

Jahresauswertung 2003
Modul 09/1: Herzschrittmacher-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 60
Auswertungsversion: 28. Mai 2004
Datensatzversionen: 2003 5.0.1 / 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 01. Juni 2004
Nr. Gesamt-1995
2003 - L5790-P10209

Übersicht Qualitätsindikatoren I

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Leitlinienkonforme Indikationsstellung						
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			97,05%	>= 90%	7,1%	1.1
Indikation bei Sinusknotenerkrankung						
Patienten mit Symptomatik ¹			97,14%	>= 90%	7,1%	1.3
Indikation bei AV-Block III. Grades						
Patienten mit Symptomatik ¹			94,80%	nicht definiert		1.5
Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach						
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			97,40%	>= 90%	7,4%	1.6
Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz						
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			98,63%	>= 90%		1.8
Indikation bei AV-Block II. bis III. Grades (Summe)						
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			99,47%	>= 90%	9,5%	1.10
Indikation bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)						
Patienten mit Symptomatik ¹			97,22%	>= 90%	7,2%	1.12
Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern						
Patienten mit Symptomatik ¹			96,66%	>= 90%	6,7%	1.14
Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden						
absolute oder relative Indikation			69,53%	>= 90%	-20,5%	1.16
Systemwahl bei Sinusknotensyndrom						
optimal oder akzeptabel			94,21%	>= 90%	4,2%	1.18
Systemwahl bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom						
optimal oder akzeptabel			67,66%	>= 90%	-22,3%	1.20
Systemwahl bei AV-Block II oder III. Grades						
optimal oder akzeptabel			93,95%	>= 90%	3,9%	1.22
Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern						
optimal oder akzeptabel			97,09%	>= 90%	7,1%	1.24

* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzbereich

¹ Symptomatik: Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz

Übersicht Qualitätsindikatoren II

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden						
optimal oder akzeptabel			86,44%	>= 90,0%	-3,6%	1.26
Eingriffsdauer:						
bis 60 min bei AAI			83,61%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.28
bis 60 min bei VVI			86,63%	>= 67,6%	19,1%	1.28
bis 60 min bei VDD			83,58%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.28
bis 90 min bei DDD			90,42%	>= 66,2%	24,2%	1.28
bis 240 min bei biventrikulären Systemen			81,54%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.28
Flächendosisprodukt						
75-Perzentile bei AAI			484	nicht definiert		1.35
75-Perzentile bei VVI			1490	nicht definiert		1.35
75-Perzentile bei VDD			1359	nicht definiert		1.35
75-Perzentile bei DDD			2125	nicht definiert		1.35
75-Perzentile bei biventrikulären Systemen			10300	nicht definiert		1.35
Durchleuchtungszeit						
bis 9 min bei AAI			98,33%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.41
bis 9 min bei VVI			91,92%	>= 64,0%	27,9%	1.41
bis 9 min bei VDD			92,54%	>= x% (kann nicht bestimmt werden)		1.41
bis 18 min bei DDD			95,07%	>= 77,4%	17,6%	1.41
Perioperative Komplikationen						
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			4,09%	nicht definiert		1.47
Pat. mit Sondendislokation einer Vorhofsonde			1,42%	<= 3%	1,6%	1.47
Pat. mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde			0,72%	<= 3%	2,3%	1.47
Reizschwellenhöhe						
Vorhofsonden mit Reizschwelle <= 1,5V (kein perioperatives Vorhofflimmern)			93,44%	>= 84,1%	9,4%	1.52
Ventrikelsonden mit Reizschwelle <= 1V			97,37%	>= 88,0%	9,4%	1.52
Intrakardiale Signalamplituden						
Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV			86,77%	>= 80%	6,8%	1.55
Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV (keine SM-Abhängigkeit)			98,46%	>= 90%	8,5%	1.55

* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzbereich

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $>= x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Grafische Darstellung der Krankenhäusergebnisse

Für die grau 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. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

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

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

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

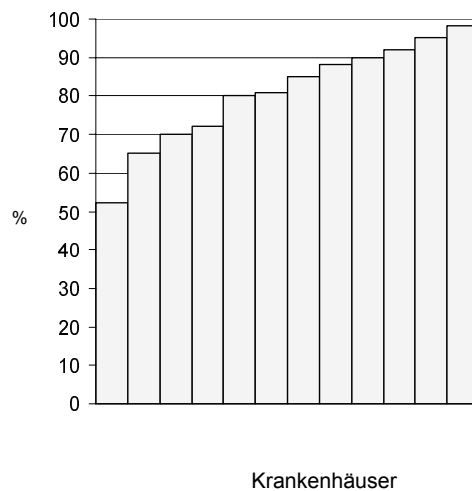
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.3.1 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 ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 Histogramm

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

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

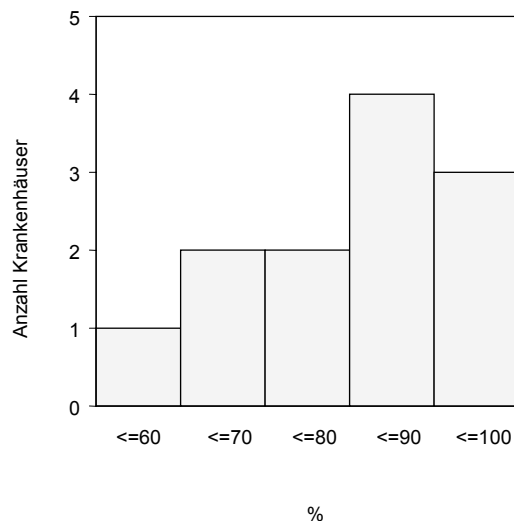
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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	<= 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 Krankenhäuser? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen 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 Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Indikationsstellung

Summarische Darstellung der Qualitätsindikatoren auf den Seiten 1.3 bis 1.16

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme* Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Leitlinienempfehlung

Referenzbereich: $\geq 90\%$

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

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie			4.246 / 4.375	97,05%
Vertrauensbereich				96,51% - 97,53%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$
Patienten ohne Indikation gemäß Leitlinie			121 / 4.375	2,77%

 absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinie

 keine Indikation gemäß Leitlinie

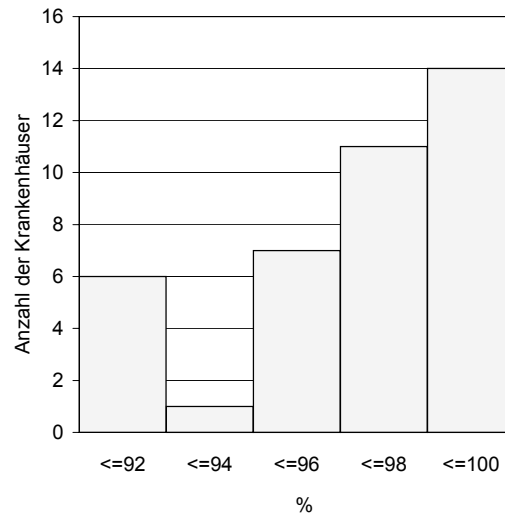
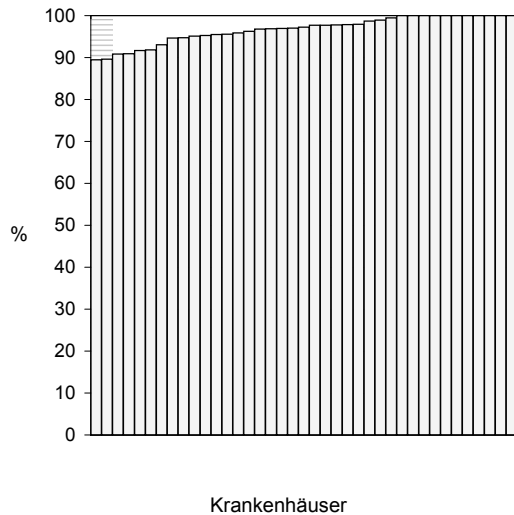
	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten ohne Indikationszuordnung (absolut, relativ, keine) gemäß Leitlinie in QI 1.3 - QI 1.16			8 / 4.375	0,18%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit in den QI 1.3 - QM 1.16 unberücksichtigt gebliebenen EKG - Befunden ("kein führender EKG-Befund", "binodale Erkrankung", "sonstiger führender EKG-Befund")			291 / 4.666	6,24%

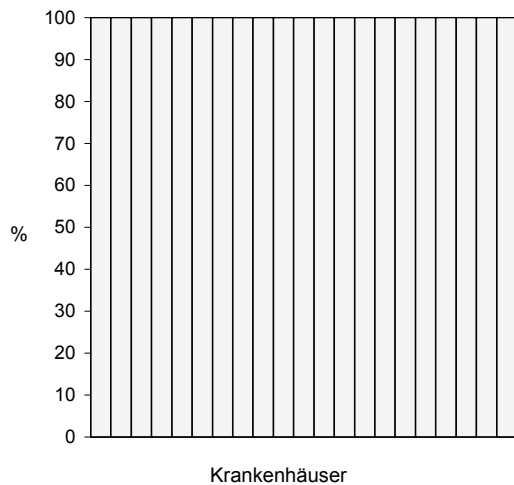
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.1]:
Anteil Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 89,5% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 97,3%



39 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei Sinusknotenerkrankung

Qualitätsziel: Bei Sinusknotenerkrankungen SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotenerkrankung als führendem EKG-Befund

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit Sinusknotenerkrankung und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	1.157	97,14%
Vertrauensbereich		96,03% - 98,02%
Referenzbereich		$\geq 90\%$
Patienten mit Sinusknotenerkrankung ohne Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	34	2,85%

 Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar

 keine Indikation gemäß Leitlinie

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.2]:

Anteil Patienten mit Sinusknotenerkrankung und Symptomatik

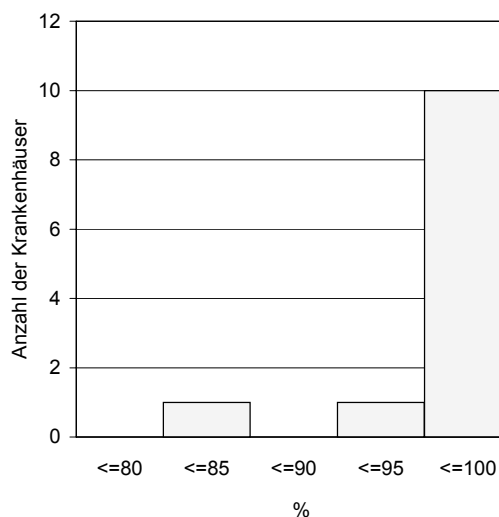
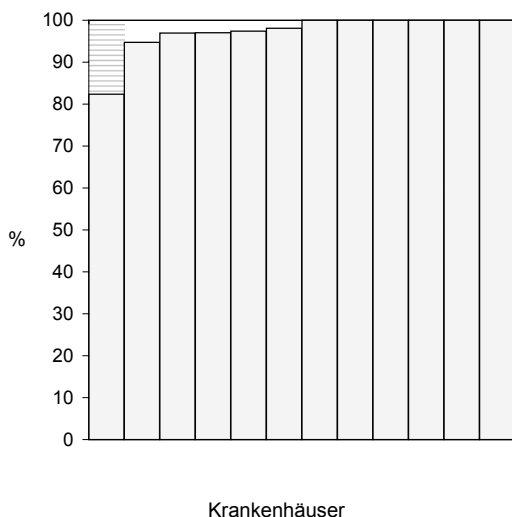
(Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 82,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,0%



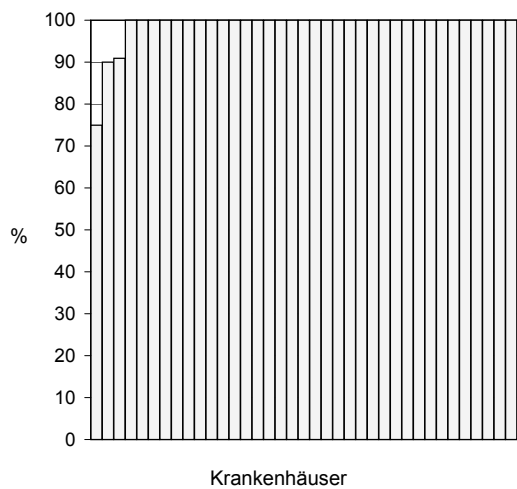
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



37 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei AV-Block III. Grades

Kein Qualitätsziel definiert, da gemäß Leitlinie alle HSM-Eingriffe bei AV-Block III. Grades indiziert sind

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

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit AV-Block III. Grades und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich			948 / 1.000	94,80%
				93,23% - 96,09%
		> x%		> x%
Patienten mit AV-Block III. Grades ohne Symptomatik und ohne Z.n. Ablation und mit prophylaktischer Indikation			11 / 1.000	1,10%
Patienten mit AV-Block III. Grades ohne Symptomatik und mit Z.n. Ablation			24 / 1.000	2,40%
Patienten mit AV-Block III. Grades ohne Symptomatik			52 / 1.000	5,20%

☐ Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar.

Qualitätsindikator: Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach

Qualitätsziel: Bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach SM-Implantation
nur bei Patienten mit absoluter oder relativer Indikation

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

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II Grades, Typ Wenckebach und Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/ Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)	74 / 77	96,10%
Patienten mit AV-Block II Grades Typ Wenckebach ohne Symptomatik und mit häufigem Auftreten	1 / 77	1,30%
Patienten mit AV-Block II Grades Typ Wenckebach ohne Symptomatik und mit seltenem Auftreten	2 / 77	2,60%

 absolute Indikation gemäß Leitlinie

 relative Indikation gemäß Leitlinie

 keine Indikation gemäß Leitlinie

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation	75 / 77	97,40%
Vertrauensbereich		90,8% - 99,8%
Referenzbereich	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.3]:

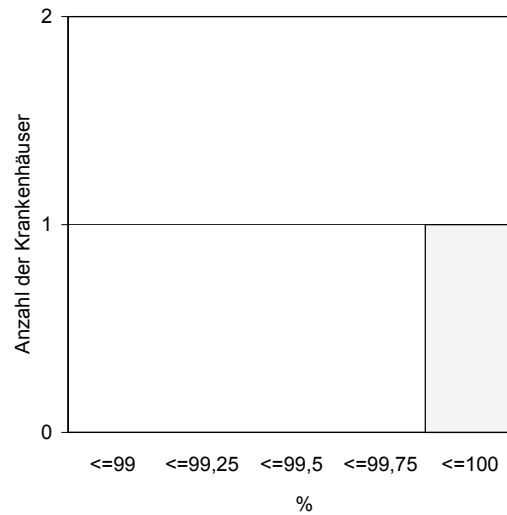
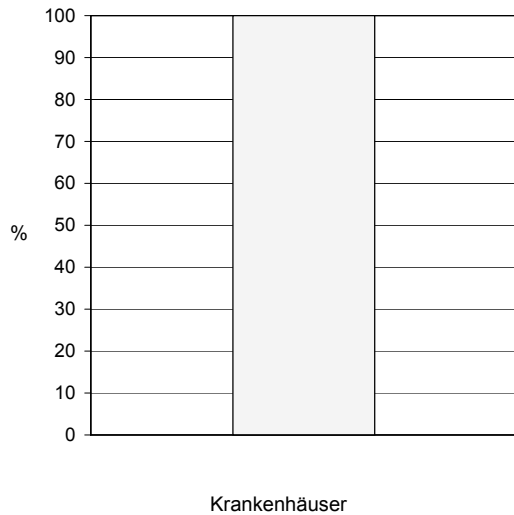
Anteil Patienten mit AV- Block II. Grades, Typ Wenckebach und absoluter oder relativer Indikation

39 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



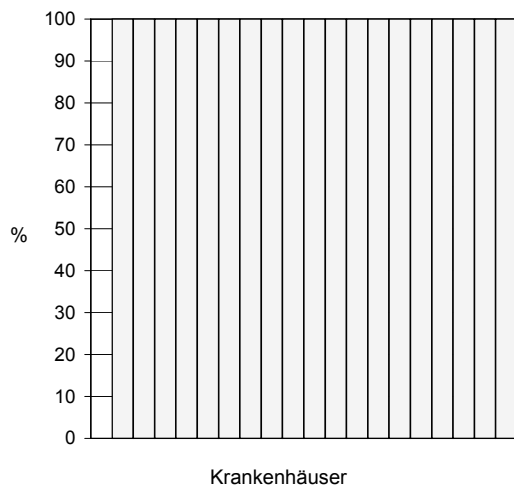
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



20 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz

Qualitätsziel: Bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz SM-Implantation
möglichst oft bei Patienten mit absoluter oder relativer Indikation

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

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II Grades, Typ Mobitz und Symptomatik (Synkope, Präsynkope/ Schwindel, Herzinsuffizienz, bradykarde Herzinsuffizienz) oder mit prophylaktischer Indikation oder mit Z.n. Ablation	431 / 439	98,18%
Patienten mit AV-Block II Grades Typ Mobitz ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit häufigem Auftreten der Blockierung	2 / 439	0,46%
Patienten mit AV-Block II Grades Typ Mobitz ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit seltenem Auftreten der Blockierung	6 / 439	1,37%

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

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation	433 / 439	98,63%
Vertrauensbereich		97,0% - 99,5%
Referenzbereich	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.4]:

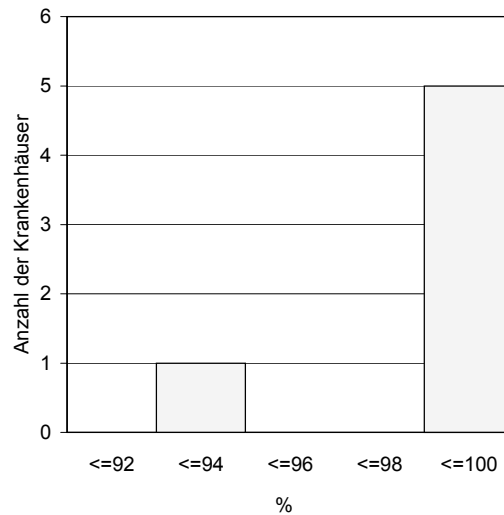
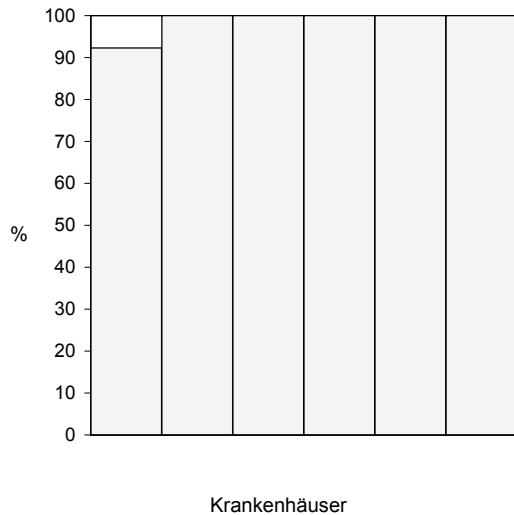
Anteil Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz und absoluter oder relativer Indikation

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 92,3% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



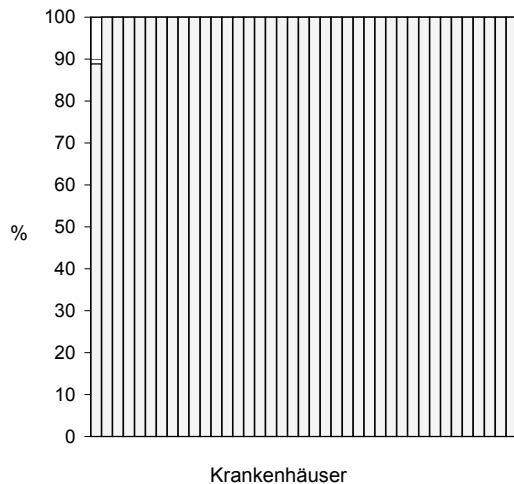
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 88,9% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



39 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei AV-Block II. bis III. Grades (Summe)

Summarische Darstellung der Qualitätsindikatoren auf den Seiten 1.5 bis 1.8

Qualitätsziel: Bei AV-Block II. bis III. Grades SM-Implantation möglichst oft mit absoluter oder relativer Indikation

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

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
alle Patienten mit absoluter Indikation			1.505 / 1.516	99,27%
alle Patienten mit relativer Indikation			3 / 1.516	0,20%
alle Patienten ohne Indikation			8 / 1.516	0,53%

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

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			1.508 / 1.516	99,47%
Vertrauensbereich				99,0% - 99,8%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.5]:

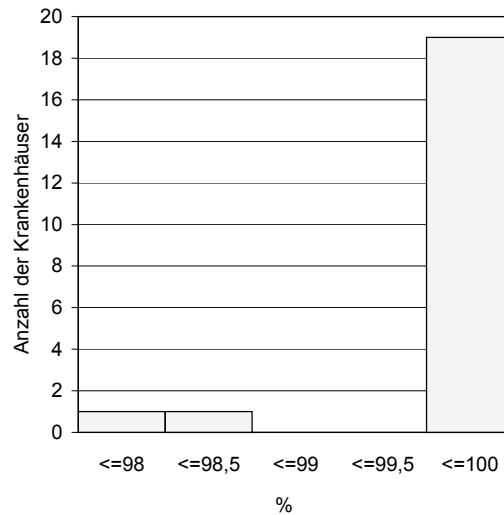
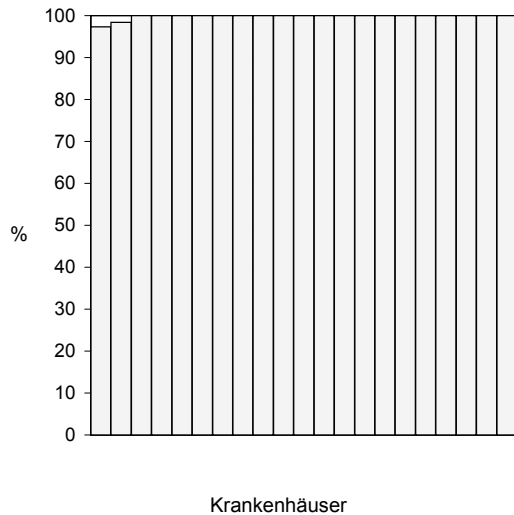
Anteil Patienten mit AV-Block II. bis III.Grades mit absoluter oder relativer Indikation

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 97,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



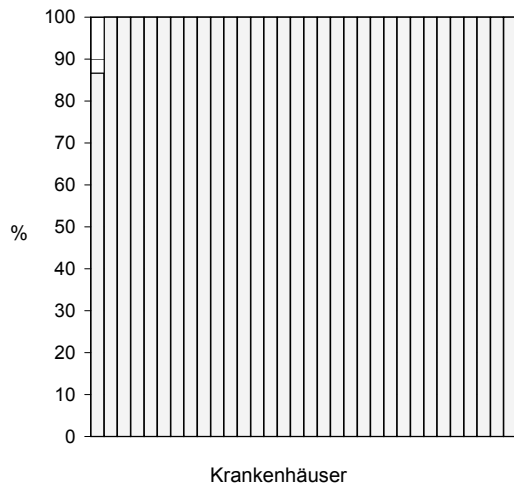
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 86,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)

Qualitätsziel: Bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Bradykardie-Tachykardie-Syndrom als führendem EKG-Befund

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit BTS und Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich			594 / 611	97,22%
		$\geq 90\%$		95,57% - 98,37%
				$\geq 90\%$
Patienten mit BTS ohne Symptomatik			17 / 611	2,78%

 Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar.

 keine Indikation gemäß Leitlinie

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.6]:

Anteil Patienten mit BTS und Symptomatik

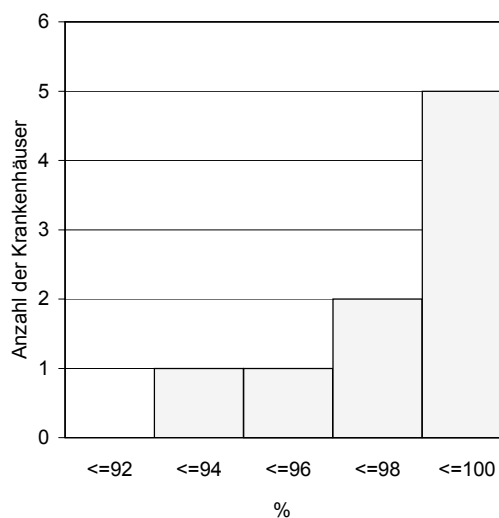
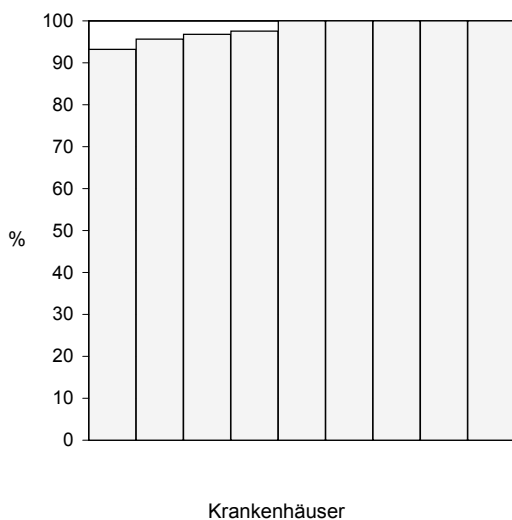
(Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 93,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



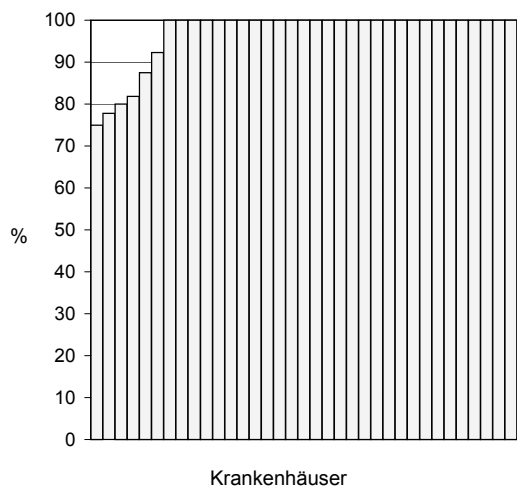
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern

Qualitätsziel: Bei bradykardem Vorhofflimmern SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten

Grundgesamtheit: Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern als führendem EKG-Befund

Referenzbereich: $\geq 90\%$

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und Symptomatik (Synkope oder Präsynkope oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich	898 / 929	96,66% 95,29% - 97,72% $\geq 90\%$
Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern ohne Symptomatik	31 / 929	3,34%

 Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar.

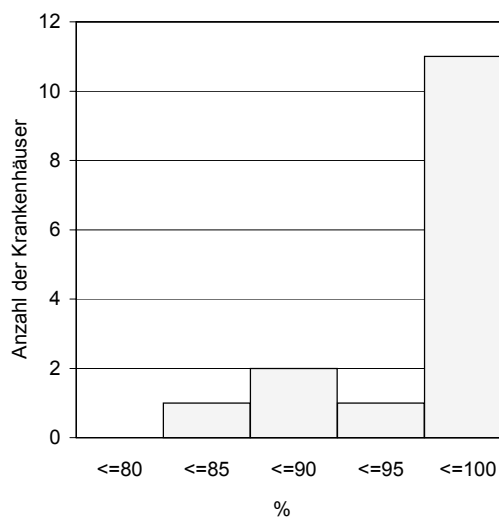
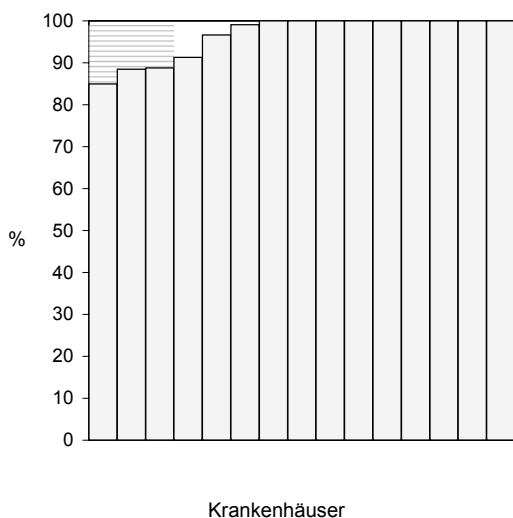
 keine Indikation gemäß Leitlinie

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.7]:

Anteil Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und Symptomatik (Synkope oder Präsynkope oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)
14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,0% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

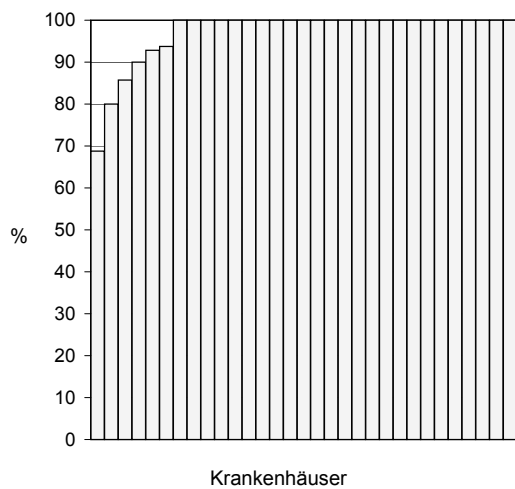


15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 68,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden

Qualitätsziel:	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikationsstellungen bei seltenen EKG-Befunden*		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden (AV-Block I. Grades, bifaszikulärer Block, Karotissinussyndrom (CSS), Vasovagales Syndrom (VVS))	
	Gruppe 2:	Patienten mit AV-Block I. Grades	
	Gruppe 3:	Patienten mit bifaszikulärem Block	
	Gruppe 4:	Patienten mit CSS	
	Gruppe 5:	Patienten mit VVS	
Referenzbereich:	>= 90%	Gruppe 1	

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Gruppe 1: alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden		
absolute Indikation	26 / 128	20,31%
relative Indikation	63 / 128	49,22%
absolute oder relative Indikation	89 / 128	69,53%
Vertrauensbereich		60,8% - 77,4%
Referenzbereich		>= 90%
keine Indikation	31 / 128	24,22%
ohne Zuordnung gemäß Leitlinie	8 / 128	6,25%
Gruppe 2: Patienten mit AV-Block I. Grades		
keine Indikation	20 / 20	100,00%
Gruppe 3: Patienten mit bifaszikulärem Block		
relative Indikation	60 / 63	95,24%
keine Indikation	3 / 63	4,76%
Gruppe 4: Patienten mit CSS		
absolute Indikation	26 / 34	76,47%
keine Indikation	8 / 34	23,53%
Gruppe 5: Patienten mit VVS		
relative Indikation	3 / 11	27,27%
keine Indikation	0 / 11	0,00%
ohne Zuordnung gemäß Leitlinie	8 / 11	72,73%

* als führender EKG-Befund dokumentiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.8]:

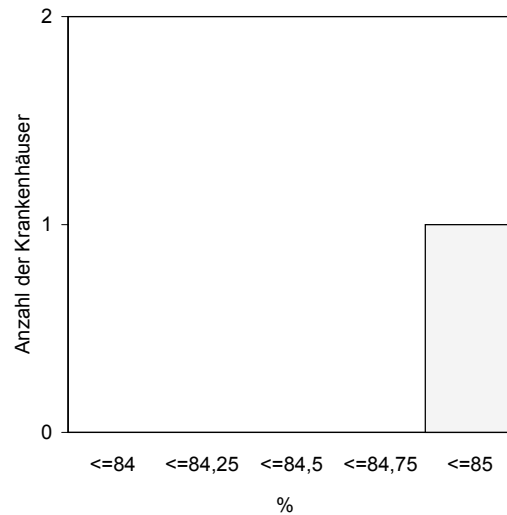
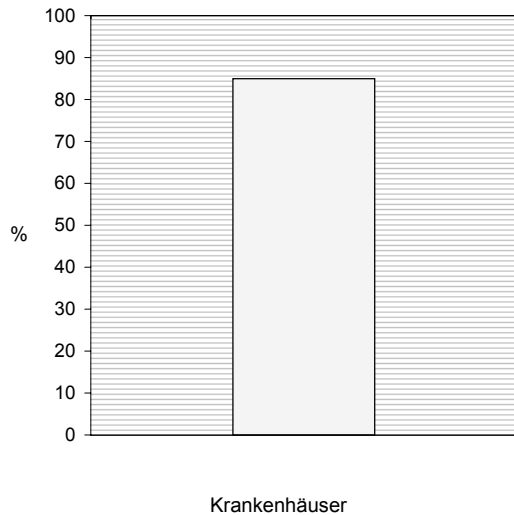
Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden und absoluter oder relativer Indikation

28 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,0% - 85,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 85,0%



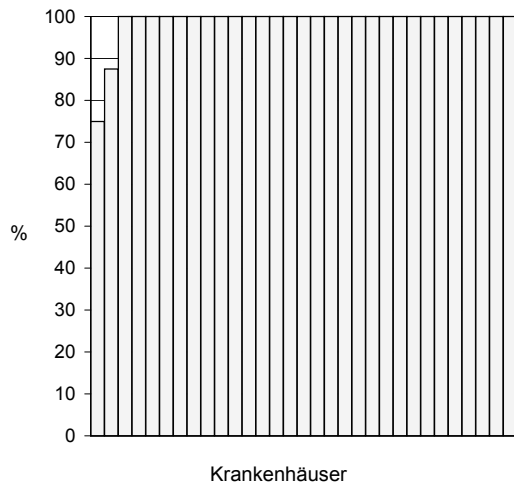
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei Sinusknotensyndrom

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit Sinusknotensyndrom und häufigem Auftreten

Gruppe 2: Patienten mit Sinusknotensyndrom und seltenem Auftreten

bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

Referenzbereich: $\geq 90\%$

Systemtyp			Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI			30 / 645 4,65%	19 / 546 3,5
VVI			68 / 645 10,54%	79 / 546 14,5
DDD frequenzvariabel			491 / 645 76,12%	416 / 546 76,2
DDD nicht frequenzvariabel			56 / 645 8,68%	31 / 546 5,7
VDD			0 / 645 0,00%	1 / 546 0,2

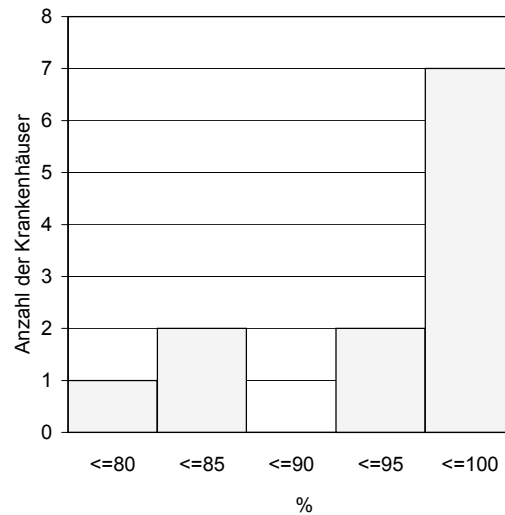
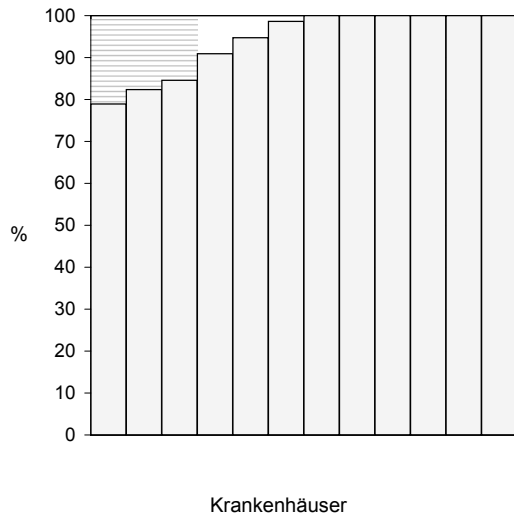
	optimal
	akzeptabel
	ungeeignet

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

Summe			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel			1.122 / 1.191	94,21%
Vertrauensbereich				92,7% - 95,5%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$
ungeeignet			69 / 1.191	5,79%

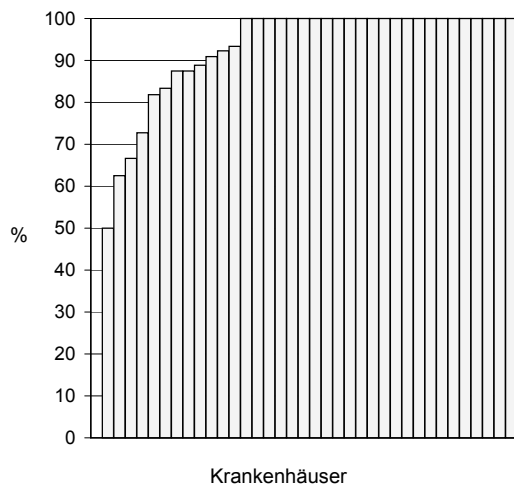
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.9]:
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei SSS
11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 78,9% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 99,3%



12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



37 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Systemwahl bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)

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

Referenzbereich: $\geq 90\%$

Systemtyp			Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI			10 / 443 2,26%	1 / 163 0,6
VVI			193 / 443 43,57%	68 / 163 41,7
DDD frequenzvariabel			196 / 443 44,24%	85 / 163 52,1
DDD nicht frequenzvariabel			42 / 443 9,48%	8 / 163 4,9
VDD			2 / 443 0,45%	1 / 163 0,6

 optimal
 akzeptabel
 ungeeignet

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

Summe			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel			410 / 606	67,66%
Vertrauensbereich				63,8% - 71,4%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$
ungeeignet			196 / 606	32,34%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.10]:

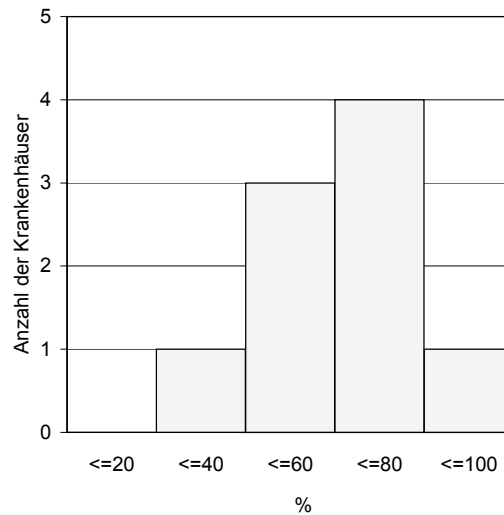
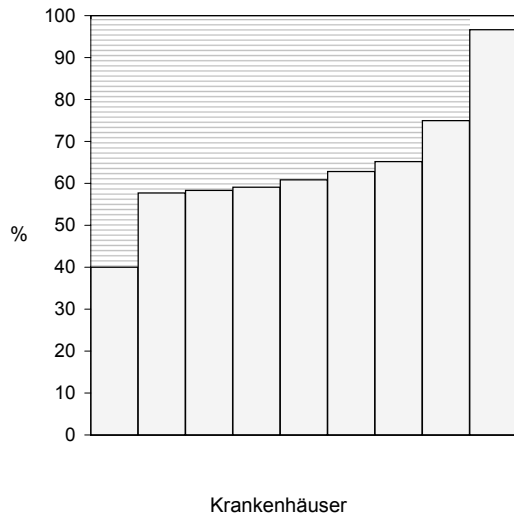
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei BTS

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 40,0% - 96,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 60,9%



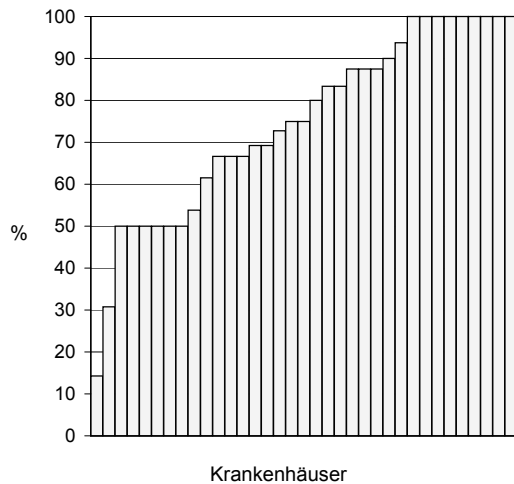
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 14,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



35 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei AV-Block II. oder III. Grades

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach oder AV-Block II. Grades, Typ Mobitz oder AV-Block III. Grades und häufigem Auftreten,

Gruppe 2: Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach oder AV-Block II. Grades, Typ Mobitz oder AV-Block III. Grades und seltenem Auftreten,

bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

Referenzbereich: >= 90%

Systemtyp			Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI			0 / 806 0,00%	0 / 698 0,00%
VVI			91 / 806 11,29%	82 / 698 11,75%
DDD frequenzvariabel			489 / 806 60,67%	436 / 698 62,46%
DDD nicht frequenzvariabel			188 / 806 23,32%	158 / 698 22,64%
VDD			38 / 806 4,71%	22 / 698 3,15%

 optimal
 akzeptabel
 ungeeignet

Grundgesamtheit: Patienten mit AV-Block II. oder III. Grades bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

Summe			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel			1.413 / 1.504	93,95%
Vertrauensbereich				92,6% - 95,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
ungeeignet			91 / 1.504	6,05%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.11]:

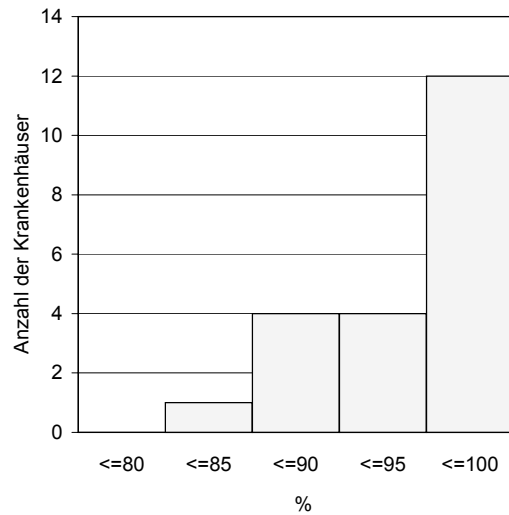
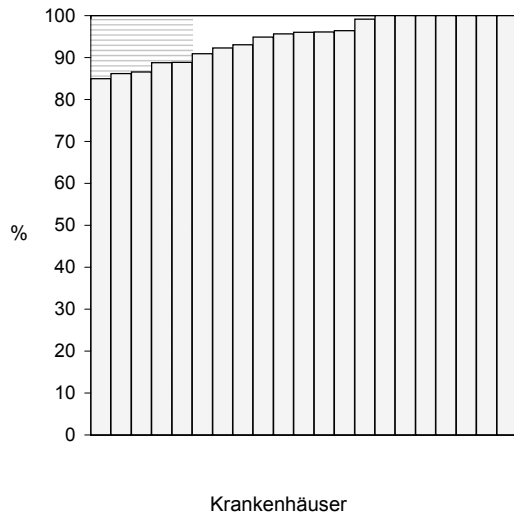
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,0%



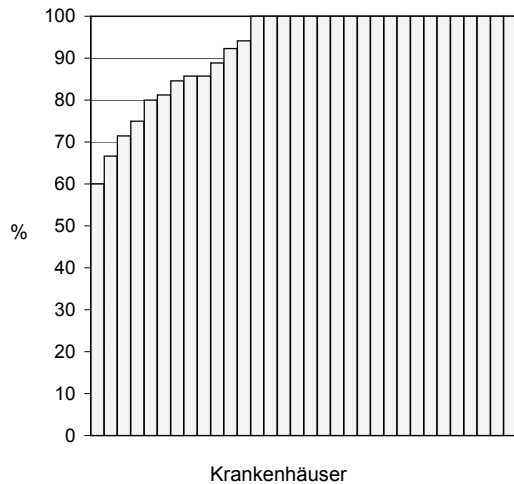
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 60,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



32 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei bradykardem Vorhofflimmern

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

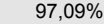
Referenzbereich: $\geq 90\%$

Systemtyp			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AAI			1 / 927	0,11%
VVI frequenzvariabel			675 / 927	72,82%
VVI nicht frequenzvariabel			225 / 927	24,27%
DDD frequenzvariabel			17 / 927	1,83%
DDD nicht frequenzvariabel			8 / 927	0,86%
VDD			1 / 927	0,11%

 optimal

 akzeptabel

 ungeeignet

Summe			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel			900 / 927	 97,09%
Vertrauensbereich				95,8% - 98,1%
Referenzbereich		$\geq 90\%$		$\geq 90\%$
ungeeignet			27 / 927	2,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.12]:

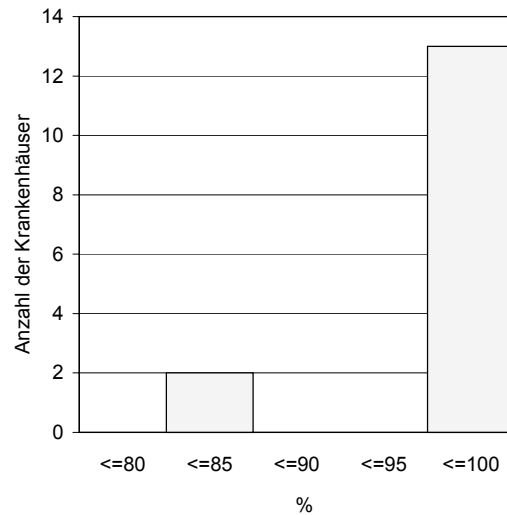
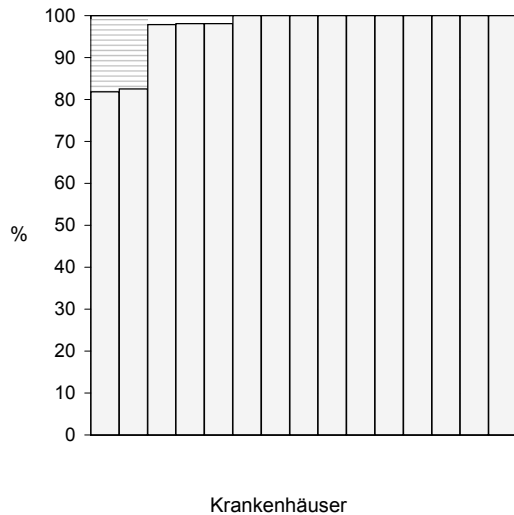
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



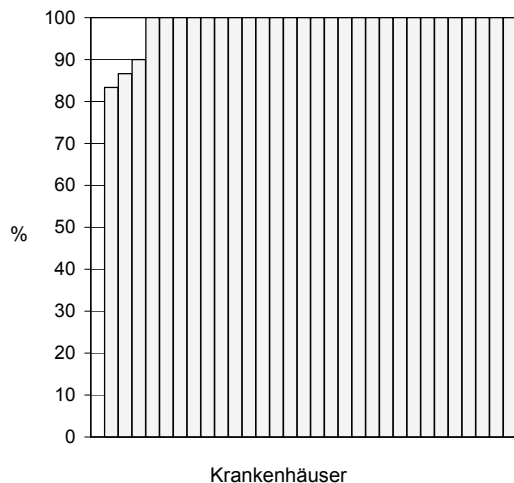
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



31 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden

Qualitätsziel: Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei seltenen EKG-Befunden

Grundgesamtheit: Patienten mit seltenen EKG-Befunden (Binodale Erkrankung, Karotissinussyndrom (CSS), Vasovagales syndrom (VVS)), bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde.

Referenzbereich: $\geq 90,0\%$

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Patienten mit				
optimaler oder akzeptabler Systemauswahl			153 / 177	86,44%
Vertrauensbereich				80,48% - 91,13%%
Referenzbereich		$\geq 90,0\%$		$\geq 90,0\%$
ungeeigneter Systemauswahl			24 / 177	13,56%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.13]:

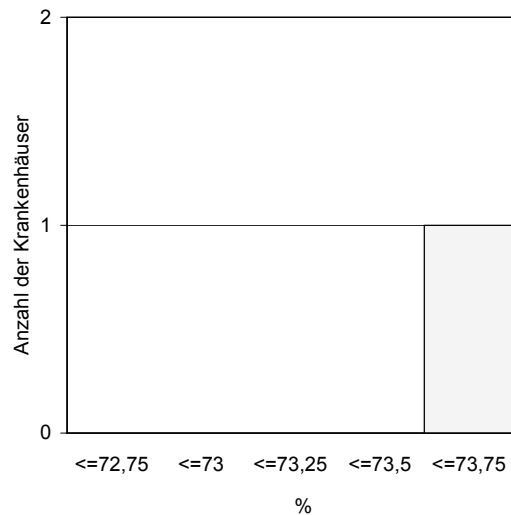
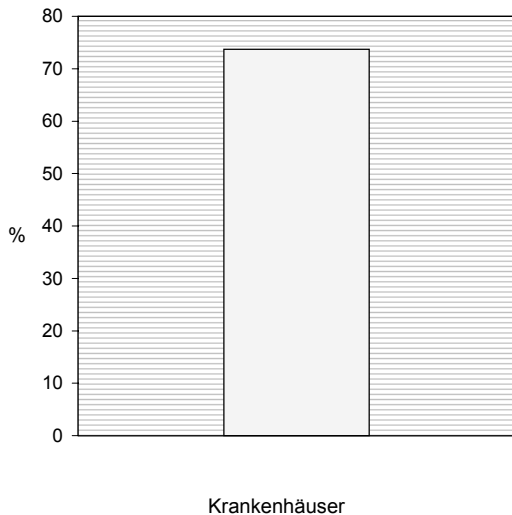
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden

26 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 73,7% - 73,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 73,7%



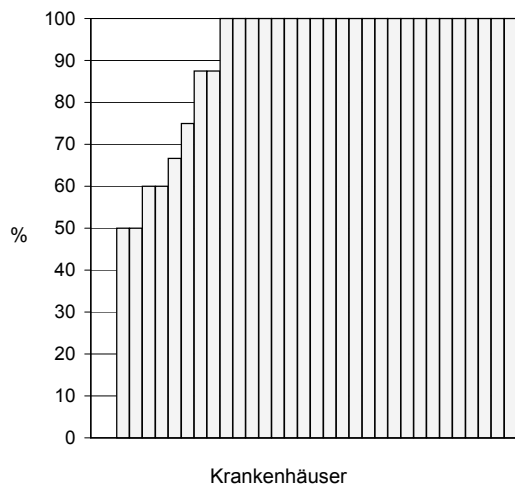
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



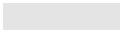
33 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Eingriffsdauer

Qualitätsziel:	Möglichst kurze Eingriffsdauer (Minderung des Infektionsrisikos)				
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer, bei denen eines der Systeme (AAI, VVI, DDD, VDD, biventrikulär) implantiert wurde				
Referenzbereich:	AAI	>= x% (5%-Perzentile, kann nicht bestimmt werden)			
	VVI	>= 67,6% (5%-Perzentile)			
	VDD	>= x% (5%-Perzentile, kann nicht bestimmt werden)			
	DDD	>= 66,2% (5%-Perzentile)			
	biventrikulär	>= x% (5%-Perzentile, kann nicht bestimmt werden)			

Gesamt 2003					
Eingriffsdauer	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min	51 / 61 83,61%	1.361 / 1.571 86,63%	56 / 67 83,58%	1.947 / 2.892 67,32%	4 / 65 6,15%
Vertrauensbereich	71,82% - 91,91%	84,85% - 88,28%	72,44% - 91,56%		
Referenzbereich	>= x%	>= 67,6%	>= x%		
61 bis 90 min	9 / 61 14,75%	147 / 1.571 9,36%	9 / 67 13,43%	668 / 2.892 23,10%	9 / 65 13,85%
Summe bis 90 min				2.615 / 2.892 90,42%	
Vertrauensbereich				89,29% - 91,47%	
Referenzbereich				>= 66,2%	
91 bis 120 min	1 / 61 1,64%	45 / 1.571 2,86%	1 / 67 1,49%	195 / 2.892 6,74%	6 / 65 9,23%
121 bis 240 min	0 / 61 0,00%	15 / 1.571 0,95%	1 / 67 1,49%	78 / 2.892 2,70%	34 / 65 52,31%
Summe bis 240 min					53 / 65 81,54%
Vertrauensbereich				69,90% - 90,13%	
Referenzbereich				>= x%	
>240 min	0 / 61 0,00%	3 / 1.571 0,19%	0 / 67 0,00%	4 / 2.892 0,14%	12 / 65 18,46%
Median	44,0	35,0	38,0	50,0	155,0

Eingriffsdauer	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	$\geq x\%$	$\geq 67,6\%$	$\geq x\%$		
61 bis 90 min			$\geq x\%$		
Summe bis 90 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				$\geq 66,2\%$	
91 bis 120 min					
121 bis 240 min					
Summe bis 240 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich					$\geq x\%$
>240 min					
Median					

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.14]:

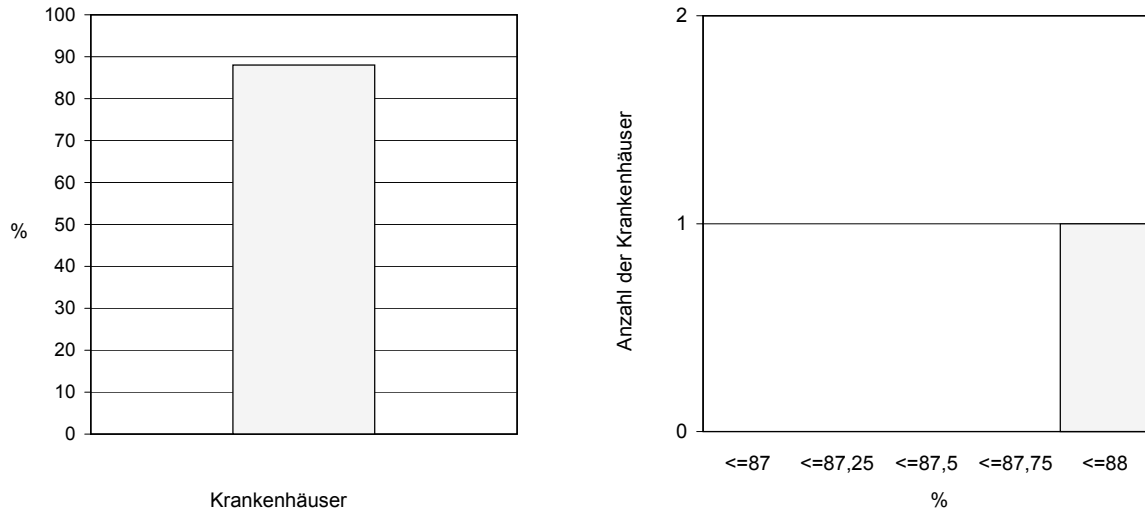
Anteil Eingriffsdauer bei AAI bis 60 min

47 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 88,0% - 88,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 88,0%

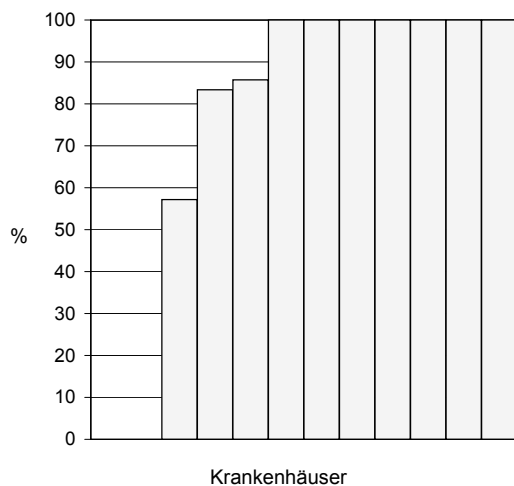


1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.15]:

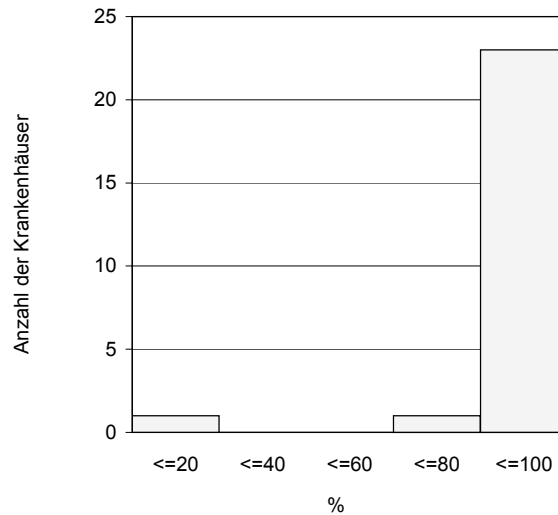
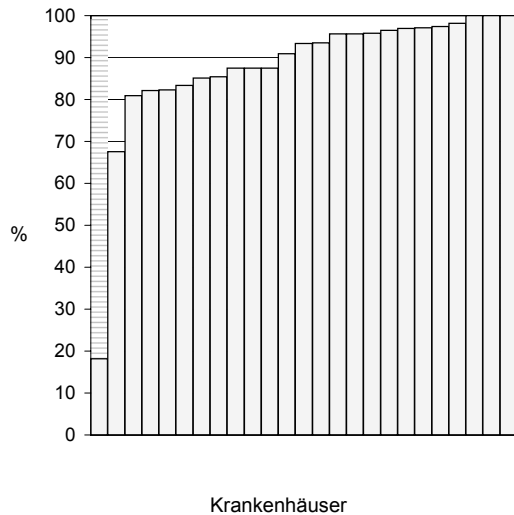
Anteil Eingriffsdauer bei VVI bis 60 min

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 18,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,3%



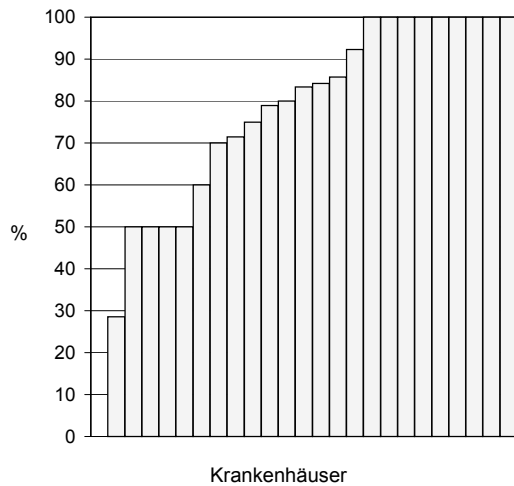
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 83,3%



25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.16]:

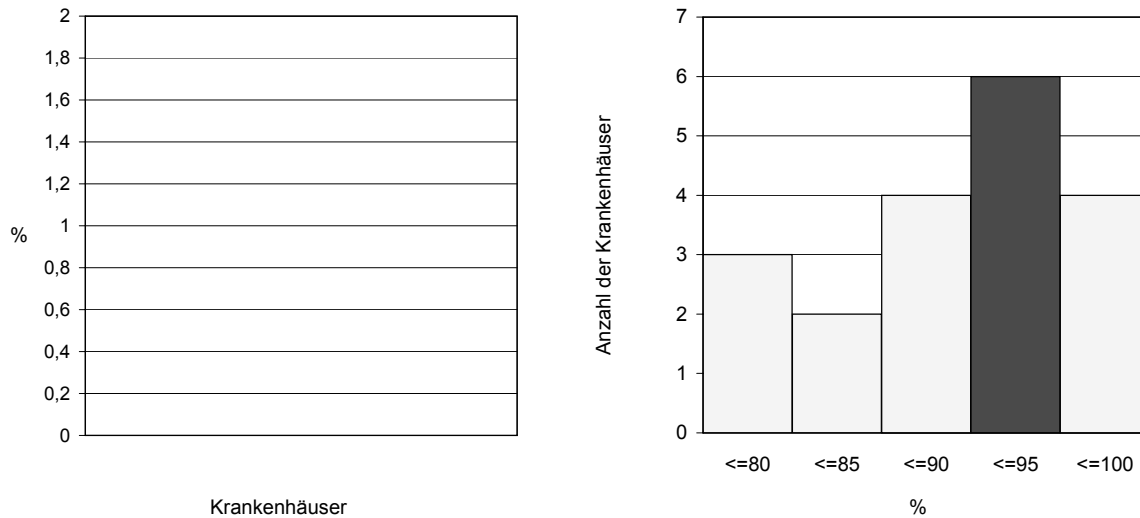
Anteil Eingriffsdauer bei VDD bis 60 min

43 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:

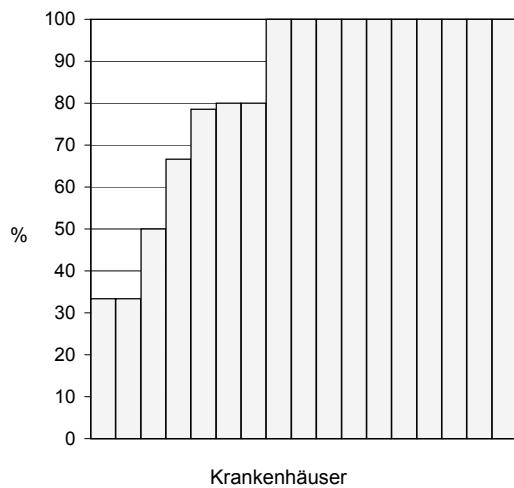


0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.17]:

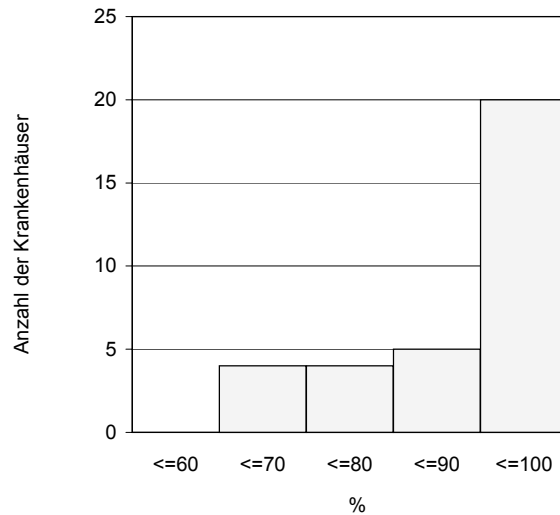
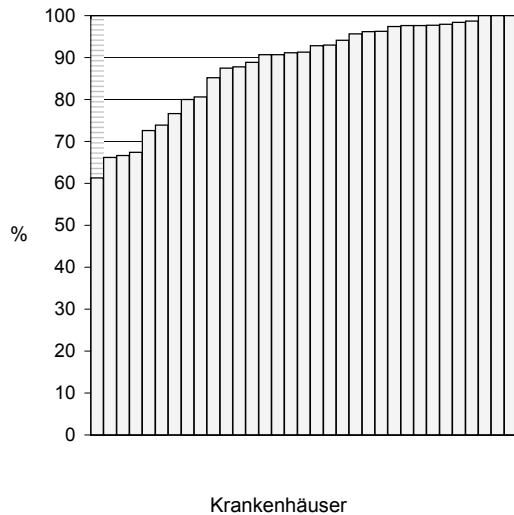
Anteil Eingriffsdauer bei DDD bis 90 min

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 61,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,3%



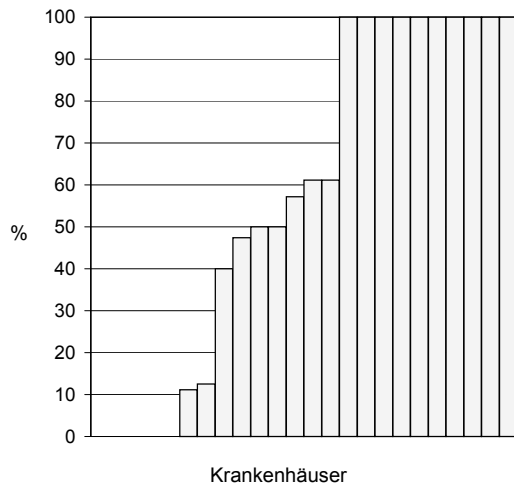
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 59,1%



24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.18]:

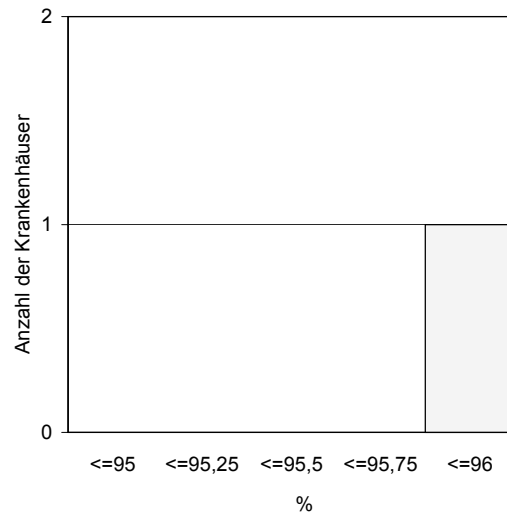
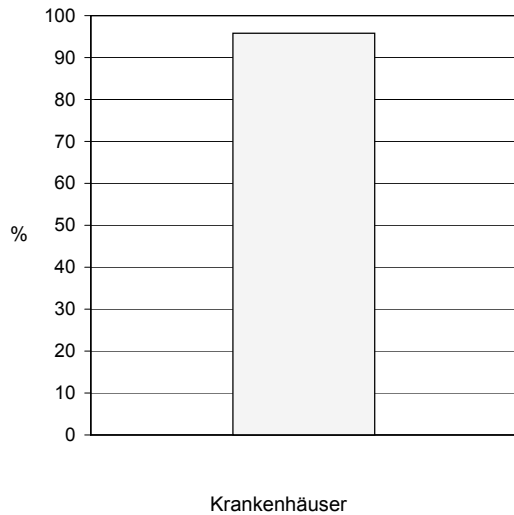
Anteil Eingriffsdauer bei biventrikulären Systemen bis 240 min

47 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 95,8% - 95,8%

Median der Krankenhauseergebnisse: 95,8%



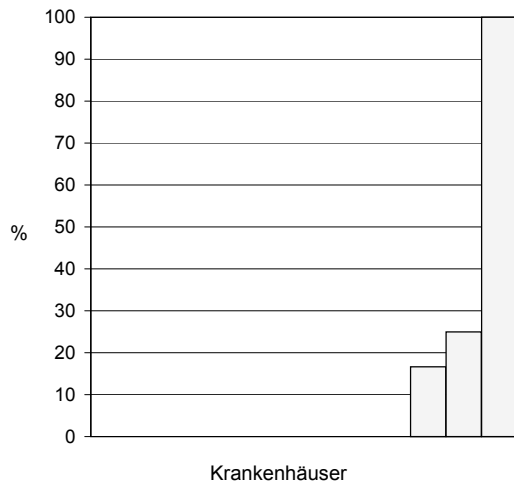
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel: Möglichst niedriges Flächendosisprodukt

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

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2003				
Einheit: cGy*cm ²	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
Anzahl Fälle	27	481	34	736	18
Median	234,0	465,0	842,5	778,5	712,5
75-Perzentile	484	1490	1359	2125	10300
Referenzbereich	<= x	<= x	<= x	<= x	<= x
95-Perzentile	2160	15381	2843	15715	19404

Einheit: cGy*cm ²	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
Anzahl Fälle					
Median					
75-Perzentile					
Referenzbereich	<= x	<= x	<= x	<= x	<= x
95-Perzentile					

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 19]:

75-Perzentile bei AAI

59 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 309,0 cGy*cm² - 309,0 cGy*cm²

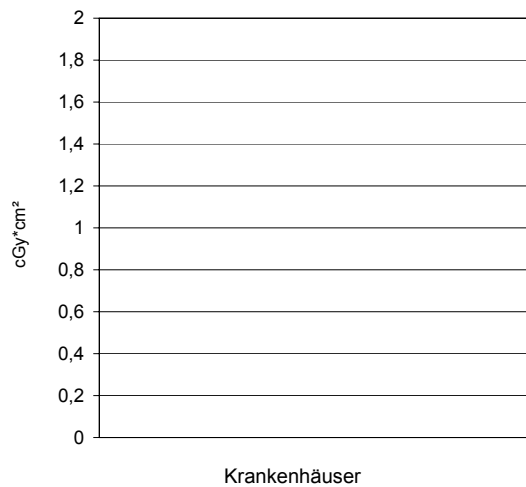
Median der Krankenhausergebnisse: 309,0 cGy*cm²

1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



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

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.20]:

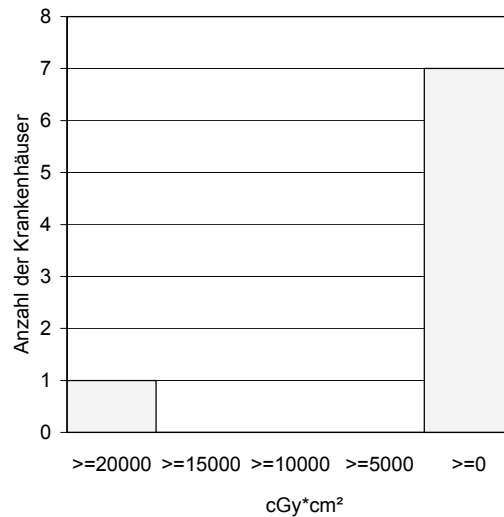
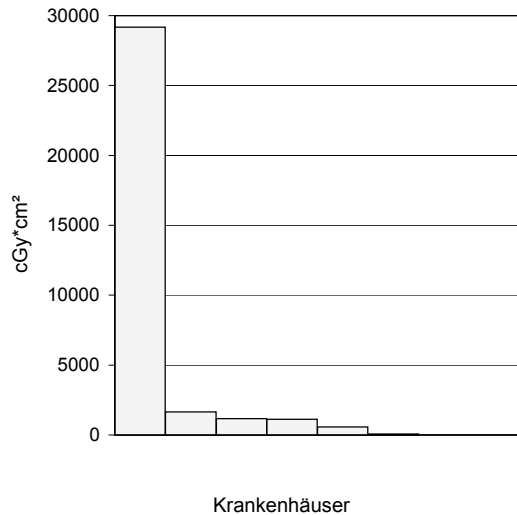
75- Perzentile bei VVI

47 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 8,5 cGy*cm² - 29.177,0 cGy*cm²

Median der Krankenhauseergebnisse: 838,5 cGy*cm²



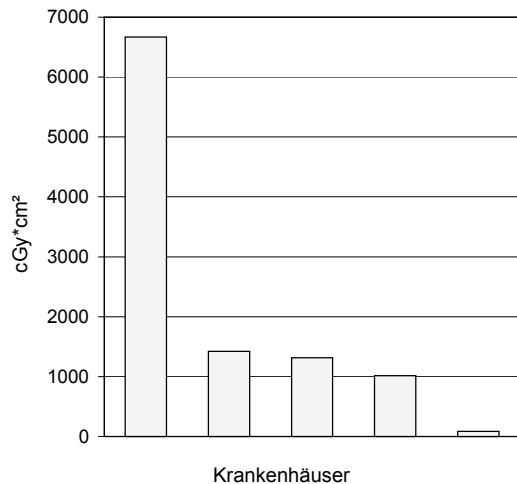
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 86,0 cGy*cm² - 6.671,0 cGy*cm²

Median der Krankenhauseergebnisse: 1.315,0 cGy*cm²



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 21]:

75- Perzentile bei VDD

57 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

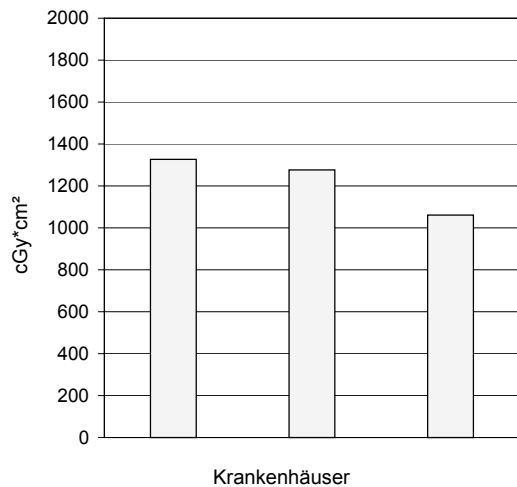
Median der Krankenhausergebnisse:

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1.061,0 cGy*cm² - 1.327,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 1.277,0 cGy*cm²



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.22]:

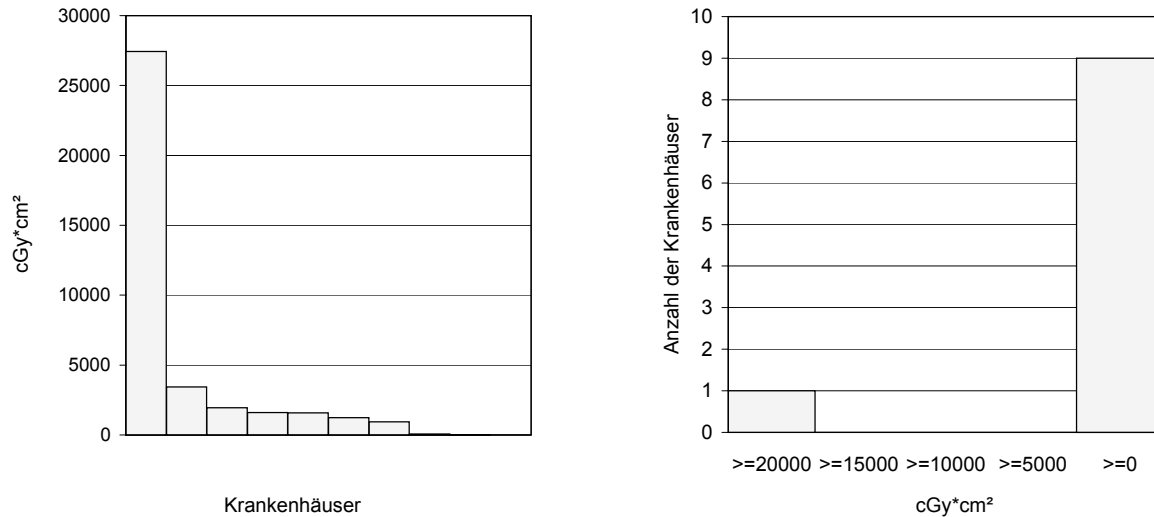
75- Perzentile bei DDD

46 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 8,0 cGy*cm² - 27.431,0 cGy*cm²

Median der Krankenhauseergebnisse: 1.409,5 cGy*cm²



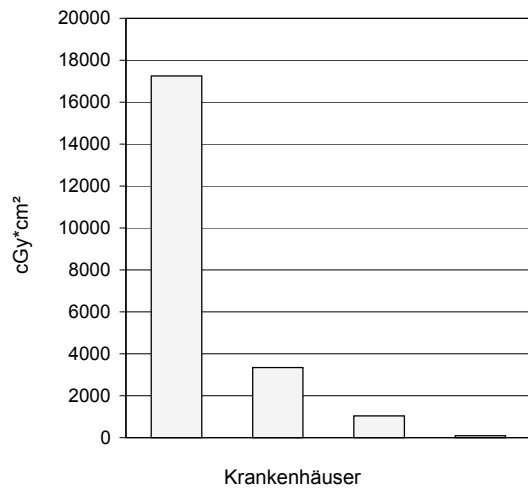
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 85,0 cGy*cm² - 17.248,0 cGy*cm²

Median der Krankenhauseergebnisse: 2.187,5 cGy*cm²



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 23]:

75- Perzentile bei biventrikulären Systemen

58 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

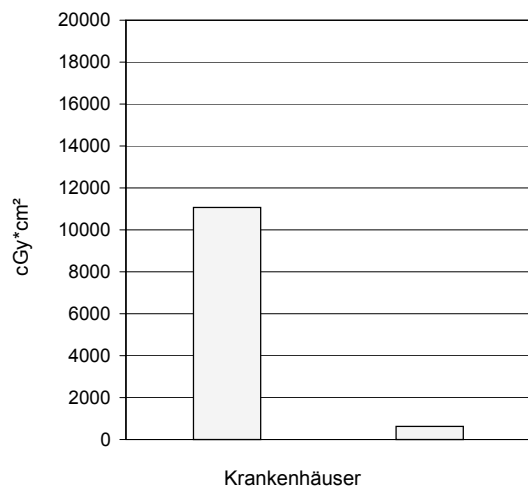
Median der Krankenhausergebnisse:

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 628,0 cGy*cm² - 11.065,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 5.846,5 cGy*cm²



2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Durchleuchtungszeit

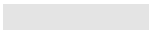
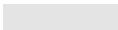
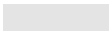
Qualitätsziel: Möglichst kurze Durchleuchtungszeit

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

Referenzbereich:

AAI	>= x% (5%-Perzentile, kann nicht bestimmt werden)
VVI	>= 64,0% (5%-Perzentile)
VDD	>= x% (5%-Perzentile, kann nicht bestimmt werden)
DDD	>= 77,4% (5%-Perzentile)

Durchleuchtungs- zeit	Gesamt 2003				
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 3 min	48 / 60 80,00%	1.008 / 1.546 65,20%	36 / 67 53,73%	1.059 / 2.879 36,78%	2 / 51 3,92%
4 bis 6 min	9 / 60 15,00%	306 / 1.546 19,79%	21 / 67 31,34%	880 / 2.879 30,57%	1 / 51 1,96%
7 bis 9 min	2 / 60 3,33%	107 / 1.546 6,92%	5 / 67 7,46%	408 / 2.879 14,17%	3 / 51 5,88%
Summe bis 9 min	59 / 60 98,33%	1.421 / 1.546 91,92%	62 / 67 92,54%		
Vertrauensbereich	90,82% - 100,00%	90,44% - 93,23%	83,32% - 97,60%		
Referenzbereich	>= x%	>= 64,0%	>= x%		
10 bis 12 min	0 / 60 0,00%	60 / 1.546 3,88%	0 / 67 0,00%	228 / 2.879 7,92%	4 / 51 7,84%
13 bis 18 min	0 / 60 0,00%	34 / 1.546 2,20%	4 / 67 5,97%	162 / 2.879 5,63%	8 / 51 15,69%
Summe bis 18 min				2.737 / 2.879 95,07%	
Vertrauensbereich				94,21% - 95,83%	
Referenzbereich				>= 77,4%	
19 bis 24 min	1 / 60 1,67%	11 / 1.546 0,71%	1 / 67 1,49%	71 / 2.879 2,47%	5 / 51 9,80%
> 24 min	0 / 60 0,00%	20 / 1.546 1,29%	0 / 67 0,00%	71 / 2.879 2,47%	28 / 51 54,90%
Summe	60 / 4.603	1.546 / 4.603	67 / 4.603	2.879 / 4.603	51 / 4.603
Median	2,0	2,0	3,0	5,0	33,0

Durchleuchtungs- zeit	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 3 min					
4 bis 6 min					
7 bis 9 min					
Summe bis 9 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	$\geq x\%$	$\geq 64,0\%$	$\geq x\%$		
10 bis 12 min					
13 bis 18 min					
Summe bis 18 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				$\geq 77,4\%$	
19 bis 24 min					
> 24 min					
Summe					
Median					

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 24]:

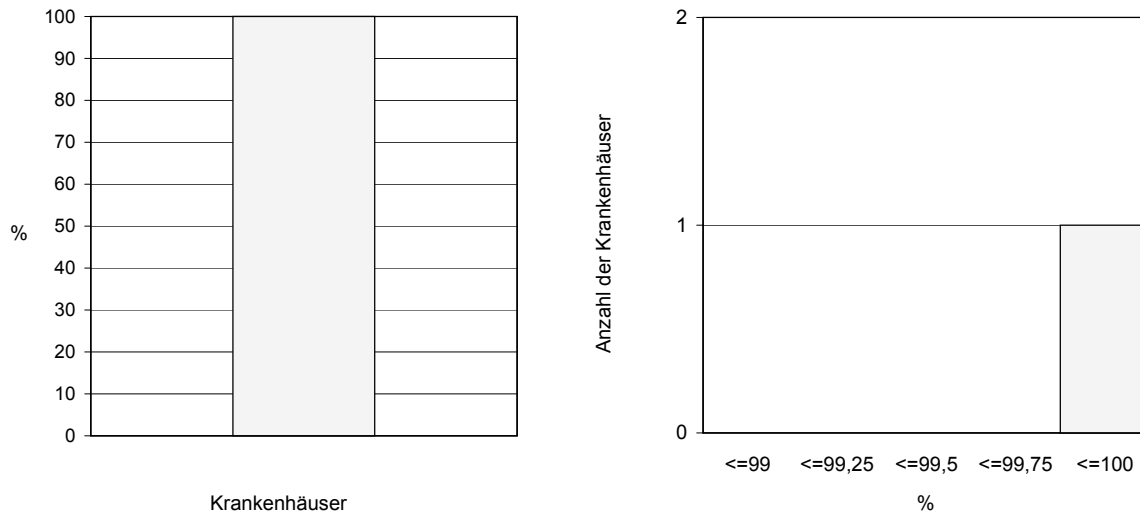
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei AAI

47 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



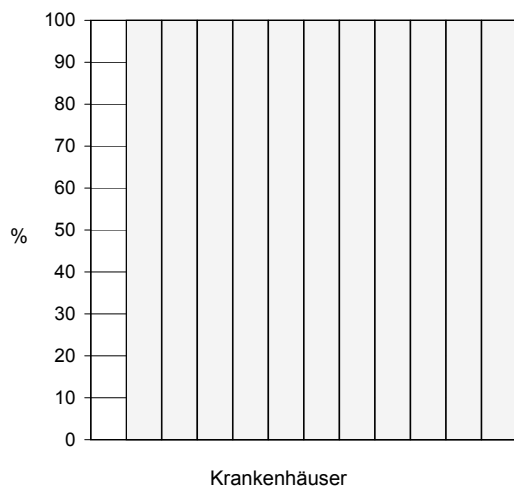
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.25]:

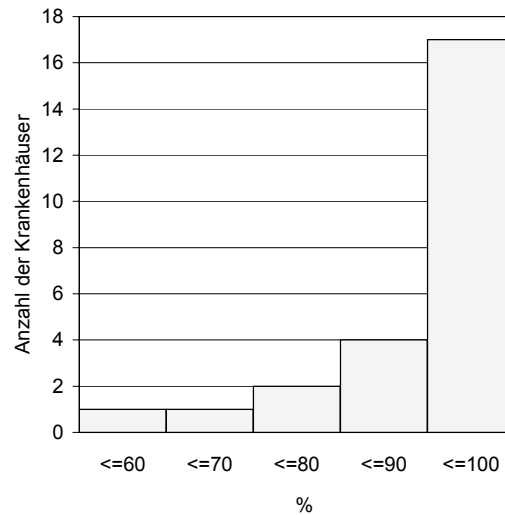
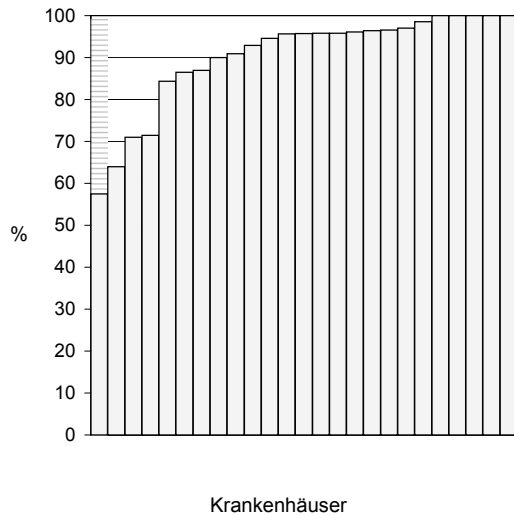
Anteil der Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VVI

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 57,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,7%



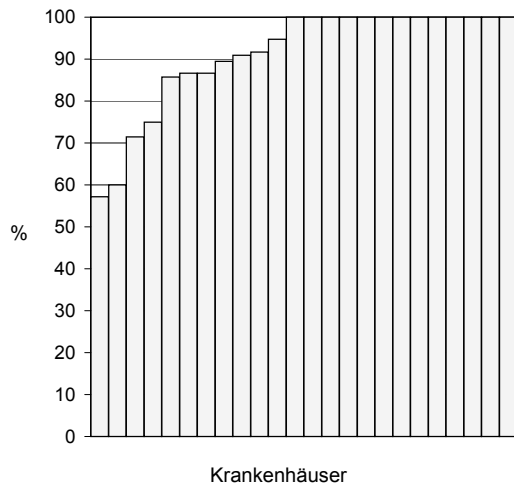
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 57,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 26]:

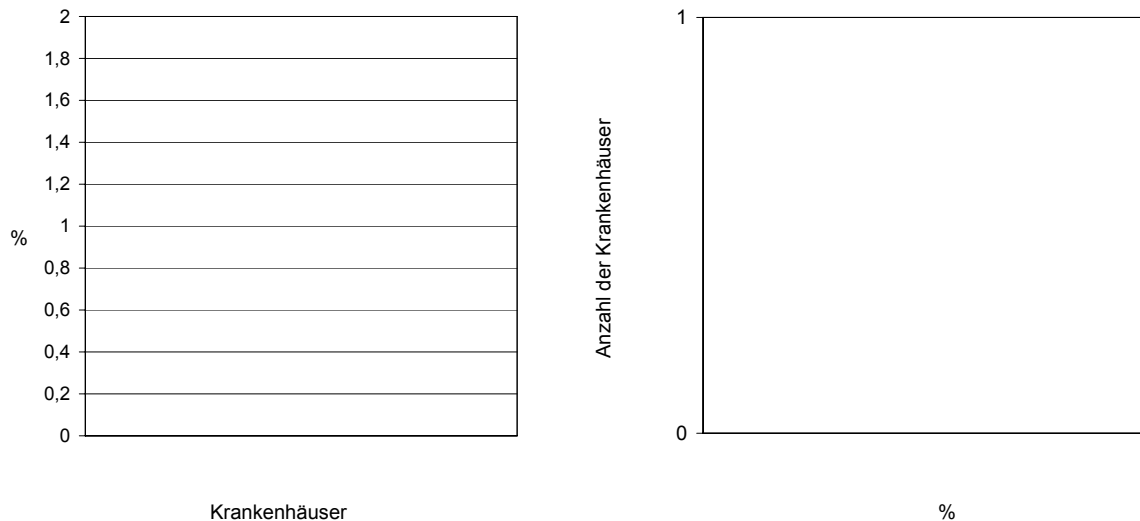
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VDD

43 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:

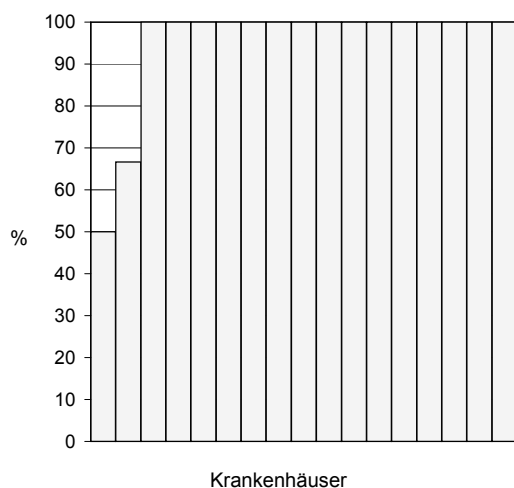


0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 27]:

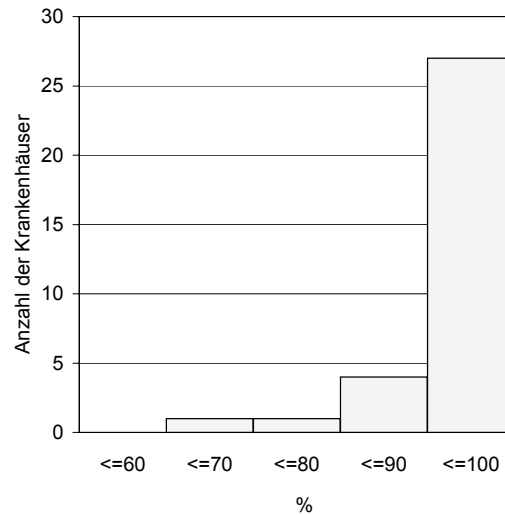
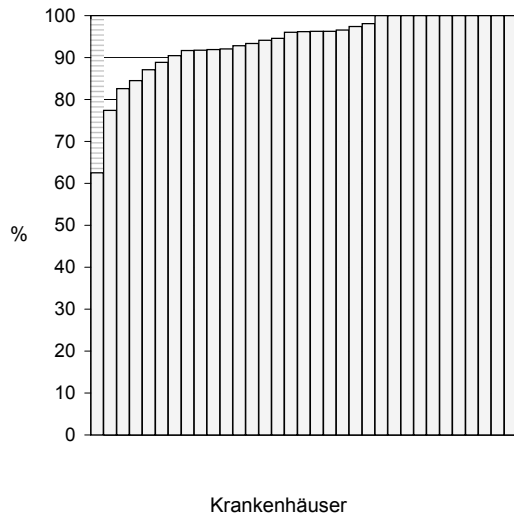
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min bei DDD

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 62,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,2%



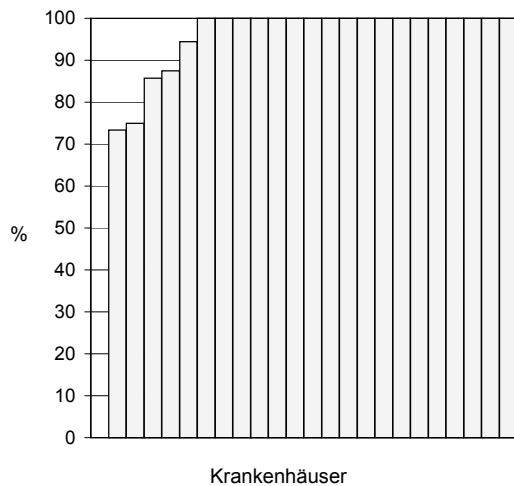
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Möglichst wenige perioperative Komplikationen	
Grundgesamtheit:	Alle Patienten	
Referenzbereich:	mindestens eine Komplikation:	Kein Referenzbereich festgelegt.
	Sondendislokation Vorhof:	$\leq 3\%$
	Sondendislokation Ventrikel:	$\leq 3\%$
	Pneumothorax mit erforderlicher Drainage:	$<2\%$
	Taschenhämatom:	$<1\%$
	Wundinfektion mit erforderlicher Revision:	$<1\%$

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			191 / 4.666	4,09%
Vertrauensbereich			3,54% - 4,70%	
Referenzbereich		< x%	< x%	
Patienten mit Arrhythmien				
(Asystolie o. Kammerflimmern o. Vorhofflimmern)			34 / 4.666	0,73%
Asystolie			16 / 4.666	0,34%
Kammerflimmern			2 / 4.666	0,04%
Vorhofflimmern			16 / 4.666	0,34%
Patienten mit chirurg. Komplikationen				
			68 / 4.666	1,46%
Pneumothorax ohne erforderliche Drainage			11 / 4.666	0,24%
Pneumothorax mit erforderlicher Drainage			11 / 4.666	0,24%
Vertrauensbereich			0,1% - 0,4%	
Referenzbereich		<2%	<2%	
Herzbeuteltamponade			1 / 4.666	0,02%
Taschenhämatom			42 / 4.666	0,90%
Vertrauensbereich			0,6% - 1,2%	
Referenzbereich		<1%	<1%	
Hämatothorax			0 / 4.666	0,00%
Wundinfektion ohne erforderliche Revision			2 / 4.666	0,04%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision			2 / 4.666	0,04%
Vertrauensbereich			0,0% - 0,2%	
Referenzbereich		<1%	<1%	
Patienten mit Sondendislokation				
			76 / 4.666	1,63%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implanterter Vorhofsonde			43 / 3.032	1,42%
Vertrauensbereich			1,0% - 1,9%	
Referenzbereich		<= 3%	<= 3%	
Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde			33 / 4.604	0,72%
Vertrauensbereich			0,5% - 1,0%	
Referenzbereich		<= 3%	<= 3%	

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Reanimation			6 / 4.666	0,13%
Patienten mit Tod (Entlassungsgrund Tod)			64 / 4.666	1,37%
im Zusammenhang mit dem Eingriff o. der zugrunde liegenden Rhythmusstörung*			3 / 4.653	0,06%
bei SM-Dysfunktion oder Sondendysfunktion			0 / 4.666	0,00%

* Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.28]:

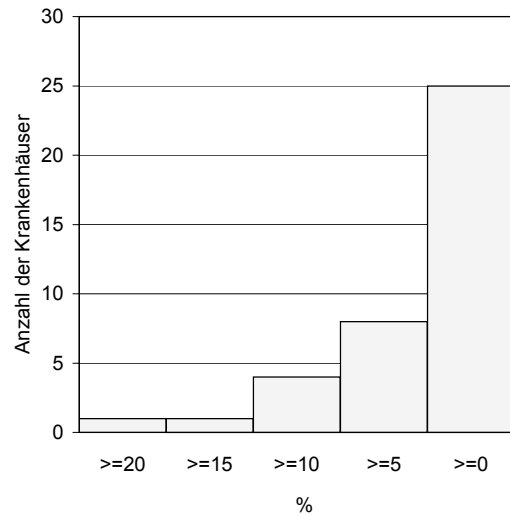
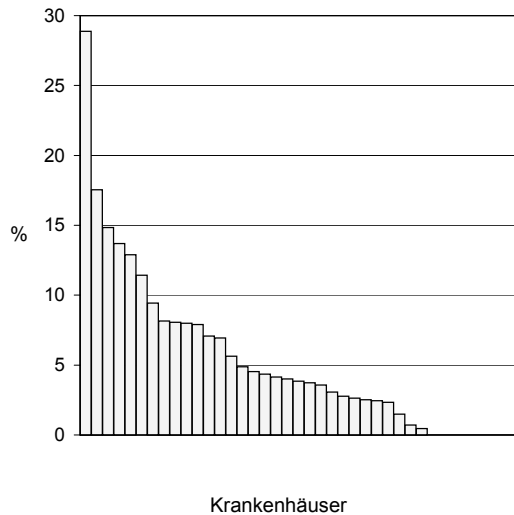
Anteil Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 28,9%

Median der Krankenhauseergebnisse: 3,8%



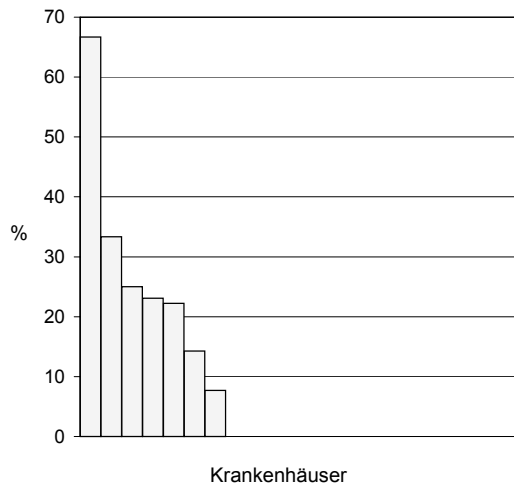
39 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 66,7%

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr.29]:

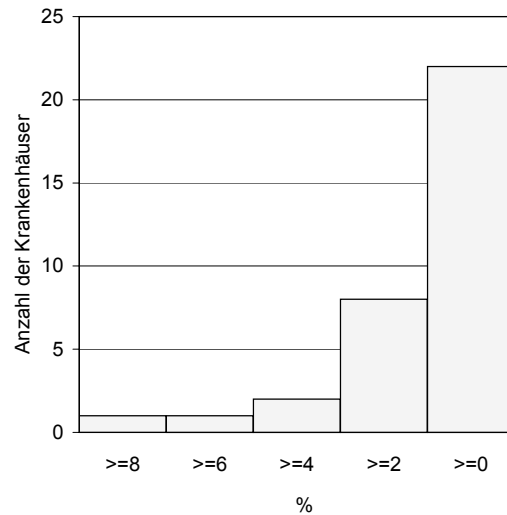
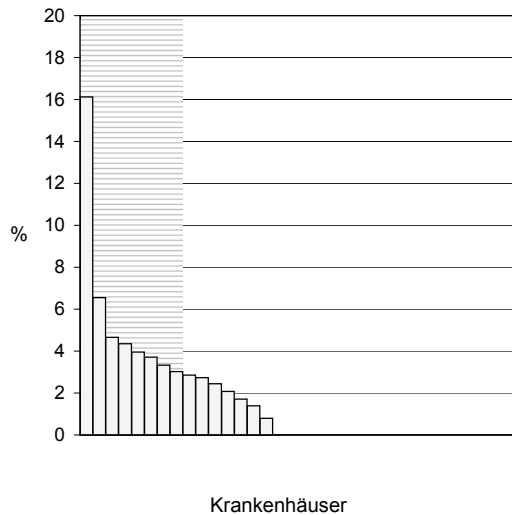
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Vorhofsonde

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 16,1%

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



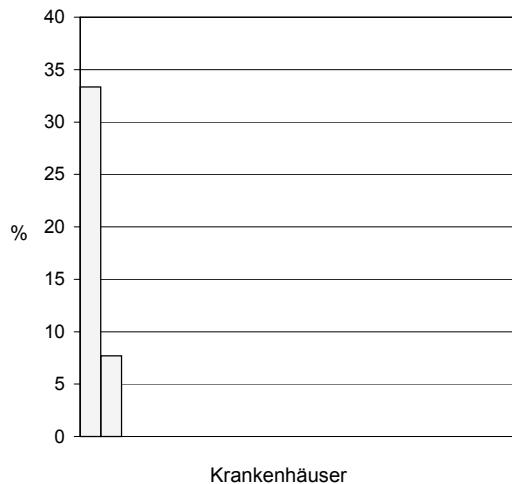
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.30]:

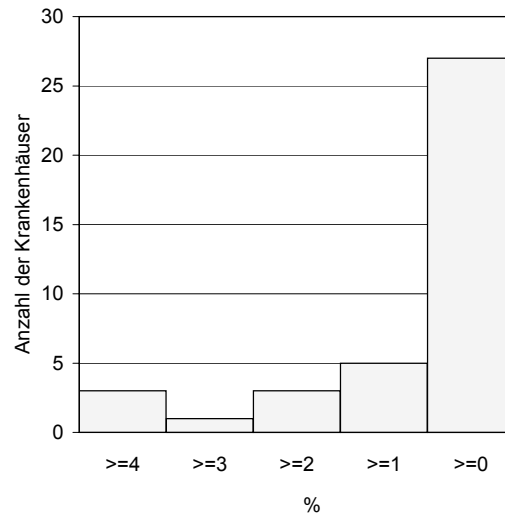
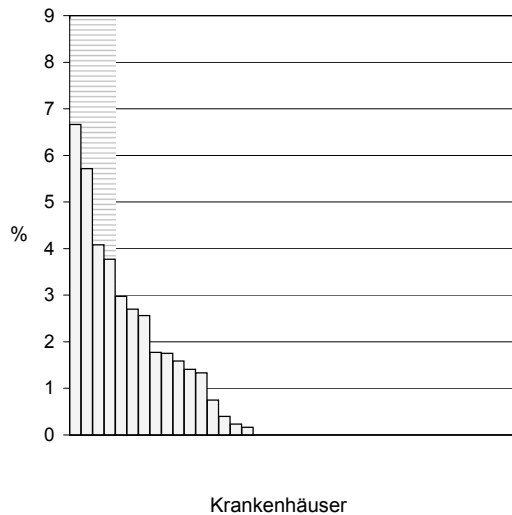
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



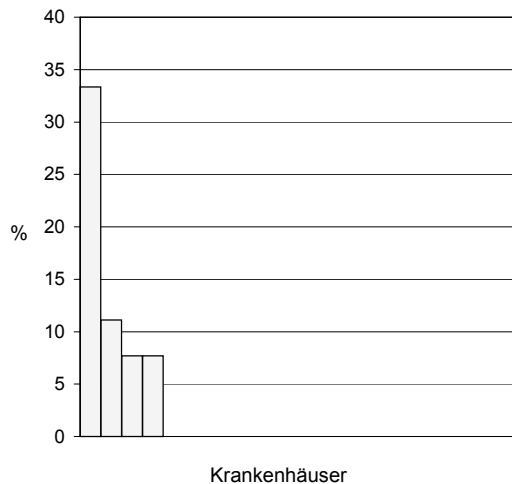
39 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reizschwellenhöhe

Qualitätsziel: Immer möglichst niedrige Reizschwellen

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Vorhofsonden mit gültiger Reizschwelle außer bei Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern

Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden mit gültiger Reizschwelle

Referenzbereich: Gruppe 1 $\geq 84,1\%$ (5%-Perzentile)
Gruppe 2 $\geq 88,0\%$ (5%-Perzentile)

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden mit Reizschwelle $\leq 1,5V$			2.678 / 2.866	93,44%
Vertrauensbereich				92,47% - 94,32%
Referenzbereich		$\geq 84,1\%$		$\geq 84,1\%$
Gruppe 2				
Ventrikelsonden mit Reizschwelle $\leq 1V$			4.517 / 4.639	97,37%
Vertrauensbereich				96,87% - 97,81%
Referenzbereich		$\geq 88,0\%$		$\geq 88,0\%$

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.31]:

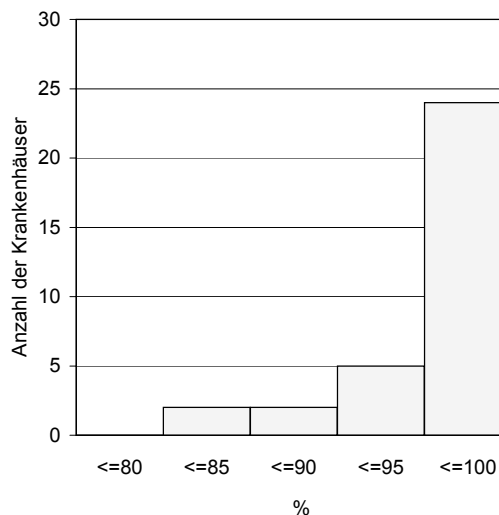
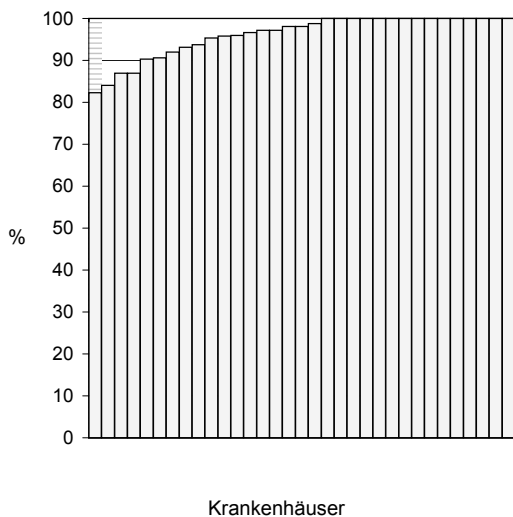
Anteil Vorhofsonden mit Reizschwelle bis 1,5V (kein perioperatives Vorhofflimmern)

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 82,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,1%



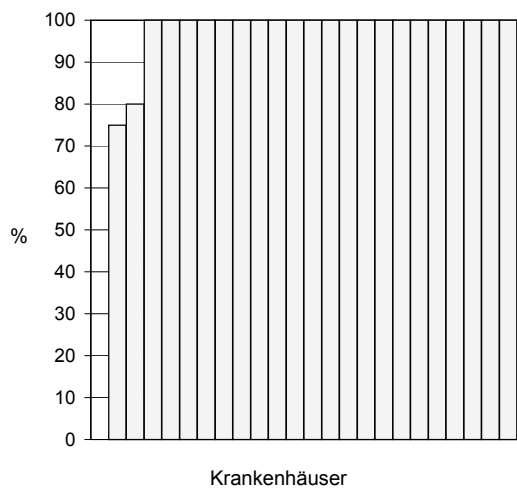
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.32]:

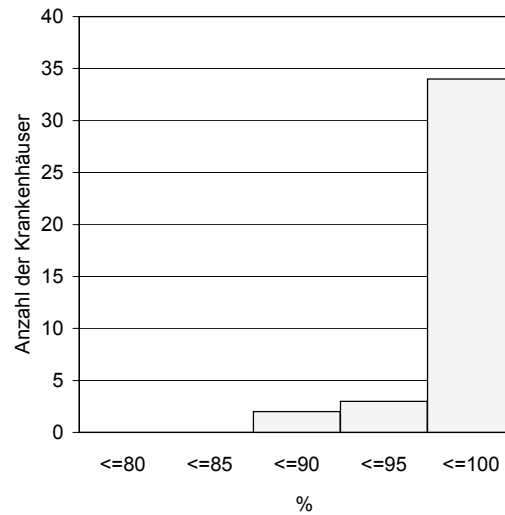
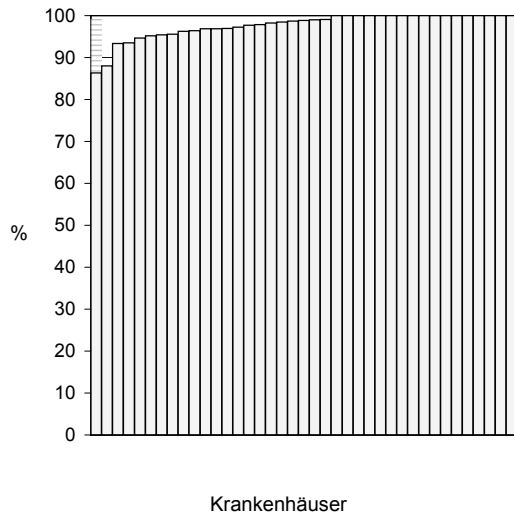
Anteil Ventrikelsonden mit Reizschwelle $\leq 1V$

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 86,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,8%



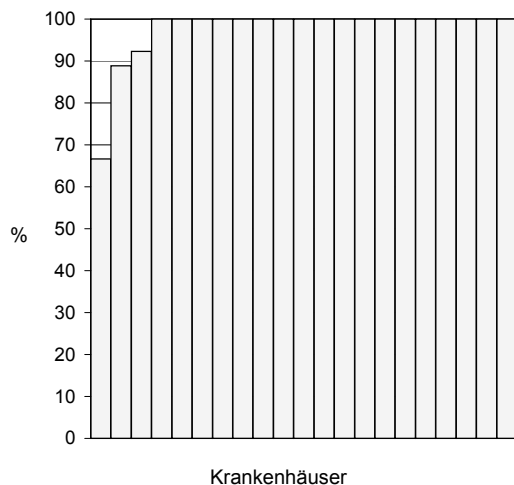
39 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intrakardiale Signalamplituden

Qualitätsziel: Möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Vorhofsonden mit gültiger Amplitude außer VDD-Sonden

Gruppe 2: Alle Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude außer bei Patienten mit SM-Abhängigkeit

Referenzbereich: $\geq 80\%$ Gruppe 1
 $\geq 90\%$ Gruppe 2

	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonden				
mit Amplitude $\geq 1,5$ mV			2.557 / 2.947	86,77%
Vertrauensbereich			85,49% - 87,97%	
Referenzbereich		$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	
Gruppe 2				
Ventrikelsonden				
mit Amplitude ≥ 4 mV			3.521 / 3.576	98,46%
Vertrauensbereich			98,00% - 98,84%	
Referenzbereich		$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.33]:

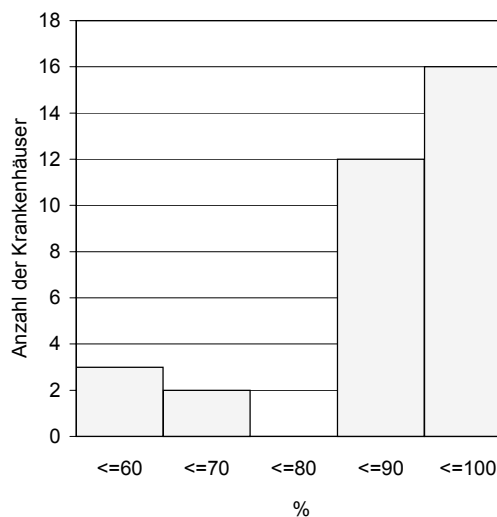
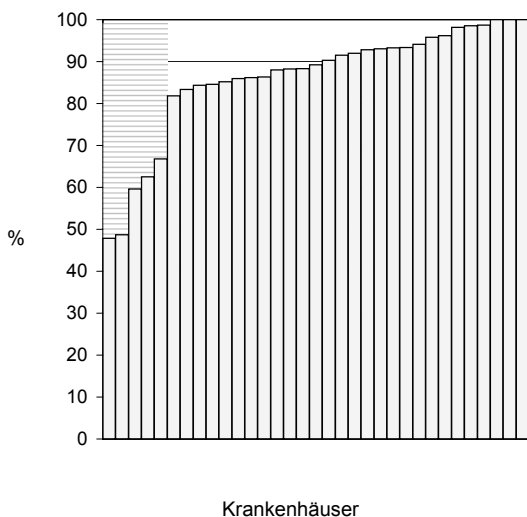
Anteil Vorhofsonden (keine VDD-Sonden) mit Amplitude über 1,5 mV

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 47,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 89,2%



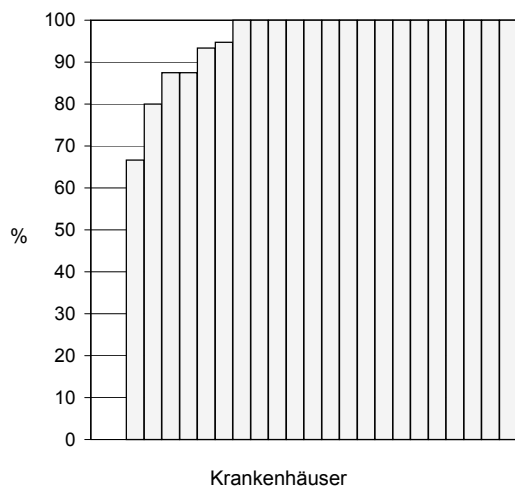
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



24 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.34]:

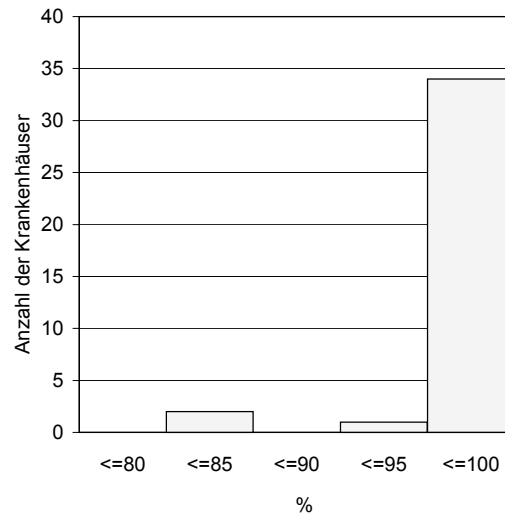
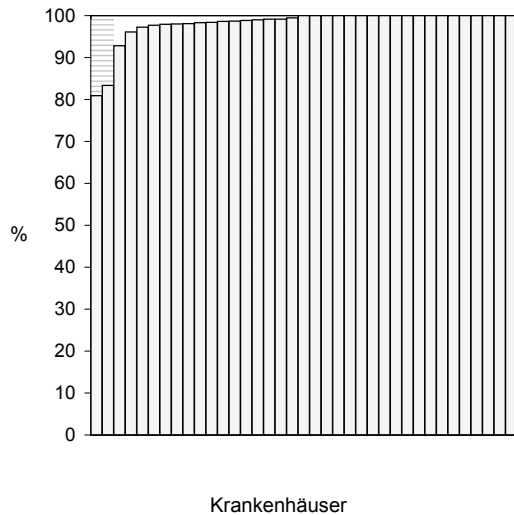
Anteil Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV (keine SM-Abhängigkeit)

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



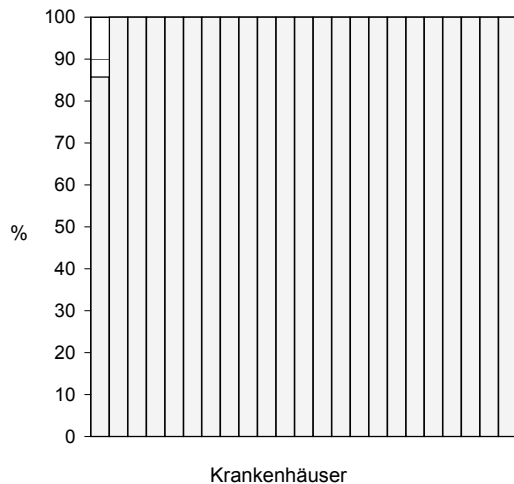
37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



23 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2003
Modul 09/1: Herzschrittmacher-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 60
Auswertungsversion: 28. Mai 2004
Datensatzversionen: 2003 5.0.1 / 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 01. Juni 2004
Nr. Gesamt-1995
2003 - L5790-P10209

Basisdaten

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.153	24,71	573	19,58
2. Quartal			1.163	24,93	762	26,04
3. Quartal			1.171	25,10	802	27,41
4. Quartal			1.179	25,27	789	26,96
Gesamt			4.666	100,00	2.926	100,00

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Versorgungsart						
stationär			4.631	99,25	2.911	99,49
teilstationär			3	0,06	2	0,07
ambulant			32	0,69	13	0,44

Behandlungszeiten

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Verweildauer (in Tagen)						
gültige Angaben			4.439	95,14	2.889	98,73
Median			6,0		7,0	
Mittelwert			7,5		8,3	

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

Diagnosen

	Gesamt 2003			Gesamt 2002		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
Entlassungsdiagnose(n) Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Krankenhaus						
Sick-Sinus-Syndrom				I49.5	1.194	31,08
Vorhofflattern und Vorhofflimmern				I48	956	24,88
Atrioventrikulärer Block 3. Grades				I44.2	808	21,03
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	404	10,52
Atrioventrikulärer Block 2. Grades				I44.1	400	10,41
Synkope und Kollaps				R55	190	4,95
Atherosklerotische Herzkrankheit: Natürliche Koronararterie				I25.11	175	4,55
				I45.5	129	3,36

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

Patienten

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
gültige Altersangabe			4.661		2.925	
< 20			11 / 4.661	0,24	0 / 2.925	0,00
20 - 39			35 / 4.661	0,75	20 / 2.925	0,68
40 - 59			251 / 4.661	5,38	149 / 2.925	5,09
60 - 79			2.787 / 4.661	59,79	1.678 / 2.925	57,37
>= 80			1.577 / 4.661	33,83	1.078 / 2.925	36,85
Alter (Jahre)						
Anzahl der Patienten			4.661		2.925	
Median			76,0		76,0	
Mittelwert			74,8		75,4	
Geschlecht						
männlich			2.327	49,87	1.453	49,66
weiblich			2.339	50,13	1.473	50,34

Präoperative Anamnese/Klinik

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeinzustand						
1 = normal aktiv, versorgt sich selbst			2.636	56,49	1.511	51,64
2 = leicht eingeschränkt, benötigt gelegentlich fremde Hilfe			1.501	32,17	1.085	37,08
3 = deutlich eingeschränkt, benötigt ständig fremde Hilfe			459	9,84	277	9,47
4 = bettlägerig			70	1,50	53	1,81
(Mehrfachnennungen möglich)						
Synkope			1.814	38,88	1.042	35,61
Präsynkope/Schwindel			2.167	46,44	1.487	50,82
Herzinsuffizienz			1.685	36,11	1.368	46,75
bradykarde Herzinsuffizienz			1.363	29,21	939	32,09
Ablation			66	1,41	24	0,82
Prophylaktische Indikation bei asymptomatischem Patienten			93	1,99	113	3,86
Sonstiges			265	5,68	172	5,88

Präoperative Diagnostik

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Führender EKG-Befund zur Schrittmacherindikation				
kein führender EKG-Befund	24	0,51	5	0,17
AV-Block I	20	0,43	18	0,61
AV-Block II Wenckebach	77	1,65	45	1,54
AV-Block II Mobitz	439	9,41	318	10,87
AV-Block III	1.000	21,43	563	19,24
Bifaszikulärer Block	63	1,35	41	1,40
Sinusknoten-Syndrom (SSS)	1.191	25,52	649	22,18
Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS)	611	13,10	457	15,62
Bradykardes Vorhofflimmern	929	19,91	622	21,26
Karotissinussyndrom (CSS)	34	0,73	30	1,02
Vasovagales Syndrom (VVS)	11	0,24	13	0,44
Binodale Erkrankung	138	2,96	109	3,73
sonstiger führender EKG-Befund	129	2,77	56	1,91
Häufigkeit des Auftretens				
häufig/permanent	2.890	61,94	1.939	66,27
selten/intermittierend	1.752	37,55	982	33,56
Zusätzliche Angaben				
Provokationstest	164 / 4.666	3,52	148 / 2.926	5,06
Wenn Provokationstest:				
Ergebnis des Provokationstests				
Keine Rhythmusstörung	11 / 164	6,71	7 / 148	4,73
Sinusknotenerholungszeit (SKEZ) pathol.	41 / 164	25,00	32 / 148	21,62
Wenckebachpunkt pathologisch	28 / 164	17,07	28 / 148	18,92
SKEZ und Wenckebachpunkt pathologisch	6 / 164	3,66	15 / 148	10,13
Karotissinusmassage pathologisch	43 / 164	26,22	29 / 148	19,59
Kipptisch positiv	15 / 164	9,15	20 / 148	13,51
HV-Zeit spontan pathologisch	16 / 164	9,76	13 / 148	8,78
HV-Zeit unter Provokation pathologisch	4 / 164	2,44	4 / 148	2,70
Herzinsuffizienz NYHA				
keine	1.873	40,14	866	29,60
Grad I	561	12,02	569	19,45
Grad II	1.434	30,73	911	31,14
Grad III	720	15,43	507	17,33
Grad IV	78	1,67	73	2,50
Schrittmacherabhängigkeit				
(Asystolie von mind. 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min)	1.038	22,25	759	25,94

Operation

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang/Lage des implantierten Systems				
(Mehrfachnennungen möglich)				
V. cephalica	1.303	27,93	911	31,14
V. subclavia	3.557	76,23	2.268	77,51
andere	29	0,62	35	1,20
links	1.035	22,18	251	8,58
rechts	3.639	77,99	2.709	92,58
Art der Anästhesie				
Lokalanästhesie	4.610	98,80	2.901	99,15
Allgemeinanästhesie	56	1,20	25	0,85
Dauer des Eingriffs				
(Schnitt-Nahtzeit in Minuten)				
gültige Angaben (> 0 Min und < 5000 Min.)	4.666		2.926	
Median	45,0		45,0	
Mittelwert	53,0		51,4	
Durchleuchtungszeit (in Minuten)				
gültige Angaben (> 0 Min.)	4.613		2.884	
Median	4,0		4,0	
Mittelwert	7,0		7,3	
Flächendosisprodukt (cGy)*cm²				
gültige Angaben (> 0 cGy*cm²)	1.303		988	
Median	605,0		489,0	
Mittelwert	2956,1		3218,2	

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
Ein-Kammer-System						
VVI			1.571	33,67	979	33,46
AAI			61	1,31	42	1,44
Zwei-Kammer-System						
DDD			2.892	61,98	1.777	60,73
VDD			67	1,44	75	2,56
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde			50	1,07	44	1,50
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde			15	0,32	4	0,14
sonstiges			10	0,21	5	0,17
Frequenzvariabel			3.591	76,96	2.055	70,23
Sonstiges						
nein			4.228	90,61	2.684	91,73
prophylaktische antitachykarde Funktion			189	4,05	118	4,03
therapeutische antitachykarde Funktion			101	2,16	19	0,65
beides			75	1,61	82	2,80
sonstiges			73	1,56	23	0,79
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
NASPE/BPEG-Code (NBL)			3.032 / 4.666	64,98	1.899 / 2.926	64,90
davon:						
unipolar			21 / 3.032	0,69	11 / 1.899	0,58
bipolar			3.007 / 3.032	99,17	1.886 / 1.899	99,31
multipolar			4 / 3.032	0,13	1 / 1.899	0,05
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			2.451 / 3.032	80,84	1.421 / 1.899	74,83
passive Fixation, z.B. Ankersonde			570 / 3.032	18,80	465 / 1.899	24,49
keine Fixation			11 / 3.032	0,36	11 / 1.899	0,58
Polyurethanolisierung			389 / 3.032	12,83	339 / 1.899	17,85
Silikonisierung			2.282 / 3.032	75,26	1.232 / 1.899	64,88
beide Materialien			360 / 3.032	11,87	326 / 1.899	17,17
steroidfreisetzend			2.325 / 3.032	76,68	1.111 / 1.899	58,50
andere Substanz freisetzend			8 / 3.032	0,26	7 / 1.899	0,37
ohne			699 / 3.032	23,05	778 / 1.899	40,97
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			2.876 / 2.876		1.810 / 1.810	
Median			0,8		0,8	
Mittelwert			0,9		0,9	
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			2.983 / 2.983		1.870 / 1.870	
Median			2,7		2,4	
Mittelwert			3,0		2,8	

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
NASPE/BPEG-Code (NBL)			4.604 / 4.666	98,67	2.883 / 2.926	98,53
davon:						
unipolar			1.106 / 4.604	24,02	1.241 / 2.883	43,05
bipolar			3.488 / 4.604	75,76	1.616 / 2.883	56,05
multipolar			10 / 4.604	0,22	26 / 2.883	0,90
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			433 / 4.604	9,40	77 / 2.883	2,67
passive Fixation, z.B. Ankersonde			4.157 / 4.604	90,29	2.791 / 2.883	96,81
keine Fixation			14 / 4.604	0,30	15 / 2.883	0,52
Polyurethanolisierung			493 / 4.604	10,71	395 / 2.883	13,70
Silikonisierung			3.227 / 4.604	70,09	1.937 / 2.883	67,19
beide Materialien			884 / 4.604	19,20	551 / 2.883	19,11
steroidfreisetzend			2.746 / 4.604	59,64	1.304 / 2.883	45,23
andere Substanz freisetzend			27 / 4.604	0,59	10 / 2.883	0,35
ohne			1.831 / 4.604	39,77	1.569 / 2.883	54,42
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			4.575 / 4.575		2.874 / 2.874	
Median			0,4		0,4	
Mittelwert			0,5		0,5	
R-Amplitude (mV)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			4.482 / 4.482		2.818 / 2.818	
Median			12,6		12,9	
Mittelwert			13,6		13,7	
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
NASPE/BPEG-Code (NBL)			3 / 4.666	0,06	2 / 2.926	0,07
davon:						
unipolar			0 / 3	0,00	0 / 2	0,00
bipolar			3 / 3	100,00	2 / 2	100,00
multipolar			0 / 3	0,00	0 / 2	0,00
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			1 / 3	33,33	2 / 2	100,00
passive Fixation, z.B. Ankersonde			1 / 3	33,33	0 / 2	0,00
keine Fixation			1 / 3	33,33	0 / 2	0,00
Polyurethanolisierung			2 / 3	66,67	0 / 2	0,00
Silikonisierung			1 / 3	33,33	2 / 2	100,00
beide Materialien			0 / 3	0,00	0 / 2	0,00
steroidfreisetzend			1 / 3	33,33	0 / 2	0,00
andere Substanz freisetzend			0 / 3	0,00	0 / 2	0,00
ohne			2 / 3	66,67	2 / 2	100,00
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			3 / 3		2 / 2	
Median			1,6		1,1	
Mittelwert			1,4		1,1	
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			3 / 3		2 / 2	
Median			3,8		2,0	
Mittelwert						

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) (Fortsetzung)

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2.Sonde)						
NASPE/BPEG-Code (NBL)			68 / 4.666	1,46	49 / 2.926	1,68
davon:						
unipolar			31 / 68	45,59	23 / 49	46,94
bipolar			37 / 68	54,41	25 / 49	51,02
multipolar			0 / 68	0,00	1 / 49	2,04
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			24 / 68	35,29	2 / 49	4,08
passive Fixation, z.B. Ankersonde			34 / 68	50,00	32 / 49	65,31
keine Fixation			10 / 68	14,71	15 / 49	30,61
Polyurethanisolierung			7 / 68	10,29	5 / 49	10,20
Silikonisolierung			46 / 68	67,65	22 / 49	44,90
beide Materialien			15 / 68	22,06	22 / 49	44,90
steroidfreisetzend			42 / 68	61,76	28 / 49	57,14
andere Substanz freisetzend			0 / 68	0,00	0 / 49	0,00
ohne			26 / 68	38,23	21 / 49	42,86
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			64 / 64		47 / 47	
Median			0,8		1,4	
Mittelwert			0,9		1,6	
R-Amplitude (mV)						
Anzahl der Patienten mit gültigen Angaben			66 / 66		45 / 45	
Median			10,6		13,5	
Mittelwert			12,8		15,6	

Perioperative Komplikationen

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perioperative Komplikationen						
Anzahl der Pat. mit mind. einer Komplikation			191	4,09	161	5,50
Asystolie			16	0,34	14	0,48
Kammerflimmern			2	0,04	3	0,10
Vorhofflimmern			16	0,34	22	0,75
Pneumothorax			22	0,47	22	0,75
Drainage erforderlich			11	0,24	11	0,38
Herzbeutelamponade mit Intervention			1	0,02	2	0,07
Taschenhämatom			42	0,90	29	0,99
Hämatothorax			0	0,00	1	0,03
Sondendislokation			76	1,63	51	1,74
Vorhof			43	0,92	21	0,72
Ventrikel			31	0,66	28	0,96
Beide			2	0,04	2	0,07
Wundinfektion			4	0,09	3	0,10
Revisionseingriff erforderlich			12	0,26	4	0,14
Sonstiges			23	0,49	27	0,92
Reanimation erforderlich			6	0,13	8	0,27

Entlassung

Version 5.01	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze	824	17,7	2.926	100,0
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle				
NASPE/BPEG-Code (NBG)				
AAI	2	0,2	44	1,5
davon Programmierbarkeit, Frequenzadaption				
keine	0 / 2	0,00	4 / 44	9,09
einfach programmierbar	0 / 2	0,00	0 / 44	0,00
multiprogrammierbar	0 / 2	0,00	25 / 44	56,82
Telemetrie	0 / 2	0,00	1 / 44	2,27
Frequenzadaption	2 / 2	100,00	14 / 44	31,82
davon Antitachyarrhythmie, Funktionen				
keine	2 / 2	100,00	44 / 44	100,00
Stimulation	0 / 2	0,00	0 / 44	0,00
Defibrillation	0 / 2	0,00	0 / 44	0,00
doppelt (P + S)	0 / 2	0,00	0 / 44	0,00
VVI	295	35,80	964	32,95
davon Programmierbarkeit, Frequenzadaption				
keine	48 / 295	16,27	245 / 964	25,41
einfach programmierbar	36 / 295	12,20	94 / 964	9,75
multiprogrammierbar	61 / 295	20,68	251 / 964	26,04
Telemetrie	1 / 295	0,34	29 / 964	3,01
Frequenzadaption	149 / 295	50,51	345 / 964	35,79
davon Antitachyarrhythmie, Funktionen				
keine	252 / 295	85,42	953 / 964	98,86
Stimulation	33 / 295	11,19	8 / 964	0,83
Defibrillation	5 / 295	1,70	1 / 964	0,10
doppelt (P + S)	5 / 295	1,70	2 / 964	0,21

Entlassung (Fortsetzung)

Version 5.01			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
VDD			10	1,2	60	2,1
davon Programmierbarkeit, Frequenzadaption						
keine			2 / 10	20,00	22 / 60	36,67
einfach programmierbar			0 / 10	0,00	1 / 60	1,67
multiprogrammierbar			4 / 10	40,00	15 / 60	25,00
Telemetrie			0 / 10	0,00	1 / 60	1,67
Frequenzadaption			4 / 10	40,00	21 / 60	35,00
davon Antitachyarrhythmie, Funktionen						
keine			10 / 10	100,00	60 / 60	100,00
Stimulation			0 / 10	0,00	0 / 60	0,00
Defibrillation			0 / 10	0,00	0 / 60	0,00
doppelt (P + S)			0 / 10	0,00	0 / 60	0,00
DDD			481	58,37	1.754	59,94
davon Programmierbarkeit, Frequenzadaption						
keine			121 / 481	25,16	553 / 1.754	31,53
einfach programmierbar			2 / 481	0,42	9 / 1.754	0,51
multiprogrammierbar			119 / 481	24,74	467 / 1.754	26,62
Telemetrie			3 / 481	0,62	52 / 1.754	2,96
Frequenzadaption			236 / 481	49,06	673 / 1.754	38,37
davon Antitachyarrhythmie, Funktionen						
keine			389 / 481	80,87	1.628 / 1.754	92,82
Stimulation			79 / 481	16,42	84 / 1.754	4,79
Defibrillation			4 / 481	0,83	4 / 1.754	0,23
doppelt (P + S)			9 / 481	1,87	38 / 1.754	2,17
DDI			0	0,00	24	0,82
davon Programmierbarkeit, Frequenzadaption						
keine			0 / 0		7 / 24	29,17
einfach programmierbar			0 / 0		0 / 24	0,00
multiprogrammierbar			0 / 0		9 / 24	37,50
Telemetrie			0 / 0		6 / 24	25,00
Frequenzadaption			0 / 0		2 / 24	8,33
davon Antitachyarrhythmie, Funktionen						
keine			0 / 0		22 / 24	91,67
Stimulation			0 / 0		2 / 24	8,33
Defibrillation			0 / 0		0 / 24	0,00
doppelt (P + S)			0 / 0		0 / 24	0,00

Entlassung (Fortsetzung)

Version 6.0			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze			3.842	82,34		
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle						
NASPE/BPEG-Code (NBG)						
AAI			59	1,54		
davon Frequenzadaption						
keine			14 / 59	23,73		
Frequenzadaption			45 / 59	76,27		
davon Multifokale Stimulation						
keine			42 / 59	71,19		
Atrium			2 / 59	3,39		
Ventrikel			0 / 59	0,00		
doppelt (Atrium + Ventrikel)			0 / 59	0,00		
VVI			1.254	32,64		
davon Frequenzadaption						
keine			651 / 1.254	51,91		
Frequenzadaption			603 / 1.254	48,09		
davon Multifokale Stimulation						
keine			833 / 1.254	66,43		
Atrium			0 / 1.254	0,00		
Ventrikel			23 / 1.254	1,83		
doppelt (Atrium + Ventrikel)			1 / 1.254	0,08		
VDD			53	1,38		
davon Frequenzadaption						
keine			18 / 53	33,96		
Frequenzadaption			35 / 53	66,04		
davon Multifokale Stimulation						
keine			42 / 53	79,25		
Atrium			0 / 53	0,00		
Ventrikel			0 / 53	0,00		
doppelt (Atrium + Ventrikel)			0 / 53	0,00		
DDD			2.163	56,30		
davon Frequenzadaption						
keine			1.269 / 2.163	58,67		
Frequenzadaption			894 / 2.163	41,33		
davon Multifokale Stimulation						
keine			1.580 / 2.163	73,05		
Atrium			12 / 2.163	0,56		
Ventrikel			14 / 2.163	0,65		
doppelt (Atrium + Ventrikel)			56 / 2.163	2,59		
DDI			234	6,09		
davon Frequenzadaption						
keine			67 / 234	28,63		
Frequenzadaption			167 / 234	71,37		
davon Multifokale Stimulation						
keine			179 / 234	76,50		
Atrium			0 / 234	0,00		
Ventrikel			0 / 234	0,00		
doppelt (Atrium + Ventrikel)			0 / 234	0,00		

Entlassung (Fortsetzung)

	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund				
1: Behandlung regulär beendet	4.176	89,50	2.585	88,35
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	57	1,22	69	2,36
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet	7	0,15	7	0,24
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet	3	0,06	0	0,00
5: Zuständigkeitswechsel des Leistungs- trägers	0	0,00	2	0,07
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus	169	3,62	97	3,31
7: Tod	64	1,37	46	1,57
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV '95)	19	0,41	32	1,09
9: Entl. in eine Rehabilitationseinrichtung	93	1,99	29	0,99
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	50	1,07	18	0,61
11: Entlassung in ein Hospiz	1	0,02	2	0,07
12: Interne Verlegung	26	0,56	36	1,23
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung	0	0,00	1	0,03
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	2	0,07
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,00	0	0,00
16*: externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rück- verlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungs- bereichen der BPflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung	0	0,00		
17*: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPflV und des KHEntgG	0	0,00		
18*: Rückverlegung	1	0,02		
Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff o. der zugrunde liegenden Rhythmusstörung**	3	0,06		
Tod bei Schrittm.- o. Sondendysfunktion	0	0,00		
Wenn Entlassungsgrund = Tod Sektion	8 / 64	12,50		

*Entlassungsgrund 16-18 : Nur Version 6.0

**Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

