

Jahresauswertung 2012 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.004
Datensatzversion: 09/4 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12616-L83054-P39271

Jahresauswertung 2012 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.004
Datensatzversion: 09/4 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12616-L83054-P39271

Übersicht Qualitätsindikatoren

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Verfahrensjahr 2012 der AQUA-Institut GmbH vom 10.04.2013

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/09n4-ICD-IMPL/50004					
QI 1: Leitlinienkonforme Indikation					
			93,9%	>= 90,0%	1.1
2012/09n4-ICD-IMPL/50005					
QI 2: Leitlinienkonforme Systemwahl					
			91,9%	>= 90,0%	1.22
QI 3: Eingriffsdauer					
3a: 2012/09n4-ICD-IMPL/50007 bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)					
			96,4%	>= 60,0%	1.34
3b: 2012/09n4-ICD-IMPL/50008 bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)					
			91,0%	>= 55,0%	1.34
3c: 2012/09n4-ICD-IMPL/50009 bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems					
			99,7%	>= 90,0%	1.34
QI 4: Durchleuchtungszeit					
4a: 2012/09n4-ICD-IMPL/50010 bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)					
			96,1%	>= 75,0%	1.40
4b: 2012/09n4-ICD-IMPL/50011 bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)					
			94,0%	>= 80,0%	1.40
4c: 2012/09n4-ICD-IMPL/50012 bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems					
			98,2%	>= 90,0%	1.40
QI 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung					
5a: 2012/09n4-ICD-IMPL/50015 Vorhofsonden					
			99,6%	>= 95,0%	1.46
5b: 2012/09n4-ICD-IMPL/50016 Ventrikelsonden					
			99,8%	>= 95,0%	1.46

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: Perioperative Komplikationen					
6a: 2012/09n4-ICD-IMPL/50017					
Chirurgische Komplikationen			1,3%	<= 4,4%	1.49
6b: 2012/09n4-ICD-IMPL/50018					
Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion			0,2%	<= 2,7%	1.50
6c: 2012/09n4-ICD-IMPL/50019					
Ventrikelsehendendislokation oder -dysfunktion			0,8%	<= 3,1%	1.50
QI 7: Sterblichkeit im Krankenhaus					
7a: 2012/09n4-ICD-IMPL/50020					
bei allen Patienten			0,4%	nicht definiert	1.56
7b: 2012/09n4-ICD-IMPL/51186					
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O / E)			0,66	<= 5,25	1.58

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität

Stand: Beschreibung der Qualitätsindikatoren für das Verfahrensjahr 2012 der AQUA-Institut GmbH vom 10.04.2013
 Angaben zur Leitlinie finden Sie auf den ausführlichen Seiten zu den Qualitätsindikatoren.

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
QI 1: 2012/09n4-ICD-IMPL/50004		
1.1 Leitlinienkonforme Indikation		943 / 1.004 93,9%
1.2 Keine leitlinienkonforme Indikation		61 / 1.004 6,1%
1.3 A: Häodynamisch wirksame anhaltende ventrikuläre Tachyarrhythmien		
1.3.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei häodynamisch wirksamen anhaltenden ventrikulären Tachyarrhythmien (Indikation A12 bis A6)		167 / 1.004 16,6%
1.3.1.1 Sekundärprävention A12		128 / 1.004 12,7%
1.3.1.2 Sekundärprävention A345a		39 / 1.004 3,9%
1.3.1.3 Sekundärprävention A345b		0 / 1.004 0,0%
1.3.1.4 Sekundärprävention A345c		0 / 1.004 0,0%
1.3.1.5 Sekundärprävention A6		13 / 1.004 1,3%
1.4 B: Häodynamisch stabile Kammertachykardien		
1.4.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei häodynamisch stabilen Kammertachykardien		1 / 1.004 0,1%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
1.5 C: Primärprävention nach Myokardinfarkt		
1.5.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention nach Myokardinfarkt (Indikation C1 oder C2)		310 / 1.004 30,9%
1.5.1.1 Primärprävention C1		310 / 1.004 30,9%
1.5.1.2 Primärprävention C2		0 / 1.004 0,0%
1.6 D: Primärprävention bei nichtischämischer Kardiomyopathie		
1.6.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention bei nichtischämischer Kardiomyopathie		332 / 1.004 33,1%
1.7 E: Primärprävention bei Herzinsuffizienz		
1.7.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention bei Herzinsuffizienz (Indikation E1 oder E2)		806 / 1.004 80,3%
1.7.1.1 Primärprävention E1		765 / 1.004 76,2%
1.7.1.2 Primärprävention E2		41 / 1.004 4,1%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
1.8 F: Primärprävention bei hereditären Erkrankungen		
1.8.1 Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention bei hereditären Erkrankungen (Indikation F123 bis F5)		21 / 1.004 2,1%
1.8.1.1 Primärprävention F123		9 / 1.004 0,9%
1.8.1.2 Primärprävention F4		11 / 1.004 1,1%
1.8.1.3 Primärprävention F5		1 / 1.004 0,1%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
QI 2: 2012/09n4-ICD-IMPL/50005		
2.1 Leitlinienkonforme Systemwahl		919 / 1.000 91,9%
2.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl		81 / 1.000 8,1%
2.3 CRT-Indikation		
2.3.1 CRT-Indikation 1		16 / 1.000 1,6%
2.3.2 CRT-Indikation 2		362 / 1.000 36,2%
2.3.3 CRT-Indikation 3		354 / 1.000 35,4%
2.3.4 CRT-Indikation 4		345 / 1.000 34,5%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
2.4 Systemwahl VVI		415 / 1.000 41,5%
2.4.1 VVI-1: Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		83 / 415 20,0%
2.4.2 VVI-2 ¹ : nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern		319 / 415 76,9%
2.4.3 Leitlinienkonforme Systemwahl VVI		402 / 415 96,9%
2.4.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VVI		13 / 415 3,1%
2.5 Systemwahl DDD ohne AV-Management		24 / 1.000 2,4%
2.5.1 Leitlinienkonforme Systemwahl DDD ohne AV-Management		8 / 24 33,3%
2.5.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl DDD ohne AV-Management		16 / 24 66,7%

¹ **und nicht** CRT-Indikation 1 oder 2
und nicht (CRT-Indikation 3 **und**
 intraventrikuläre Leitungsstörungen:
 Rechtsschenkelblock (RSB)
 Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB
 Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB
 Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms
 Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms
 alternierender Schenkelblock
 QRS >= 120 ms ohne Differenzierung)
und nicht voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit:
 häufig (>= 5%) oder permanent

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
2.6 Systemwahl DDD mit AV-Management		171 / 1.000 17,1%
2.6.1 Leitlinienkonforme Systemwahl DDD mit AV-Management		142 / 171 83,0%
2.6.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl DDD mit AV-Management		29 / 171 17,0%
2.7 Systemwahl VDD		5 / 1.000 0,5%
2.7.1 Leitlinienkonforme Systemwahl VDD		5 / 5 100,0%
2.7.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl VDD		0 / 5 0,0%
2.8 Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		363 / 1.000 36,3%
2.8.1 Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation 4		16 / 363 4,4%
2.8.2 nicht Vorhofrhythmus: permanentes Vorhofflimmern und CRT-Indikation 1, 2 oder 3		331 / 363 91,2%
2.8.3 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		347 / 363 95,6%
2.8.4 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde		16 / 363 4,4%

Ergebnisübersicht Leitlinienkonformität (Fortsetzung)

Beschreibung	Abteilung 2012	Gesamt 2012
2.9 Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		22 / 1.000 2,2%
2.9.1 Leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		15 / 22 68,2%
2.9.2 Keine leitlinienkonforme Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde		7 / 22 31,8%

Qualitätsindikator 1: Leitlinienkonforme Indikation

Summarische Darstellung der Indikationen auf den Seiten 1.3 bis 1.21

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatorenimplantation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/09n4-ICD-IMPL/50004

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikationsgruppe 1			146 / 1.004	14,5%
Indikationsgruppe 2			859 / 1.004	85,6%
Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation			943 / 1.004	93,9%
Vertrauensbereich				92,3% - 95,2%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie ^{1 2}			61 / 1.004	6,1%



Indikation gemäß Leitlinie



keine Indikation gemäß Leitlinie

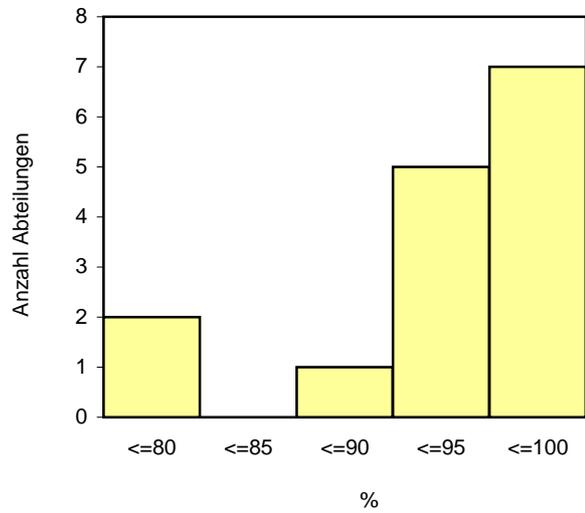
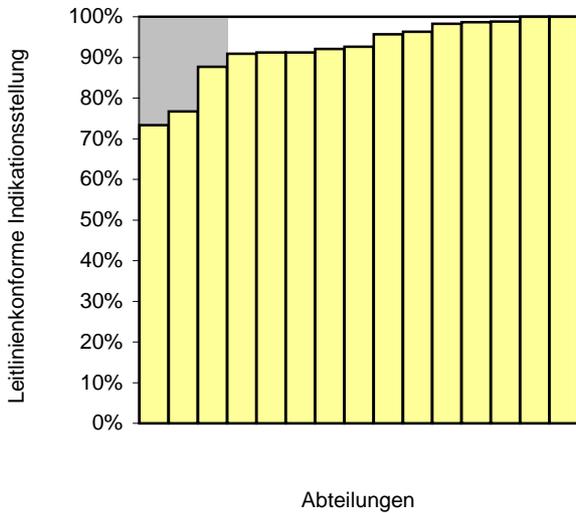
¹ Jung et al. 2006: Leitlinien zur Implantation von Defibrillatoren, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (http://leitlinien.dgk.org/images/pdf/leitlinien_volltext/2007-01_implantation_von_defibrillatoren.pdf)

² Zipes et al. 2006: ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). J Am Coll Cardiol. 2006;48(5):e247-e346 (<http://content.onlinejacc.org/cgi/content/short/48/5/e247>)

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation			1.009 / 1.092	92,4%
Vertrauensbereich				90,7% - 93,8%

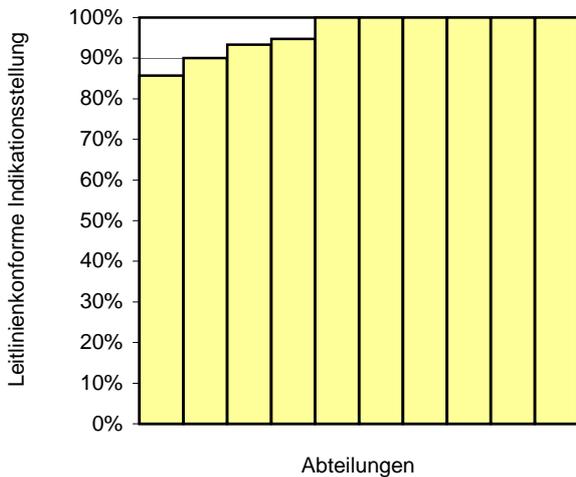
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50004]:
 Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



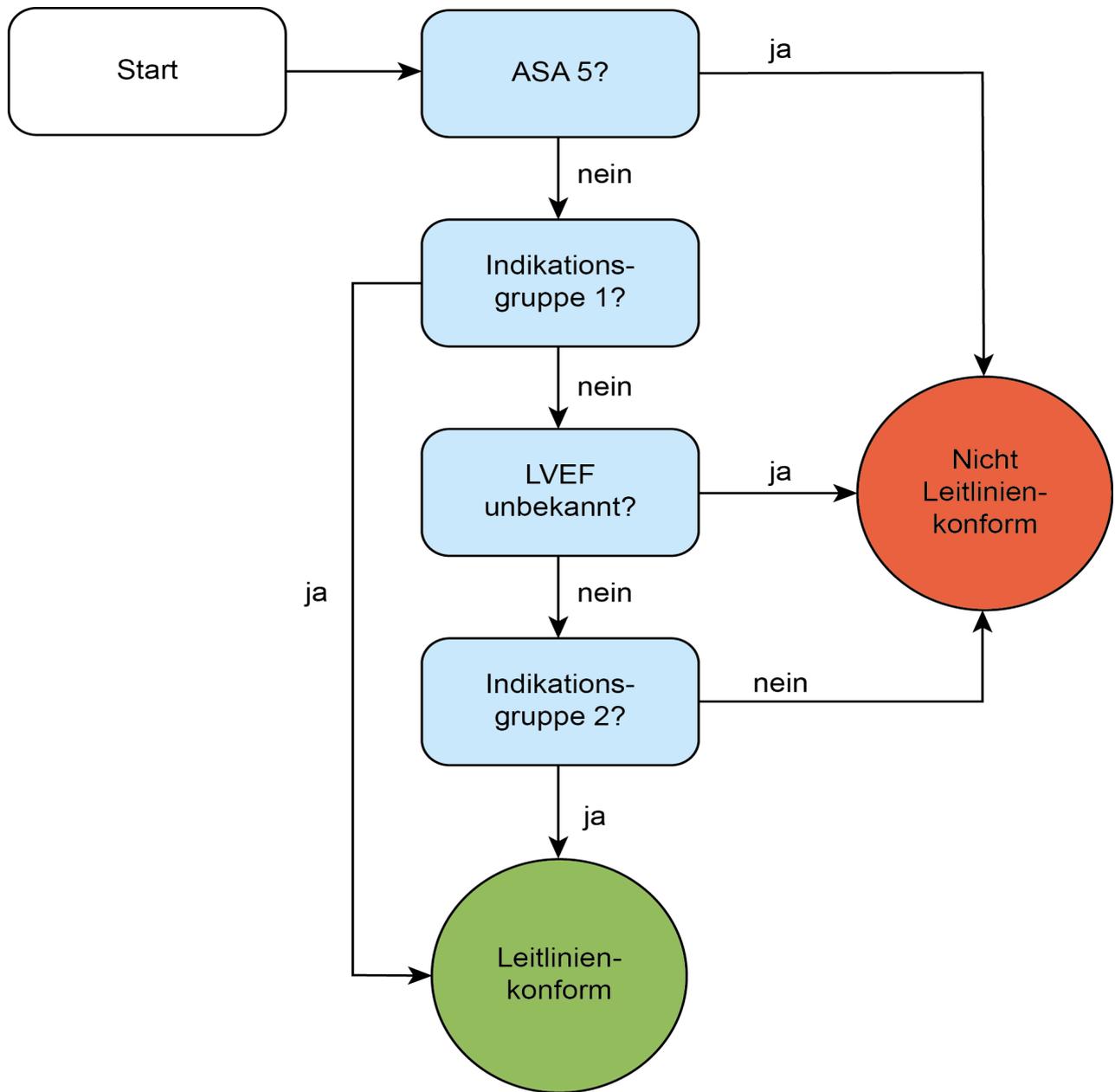
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,3		76,7	90,9	92,6	98,6	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7		87,9	93,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Algorithmus QI 1 - Leitlinienkonforme Indikation

Quelle: modifiziert übernommen aus: Beschreibung der Qualitätsindikatoren 2012: Implantierbare Defibrillatoren, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2013.

SEKUNDÄRPRÄVENTION:

A) Häodynamisch wirksame anhaltende ventrikuläre Tachyarrhythmien

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien A12) bis A6) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei häodynamisch wirksamen anhaltenden ventrikulären Tachyarrhythmien			167 / 1.004	16,6%

Sekundärprävention A12)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammerflimmern * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)					
UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) * Kardiogener Schock * Lungenödem * Synkope * Präsynkope * sehr niedriger Blutdruck (z. B. unter 80 mmHg systolisch) * Angina pectoris					
UND NICHT WPW-Syndrom					
UND NICHT reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie					
UND NICHT behandelbare idiopathische Kammertachykardie					
UND NICHT indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn					
UND NICHT ASA-Klasse 5			128 / 1.004	12,7%	

Erläuterung Patienten mit hämodynamisch wirksamer Kammertachykardie ohne Hinweis auf einmalige oder vermeidbare Ursachen. Vermeidbare Ursachen sind z.B. Torsade-de-pointes-Tachykardie durch Antiarrhythmika oder andere QT-verlängernde Medikamente, ischämiegetriggerte Ereignisse oder Myokarditis in der Akutphase. Eine (z.B. durch Ablation) behandelbare idiopathische Kammertachykardie sollte nicht vorliegen.
--

Sekundärprävention A345a)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl
(indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND NICHT ASA-Klasse 5			39 / 1.004	3,9%

Erläuterung Patienten mit Synkope und eingeschränkter Ejektionsfraktion <= 35%. Abweichungen der geforderten EF in A345a) bis c) ergeben sich aus den unterschiedlichen Patientenpopulationen aus den einschlägigen Studien (MUSTT-Studie:EF<=40%).
--

Sekundärprävention A345b)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation <i>ODER</i> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 40% <i>UND</i> KHK <i>UND</i> Kammertachykardie induzierbar <i>UND NICHT</i> ASA-Klasse 5			0 / 1.004	0,0%

Erläuterung KHK-Patienten mit Synkope und eingeschränkter Ejektionsfraktion bei positivem EPU-Befund. Die EF sollte <= 40% sein. Abweichungen der geforderten EF in A345a) bis c) ergeben sich aus den unterschiedlichen Patientenpopulationen aus den einschlägigen Studien (MUSTT-Studie:EF <= 40%).
--

Sekundärprävention A345c)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation <i>ODER</i> führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 50% <i>UND</i> Herzerkrankung * angeborener Herzfehler <i>UND NICHT</i> ASA-Klasse 5			0 / 1.004	0,0%

Erläuterung Patienten mit angeborenem Herzfehler, bei denen eine Synkope auftrat. In der ESC-Leitlinie ist eine eingeschränkte linksventrikuläre Funktion gefordert. Daher sollte die EF <= 50% sein.
--

Sekundärprävention A6)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
(indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Synkope ohne EKG-Dokumentation ODER führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * Synkope) UND Herzerkrankung * Brugada-Syndrom * Kurzes QT-Syndrom * Langes QT-Syndrom * Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) * Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) UND NICHT ASA-Klasse 5					
				13 / 1.004	1,3%

Erläuterung
Patienten mit hereditärer Erkrankung mit Synkope.

B) Hämodynamisch stabile Kammertachykardien

Sekundärprävention B)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) UND führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) * keine UND NICHT behandelbare idiopathische Kammertachykardie UND NICHT ASA-Klasse 5			1 / 1.004	0,1%

Erläuterung

Patienten mit hämodynamisch stabilen Kammertachykardien (d.h. ohne klinische Symptome). Eine (z.B. durch Ablation) behandelbare idiopathische Kammertachykardie sollte nicht vorliegen.

PRIMÄRPRÄVENTION:

C) Primärprävention nach Myokardinfarkt

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien C1) oder C2) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention nach Myokardinfarkt			310 / 1.004	30,9%

Primärprävention C1) Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
KHK * ja, mit Myokardinfarkt UND Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD * > 28 Tage - <= 40 Tage * > 40 Tage UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND NICHT Herzinsuffizienz * NYHA IV UND NICHT ASA-Klasse 5			310 / 1.004	30,9%

Erläuterung

Patienten mit einem mindestens 28 Tage zurückliegenden Myokardinfarkt. Die EF sollte <= 35% sein und die Herzinsuffizienz nicht NYHA III überschreiten. Das Zeitfenster der 28 Tage stammt aus der MADIT-II-Studie und das 40-Tage-Fenster aus der DINAMIT-Studie. Entsprechend sind die Zeitfenster in den Leitlinien hinterlegt.

Primärprävention C2)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
KHK * ja, mit Myokardinfarkt UND Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD * > 40 Tage UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 40% UND Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III UND Kammertachykardie induzierbar UND <i>optimierte Herzinsuffizienztherapie (= mindestens 2 aus 5 Medikamentengruppen):</i> * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside UND NICHT ASA-Klasse 5				0 / 1.004	0,0%

Erläuterung Patienten mit Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, eingeschränkter linksventrikulärer Funktion und induzierbarer Kammertachykardie (entsprechend den Einschlusskriterien der MADIT- und MUSTT-Studie und den Festlegungen der ESC/ACC/AHA-Leitlinie).
--

D) Primärprävention bei nichtischämischer Kardiomyopathie

Primärprävention D)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten Herzerkrankung * dilatative Kardiomyopathie (DCM) UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND <i>optimierte Herzinsuffizienztherapie</i> (= mindestens 2 aus 5 Medikamentengruppen): * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside UND NICHT ASA-Klasse 5			332 / 1.004	33,1%

Erläuterung Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie (DCM) und eingeschränkter EF. Eine Herzinsuffizienztherapie mit Medikamenten aus mindestens 2 Medikamentengruppen wird vorausgesetzt.

E) Primärprävention bei Herzinsuffizienz

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien E1) oder E2) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention bei Herzinsuffizienz			806 / 1.004	80,3%

Primärprävention E1)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND Herzinsuffizienz * NYHA II * NYHA III UND <i>optimierte Herzinsuffizienztherapie (= mindestens 2 aus 5 Medikamentengruppen):</i> * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside UND NICHT ASA-Klasse 5				765 / 1.004	76,2%

Erläuterung Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA II oder III und einer EF <=35%. Eine Herzinsuffizienztherapie mit Medikamenten aus mindestens 2 Medikamentengruppen wird vorausgesetzt.

Primärprävention E2)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND Herzinsuffizienz * NYHA IV UND optimierte Herzinsuffizienztherapie (= mindestens 2 aus 5 Medikamentengruppen): * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside UND (((CRT-INDIKATION 1, 2 oder 3) UND NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern) ODER (Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern UND CRT-INDIKATION 4)) UND NICHT ASA-Klasse 5				41 / 1.004	4,1%

Erläuterung	
Patienten mit Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium IV ist eine ICD nur mit gleichzeitiger Resynchronisationstherapie indiziert. Bedingungen sind eine EF <= 35% und eine leitliniengerechte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie.	
CRT-Indikation 1 * Herzinsuffizienz NYHA II und * linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35 und * optimierte medikamentöse Therapie und * QRS >= 150 bei Linksschenkelblock	CRT-Indikation 2 * Herzinsuffizienz NYHA III oder IV und * linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35 und * optimierte medikamentöse Therapie und * intraventrikuläre Leitungsstörungen
CRT-Indikation 3 * Herzinsuffizienz NYHA II, III oder IV und * linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35 und * hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit	CRT-Indikation 4 * Herzinsuffizienz NYHA III oder IV und * linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35 und * (AV-Block II. oder III. Grades oder nicht beurteilbar oder * hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit)

F) Primärprävention bei hereditären Erkrankungen

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eines der Kriterien F123) bis F5) ist erfüllt: Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei Primärprävention bei hereditären Erkrankungen			21 / 1.004	2,1%

Primärprävention F123)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
Herzerkrankung * Brugada-Syndrom * Kurzes QT-Syndrom * Langes QT-Syndrom UND NICHT ASA-Klasse 5				9 / 1.004	0,9%

Erläuterung Patienten mit Brugada-Syndrom, kurzem QT-Syndrom oder langem QT-Syndrom können nach den aktuellen Leitlinien primärpräventiv mit einem ICD versorgt werden.

Primärprävention F4)	Abteilung 2012		Gesamt 2012		
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%
Herzerkrankung * Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) UND (indikationsbegründendes klinisches Ereignis * Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) ODER Septumdicke >= 30 mm ODER abnorme Blutdruckreaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg <= 20mmHg) ODER plötzliche Todesfälle in der Familie) UND NICHT ASA-Klasse 5					
				11 / 1.004	1,1%

Erläuterung Die ICD-Indikation bei Patienten mit Hypertropher Kardiomyopathie (HCM) entscheidet sich an den zusätzlich vorliegenden Risikofaktoren.
--

Primärprävention F5)	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Patienten	Anzahl	%	Anzahl
Herzerkrankung * Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) UND (ausgeprägte rechtsventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung ODER plötzliche Todesfälle in der Familie) UND NICHT ASA-Klasse 5			1 / 1.004	0,1%

Erläuterung
Die ICD-Indikation bei Patienten mit ARVC entscheidet sich an den zusätzlich vorliegenden Risikofaktoren.

Qualitätsindikator 2: Leitlinienkonforme Systemwahl

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System

Indikator-ID: 2012/09n4-ICD-IMPL/50005

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

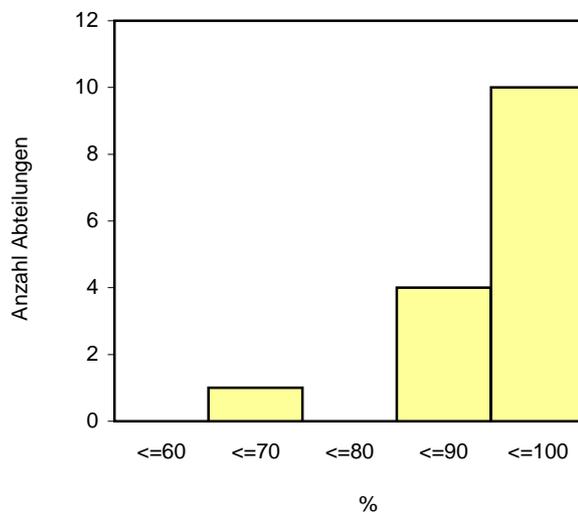
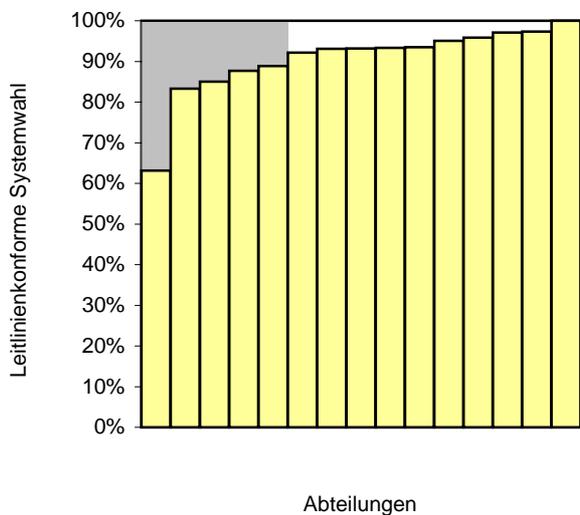
	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD			919 / 1.000	
Vertrauensbereich				90,0% - 93,4%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl			81 / 1.000	8,1%

 Indikation gemäß Leitlinie  keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD			987 / 1.090	
Vertrauensbereich				88,7% - 92,1%

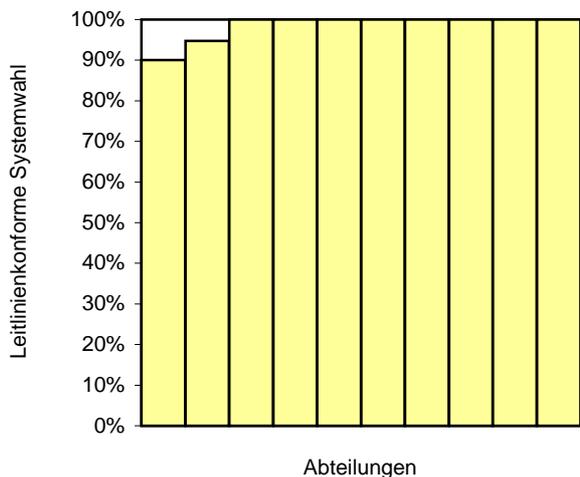
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50005]:
 Anteil von Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



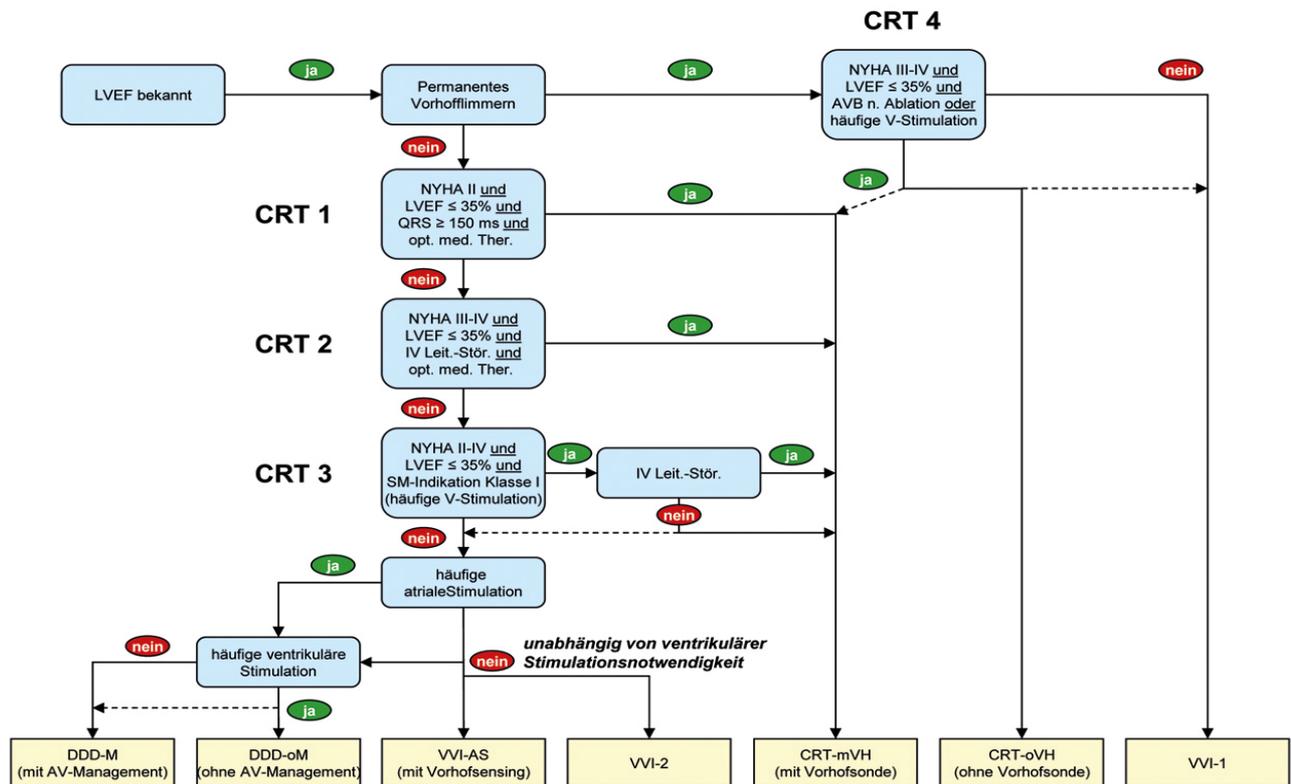
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,2		83,3	87,7	93,2	95,8	97,3		100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0		92,4	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Algorithmus QI 2 – Leitlinienkonforme Systemwahl

Quelle: modifiziert übernommen aus: Beschreibung der Qualitätsindikatoren 2012: Implantierbare Defibrillatoren, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2013.

CRT-INDIKATION

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-INDIKATION 1				
Herzinsuffizienz * NYHA II				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35%				
UND intraventrikuläre Leitungsstörungen * Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms				
UND <i>optimierte Herzinsuffizienztherapie</i> <i>(= mindestens 2 aus 5</i> <i>Medikamentengruppen):</i> * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE- Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside				
			16 / 1.000	1,6

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-INDIKATION 2 Herzinsuffizienz * NYHA III, IV UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% UND intraventrikuläre Leitungsstörungen * Rechtsschenkelblock (RSB) * Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB * Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB * Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms * Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms * alternierender Schenkelblock * QRS >= 120 ms ohne Differenzierung UND <i>optimierte Herzinsuffizienztherapie</i> (= mindestens 2 aus 5 Medikamentengruppen): * Beta-Blocker * AT-Rezeptor-Blocker/ACE-Hemmer * Diuretika * Aldosteronantagonisten * Herzglykoside			362 / 1.000	36,2

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
CRT-INDIKATION 3 Herzinsuffizienz * NYHA II, III, IV <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit * häufig (>= 40%) oder permanent			354 / 1.000	35,4
CRT-INDIKATION 4 Herzinsuffizienz * NYHA III, IV <i>UND</i> linksventrikuläre Ejektionsfraktion <= 35% <i>UND</i> (AV-Block * nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns * AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach * AV-Block II. Grades, Typ Mobitz * AV-Block III. Grades <i>ODER</i> voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit * häufig (>= 40%) oder permanent)			345 / 1.000	34,5

SYSTEMWAHL VVI

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit VVI			415 / 1.000	41,5
davon				
1)				
Vorhofrhythmus				
* permanentes Vorhofflimmern				
UND				
linksventrikuläre				
Ejektionsfraktion bekannt			83 / 415	20,0
2)				
NICHT				
Vorhofrhythmus				
* permanentes Vorhofflimmern				
UND NICHT				
CRT-Indikation 1 oder 2				
UND NICHT				
(CRT-Indikation 3				
UND				
intraventrikuläre				
Leitungsstörungen				
* Rechtsschenkelblock (RSB)				
* Linksanteriorer				
Hemiblock (LAH) + RSB				
* Linksposteriorer				
Hemiblock (LPH) + RSB				
* Linksschenkelblock,				
QRS 120 bis < 150 ms				
* Linksschenkelblock,				
QRS >= 150 ms				
* alternierender Schenkelblock				
* QRS >= 120 ms				
ohne Differenzierung)				
UND NICHT				
voraussichtliche atriale				
Stimulationsbedürftigkeit				
* häufig (>= 5%) oder permanent				
UND				
linksventrikuläre				
Ejektionsfraktion bekannt			319 / 415	76,9
Patienten mit leitlinienkonformer				
Systemwahl VVI			402 / 415	96,9
Patienten mit nicht leitlinienkonformer				
Systemwahl VVI			13 / 415	3,1

SYSTEMWAHL DDD OHNE AV-MANAGEMENT

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit DDD ohne AV-Management			24 / 1.000	2,4
davon				
NICHT Vorhoffrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND NICHT CRT-Indikation 1 oder 2				
UND NICHT (CRT-Indikation 3 UND intraventrikuläre Leitungsstörungen * Rechtsschenkelblock (RSB) * Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB * Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB * Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms * Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms * alternierender Schenkelblock * QRS >= 120 ms ohne Differenzierung)				
UND voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit * häufig (>= 40%) oder permanent				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl DDD ohne AV-Management			8 / 24	33,3
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl DDD ohne AV-Management			16 / 24	66,7

SYSTEMWAHL DDD MIT AV-MANAGEMENT

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit DDD mit AV-Management			171 / 1.000	17,1
davon				
NICHT Vorhoffrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND NICHT CRT-Indikation 1 oder 2				
UND NICHT (CRT-Indikation 3 UND intraventrikuläre Leitungsstörungen * Rechtsschenkelblock (RSB) * Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB * Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB * Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms * Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms * alternierender Schenkelblock * QRS >= 120 ms ohne Differenzierung)				
UND linksventrikuläre Ejektionsfraktion bekannt				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl DDD mit AV-Management			142 / 171	83,0
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl DDD mit AV-Management			29 / 171	17,0

SYSTEMWAHL VDD

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit VDD			5 / 1.000	0,5
davon				
NICHT				
Vorhofrhythmus				
* permanentes Vorhofflimmern				
UND NICHT				
CRT-Indikation 1 oder 2				
UND NICHT				
(CRT-Indikation 3				
UND				
intraventrikuläre				
Leitungsstörungen				
* Rechtsschenkelblock (RSB)				
* Linksanteriorer				
Hemiblock (LAH) + RSB				
* Linksposteriorer				
Hemiblock (LPH) + RSB				
* Linksschenkelblock,				
QRS 120 bis < 150 ms				
* Linksschenkelblock,				
QRS >= 150 ms				
* alternierender Schenkelblock				
* QRS >= 120 ms				
ohne Differenzierung)				
UND NICHT				
voraussichtliche atriale				
Stimulationsbedürftigkeit				
* häufig (>= 5%) oder permanent				
UND				
linksventrikuläre				
Ejektionsfraktion bekannt				
Patienten mit leitlinienkonformer				
Systemwahl VDD			5 / 5	100,0
Patienten mit nicht leitlinienkonformer				
Systemwahl VDD			0 / 5	0,0

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM MIT EINER VORHOFSONDE

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit CRT-System mit einer Vorhofsonde			363 / 1.000	36,3
davon				
1) Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND CRT-Indikation 4			16 / 363	4,4
2) NICHT Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND CRT-Indikation 1, 2 oder 3			331 / 363	91,2
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			347 / 363	95,6
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System mit einer Vorhofsonde			16 / 363	4,4

SYSTEMWAHL CRT-SYSTEM OHNE VORHOFSONDE

Patienten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit CRT-System ohne Vorhofsonde			22 / 1.000	2,2
davon				
Vorhofrhythmus * permanentes Vorhofflimmern				
UND CRT-Indikation 4				
Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			15 / 22	68,2
Patienten mit nicht leitlinienkonformer Systemwahl CRT-System ohne Vorhofsonde			7 / 22	31,8

Qualitätsindikatorengruppe 3: Eingriffsdauer

Qualitätsziel:	Möglichst kurze Eingriffsdauer		
Grundgesamtheit:	Alle Patienten		
Indikator-ID:	Einkammersystem:	2012/09n4-ICD-IMPL/50007	
	Zweikammersystem:	2012/09n4-ICD-IMPL/50008	
	CRT:	2012/09n4-ICD-IMPL/50009	
Referenzbereich:	Einkammersystem:	>= 60,0% (Toleranzbereich)	
	Zweikammersystem:	>= 55,0% (Toleranzbereich)	
	CRT:	>= 90,0% (Toleranzbereich)	

Eingriffsdauer	Abteilung 2012				
	Einkammer- system (VVI)	VDD	DDD	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
bis 75 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	>= 60,0%				
76 bis 105 min					
Summe bis 105 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				>= 55,0%	
106 bis 135 min					
136 bis 240 min					
Summe bis 240 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich					>= 90,0%
> 240 min					
Anzahl gültiger Angaben Median (in min)					

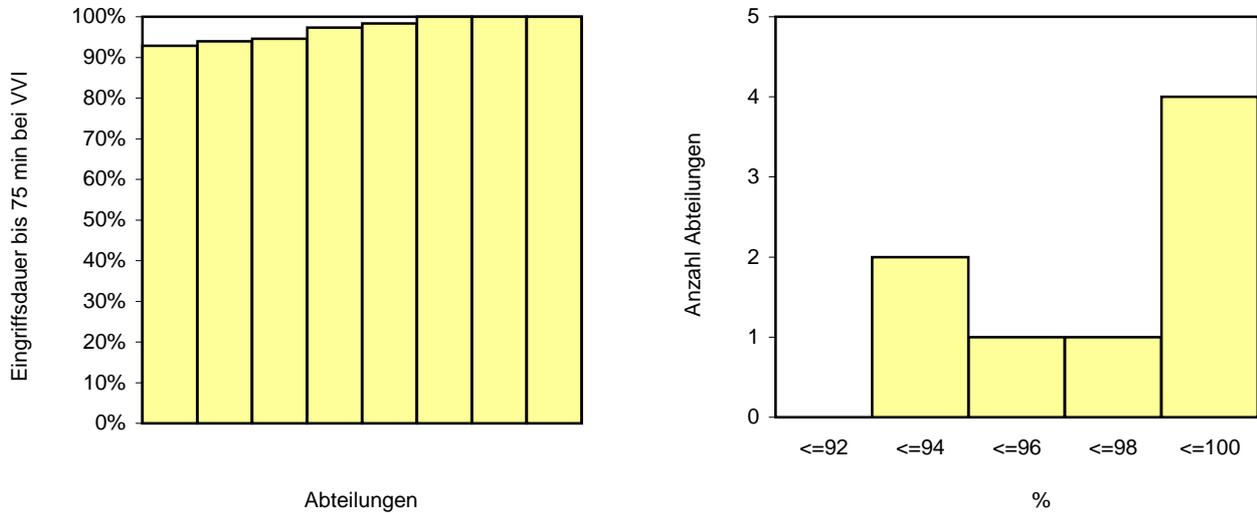
Gesamt 2012					
Eingriffsdauer	Einkammer- system (VVI)	VDD	DDD	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
bis 75 min	400 / 415 96,4%	5 / 5 100,0%	147 / 195 75,4%	152 / 200 76,0%	126 / 385 32,7%
Vertrauensbereich	94,1% - 97,8%				
Referenzbereich	>= 60,0%				
76 bis 105 min	11 / 415 2,7%	0 / 5 0,0%	30 / 195 15,4%	30 / 200 15,0%	122 / 385 31,7%
Summe bis 105 min				182 / 200 91,0%	
Vertrauensbereich	86,2% - 94,2%				
Referenzbereich	>= 55,0%				
106 bis 135 min	2 / 415 0,5%	0 / 5 0,0%	11 / 195 5,6%	11 / 200 5,5%	59 / 385 15,3%
136 bis 240 min	2 / 415 0,5%	0 / 5 0,0%	7 / 195 3,6%	7 / 200 3,5%	77 / 385 20,0%
Summe bis 240 min					384 / 385 99,7%
Vertrauensbereich	98,5% - 100,0%				
Referenzbereich	>= 90,0%				
> 240 min	0 / 415 0,0%	0 / 5 0,0%	0 / 195 0,0%	0 / 200 0,0%	1 / 385 0,3%
Anzahl gültiger Angaben	415	5	195	200	385
Median (in min)	40,0	39,0	58,0	57,0	90,0

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
Eingriffsdauer			
bis 75 min			
Vertrauensbereich			
Summe bis 105 min			
Vertrauensbereich			
Summe bis 240 min			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
Eingriffsdauer			
bis 75 min	442 / 465  95,1%		
Vertrauensbereich	92,7% - 96,7%		
Summe bis 105 min		248 / 279  88,9%	
Vertrauensbereich		84,7% - 92,1%	
Summe bis 240 min			343 / 346  99,1%
Vertrauensbereich			97,5% - 99,7%

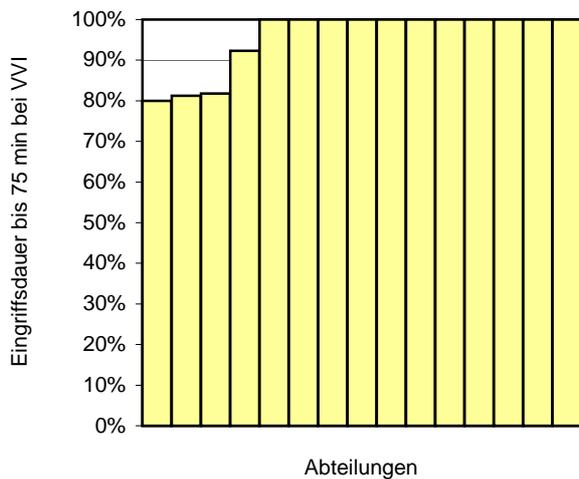
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50007]:
 Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 75 min an allen Patienten und implantiertem Einkammersystem (VVI)**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9			94,3	97,9	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0		81,3	92,3	100,0	100,0	100,0		100,0

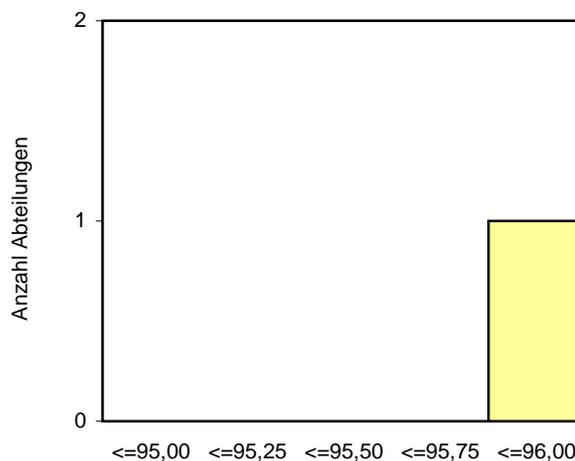
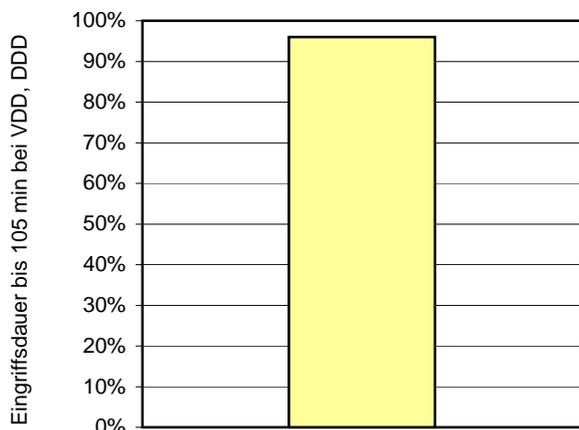
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50008]:

Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 105 min an allen Patienten und implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

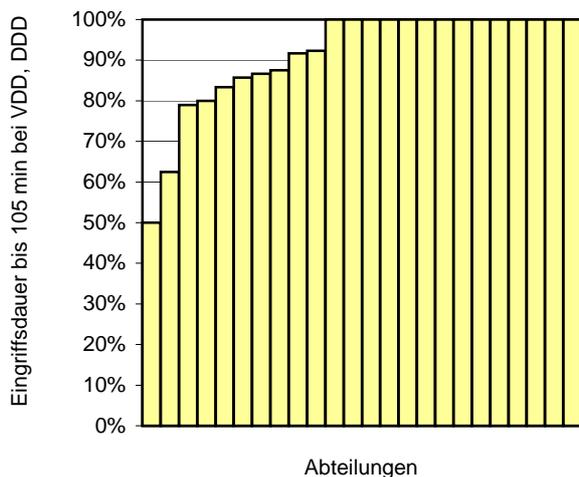
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,0				96,0				96,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

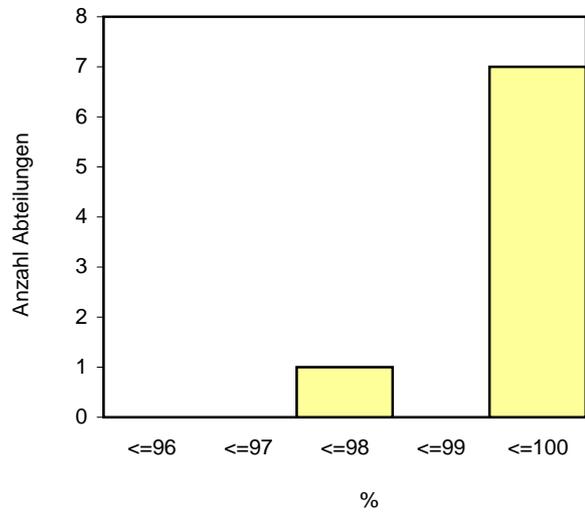
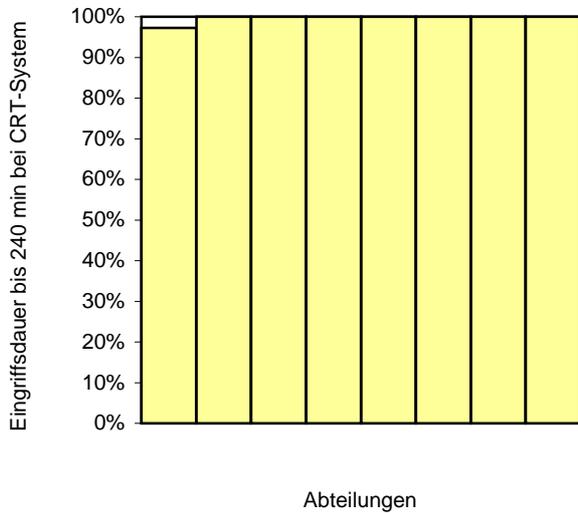


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	62,5	78,9	86,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

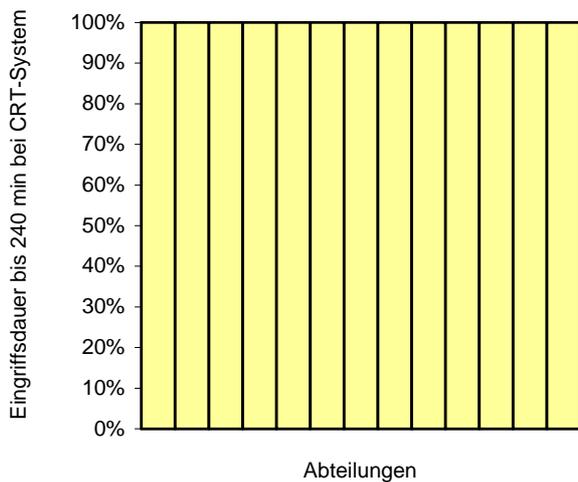
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3c, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50009]:
Anteil von Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 240 min an allen Patienten und implantiertem CRT-System

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,2			100,0	100,0	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Durchleuchtungszeit

Qualitätsziel: Möglichst kurze Durchleuchtungszeit

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit

Indikator-ID: Einkammersystem: 2012/09n4-ICD-IMPL/50010
 Zweikammersystem: 2012/09n4-ICD-IMPL/50011
 CRT: 2012/09n4-ICD-IMPL/50012

Referenzbereich: Einkammersystem: >= 75,0% (Toleranzbereich)
 Zweikammersystem: >= 80,0% (Toleranzbereich)
 CRT: >= 90,0% (Toleranzbereich)

Durchleuchtungszeit	Abteilung 2012				
	Einkammer- system (VVI)	VDD	DDD	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
bis 3 min					
> 3 bis <= 6 min					
> 6 bis <= 9 min					
Summe bis 9 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	>= 75,0%				
> 9 bis <= 12 min					
> 12 bis <= 18 min					
Summe bis 18 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				>= 80,0%	
> 18 bis <= 24 min					
> 24 min					
Summe bis 60 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich					>= 90,0%
Anzahl gültiger Angaben					
Median (in min)					

Gesamt 2012					
Durchleuchtungszeit	Einkammer- system (VVI)	VDD	DDD	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
bis 3 min	287 / 414 69,3%	5 / 5 100,0%	64 / 194 33,0%	69 / 199 34,7%	18 / 381 4,7%
> 3 bis <= 6 min	88 / 414 21,3%	0 / 5 0,0%	66 / 194 34,0%	66 / 199 33,2%	42 / 381 11,0%
> 6 bis <= 9 min	23 / 414 5,6%	0 / 5 0,0%	23 / 194 11,9%	23 / 199 11,6%	51 / 381 13,4%
Summe bis 9 min	398 / 414 96,1%				
Vertrauensbereich	93,8% - 97,6%				
Referenzbereich	>= 75,0%				
> 9 bis <= 12 min	8 / 414 1,9%	0 / 5 0,0%	22 / 194 11,3%	22 / 199 11,1%	52 / 381 13,6%
> 12 bis <= 18 min	5 / 414 1,2%	0 / 5 0,0%	7 / 194 3,6%	7 / 199 3,5%	80 / 381 21,0%
Summe bis 18 min				187 / 199 94,0%	
Vertrauensbereich	89,8% - 96,5%				
Referenzbereich	>= 80,0%				
> 18 bis <= 24 min	1 / 414 0,2%	0 / 5 0,0%	2 / 194 1,0%	2 / 199 1,0%	52 / 381 13,6%
> 24 min	2 / 414 0,5%	0 / 5 0,0%	10 / 194 5,2%	10 / 199 5,0%	86 / 381 22,6%
Summe bis 60 min					374 / 381 98,2%
Vertrauensbereich	96,3% - 99,1%				
Referenzbereich	>= 90,0%				
Anzahl gültiger Angaben	414	5	194	199	381
Median (in min)	2,0	1,2	4,5	4,4	14,0

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
Durchleuchtungszeit			
Summe bis 9 min			
Vertrauensbereich			
Summe bis 18 min			
Vertrauensbereich			
Summe bis 60 min			
Vertrauensbereich			

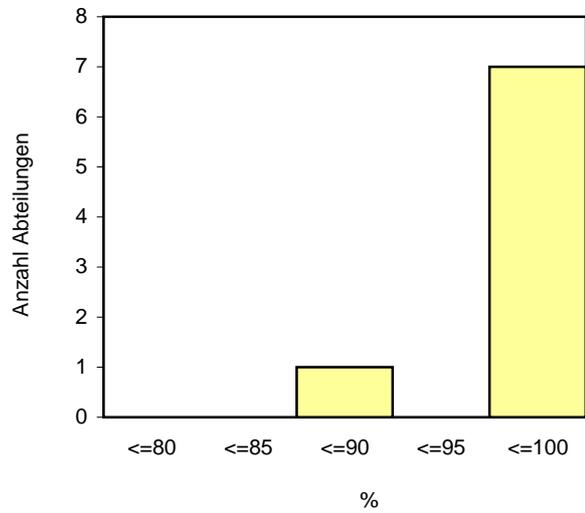
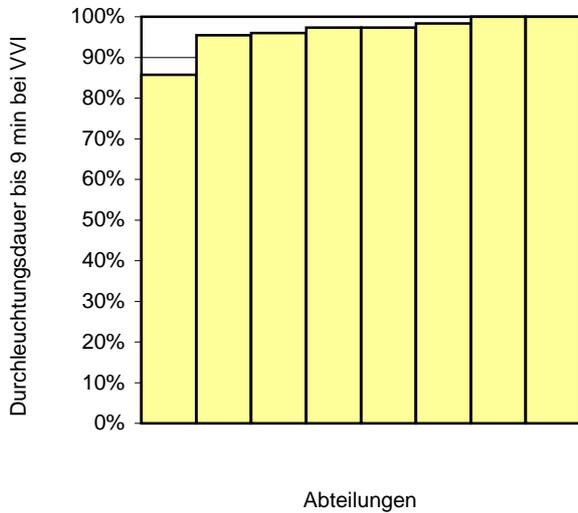
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Einkammer- system (VVI)	Zweikammer- system (VDD, DDD)	CRT
Durchleuchtungszeit			
Summe bis 9 min	433 / 463 93,5%		
Vertrauensbereich	90,9% - 95,4%		
Summe bis 18 min		256 / 279 91,8%	
Vertrauensbereich		87,9% - 94,4%	
Summe bis 60 min			336 / 343 98,0%
Vertrauensbereich			95,8% - 99,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50010]:

Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem Einkammersystem (VVI)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

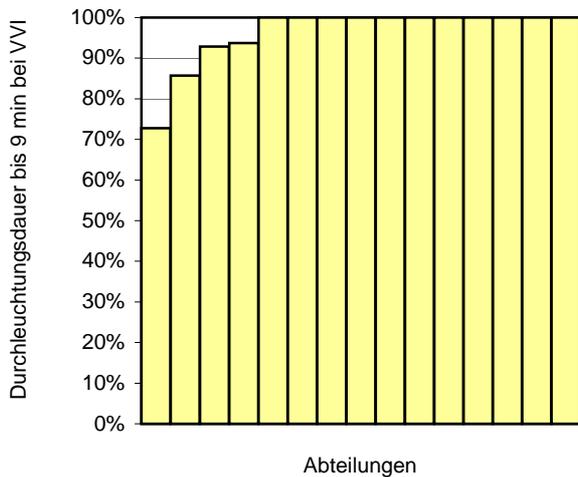
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7			95,7	97,3	99,2			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



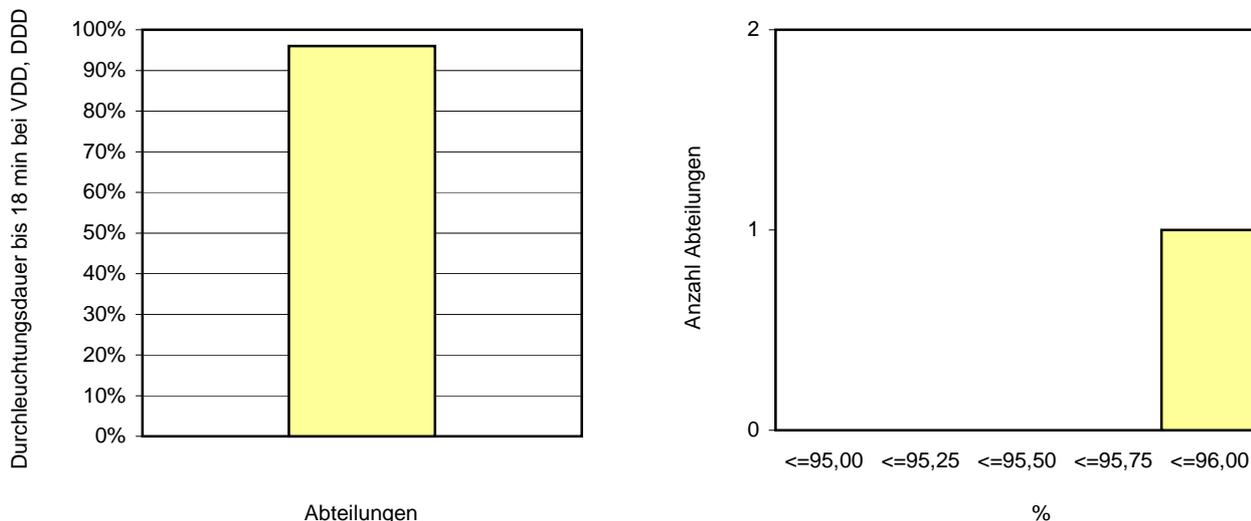
Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,7		85,7	93,8	100,0	100,0	100,0		100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50011]:
 Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen
 Durchleuchtungszeit und implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

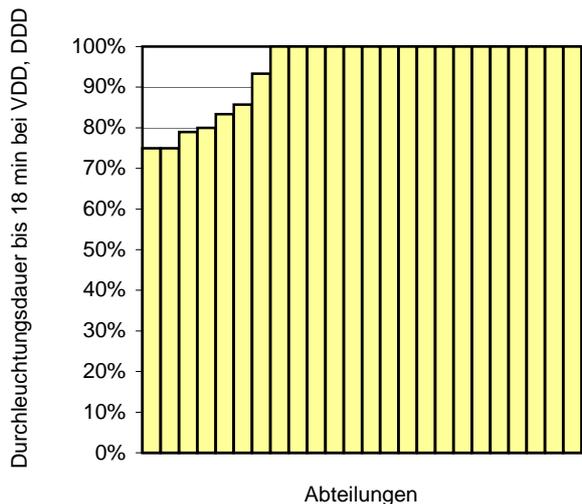
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,0				96,0				96,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

24 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

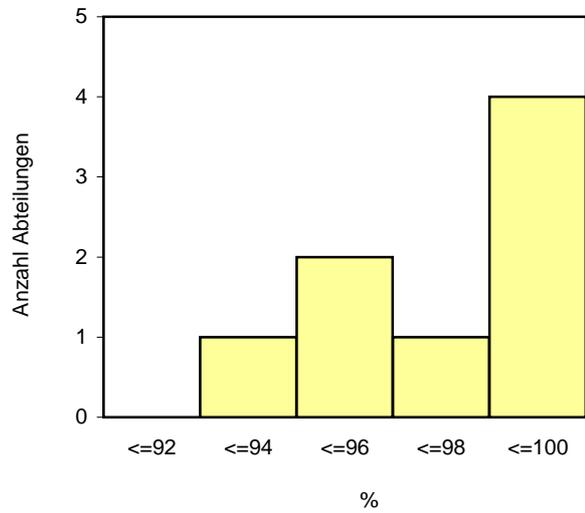
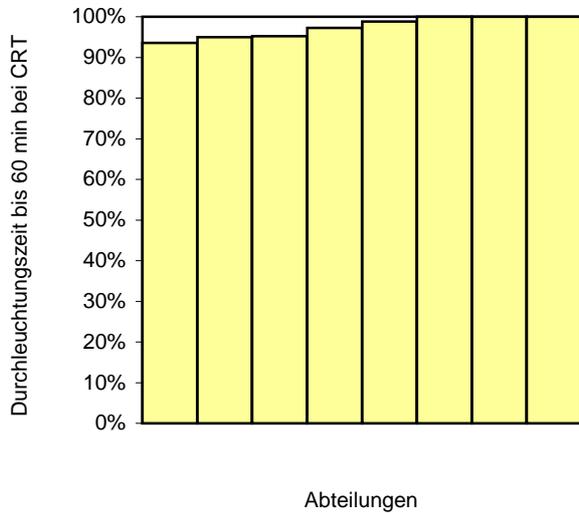


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	75,0	78,9	89,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

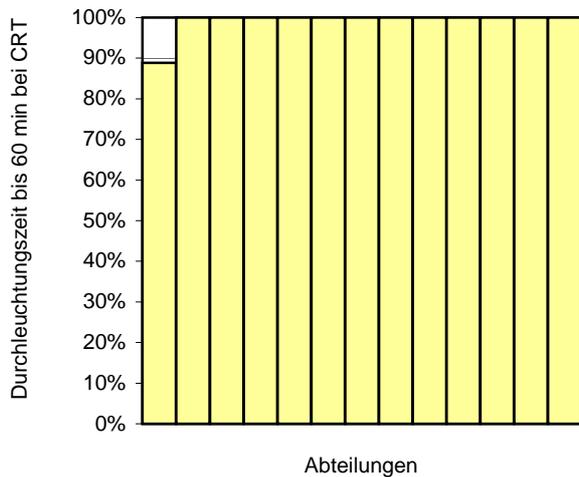
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50012]:
 Anteil von Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 60 min an allen Patienten mit Angabe einer gültigen
 Durchleuchtungszeit und implantiertem CRT-System**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,5			95,1	98,0	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Intraoperative Amplitudenbestimmung

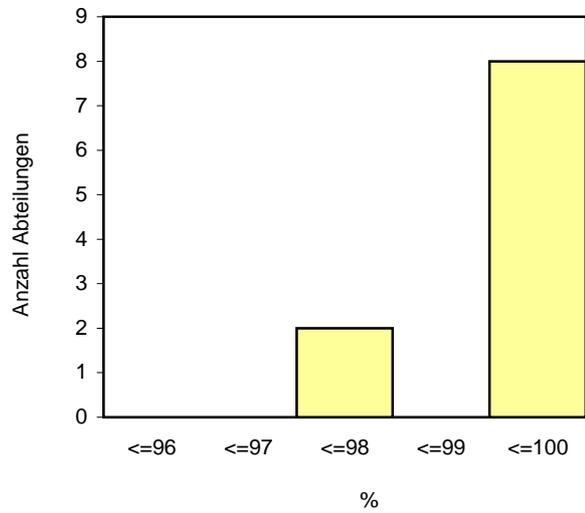
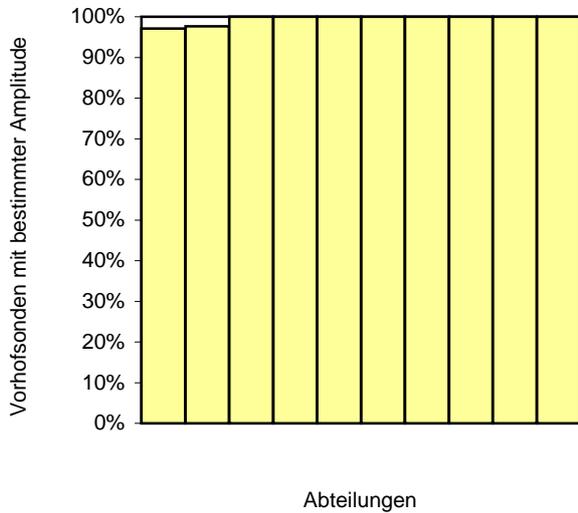
Qualitätsziel:	Möglichst oft Bestimmung der Signalamplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)
	Gruppe 2:	Alle rechtsventrikulären Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus; ausgeschlossen werden auch erste Ventrikelsonden, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/09n4-ICD-IMPL/50015
	Gruppe 2:	2012/09n4-ICD-IMPL/50016
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			546 / 548	99,6%
Vertrauensbereich				98,7% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Gruppe 2 Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			987 / 989	99,8%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			587 / 587	100,0%
Vertrauensbereich				99,3% - 100,0%
Gruppe 2 Rechtsventrikuläre Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			1.085 / 1.087	99,8%
Vertrauensbereich				99,3% - 99,9%

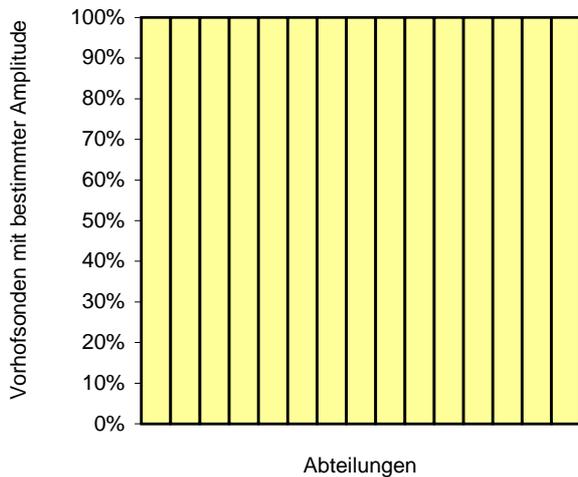
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50015]:
 Anteil von Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude an allen Vorhofsonden (unter Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofoigenrhythmus)**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,1		97,3	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

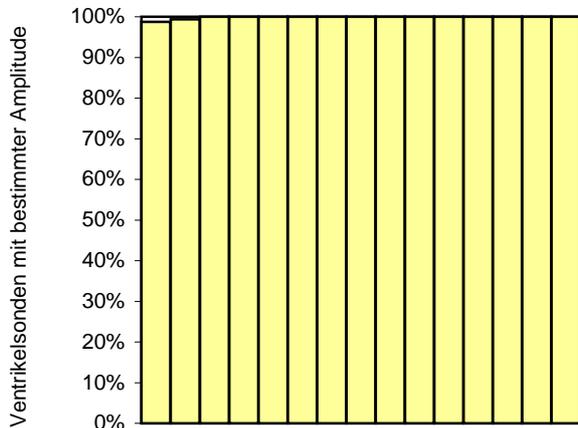
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50016]:

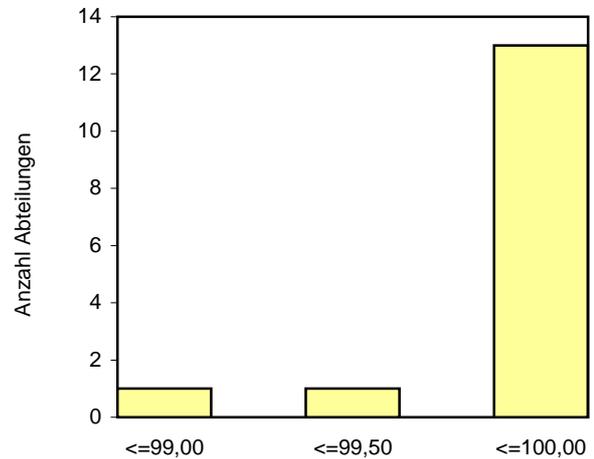
Anteil von rechtsventrikulären Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude an allen rechtsventrikulären Ventrikelsonden (unter Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus, ausgeschlossen werden auch erste Ventrikelsonden, sofern eine separate Pace/Sense-Sonde dokumentiert ist)

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

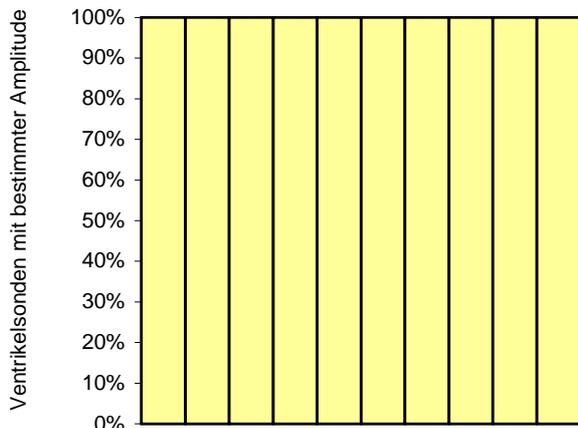


%

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,7		99,4	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Möglichst wenige perioperative Komplikationen	
Grundgesamtheit:	Chirurgische Komplikationen:	Alle Patienten
	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion:	Alle Patienten mit implantierter Vorhofsonde
	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion:	Alle Patienten
Indikator-ID:	Chirurgische Komplikationen:	2012/09n4-ICD-IMPL/50017
	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion:	2012/09n4-ICD-IMPL/50018
	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion:	2012/09n4-ICD-IMPL/50019
Referenzbereich:	Chirurgische Komplikationen:	<= 4,4% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion:	<= 2,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion:	<= 3,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			26 / 1.004	2,6%
Kardiopulmonale Reanimation			4 / 1.004	0,4%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹			13 / 1.004	1,3%
Vertrauensbereich				0,8% - 2,2%
Referenzbereich		<= 4,4%		<= 4,4%
Interventionspflichtiger Pneumothorax			10 / 1.004	1,0%
Interventionspflichtiger Hämatothorax			0 / 1.004	0,0%
Interventionspflichtiger Perikarderguss			1 / 1.004	0,1%
Interventionspflichtiges Taschenhämatom			1 / 1.004	0,1%
postoperative Wundinfektion			1 / 1.004	0,1%
CDC A1 (oberflächliche Infektion)			1 / 1.004	0,1%
CDC A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0 / 1.004	0,0%
CDC A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0 / 1.004	0,0%

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion			9 / 1.004	0,9%
Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde Vertrauensbereich			1 / 565	0,2%
Referenzbereich		<= 2,7%		0,0% - 1,0% <= 2,7%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde Vertrauensbereich			8 / 1.004	0,8%
Referenzbereich		<= 3,1%		0,4% - 1,6% <= 3,1%
Patienten mit Sondendislokation			7 / 1.004	0,7%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde ¹			1 / 560	0,2%
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			6 / 1.004	0,6%
Ventrikelsondendislokation erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			2 / 1.004	0,2%
zweite Ventrikelsonde			4 / 390	1,0%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 32	0,0%

¹ Ausschluss: Patienten mit VDD-Sonde

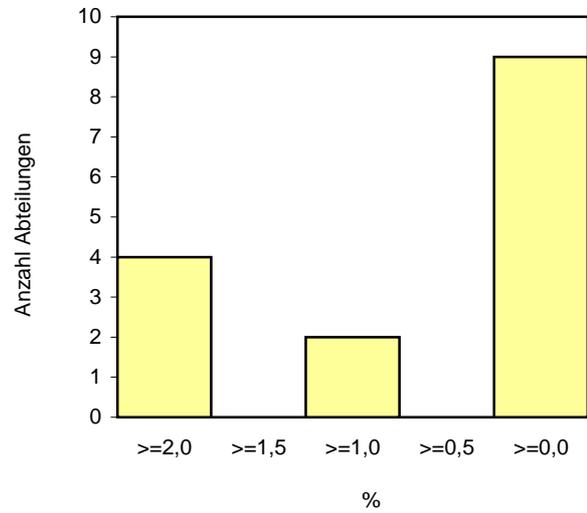
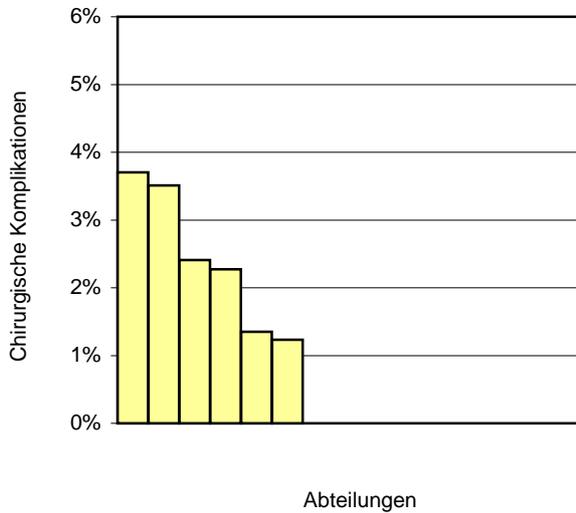
	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendysfunktion			2 / 1.004	0,2%
Vorhofsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			0 / 565	0,0%
Ventrikelsondendysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			2 / 1.004	0,2%
Ventrikelsondendysfunktion erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			1 / 1.004	0,1%
zweite Ventrikelsonde			1 / 390	0,3%
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0%
andere Defibrillationssonde			0 / 32	0,0%
Patienten mit sonstigen interventionspflichtigen Komplikationen			2 / 1.004	0,2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen¹ Vertrauensbereich			12 / 1.092	1,1% 0,6% - 1,9%
Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde Vertrauensbereich			1 / 600	0,2% 0,0% - 0,9%
Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde Vertrauensbereich			9 / 1.092	0,8% 0,4% - 1,6%

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

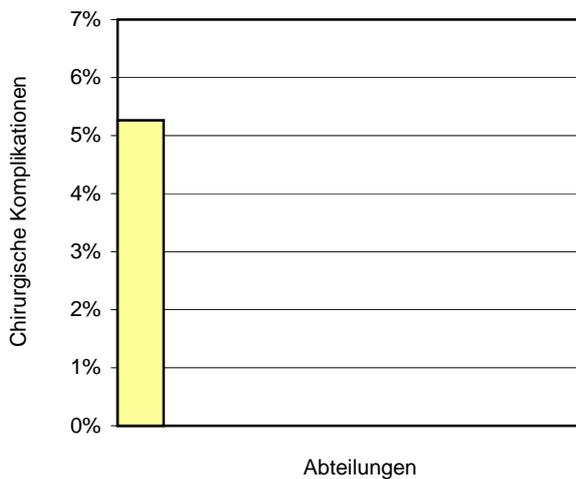
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50017]:
 Anteil von Patienten mit chirurgischen Komplikationen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	2,3	3,5		3,7

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	2,6		5,3

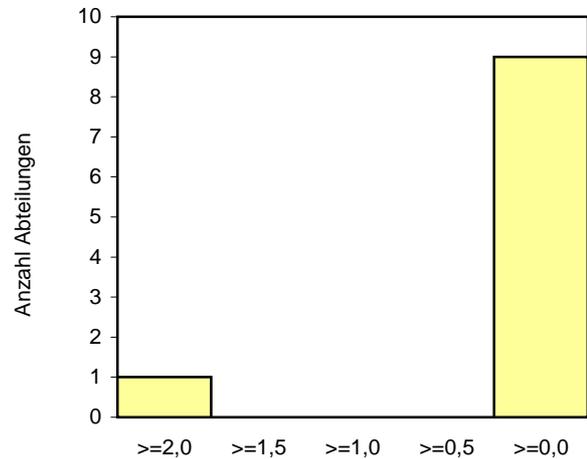
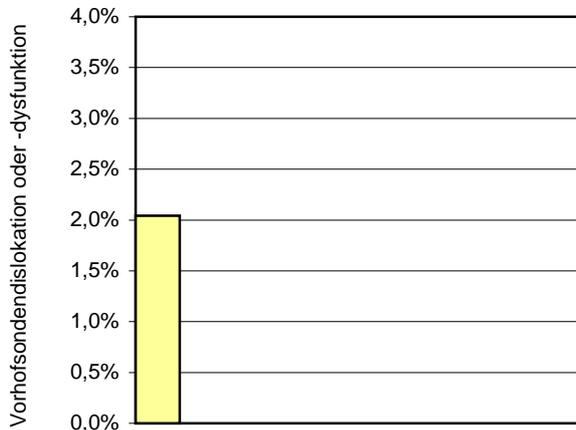
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50018]:

Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion der Vorhofsonde an allen Patienten mit implantierter Vorhofsonde

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



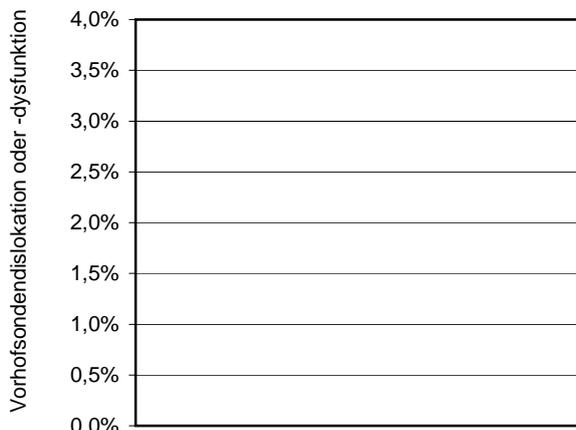
Abteilungen

%

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	1,0		2,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



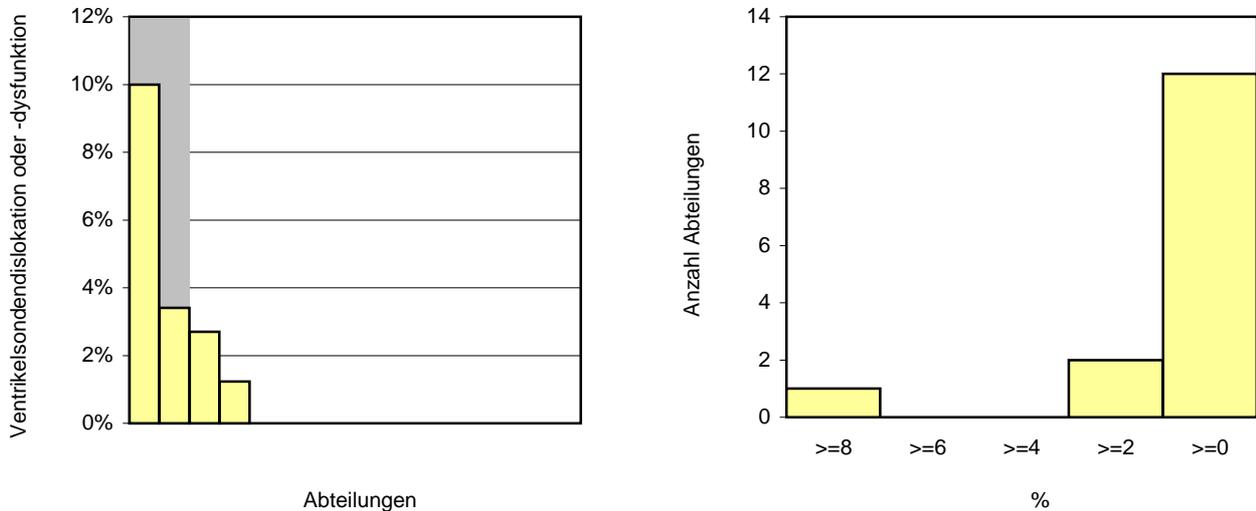
Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

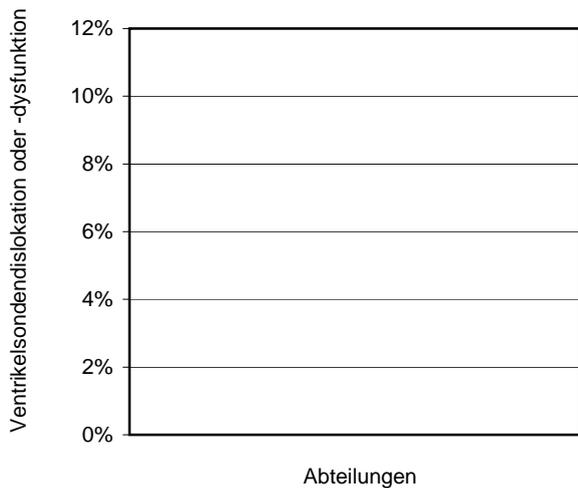
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50019]:
Anteil von Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion einer Ventrikelsonde an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	1,2	3,4		10,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/09n4-ICD-IMPL/50020

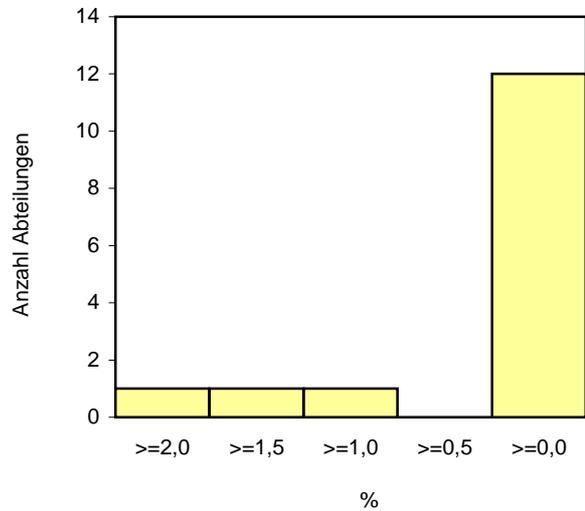
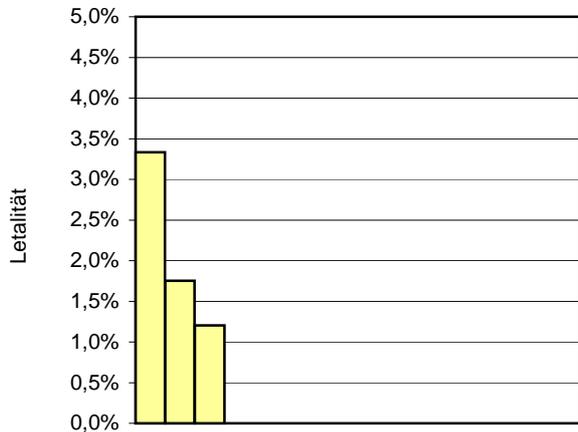
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			4 / 1.004	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 1,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten (Entlassungsgrund Tod)			6 / 1.092	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 1,2%

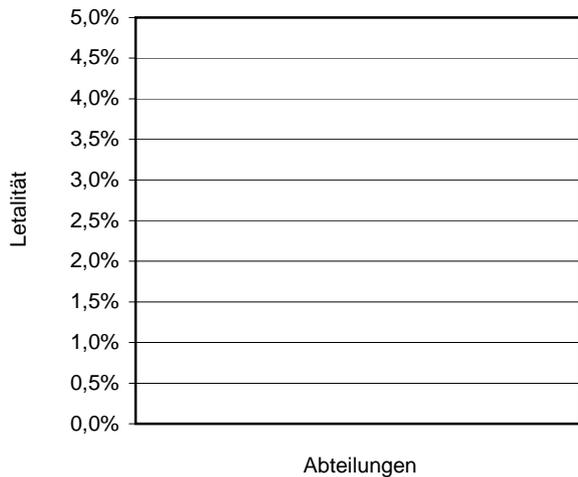
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/50020]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	1,8		3,3

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültigen Angaben zur linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) und zur Nierenfunktion

Indikator-ID: 2012/09n4-ICD-IMPL/51186

Referenzbereich: <= 5,25 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		4 / 991 0,40%
vorhergesagt (E) ¹		6,06 / 991 0,61%
O - E		-0,21%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score 7b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,66
Vertrauensbereich		0,26 - 1,69
Referenzbereich	<= 5,25	<= 5,25

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.

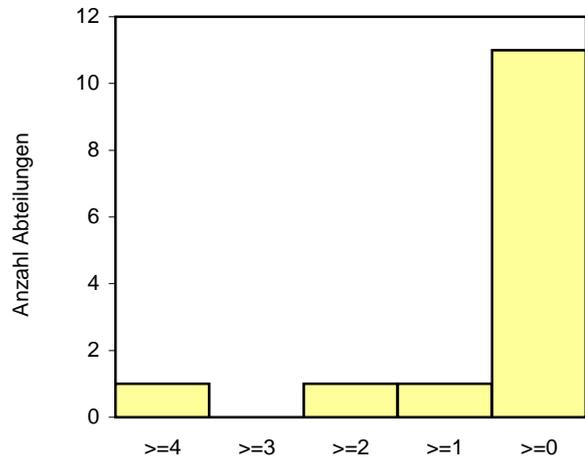
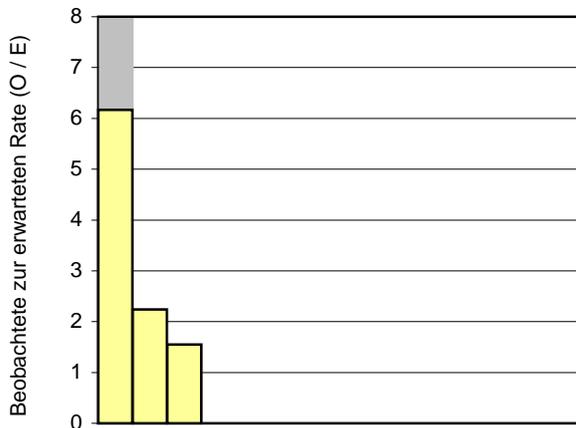
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		6 / 1.083 0,55%
vorhergesagt (E)		6,62 / 1.083 0,61%
O - E		-0,06%
O / E		0,91
Vertrauensbereich		0,42 - 1,97

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/09n4-ICD-IMPL/51186]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei allen Patienten mit gültigen Angaben zur linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) und zur Nierenfunktion

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



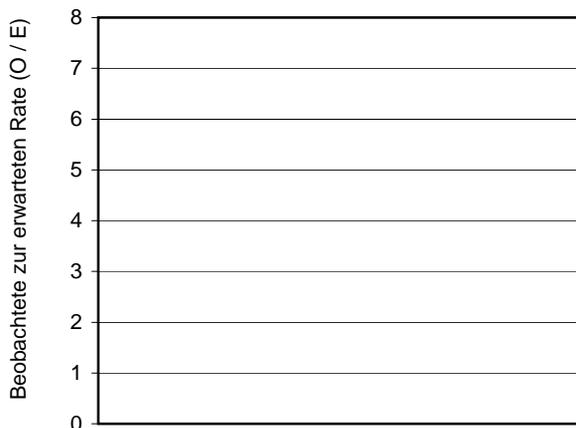
Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	2,24		6,17

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (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 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

09/4

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.004
Datensatzversion: 09/4 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12616-L83054-P39271

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			267	26,6	294	26,9
2. Quartal			239	23,8	266	24,4
3. Quartal			245	24,4	274	25,1
4. Quartal			253	25,2	258	23,6
Gesamt			1.004	100,0	1.092	100,0

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.004		1.092	
Median				3,0		4,0
Mittelwert				6,5		6,9
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.004		1.092	
Median				3,0		3,0
Mittelwert				4,2		4,7
Stationärer Aufenthalt (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.004		1.092	
Median				7,0		8,0
Mittelwert				10,7		11,6

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben¹

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-377.50	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne AV-sequentielle Stimulation
2	5-377.71	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode
3	5-377.6	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	5-377.51	Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit AV-sequentieller Stimulation

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-377.50	381	37,9	5-377.50	432	39,6
2				5-377.71	342	34,1	5-377.7	341	31,2
3				5-377.6	174	17,3	5-377.6	229	21,0
4				8-930	68	6,8	8-930	66	6,0
5				5-377.51	38	3,8	1-275.2	43	3,9

¹ Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie im Anhang zur Basisauswertung.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
2	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
3	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
7	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				I50.13	419	41,7	I50.13	383	35,1
2				I42.0	322	32,1	I25.5	342	31,3
3				I25.5	287	28,6	I42.0	324	29,7
4				I10.00	271	27,0	I47.2	292	26,7
5				I47.2	265	26,4	I10.00	282	25,8
6				I50.14	143	14,2	I25.13	175	16,0
7				I25.13	141	14,0	I50.14	162	14,8
8				E11.90	130	12,9	E11.90	150	13,7

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.004 / 1.004		1.092 / 1.092	
< 20 Jahre			1 / 1.004	0,1	2 / 1.092	0,2
20 - 29 Jahre			6 / 1.004	0,6	6 / 1.092	0,5
30 - 39 Jahre			12 / 1.004	1,2	11 / 1.092	1,0
40 - 49 Jahre			60 / 1.004	6,0	61 / 1.092	5,6
50 - 59 Jahre			167 / 1.004	16,6	169 / 1.092	15,5
60 - 69 Jahre			252 / 1.004	25,1	270 / 1.092	24,7
70 - 79 Jahre			422 / 1.004	42,0	498 / 1.092	45,6
80 - 89 Jahre			84 / 1.004	8,4	75 / 1.092	6,9
>= 90 Jahre			0 / 1.004	0,0	0 / 1.092	0,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.004		1.092	
Median				70,0		70,0
Mittelwert				66,8		67,1
Geschlecht						
männlich			793	79,0	876	80,2
weiblich			211	21,0	216	19,8

Präoperative Anamnese/Klinik

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			15	1,5	9	0,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			286	28,5	310	28,4
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung			640	63,7	718	65,8
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			63	6,3	51	4,7
5: moribunder Patient			0	0,0	4	0,4
Herzinsuffizienz						
nein			33	3,3	31	2,8
NYHA I			45	4,5	56	5,1
NYHA II			277	27,6	371	34,0
NYHA III			584	58,2	561	51,4
NYHA IV			65	6,5	73	6,7
linksventrikuläre Ejektionsfraktion						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			997	99,3	1.087	99,5
<= 30%			700 / 997	70,2	781 / 1.087	71,8
> 30% - <= 35%			179 / 997	18,0	190 / 1.087	17,5
> 35% - <= 40%			24 / 997	2,4	26 / 1.087	2,4
> 40%			94 / 997	9,4	90 / 1.087	8,3
LVEF nicht bekannt			7	0,7	5	0,5
Diabetes mellitus						
nein			702	69,9	705	64,6
ja, nicht insulinpflichtig			184	18,3	233	21,3
ja, insulinpflichtig			118	11,8	154	14,1
Nierenfunktion						
Kreatinin <= 1,5 mg/dl mit Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), nicht dialysepflichtig			744	74,1	827	75,7
mit Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), dialysepflichtig			232	23,1	220	20,1
unbekannt			22	2,2	41	3,8
			6	0,6	4	0,4

ICD-Anteil

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
führende Indikation für ICD-Implantation						
Primärprävention			776	77,3	848	77,7
Sekundärprävention			228	22,7	244	22,3
indikationsbegründendes klinisches Ereignis						
Kammerflimmern			59	5,9	78	7,1
Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)			81	8,1	84	7,7
Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)			75	7,5	74	6,8
Synkope ohne EKG-Dokumentation			27	2,7	31	2,8
kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)			742	73,9	809	74,1
sonstige			20	2,0	16	1,5

ICD-Anteil (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammerflimmern, Kammer-tachykardie, Synkope ohne EKG-Dokumentation oder sonstige						
führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)						
keine			22 / 262	8,4	25 / 283	8,8
Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)			69 / 262	26,3	80 / 283	28,3
kardiogener Schock			14 / 262	5,3	12 / 283	4,2
Lungenödem			11 / 262	4,2	14 / 283	4,9
Synkope			77 / 262	29,4	72 / 283	25,4
Präsynkope			34 / 262	13,0	38 / 283	13,4
sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)			12 / 262	4,6	14 / 283	4,9
Angina pectoris			5 / 262	1,9	8 / 283	2,8
sonstige			18 / 262	6,9	20 / 283	7,1
Indikation zur kardialen Resynchronisations-therapie (CRT)						
ja			397 / 1.004	39,5	389 / 1.092	35,6
nein			607 / 1.004	60,5	703 / 1.092	64,4

ICD-Anteil - Grunderkrankungen

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
KHK						
ja, ohne Myokardinfarkt			215	21,4	244	22,3
ja, mit Myokardinfarkt			375	37,4	414	37,9
nein			414	41,2	434	39,7
wenn KHK mit Myokardinfarkt						
Abstand Myokardinfarkt - Implantation ICD						
<= 28 Tage			10 / 375	2,7	18 / 414	4,3
> 28 Tage - <= 40 Tage			6 / 375	1,6	7 / 414	1,7
> 40 Tage			359 / 375	95,7	389 / 414	94,0
wenn KHK mit Myokardinfarkt und indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammer- flimmern, Kammetachykardie, Synkope ohne EKG-Doku- mentation oder sonstige						
indikationsbegründen- des klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn						
ja			7 / 101	6,9	9 / 101	8,9
nein			94 / 101	93,1	92 / 101	91,1
Herzerkrankung						
nein			13	1,3	17	1,6
ischämische Kardiomyopathie			537	53,5	600	54,9
Dilatative Kardiomyopathie DCM			352	35,1	354	32,4
Hypertensive Herzerkrankung			51	5,1	68	6,2
erworbener Klappenfehler			7	0,7	5	0,5
angeborener Herzfehler			2	0,2	2	0,2
Brugada-Syndrom			3	0,3	2	0,2
Kurzes QT-Syndrom			0	0,0	0	0,0
Langes QT-Syndrom			6	0,6	8	0,7
Hypertrophe						
Kardiomyopathie (HCM)			15	1,5	16	1,5
Arrhythmogene rechtsventrikuläre						
Kardiomyopathie (ARVC)			1	0,1	2	0,2
sonstige Herzerkrankung			17	1,7	18	1,6

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Herzerkrankung = Brugada-Syndrom, QT-Syndrom, Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) oder Arrhythmogene rechtsventri- kuläre Kardiomyopathie (ARVC)						
plötzliche Todesfälle in der Familie						
ja			3 / 25	12,0	3 / 28	10,7
nein			13 / 25	52,0	20 / 28	71,4
unbekannt			9 / 25	36,0	5 / 28	17,9
wenn Herzerkrankung = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)						
abnorme Blutdruck- reaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg <= 20 mmHg)						
ja			6 / 15	40,0	6 / 16	37,5
nein			6 / 15	40,0	8 / 16	50,0
unbekannt			3 / 15	20,0	2 / 16	12,5
Septumdicke >= 30 mm						
ja			7 / 15	46,7	5 / 16	31,3
nein			7 / 15	46,7	11 / 16	68,8
unbekannt			1 / 15	6,7	0 / 16	0,0

ICD-Anteil - Grunderkrankungen (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn Herzerkrankung = Arrhythmogene rechts- ventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)						
ausgeprägte rechts- ventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung						
ja			1 / 1	100,0	1 / 2	50,0
nein			0 / 1	0,0	1 / 2	50,0
unbekannt			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
wenn indikationsbegründen- des klinisches Ereignis = Kammerflimmern oder Kammertachykardie, anhaltend						
WPW-Syndrom						
ja			0 / 140	0,0	0 / 162	0,0
nein			134 / 140	95,7	156 / 162	96,3
unbekannt			6 / 140	4,3	6 / 162	3,7
reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie						
ja			0 / 140	0,0	2 / 162	1,2
nein			135 / 140	96,4	152 / 162	93,8
unbekannt			5 / 140	3,6	8 / 162	4,9
wenn indikationsbegründen- des klinisches Ereignis = Kammertachykardie, anhaltend						
behandelbare idiopathische Kammertachykardie						
ja			0 / 81	0,0	4 / 84	4,8
nein			80 / 81	98,8	77 / 84	91,7
unbekannt			1 / 81	1,2	3 / 84	3,6

ICD-Anteil - Weitere Merkmale

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn indikationsbegründendes klinisches Ereignis = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) oder Synkope ohne EKG-Dokumentation						
Kammertachykardie induzierbar						
nein			15 / 102	14,7	17 / 105	16,2
ja			8 / 102	7,8	10 / 105	9,5
programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt			79 / 102	77,5	78 / 105	74,3
Medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)			968	96,4	1.025	93,9
Betablocker			943 / 968	97,4	993 / 1.025	96,9
AT-Rezeptor-Blocker/ ACE-Hemmer			931 / 968	96,2	983 / 1.025	95,9
Diuretika			884 / 968	91,3	927 / 1.025	90,4
Aldosteronantagonisten			603 / 968	62,3	630 / 1.025	61,5
Herzglykoside			182 / 968	18,8	238 / 1.025	23,2

Schrittmacheranteil

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit						
keine			566	56,4	608	55,7
selten (< 5%)			270	26,9	279	25,5
häufig (>= 5%) oder permanent			168	16,7	205	18,8
voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit						
keine			283	28,2	321	29,4
selten (< 40%)			340	33,9	363	33,2
häufig (>= 40%) oder permanent			381	37,9	408	37,4

Schrittmacheranteil - EKG-Befunde

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhofrhythmus						
normofrequenter Sinusrhythmus			647	64,4	660	60,4
Sinusbradykardie/ SA-Blockierungen			115	11,5	130	11,9
paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern			67	6,7	97	8,9
permanentes Vorhofflimmern			129	12,8	149	13,6
Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)			43	4,3	51	4,7
sonstige			3	0,3	5	0,5
AV-Block						
keiner			702	69,9	777	71,2
AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms			113	11,3	102	9,3
AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms			34	3,4	20	1,8
AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach			2	0,2	11	1,0
AV-Block II. Grades, Typ Mobitz			17	1,7	28	2,6
AV-Block III. Grades nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns			55	5,5	52	4,8
			81	8,1	102	9,3
intraventrikuläre Leitungsstörungen						
keine (QRS < 120 ms)			535	53,3	632	57,9
Rechtsschenkelblock (RSB)			40	4,0	29	2,7
Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB			24	2,4	18	1,6
Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB			1	0,1	3	0,3
Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms			127	12,6	132	12,1
Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms			225	22,4	226	20,7
alternierender Schenkelblock QRS >= 120 ms			3	0,3	4	0,4
ohne Differenzierung			13	1,3	21	1,9
sonstige			36	3,6	27	2,5

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang des implantierten Systems (Mehrfachnennungen möglich)						
Vena cephalica			233	23,2	234	21,4
Vena subclavia			815	81,2	908	83,2
andere			3	0,3	6	0,5
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			1.004		1.092	
Median				59,0		57,0
Mittelwert				68,7		68,0
Durchleuchtungszeit (min)						
gültige Angaben (> 0 min)			998		1.087	
Median				5,0		5,1
Mittelwert				9,6		9,4
Intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
ja			713	71,0	864	79,1
nein, wegen intrakardialen Thromben			71	7,1	92	8,4
nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem)			78	7,8	33	3,0
nein, aus sonstigen Gründen			142	14,1	103	9,4
wenn intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt						
Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J						
ja			703 / 713	98,6	853 / 864	98,7
nein			10 / 713	1,4	11 / 864	1,3

ICD-System

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
System						
VVI			415	41,3	465	42,6
DDD ohne AV-Management			24	2,4	37	3,4
DDD mit AV-Management			171	17,0	240	22,0
VDD			5	0,5	2	0,2
CRT-System mit einer Vorhofsonde			363	36,2	320	29,3
CRT-System ohne Vorhofsonde			22	2,2	26	2,4
sonstiges			4	0,4	2	0,2

ICD-Aggregat

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aggregatposition						
infraclaviculär subcutan			356	35,5	425	38,9
infraclaviculär subfaszial			247	24,6	233	21,3
infraclaviculär submuskulär			399	39,7	434	39,7
abdominal			0	0,0	0	0,0
andere			2	0,2	0	0,0

Sonden

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Vorhof (atriale Pace/Sense-Sonde)						
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			506		538	
Median				0,7		0,7
Mittelwert				0,8		0,8
nicht gemessen			54 / 560	9,6	59 / 598	9,9
wegen Vorhofflimmerns			52 / 560	9,3	58 / 598	9,7
aus anderen Gründen			2 / 560	0,4	1 / 598	0,2
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			546		587	
Median				3,0		2,9
Mittelwert				3,1		3,1
nicht gemessen			19 / 565	3,4	13 / 600	2,2
wegen Vorhofflimmerns			13 / 565	2,3	13 / 600	2,2
fehlender Vorhofeigenrhythmus ¹			4 / 565	0,7	-	-
aus anderen Gründen			2 / 565	0,4	0 / 600	0,0

¹ neuer Schlüsselwert in 2012

Sonden (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Zahl der verwendeten Ventrikelsonden						
eine Ventrikelsonde			612	61,0	723	66,2
zwei Ventrikelsonden			390	38,8	366	33,5
drei Ventrikelsonden			2	0,2	3	0,3
Erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde						
Defibrillations- Elektroden						
Single Coil			115	11,5	179	16,4
Dual Coil			889	88,5	913	83,6
Position						
rechtsventrikulärer Apex			937	93,3	1.028	94,1
rechtsventrikuläres Septum			63	6,3	61	5,6
andere			4	0,4	3	0,3
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.001		1.091	
Median				0,6		0,6
Mittelwert				0,7		0,7
nicht gemessen			3	0,3	1	0,1
separate						
Pace/Sense-Sonde			1	0,1	0	0,0
aus anderen Gründen			2	0,2	1	0,1
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			984		1.076	
Median				11,8		12,0
Mittelwert				12,4		12,6
nicht gemessen			17	1,7	15	1,4
separate						
Pace/Sense-Sonde			0	0,0	0	0,0
kein Eigenrhythmus			14	1,4	14	1,3
aus anderen Gründen			3	0,3	1	0,1

Sonden (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zweite Ventrikelsonde						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			2 / 392	0,5	8 / 369	2,2
rechtsventrikuläres Septum			1 / 392	0,3	3 / 369	0,8
Koronarvene, anterior			7 / 392	1,8	6 / 369	1,6
Koronarvene, lateral, posterolateral			336 / 392	85,7	292 / 369	79,1
Koronarvene, posterior			26 / 392	6,6	45 / 369	12,2
epimyokardial linksventrikulär			17 / 392	4,3	11 / 369	3,0
andere			3 / 392	0,8	4 / 369	1,1
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			387		362	
Median				1,0		0,9
Mittelwert				1,0		1,0
nicht gemessen			5 / 392	1,3	7 / 369	1,9
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			367		343	
Median				12,1		12,0
Mittelwert				14,2		13,4
nicht gemessen			23 / 392	5,9	25 / 369	6,8
kein Eigenrhythmus			14 / 392	3,6	6 / 369	1,6
aus anderen Gründen			9 / 392	2,3	19 / 369	5,1

Sonden (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dritte Ventrikelsonde						
Position						
rechtsventrikulärer Apex			0 / 2	0,0	0 / 3	0,0
rechtsventrikuläres Septum			0 / 2	0,0	1 / 3	33,3
Koronarvene, anterior			1 / 2	50,0	1 / 3	33,3
Koronarvene, lateral, posterolateral			0 / 2	0,0	1 / 3	33,3
Koronarvene, posterior			1 / 2	50,0	0 / 3	0,0
epimyokardial linksventrikulär			0 / 2	0,0	0 / 3	0,0
andere			0 / 2	0,0	0 / 3	0,0
Reizschwelle (V) (intraoperativ bei 0,5 ms)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2		2	
Median				0,8		1,5
Mittelwert				0,8		1,5
nicht gemessen			0 / 2	0,0	1 / 3	33,3
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2		2	
Median				19,0		16,0
Mittelwert				19,0		16,0
nicht gemessen			0 / 2	0,0	1 / 3	33,3
kein Eigenrhythmus			0 / 2	0,0	0 / 3	0,0
aus anderen Gründen			0 / 2	0,0	1 / 3	33,3
Andere Defibrillationssonde(n)						
Position						
Vena cava superior			24	2,4	37	3,4
Vena subclavia			2	0,2	3	0,3
rechter Vorhof			0	0,0	3	0,3
subkutan (Sub-Q-Array)			3	0,3	2	0,2
epimyokardial (Patch-Elektrode)			0	0,0	0	0,0
mehrere			0	0,0	0	0,0
andere			3	0,3	2	0,2

Perioperative Komplikationen

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			26	2,6	26	2,4
kardiopulmonale Reanimation			4	0,4	2	0,2
interventionspflichtiger Pneumothorax			10	1,0	5	0,5
interventionspflichtiger Hämatothorax			0	0,0	3	0,3
interventionspflichtiger Perikarderguss			1	0,1	0	0,0
interventionspflichtiges Taschenhämatom			1	0,1	5	0,5

Perioperative Komplikationen (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
revisionsbedürftige Sondendislokation			7	0,7	8	0,7
Vorhof			1 / 7	14,3	1 / 8	12,5
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			2 / 7	28,6	5 / 8	62,5
zweite Ventrikelsonde			4 / 7	57,1	2 / 8	25,0
dritte Ventrikelsonde			0 / 7	0,0	0 / 8	0,0
andere Defibrillationssonde			0 / 7	0,0	0 / 8	0,0
revisionsbedürftige Sondendysfunktion			2	0,2	2	0,2
Vorhof			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
Ventrikel						
erste Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde			1 / 2	50,0	2 / 2	100,0
zweite Ventrikelsonde			1 / 2	50,0	0 / 2	0,0
dritte Ventrikelsonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
andere Defibrillationssonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)			1	0,1	0	0,0
A1 (oberflächliche Infektion)			1	0,1	0	0,0
A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)			0	0,0	0	0,0
sonstige interventionspflichtige Komplikation			2	0,2	2	0,2

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			863	86,0	979	89,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			77	7,7	50	4,6
03: aus sonstigen Gründen			1	0,1	2	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	2	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			20	2,0	17	1,6
07: Tod			4	0,4	6	0,5
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	2	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			33	3,3	30	2,7
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,5	2	0,2
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	2	0,2
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen DEFI-IMPL-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

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 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

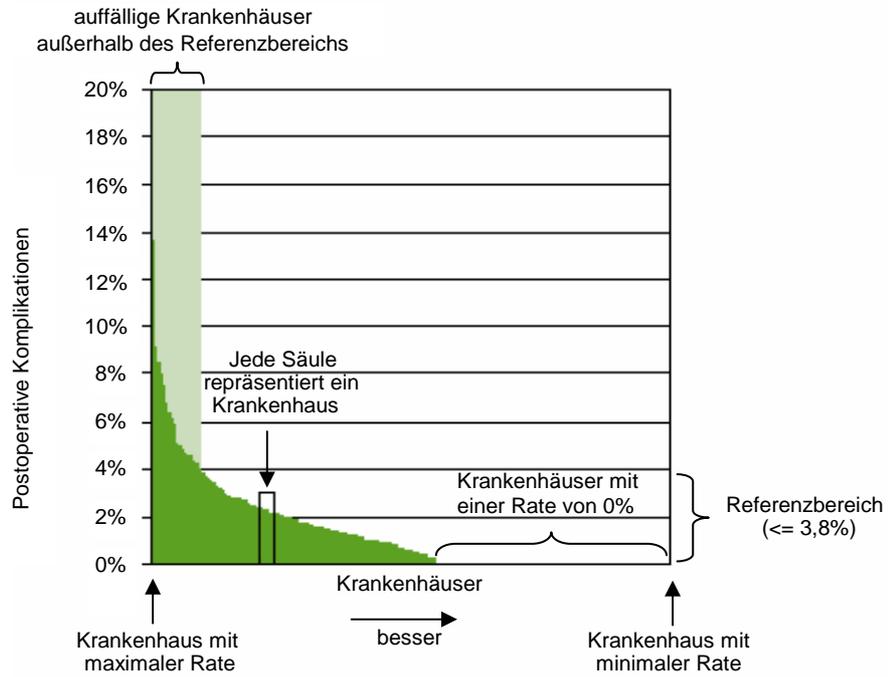
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

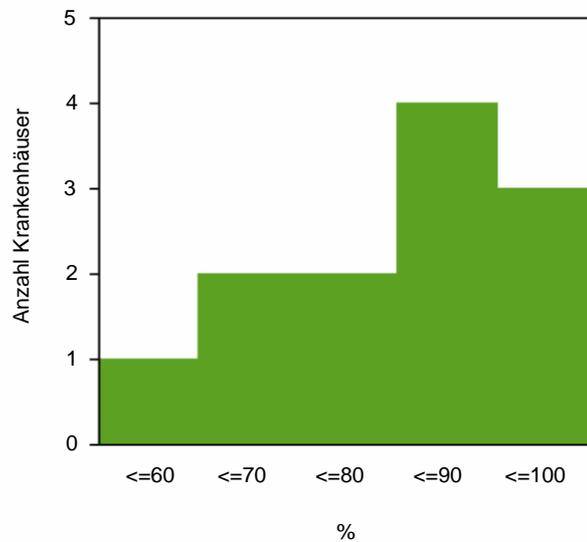
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. 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

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) 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 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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