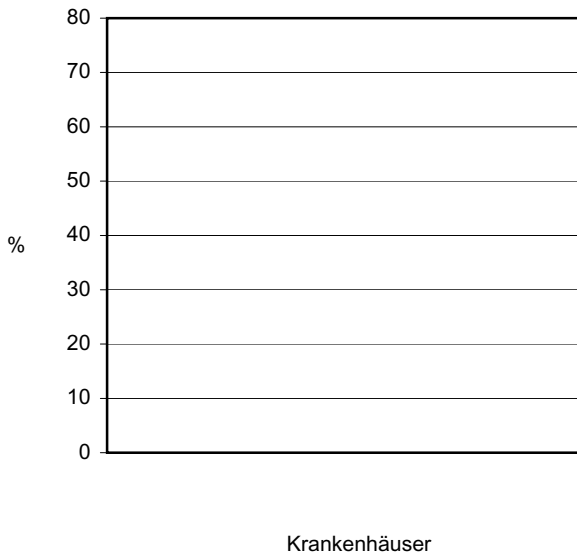
Referenzbereich: Gruppe 1 : <= 3%
 Gruppe 2 : <= 3%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

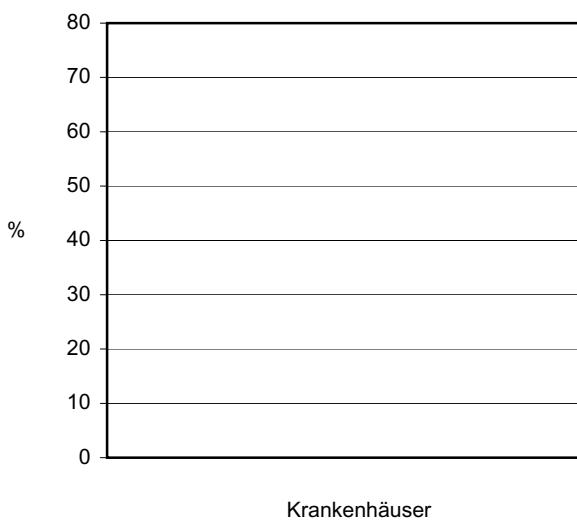
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:
Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:



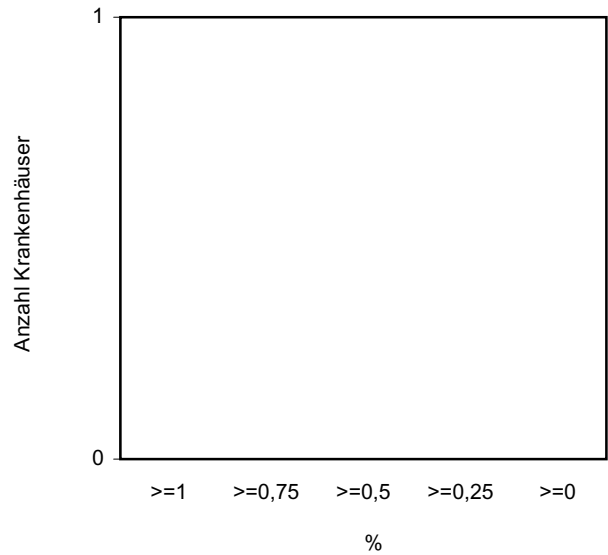
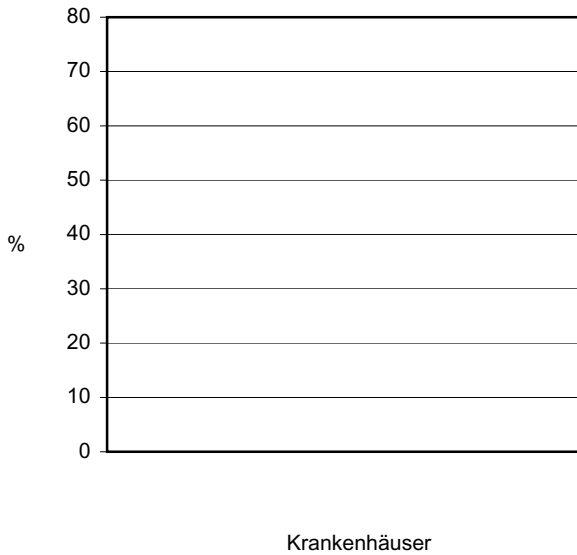
n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Vorhof an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

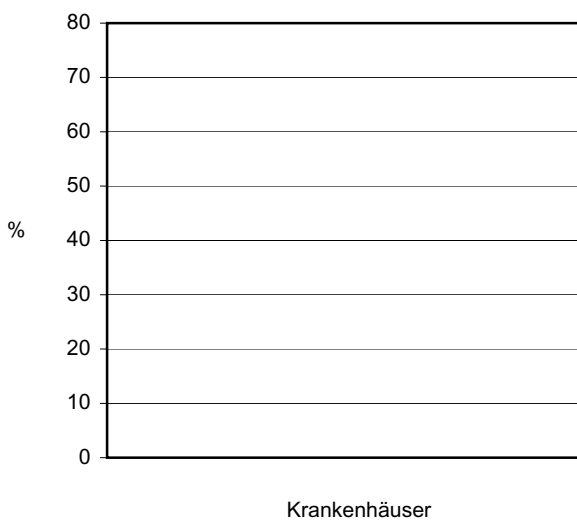
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse:



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]:

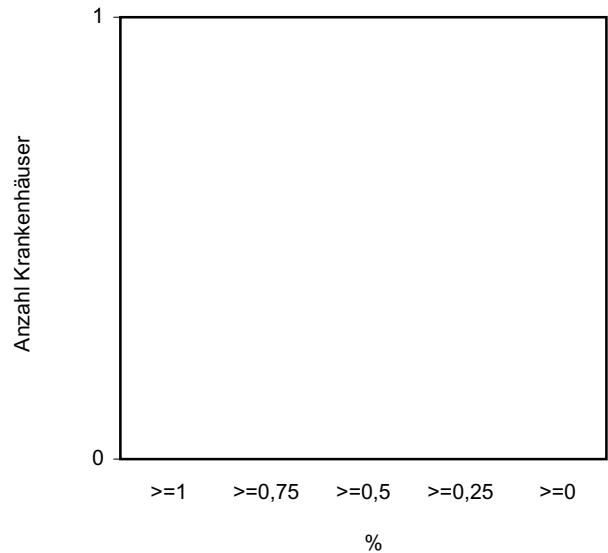
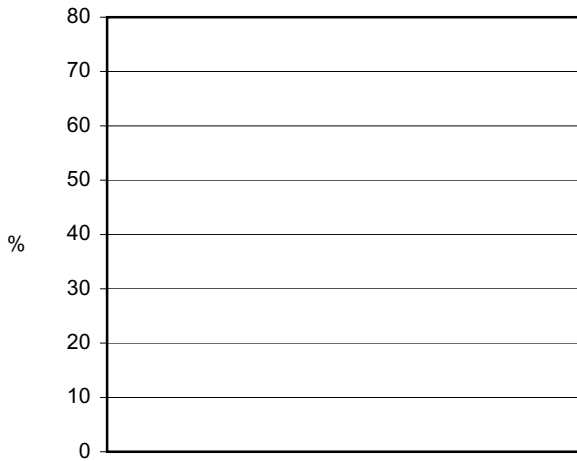
Anteil von Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel an allen Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



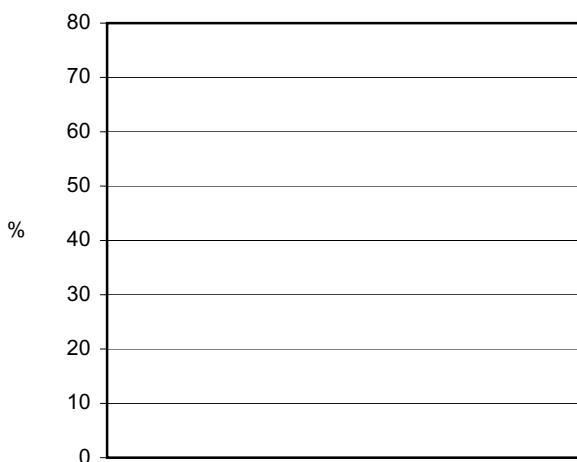
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden¹

Grundgesamtheit: Gruppe 1 : Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern)
 Gruppe 2 : Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

Referenzbereich: Gruppe 1 : $\geq x\%$ (5%-Perzentile)
 Gruppe 2 : $\geq x\%$ (5%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit gemessener Reizschwelle	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		$\geq x\%$		$\geq x\%$
Gruppe 2				
Sonden mit gemessener Reizschwelle	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		$\geq x\%$		$\geq x\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit gemessener Reizschwelle	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Gruppe 2				
Sonden mit gemessener Reizschwelle	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

¹ neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert, sonstige

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:

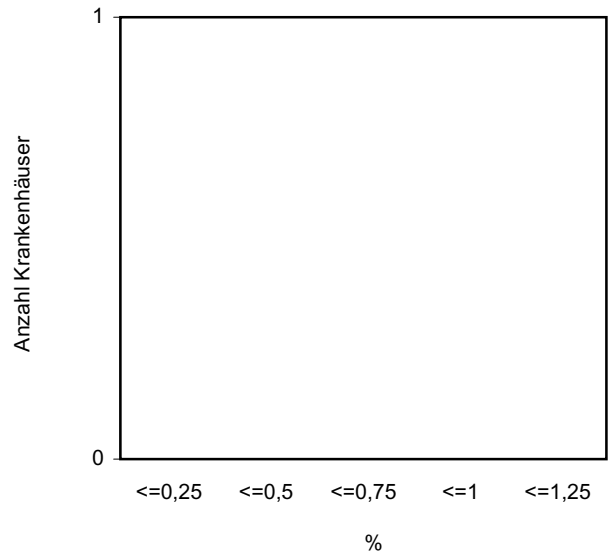
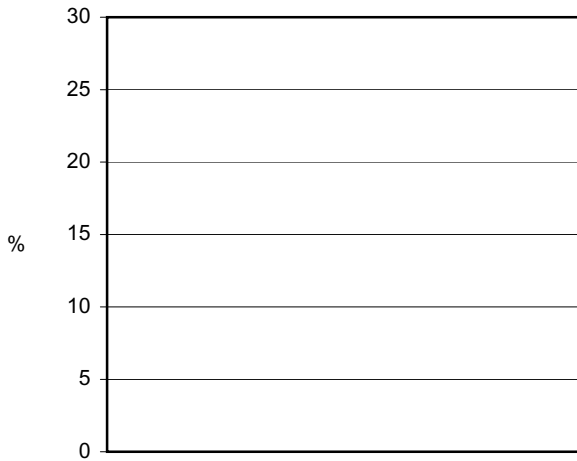
Anteil von Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen ohne Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern

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.

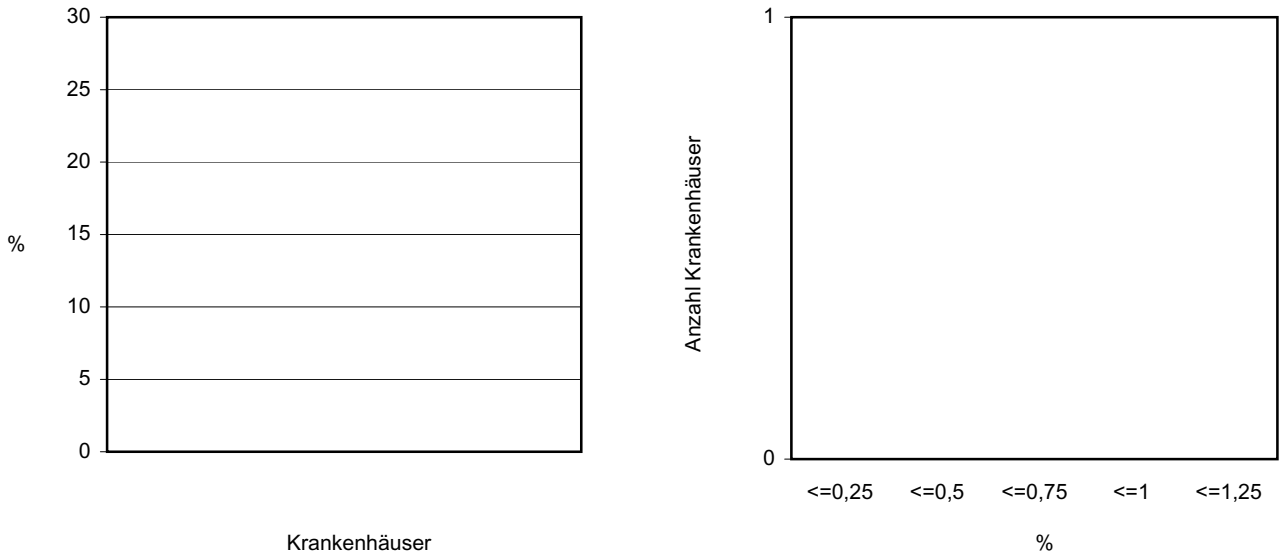
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:
Anteil von Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle an allen revidierten Ventrikelsonden
bei Patienten mit Sondenproblemen**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



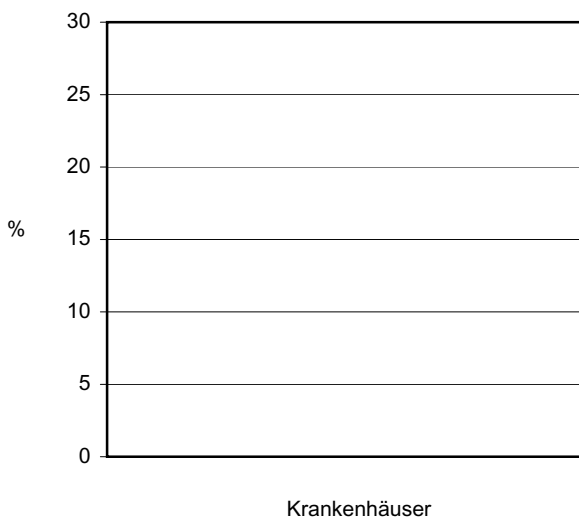
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden¹

Grundgesamtheit: Gruppe 1 : Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
 Gruppe 2 : Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
 (Ausschluss: Ventrikelsonden bei Patienten mit SM-Abhängigkeit)

Referenzbereich: Gruppe 1 : >= x% (5%-Perzentile)
 Gruppe 2 : >= x% (5%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit bestimmter Amplitude	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= x%		>= x%
Gruppe 2				
Sonden mit bestimmter Amplitude	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit bestimmter Amplitude	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Gruppe 2				
Sonden mit bestimmter Amplitude	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

¹ neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert, sonstige

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a]:

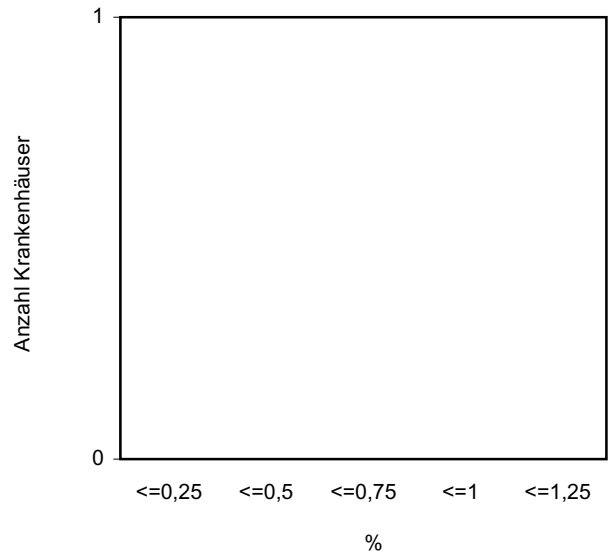
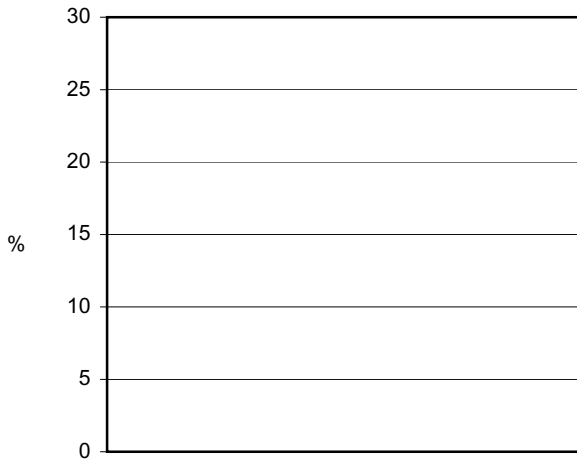
Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



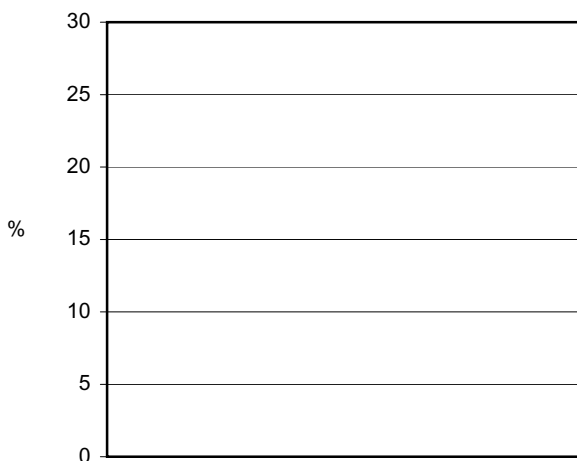
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b]:

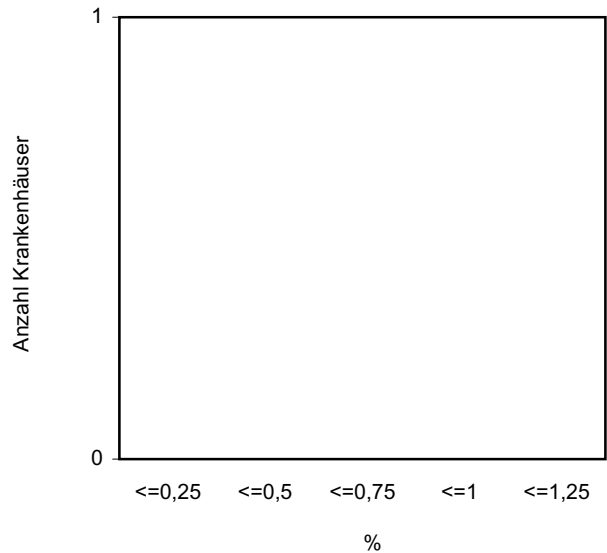
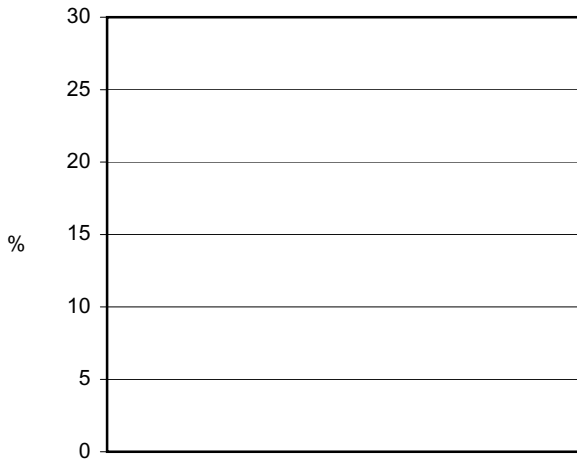
Anteil von Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen ohne Patienten mit Schrittmacherabhängigkeit

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:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 8: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden¹

Grundgesamtheit: Gruppe 1 : Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger Amplitude (außer VDD-Sonden) bei Patienten mit Sondenproblemen
 Gruppe 2 : Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen ohne SM-Abhängigkeit

Referenzbereich: Gruppe 1 : >= 80%
 Gruppe 2 : >= 90%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonde mit Amplitude >= 1,5 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%
Vorhofsonde mit Amplitude < 1,5 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vorhofsonde mit Amplitude 1,5 - 3,0 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vorhofsonde mit Amplitude > 3,0 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Gruppe 2				
Ventrikelsonde mit Amplitude >= 4 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Ventrikelsonde mit Amplitude < 4 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Ventrikelsonde mit Amplitude 4,0 - 8,0 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Ventrikelsonde mit Amplitude > 8 mV	0 / 0	0%	0 / 0	0%

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

¹ neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert, sonstige

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a]:

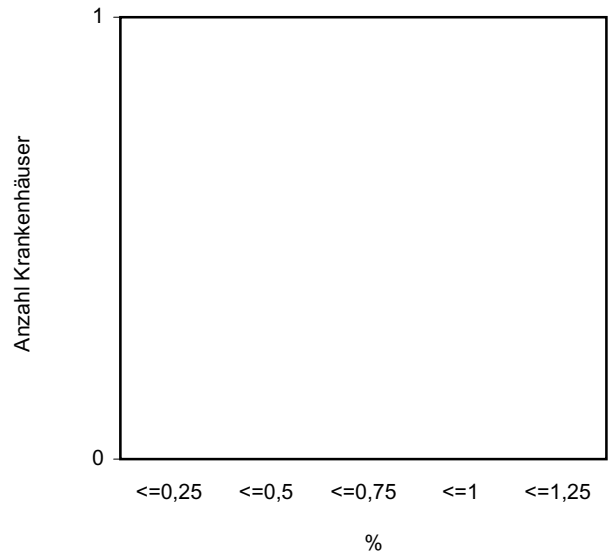
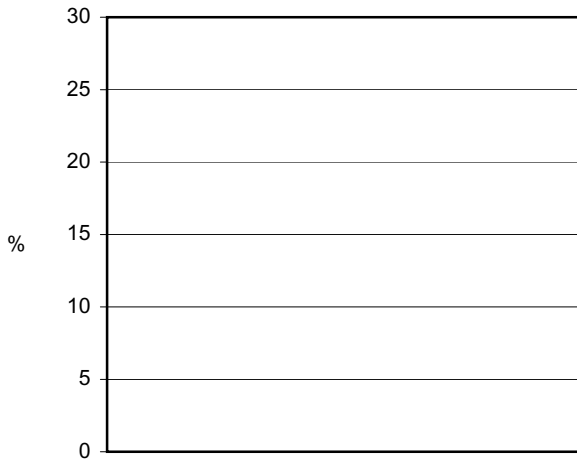
Anteil von Vorhofsonden mit einer Signalamplitude $\geq 1,5$ mV an allen revidierten Vorhofsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen ohne VDD-Sonden

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:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b]:

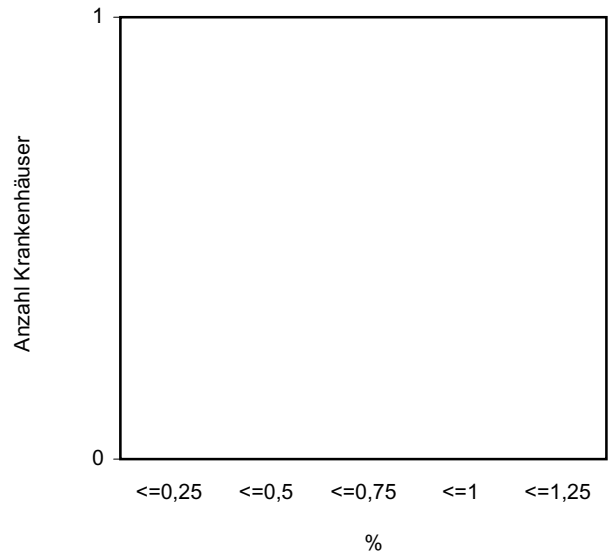
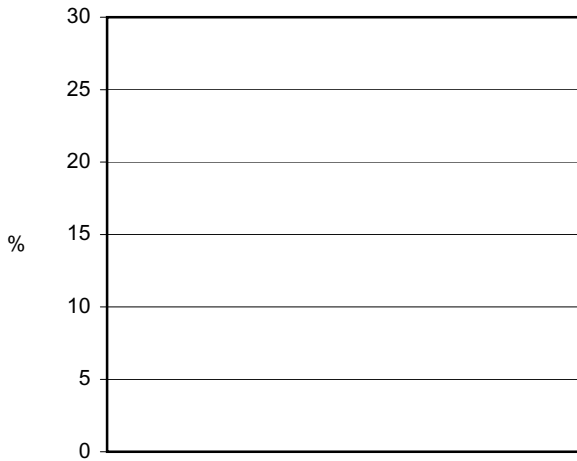
Anteil von Ventrikelsonden mit einer Signalamplitude ≥ 4 mV an allen revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen ohne Schrittmacherabhängigkeit

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



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 Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Musterauswertung 2005 Herzschrittmacher-Revision/-Explantation

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2005 8.0
Datenbankstand: 18. Januar 2006
2005 - D3665-L25798-P15484

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006

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 Angaben

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	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	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

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 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 Diagnostik

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacherabhängigkeit (Asystolie von mindestens 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min)	0	0	0	0	0	0

Indikation zur Revision/Explantation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem	0	0	0	0	0	0
Sondenproblem	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution	0	0	0	0	0	0
andere Institution	0	0	0	0	0	0
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär	0	0	0	0	0	0
vorzeitig	0	0	0	0	0	0
vermutete Schrittmacherfehlfunktion	0	0	0	0	0	0
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf	0	0	0	0	0	0
Systemumwandlung						
zwischen SM-Systemen	0	0	0	0	0	0
vom SM zum Defibrillator (ICD)	0	0	0	0	0	0
Pectoraliszucken	0	0	0	0	0	0
Taschenhämatom	0	0	0	0	0	0
Infektion	0	0	0	0	0	0
anderes Taschenproblem	0	0	0	0	0	0
Aggregatperforation	0	0	0	0	0	0
sonstige Indikation	0	0	0	0	0	0

Indikation zur Revision/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Ort						
Vorhof	0	0	0	0	0	0
Kammer	0	0	0	0	0	0
beide	0	0	0	0	0	0
Art						
Dislokation	0	0	0	0	0	0
Sondenbruch	0	0	0	0	0	0
Isolationsdefekt	0	0	0	0	0	0
Konnektordefekt	0	0	0	0	0	0
Zwerchfellzucken	0	0	0	0	0	0
Inhibition durch Muskel- potentiale/Oversensing	0	0	0	0	0	0
Wahrnehmungsfehler/ Undersensing	0	0	0	0	0	0
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg	0	0	0	0	0	0
Infektion	0	0	0	0	0	0
Perforation	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0

Operation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang/Lage <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		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		0.000		0.000

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
Ein-Kammer-System						
VVI	0	0	0	0	0	0
AAI	0	0	0	0	0	0
Zwei-Kammer-System						
DDD	0	0	0	0	0	0
VDD	0	0	0	0	0	0
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
keine Angabe eines post- operativ funktionell aktiven Schrittmachersystems	0	0	0	0	0	0
Frequenzvariabel	0	0	0	0	0	0
Sonstige						
nein	0	0	0	0	0	0
prophylaktische antitachykarde Funktion	0	0	0	0	0	0
therapeutische antitachykarde Funktion	0	0	0	0	0	0
beides	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat	0	0	0	0	0	0
Neuimplantation	0	0	0	0	0	0
Neuplatzierung	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde	0	0	0	0	0	0
Neuimplantation	0	0	0	0	0	0
Neuplatzierung	0	0	0	0	0	0
zusätzliche Implantation	0	0	0	0	0	0
Reparatur	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
NBL-Code						
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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0
<= 1,5 V	0	0	0	0	0	0
> 1,5 - 2,5 V	0	0	0	0	0	0
> 2,5 V	0	0	0	0	0	0
(Patienten ohne peri- operatives Vorhofflimmern)						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde	0	0	0	0	0	0
Neuimplantation	0	0	0	0	0	0
Neuplatzierung	0	0	0	0	0	0
zusätzliche Implantation	0	0	0	0	0	0
Reparatur	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
NBL-Code						
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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0
<= 1,2 V	0	0	0	0	0	0
> 1,2 - 2,5 V	0	0	0	0	0	0
> 2,5 V	0	0	0	0	0	0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde	0	0	0	0	0	0
Neuimplantation	0	0	0	0	0	0
Neuplatzierung	0	0	0	0	0	0
zusätzliche Implantation	0	0	0	0	0	0
Reparatur	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
NBL-Code						
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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0
<= 1,5 V	0	0	0	0	0	0
> 1,5 bis 2,5 V	0	0	0	0	0	0
> 2,5 V	0	0	0	0	0	0
(Patienten ohne perioperatives Vorhofflimmern)						
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde	0	0	0	0	0	0
Neuimplantation	0	0	0	0	0	0
Neuplatzierung	0	0	0	0	0	0
zusätzliche Implantation	0	0	0	0	0	0
Reparatur	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
NBL-Code						
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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0
<= 1,2 V	0	0	0	0	0	0
> 1,2 bis 2,5 V	0	0	0	0	0	0
> 2,5 V	0	0	0	0	0	0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht gemessen	0/0	0	0/0	0	0/0	0

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
Ein-Kammer-System						
VVI	0	0	0	0	0	0
AAI	0	0	0	0	0	0
Zwei-Kammer-System						
DDD	0	0	0	0	0	0
VDD	0	0	0	0	0	0
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
Frequenzvariabel	0	0	0	0	0	0
Sonstige						
prophylaktische antitachykarde Funktion	0	0	0	0	0	0
therapeutische antitachykarde Funktion	0	0	0	0	0	0
beides	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht bekannt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation	0	0	0	0	0	0
Stilllegung	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum der Sonde (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht bekannt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
NBL-Code						
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
Polyurethanolisierung	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Silikonisierung	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
nicht bekannt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation	0	0	0	0	0	0
Stilllegung	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum der Sonde (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht bekannt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
NBL-Code						
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
nicht bekannt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation	0	0	0	0	0	0
Stillegung	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum der Sonde (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
NBL-Code						
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
Polyurethanolierung	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Silikonisierung	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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation	0	0	0	0	0	0
Stillegung	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum der Sonde (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0
NBL-Code						
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
Polyurethanolierung	0/0	0	0/0	0	0/0	0
Silikonolierung	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
nicht bekannt	0/0	0	0/0	0	0/0	0

Perioperative Komplikationen

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perioperative Komplikationen						
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	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Reanimation erforderlich	0	0	0	0	0	0

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	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 (A + V)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
VVI						
davon Frequenzadaptation	0 / 0	0	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 (A + V)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Entlassung (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
VDD						
davon Frequenzadaptation	0 / 0	0	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 (A + V)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
DDD						
davon Frequenzadaptation	0 / 0	0	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 (A + V)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
DDI						
davon Frequenzadaptation	0 / 0	0	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 (A + V)	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	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 (Wechsel BPfIV/KHEntgG)	0	0	0	0	0	0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)	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 BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung 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	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

Anhang: OPS Version 2005 (Fortsetzung)

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	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

Anhang: OPS Version 2005 (Fortsetzung)

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	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

Anhang: OPS Version 2005 (Fortsetzung)

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	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

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.

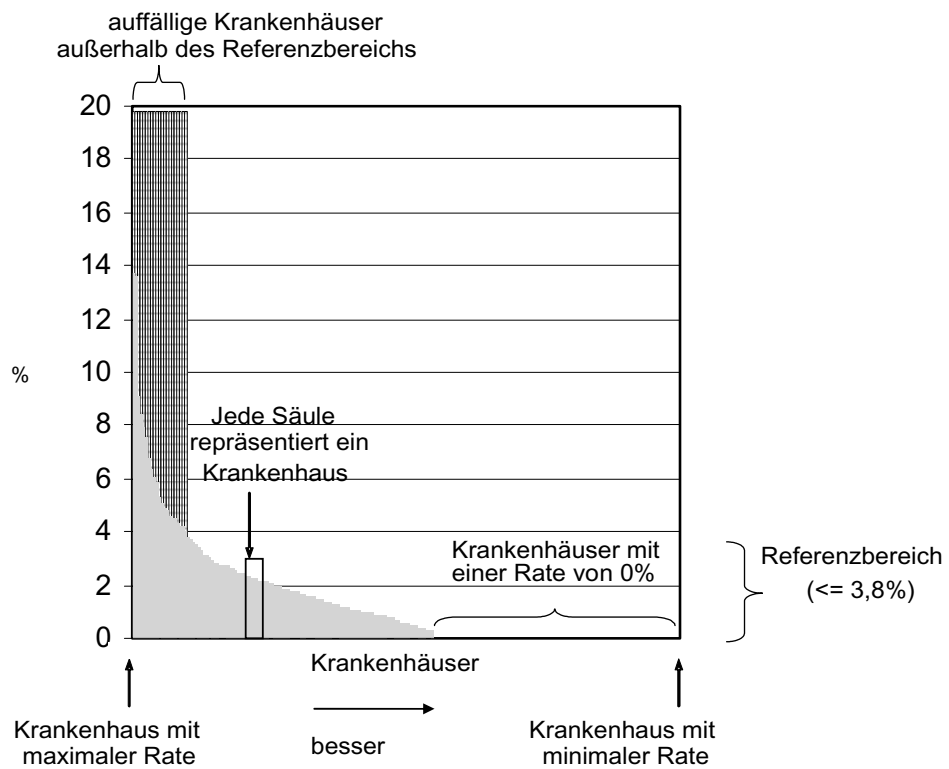
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

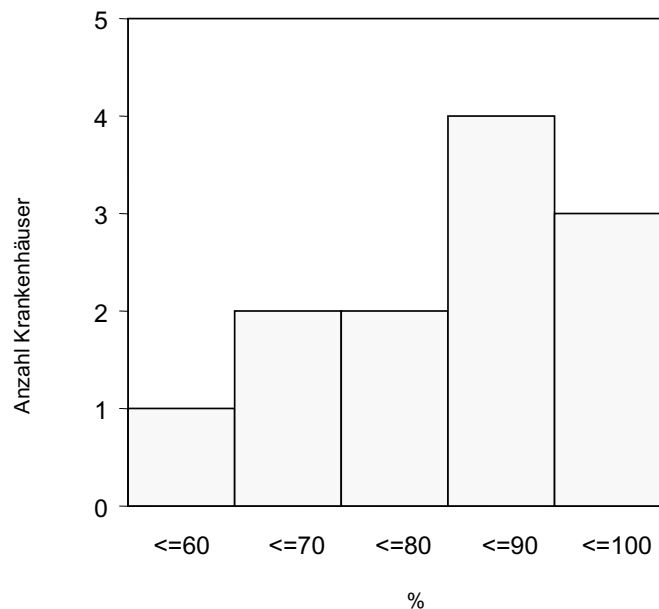
Beispiel:

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.