

Jahresauswertung 2017
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 465
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17320-L109896-P52949

Jahresauswertung 2017
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 465
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17320-L109896-P52949

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Peri- bzw. postoperative Komplikationen							
1a: 2017/09n3-HSM-REV/1089							
chirurgische Komplikationen			0,65%	<= 2,00%	innerhalb	0,99%	6
1b: 2017/09n3-HSM-REV/52315							
Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			2,20%	<= 3,00%	innerhalb	2,25%	9
2017/09n3-HSM-REV/51404							
QI 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,83	<= 5,63	innerhalb	0,54	12

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/09n3-HSM-REV/850339 Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen							
			3,16%	<= 6,83%	innerhalb	2,43%	18

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich

Die Berechnung dieser Kennzahlen findet auf Grundlage der Rechenregeln der QIDB 2017 statt.

Nach dem Verständnis des IQTIG müssen Qualitätsindikatoren, sofern sie sich nicht in der Erprobung befinden, grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet (siehe in dem vom IQTIG hinterlegten QIDB-2016-Positionspapier "Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich"). Durch technische Umstellungen bei der Bundesauswertungsstelle sind in der QIDB 2017 sowohl Qualitätsindikatoren als auch Kennzahlen ohne Angabe eines Referenzbereiches abgebildet. Erläuterungen zu diesen Indikatoren und Kennzahlen finden Sie in der QIDB 2017 im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren".

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden in dieser Auswertung auch Kennzahlen ohne Referenzbereich berechnet und zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die in den Vorjahren noch gültigen Indikator-IDs sind dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Einrichtung berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 2017 beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

Qualitätsindikatorengruppe 1: Peri- bzw. postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen

Chirurgische Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1a): 2017/09n3-HSM-REV/1089

Referenzbereich: <= 2,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			12 / 465	2,58%
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern)			0 / 465	0,00%
Asystolie			0 / 465	0,00%
Kammerflimmern			0 / 465	0,00%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹			3 / 465	0,65%
Vertrauensbereich				0,22% - 1,88%
Referenzbereich		<= 2,00%		<= 2,00%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			2 / 465	0,43%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 465	0,00%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 465	0,00%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 465	0,22%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			8 / 465	1,72%
Patienten mit Sondendislokation			7 / 465	1,51%
Patienten mit Sondendysfunktion			1 / 465	0,22%
postoperative Wundinfektion			0 / 465	0,00%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			2 / 465	0,43%

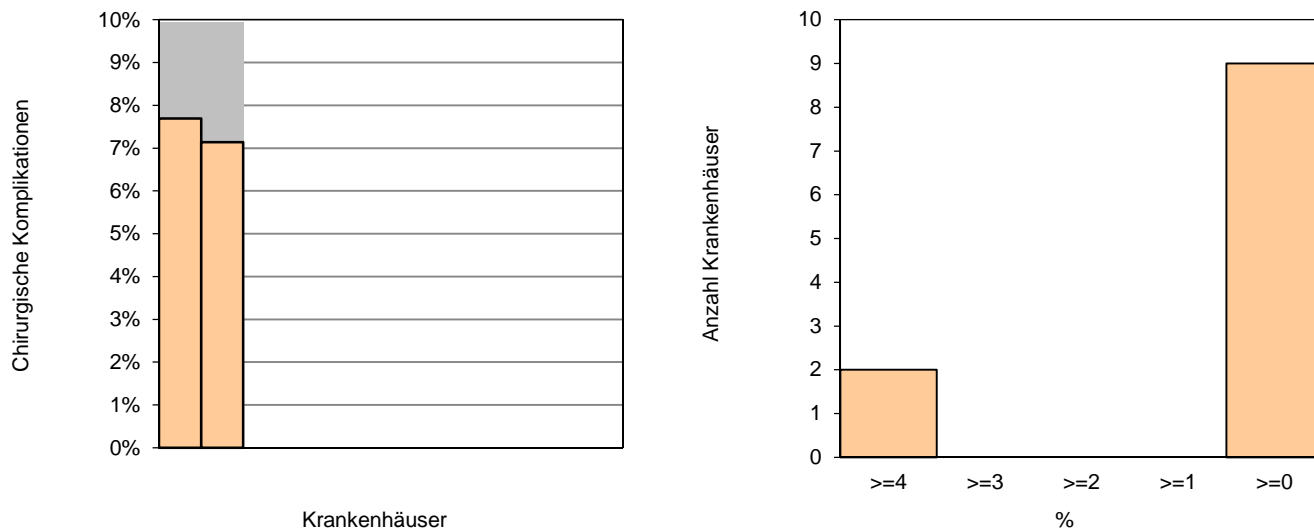
¹ interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom oder postoperative Wundinfektion

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹ Vertrauensbereich			5 / 507	0,99% 0,42% - 2,29%

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

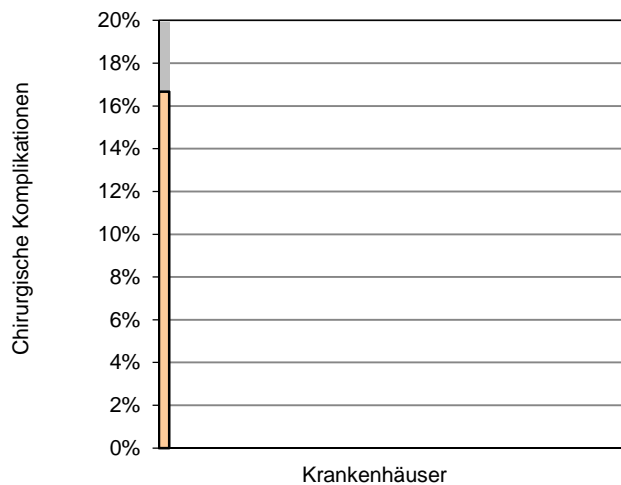
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2017/09n3-HSM-REV/1089]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	7,14		7,69

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde

Indikator-ID: (QI 1b): 2017/09n3-HSM-REV/52315

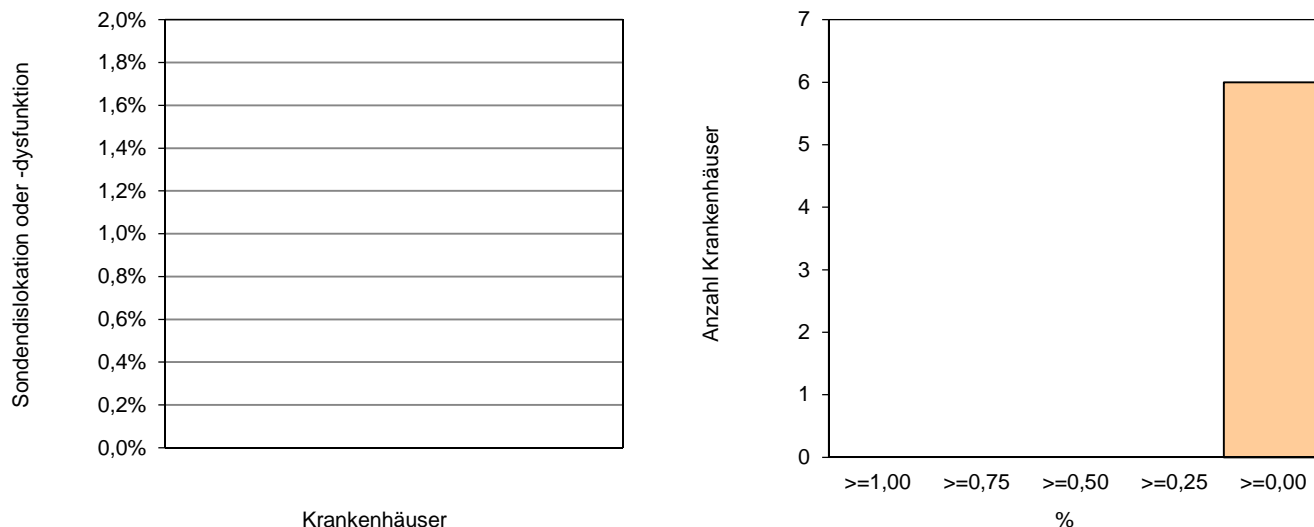
Referenzbereich: <= 3,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde			7 / 318	2,20%
Vertrauensbereich				1,07% - 4,47%
Referenzbereich		<= 3,00%		<= 3,00%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Vorhofsonde			3 / 133	2,26%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit einer revidierten bzw. neu implantierten Ventrikelsonde			4 / 230	1,74%
Patienten mit Sondendislokation			7 / 318	2,20%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			3 / 133	2,26%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			4 / 230	1,74%
Ventrikelsondendislokation rechtsventrikuläre Sonde			3 / 226	1,33%
linksventrikuläre Sonde			1 / 7	14,29%
Patienten mit Sondendysfunktion			0 / 318	0,00%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Vorhofsonde			0 / 133	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Ventrikelsonde			0 / 230	0,00%
Ventrikelsondendysfunktion rechtsventrikuläre Sonde			0 / 226	0,00%
linksventrikuläre Sonde			0 / 7	0,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde Vertrauensbereich			8 / 355	2,25% 1,15% - 4,38%

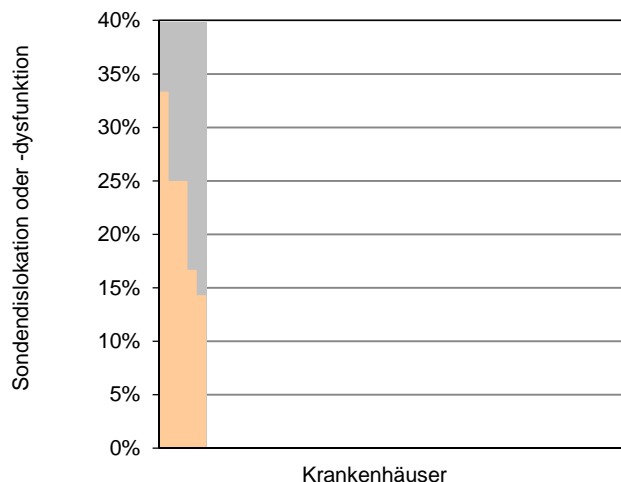
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2017/09n3-HSM-REV/52315]:
 Anteil von Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde an allen Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde**

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



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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29	25,00	33,33

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2017/09n3-HSM-REV/51404
Referenzbereich: <= 5,63 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
verstorbene Patienten		
beobachtet (O)		5 / 465 1,08%
vorhergesagt (E) ¹		6,06 / 465 1,30%
O - E		-0,23%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für QI-ID 51404.

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
verstorbene Patienten		
O / E ²		0,83
Vertrauensbereich		0,35 - 1,91
Referenzbereich	<= 5,63	<= 5,63

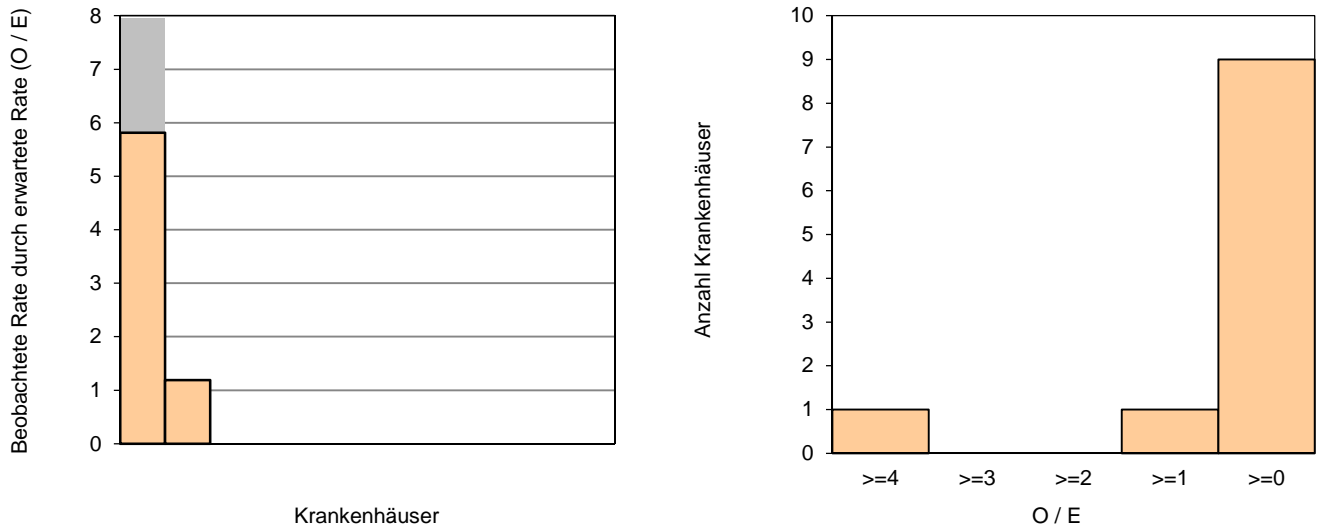
² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
verstorbene Patienten		
beobachtet (O)		4 / 507 0,79%
vorhergesagt (E)		7,40 / 507 1,46%
O - E		-0,67%
O / E		0,54
Vertrauensbereich		0,21 - 1,38

³ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2017 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2016 ab.

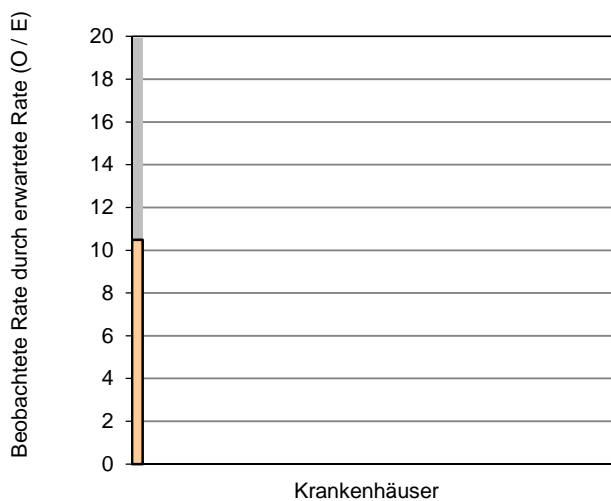
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2017/09n3-HSM-REV/51404]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	1,19		5,81

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,49

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Die Berechnungen der Ergebnisse für den Qualitätsindikator 5 in 09/1 basieren auf Vorgängen, die in den Leistungsbereichen 09/1 und 09/3 zu suchen sind.

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/1 - Qualitätsindikator 5: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel:	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Grundgesamtheit:	<p>Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus
Indikator-ID:	2017/09n1-HSM-IMPL/52305

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI 5 in der Auswertung 09/1			

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

Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator 5 des Leistungsbereiches 09/1 einfließen

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss:

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
- Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen ¹ : Reizschwelle bei Vorhofsonden über 0,0 V bis 1,5 V Reizschwelle bei Ventrikelsonden über 0,0 V bis 1,0 V P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden 1,5 mV bis 15,0 mV R-Amplitude bei Ventrikelsonden 4,0 mV bis 30,0 mV			582 / 625	93,12%

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

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

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

Daraus ergibt sich, dass die auffälligen Vorgangsnummern für diesen Indikator getrennt in jedem Leistungsbereich ermittelt werden müssen.

Aus diesem Grund findet auf der folgenden Seite die Darstellung der Fälle statt, deren Auffälligkeiten in den Daten des Leistungsbereiches 09/3 zu finden sind.

Zur besseren Übersichtlichkeit wird noch einmal der betroffene Qualitätsindikator dargestellt.

09/2 - Qualitätsindikator 1: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel: Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Grundgesamtheit: Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):

- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1)
- Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde)
- P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1)
- R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)

Indikator-ID: 2017/09n2-HSM-AGGW/52307

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen Vertrauensbereich Referenzbereich	Indikator-Ergebnisse siehe QI 1 in der Auswertung 09/2			

Berechnung der Fälle, die aus 09/3 in den Qualitätsindikator 1 des Leistungsbereiches 09/2 einfließen

- Grundgesamtheit:** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof-, rechtsventrikulären und linksventrikulären Sonden aus dem Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3):
- Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System
 - Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden
 - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus
 - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen			675 / 744	90,73%

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sondenproblemen
Indikator-ID: 2017/09n3-HSM-REV/850339
Referenzbereich: <= 6,83% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 52305, 52307, 52315

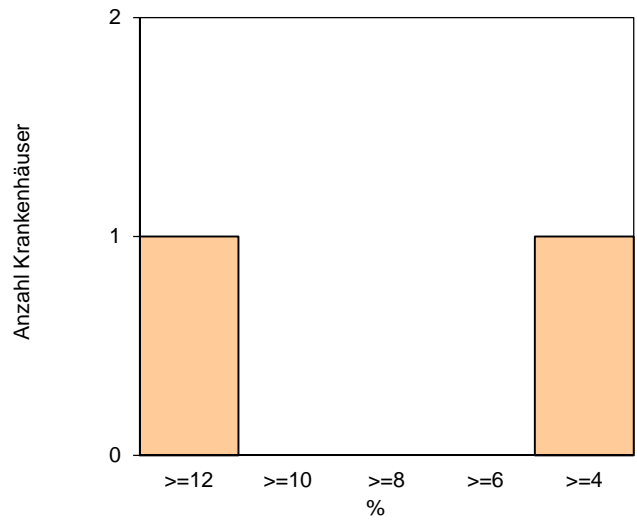
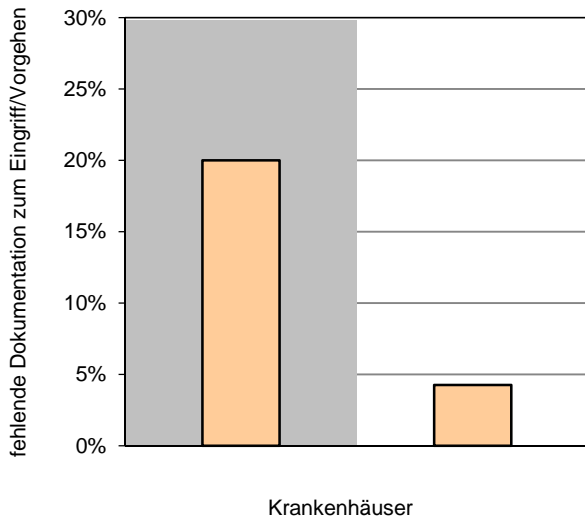
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde oder bei denen keine Angabe zur Art des Vorgehens erfolgt ist ¹			9 / 285	3,16%
Vertrauensbereich				1,67% - 5,89%
Referenzbereich		<= 6,83%		<= 6,83%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde oder bei denen keine Angabe zur Art des Vorgehens erfolgt ist			8 / 329	2,43%
Vertrauensbereich				1,24% - 4,72%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850339, Indikator-ID 2017/09n3-HSM-REV/850339]:
 Anteil von Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde oder bei denen keine Angabe zur Art des
 Vorgehens erfolgt ist an allen Patienten mit Sondenproblemen**

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,26				12,13				20,00

Jahresauswertung 2017
Herzschrittmacher-Revision/
-Systemwechsel/-Explantation
09/3 (09/1, 09/2)

Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 465
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2017
Datenbankstand: 28. Februar 2018
2017 - D17320-L109896-P52949

Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			139	29,89	121	23,87
2. Quartal			130	27,96	132	26,04
3. Quartal			92	19,78	136	26,82
4. Quartal			104	22,37	118	23,27
Gesamt			465		507	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		465		507	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			4,03		4,09
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		465		507	
Median			2,00		2,00
Mittelwert			4,62		4,48
Stationärer Aufenthalt (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		465		507	
Median			5,00		5,00
Mittelwert			8,65		8,58

OPS 2017¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
2	5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
3	5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
4	5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
5	5-378.02	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem

OPS 2017

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-378.32	112	24,09	5-378.32	119	23,47
2				5-378.72	60	12,90	5-378.62	71	14,00
3				5-378.62	59	12,69	5-378.72	68	13,41
4				5-378.b3	52	11,18	5-378.b3	43	8,48
5				5-378.02	27	5,81	5-378.42	37	7,30

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2016 und OPS 2017 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 2017¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	Z95.0	Vorhandensein eines kardialen elektronischen Geräts
5	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
6	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
8	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T82.1	217	46,67	T82.1	207	40,83
2				Z45.00	158	33,98	Z45.00	162	31,95
3				I10.00	153	32,90	I10.00	134	26,43
4				Z95.0	97	20,86	Z95.0	100	19,72
5				Z92.1	93	20,00	Z92.1	93	18,34
6				I49.5	82	17,63	I44.2	90	17,75
7				I48.0	74	15,91	I49.5	86	16,96
8				E11.90	67	14,41	I48.2	63	12,43

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2016 und ICD-10-GM 2017 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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			465 / 465		507 / 507	
< 20 Jahre			1 / 465	0,22	1 / 507	0,20
20 - 29 Jahre			3 / 465	0,65	3 / 507	0,59
30 - 39 Jahre			2 / 465	0,43	3 / 507	0,59
40 - 49 Jahre			4 / 465	0,86	7 / 507	1,38
50 - 59 Jahre			23 / 465	4,95	25 / 507	4,93
60 - 69 Jahre			50 / 465	10,75	54 / 507	10,65
70 - 79 Jahre			150 / 465	32,26	203 / 507	40,04
80 - 89 Jahre			196 / 465	42,15	184 / 507	36,29
>= 90 Jahre			36 / 465	7,74	27 / 507	5,33
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			465		507	
Median				79,00		78,00
Mittelwert				77,36		76,40
Geschlecht						
männlich			246	52,90	283	55,82
weiblich			219	47,10	224	44,18
unbestimmt ¹			0	0,00	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2017

Anamnese/Klinik

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			28	6,02	26	5,13
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			190	40,86	204	40,24
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			228	49,03	249	49,11
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			19	4,09	28	5,52
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			420	90,32	450	88,76
bedingt aseptische Eingriffe			27	5,81	38	7,50
kontaminierte Eingriffe			10	2,15	5	0,99
septische Eingriffe			8	1,72	14	2,76

Indikation zu Revision/Explantation

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikation zum Eingriff am Aggregat						
Batterieerschöpfung			127	27,31	131	25,84
Fehlfunktion/Rückruf			12	2,58	1	0,20
vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisions- operation/eines System- wechsels			32	6,88	29	5,72
sonstige aggregatbezogene Indikation			41	8,82	23	4,54
Taschenproblem						
Taschenhämatom			2	0,43	9	1,78
Aggregatperforation			8	1,72	10	1,97
Infektion			24	5,16	25	4,93
sonstiges Taschenproblem			16	3,44	28	5,52
Sondenproblem			285	61,29	329	64,89

Indikation zu Revision/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der Vorhoffsonde						
Dislokation			63 / 285	22,11	78 / 329	23,71
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			10 / 285	3,51	6 / 329	1,82
fehlerhafte Konnektion			0 / 285	0,00	4 / 329	1,22
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			2 / 285	0,70	2 / 329	0,61
Oversensing			1 / 285	0,35	2 / 329	0,61
Undersensing			5 / 285	1,75	5 / 329	1,52
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			17 / 285	5,96	17 / 329	5,17
Infektion			13 / 285	4,56	14 / 329	4,26
Myokardperforation			3 / 285	1,05	2 / 329	0,61
Sonstige			13 / 285	4,56	14 / 329	4,26

Indikation zu Revision/Explantation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Indikation zur Revision/Explantation der rechts-ventrikulären Sonde						
Dislokation			55 / 285	19,30	64 / 329	19,45
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			23 / 285	8,07	35 / 329	10,64
fehlerhafte Konnektion			2 / 285	0,70	2 / 329	0,61
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			4 / 285	1,40	6 / 329	1,82
Oversensing			4 / 285	1,40	3 / 329	0,91
Undersensing			5 / 285	1,75	10 / 329	3,04
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			75 / 285	26,32	75 / 329	22,80
Infektion			16 / 285	5,61	16 / 329	4,86
Myokardperforation			5 / 285	1,75	5 / 329	1,52
Sonstige			8 / 285	2,81	6 / 329	1,82
Indikation zur Revision/Explantation der links-ventrikulären Sonde						
Dislokation			3 / 285	1,05	1 / 329	0,30
Sondenbruch/ Isolationsdefekt			1 / 285	0,35	0 / 329	0,00
fehlerhafte Konnektion			0 / 285	0,00	0 / 329	0,00
Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken			1 / 285	0,35	0 / 329	0,00
Oversensing			0 / 285	0,00	0 / 329	0,00
Undersensing			0 / 285	0,00	0 / 329	0,00
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			1 / 285	0,35	4 / 329	1,22
Infektion			0 / 285	0,00	1 / 329	0,30
Myokardperforation			0 / 285	0,00	0 / 329	0,00
Sonstige			0 / 285	0,00	0 / 329	0,00

Operation

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
stationär, eigene Institution			326	70,11	367	72,39
stationär, andere Institution			131	28,17	129	25,44
stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution			3	0,65	4	0,79
stationärsersetzend/ambulant, andere Institution			5	1,08	7	1,38
Eingriffe nach OPS						
(5-378.0*) Aggregatentfernung			41	8,82	37	7,30
(5-378.1*) Sondenentfernung			19	4,09	15	2,96
(5-378.2*) Aggregat- und Sondenentfernung			30	6,45	33	6,51
(5-378.3*) Sondenkorrektur			135	29,03	151	29,78
(5-378.4*) Lagekorrektur des Aggregats			30	6,45	47	9,27
(5-378.5*) Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			19	4,09	14	2,76
(5-378.6*) Aggregat- und Sondenwechsel			79	16,99	97	19,13
(5-378.7*) Sondenwechsel			85	18,28	84	16,57
(5-378.8*) Kupplungskorrektur			1	0,22	4	0,79
(5-378.b*) Systemumstellung			68	14,62	64	12,62
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben			465		507	
Median				44,00		45,00
Mittelwert				54,83		53,28

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden						
ja			418	89,89	455	89,74
nein, da Explantation			47	10,11	52	10,26
Schrittmachersystem						
VVI			119 / 418	28,47	120 / 455	26,37
AAI			0 / 418	0,00	0 / 455	0,00
DDD			281 / 418	67,22	312 / 455	68,57
VDD			2 / 418	0,48	2 / 455	0,44
CRT-System mit einer Vorhofsonde			14 / 418	3,35	15 / 455	3,30
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 418	0,00	1 / 455	0,22
sonstiges ¹			2 / 418	0,48	5 / 455	1,10
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			201 / 418	48,09	218 / 455	47,91
Neuimplantation			165 / 418	39,47	185 / 455	40,66
Neuplatzierung			37 / 418	8,85	43 / 455	9,45
sonstiges			15 / 418	3,59	9 / 455	1,98
Zeitabstand Erstimplantation - Neuimplantation (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			243		260	
Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,02		0,86

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

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersonden Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			164 / 299	54,85	177 / 334	52,99
Neuimplantation			63 / 299	21,07	72 / 334	21,56
Neuplatzierung			57 / 299	19,06	68 / 334	20,36
Reparatur			0 / 299	0,00	3 / 334	0,90
sonstiges			13 / 299	4,35	11 / 334	3,29
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			137 / 234	58,55	162 / 259	62,55
> 1 Jahr			95 / 234	40,60	97 / 259	37,45
unbekannt			2 / 234	0,85	0 / 259	0,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			257		274	
Median				0,70		0,70
Mittelwert				0,76		0,83
<= 1,5 V			250 / 257	97,28	262 / 274	95,62
> 1,5 - 2,5 V			6 / 257	2,33	8 / 274	2,92
> 2,5 V			1 / 257	0,39	4 / 274	1,46
Reizschwelle nicht gemessen			38 / 295	12,88	54 / 328	16,46
wegen Vorhofflimmerns			16 / 295	5,42	22 / 328	6,71
aus anderen Gründen			22 / 295	7,46	32 / 328	9,76
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			266		290	
Median				3,00		2,80
Mittelwert				3,14		2,96
P-Wellen-Amplitude nicht gemessen			30 / 296	10,14	39 / 329	11,85
wegen Vorhofflimmerns			4 / 296	1,35	5 / 329	1,52
fehlender Vorhofeigenrhythmus			8 / 296	2,70	6 / 329	1,82
aus anderen Gründen			18 / 296	6,08	28 / 329	8,51

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Rechtsventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			191 / 418	45,69	207 / 455	45,49
Neuimplantation			135 / 418	32,30	168 / 455	36,92
Neuplatzierung			72 / 418	17,22	71 / 455	15,60
Reparatur			2 / 418	0,48	4 / 455	0,88
sonstiges			17 / 418	4,07	5 / 455	1,10
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			149 / 282	52,84	168 / 287	58,54
> 1 Jahr			129 / 282	45,74	119 / 287	41,46
unbekannt			4 / 282	1,42	0 / 287	0,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			397		427	
Median				0,70		0,60
Mittelwert				0,78		0,74
<= 1,2 V			378 / 397	95,21	402 / 427	94,15
> 1,2 - 2,5 V			13 / 397	3,27	21 / 427	4,92
> 2,5 V			6 / 397	1,51	4 / 427	0,94
Reizschwelle nicht gemessen			19 / 416	4,57	28 / 455	6,15
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			358		385	
Median				10,80		11,00
Mittelwert				11,55		11,49
R-Amplitude nicht gemessen			57 / 416	13,70	68 / 455	14,95
kein Eigenrhythmus			40 / 416	9,62	38 / 455	8,35
aus anderen Gründen			17 / 416	4,09	30 / 455	6,59

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Linksventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			7 / 16	43,75	7 / 21	33,33
Neuimplantation			7 / 16	43,75	8 / 21	38,10
Neuplatzierung			0 / 16	0,00	1 / 21	4,76
Reparatur			0 / 16	0,00	1 / 21	4,76
sonstiges			0 / 16	0,00	0 / 21	0,00
Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			3 / 7	42,86	4 / 9	44,44
> 1 Jahr			4 / 7	57,14	5 / 9	55,56
unbekannt			0 / 7	0,00	0 / 9	0,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			11		16	
Median				1,20		1,00
Mittelwert				1,13		1,09
<= 1,2 V			9 / 11	81,82	12 / 16	75,00
> 1,2 bis 2,5 V			2 / 11	18,18	3 / 16	18,75
> 2,5 V			0 / 11	0,00	1 / 16	6,25
Reizschwelle nicht gemessen			3 / 14	21,43	1 / 17	5,88

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
VVI			50 / 212	23,58	56 / 237	23,63
AAI			5 / 212	2,36	3 / 237	1,27
DDD			137 / 212	64,62	154 / 237	64,98
VDD			4 / 212	1,89	3 / 237	1,27
CRT-System mit einer Vorhofsonde			3 / 212	1,42	8 / 237	3,38
CRT-System ohne Vorhofsonde			0 / 212	0,00	2 / 237	0,84
sonstiges			5 / 212	2,36	4 / 237	1,69
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			187 / 212	88,21	226 / 237	95,36
Stilllegung			4 / 212	1,89	3 / 237	1,27
sonstiges			9 / 212	4,25	3 / 237	1,27
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (Jahre)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			177		218	
Median				8,00		7,50
Mittelwert				7,58		6,63
nicht bekannt			23 / 200	11,50	14 / 232	6,03

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			51	10,97	70	13,81
Stilllegung			82	17,63	74	14,60
sonstiges			16	3,44	21	4,14
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			40 / 149	26,85	48 / 165	29,09
> 1 Jahr			106 / 149	71,14	117 / 165	70,91
unbekannt			3 / 149	2,01	0 / 165	0,00
Ventrikel						
Rechtsventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
Explantation			71	15,27	97	19,13
Stilllegung			79	16,99	104	20,51
sonstiges			13	2,80	16	3,16
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			58 / 163	35,58	70 / 217	32,26
> 1 Jahr			102 / 163	62,58	144 / 217	66,36
unbekannt			3 / 163	1,84	3 / 217	1,38
Linksventrikuläre Sonde						
Art des Vorgehens						
Explantation			4	0,86	12	2,37
Stilllegung			2	0,43	5	0,99
sonstiges			4	0,86	1	0,20
Zeitabstand zur Implan- tation dieser Sonde						
<= 1 Jahr			6 / 10	60,00	7 / 18	38,89
> 1 Jahr			4 / 10	40,00	11 / 18	61,11
unbekannt			0 / 10	0,00	0 / 18	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer peri- bzw. postoperativen Komplikation			12	2,58	16	3,16
Asystolie			0 / 12	0,00	1 / 16	6,25
Kammerflimmern			0 / 12	0,00	1 / 16	6,25
interventionspflichtiger Pneumothorax			2 / 12	16,67	1 / 16	6,25
interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 12	0,00	0 / 16	0,00
interventionspflichtiger Perikarderguss			0 / 12	0,00	1 / 16	6,25
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 12	8,33	3 / 16	18,75
Sondendislokation			7 / 12	58,33	5 / 16	31,25
Vorhof			3 / 7	42,86	3 / 5	60,00
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			3 / 7	42,86	2 / 5	40,00
linksventrikuläre Sonde			1 / 7	14,29	0 / 5	0,00
beide			0 / 7	0,00	0 / 5	0,00

Peri- bzw. postoperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sondendysfunktion			1 / 12	8,33	3 / 16	18,75
Vorhof			1 / 1	100,00	0 / 3	0,00
Ventrikel						
rechtsventrikuläre Sonde			0 / 1	0,00	3 / 3	100,00
linksventrikuläre Sonde			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
beide			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			0 / 12	0,00	0 / 16	0,00
sonstige interventionspflichtige Komplikation			2 / 12	16,67	2 / 16	12,50

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			401	86,24	453	89,35
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			17	3,66	15	2,96
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,65	2	0,39
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			23	4,95	20	3,94
07: Tod			5	1,08	4	0,79
08: Verlegung nach § 14			1	0,22	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			7	1,51	6	1,18
10: in Pflegeeinrichtung			6	1,29	7	1,38
11: in Hospiz			1	0,22	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,22	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHEntgG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahres- ende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | Behandlung regulär beendet | 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 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 | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr
(für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | | |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | | |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2017 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2017.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2017 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

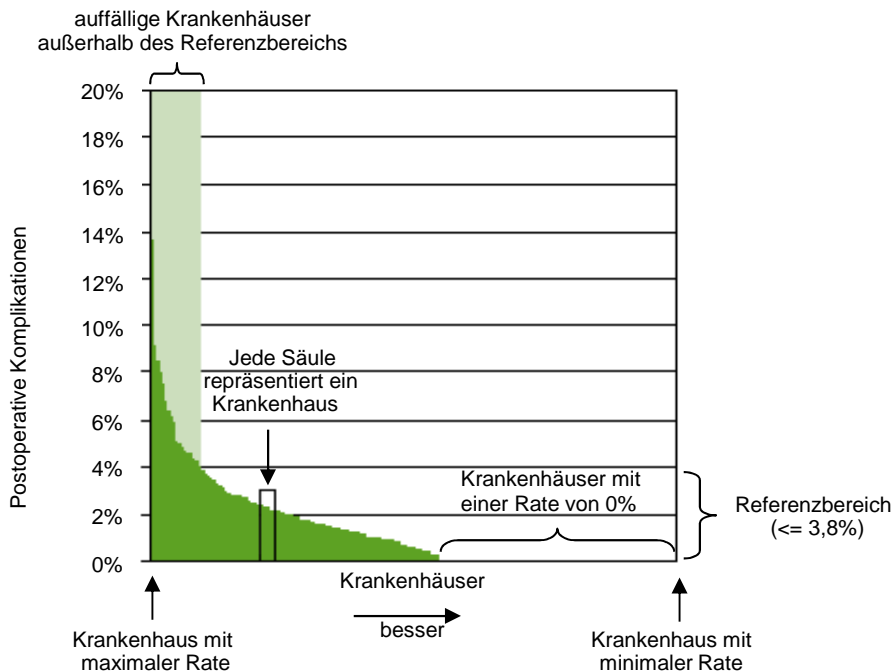
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

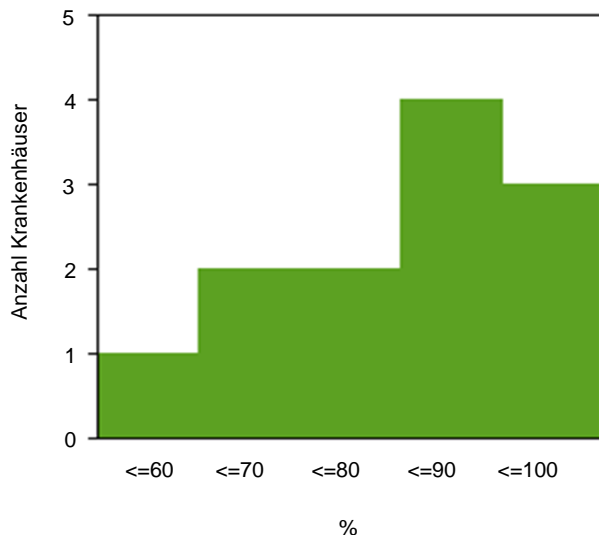
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2017/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2017.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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