

Jahresauswertung 2004 Herzschrittmacher-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 42
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/1 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2511
2004 - D3260-L19691-P13681

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Leitlinienkonforme Indikationsstellung Anteil Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie			95,8%	>= 90%	5,8%	1.1
Indikation bei Sinusknotenerkrankung Anteil Patienten mit Sinusknotenerkrankung und Symptomatik**			94,8%	>= 90%	4,8%	1.3
Indikation bei AV-Block III. Grades Patienten mit Symptomatik**			91,1%	nicht definiert		1.5
Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach Anteil Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach und absoluter oder relativer Indikation			93,3%	>= 90%	3,3%	1.6
Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz Anteil Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz und absoluter oder relativer Indikation			96,4%	>= 90%	6,4%	1.8
Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern Anteil Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und Symptomatik**			96,7%	>= 90%	6,7%	1.10
Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden und absoluter oder relativer Indikation			65,6%	nicht definiert		1.12
Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei SSS			95,2%	>= 90%	5,2%	1.14
Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades			95,7%	>= 90%	5,7%	1.17
Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern			95,8%	>= 90%	5,8%	1.20

* Abweichung vom Referenzbereich

** Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz

n.b.: Perzentile kann nicht berechnet werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden						
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden						
			90,0%	>= 90%	0,0%	1.22
Eingriffsdauer						
Anteil Eingriffsdauer bei AAI bis 60 min						
			89,5%	>= 69,6%	19,9%	1.24
Anteil Eingriffsdauer bei VVI bis 60 min						
			87,0%	>= 58,1%	28,9%	1.24
Anteil Eingriffsdauer bei VDD bis 60 min						
			81,5%	>= 76,2%	5,3%	1.24
Anteil Eingriffsdauer bei DDD bis 90 min						
			92,2%	>= 52,8%	39,4%	1.24
Anteil Eingriffsdauer bei biventrikulären Systemen bis 240 min						
			96,0%	>= 48,3%	47,7%	1.24
Durchleuchtungszeit						
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei AAI						
			100,0%	= 100,0%		1.32
Anteil der Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VVI						
			92,7%	>= 76,9%	15,7%	1.32
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VDD						
			89,2%	>= 91,7%		1.32
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min bei DDD						
			96,8%	>= 80,5%	16,3%	1.32
Perioperative Komplikationen						
Anteil Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation						
			4,9%	nicht definiert		1.39
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Vorhofsonde						
			1,4%	<= 3%	1,6%	1.40
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde						
			0,7%	<= 3%	2,3%	1.40
Reizschwellenhöhe						
Anteil Vorhofsonden mit Reizschwelle bis 1,5 V (kein perioperatives Vorhofflimmern)						
			97,0%	>= 87,5%	9,5%	1.44
Anteil Ventrikelsonden mit Reizschwelle <= 1 V						
			97,2%	>= 89,0%	8,1%	1.44
Intrakardiale Signalamplituden						
Anteil Vorhofsonden (keine VDD-Sonden) mit Amplitude >= 1,5 mV						
			90,8%	>= 80%	10,8%	1.47
Anteil Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV (keine SM-Abhängigkeit)						
			99,2%	>= 90%	9,2%	1.47

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht berechnet werden

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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 "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem 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 Krankenhausergebnisse aufgeführt.

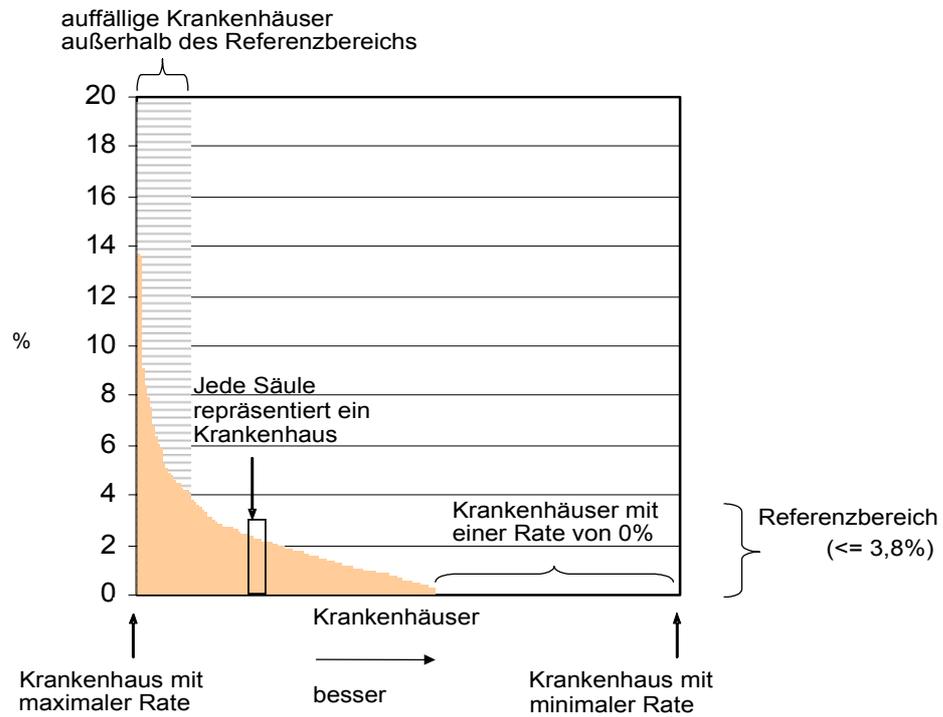
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

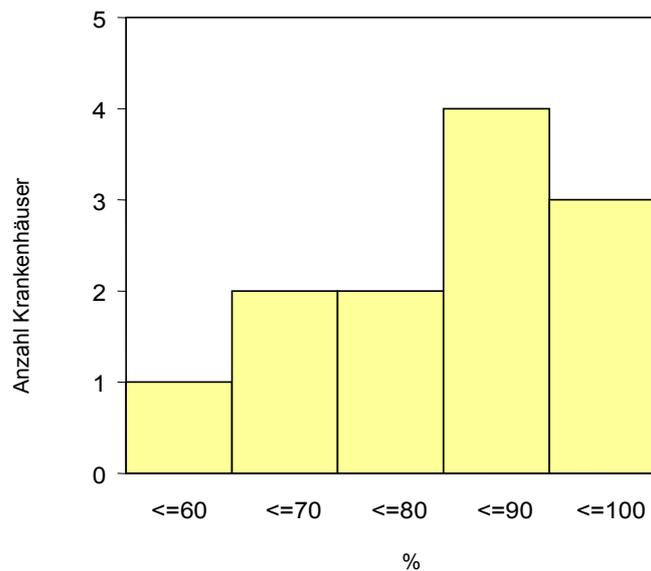
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der 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 entspricht hier der Wert von 1,5% dem 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, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Leitlinienkonforme Indikationsstellung

Summarische Darstellung der Qualitätsindikatoren auf den Seiten 1.3 bis 1.12

Qualitätsziel: Möglichst oft leitlinienkonforme* Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen

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

Referenzbereich: >= 90%

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie Vertrauensbereich Referenzbereich			3.748 / 3.911	95,8% 95,16% - 96,44% >= 90%
Patienten o. Indikation gemäß Leitlinie			152 / 3.911	3,9%

absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie Vertrauensbereich			3.652 / 3.764	97,0% 96,43% - 97,54%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Indikationszuordnung (absolut, relativ, keine) gemäß Leitlinie, für die Qualitätsindikatoren auf den Seiten 1.3 bis 1.12 vorliegen.			11 / 3.911	0,3%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit EKG-Befunden, die bei den Qualitätsindikatoren auf den Seiten 1.3 bis 1.12 unberücksichtigt geblieben sind ("kein führender EKG-Befund", "binodale Erkrankung", "sonstiger führender EKG-Befund")			346 / 4.856	7,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

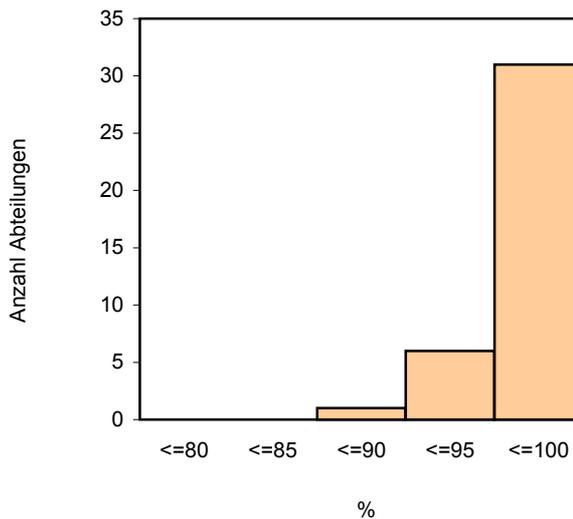
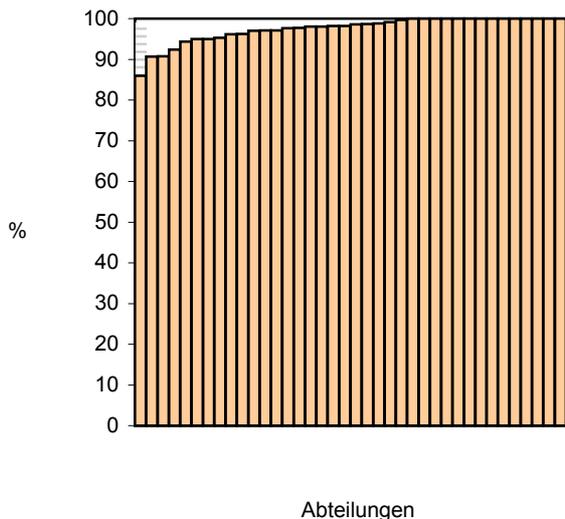
Anteil Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 86,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,4%



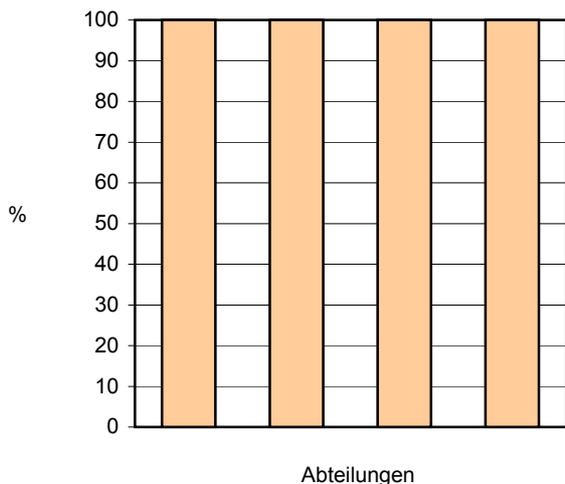
38 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei Sinusknotenerkrankung

Qualitätsziel: Bei Sinusknotenerkrankungen SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotenerkrankung als führendem EKG-Befund

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sinusknotenerkrankung und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich			1.177 / 1.242	94,8% 93,38% - 95,94% >= 90%
ohne Symptomatik			65 / 1.242	5,2%

absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinie keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sinusknotenerkrankung und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich			1.157 / 1.191	97,1% 96,03% - 98,02%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

Anteil Patienten mit Sinusknotenerkrankung und Symptomatik

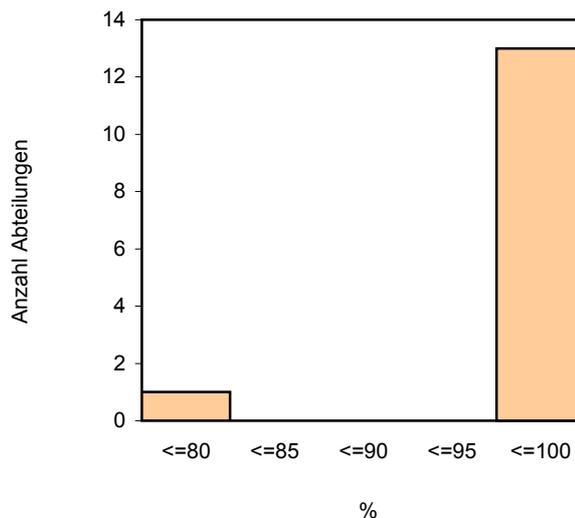
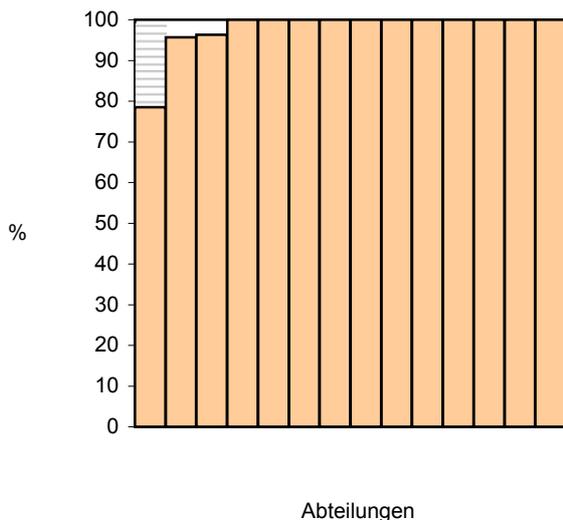
(Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 78,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



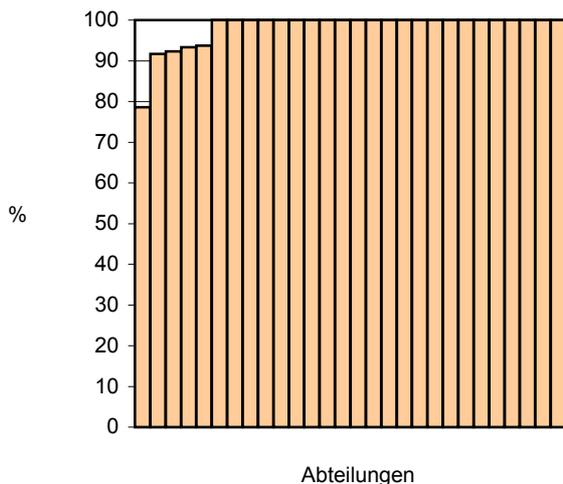
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 78,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



28 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation bei AV-Block III. Grades

Kein Qualitätsziel definiert, da gemäß Leitlinie alle SM-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.

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block III. Grades und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich			884 / 970	91,1% 89,16% - 92,85%
ohne Symptomatik und ohne Z.n. Ablation und mit prophylaktischer Indikation			6 / 970	0,6%
ohne Symptomatik und mit Z.n. Ablation			2 / 970	0,2%
ohne Symptomatik			86 / 970	8,9%

Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block III. Grades und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich			948 / 1.000	94,8% 93,23% - 96,09%

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

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

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

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach und				
mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)			81 / 89	91,0%
ohne Symptomatik und mit häufigem Auftreten			2 / 89	2,2%
ohne Symptomatik und mit seltenem Auftreten			6 / 89	6,7%

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			83 / 89	93,3%
Vertrauensbereich				85,82% - 97,53%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation			75 / 77	97,4%
Vertrauensbereich				90,78% - 99,75%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

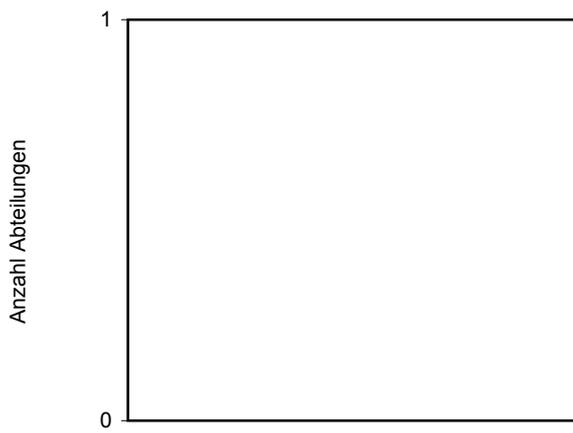
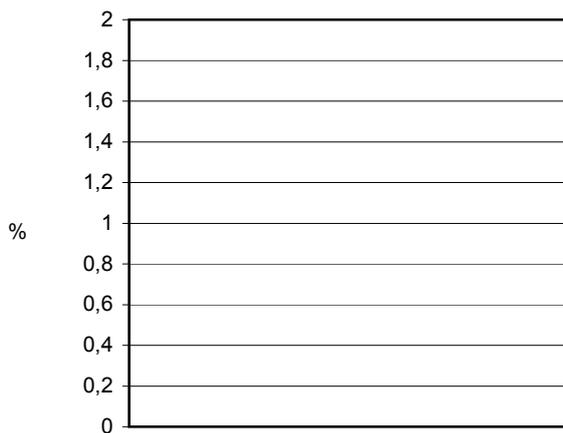
Anteil Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach und absoluter oder relativer Indikation

20 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen

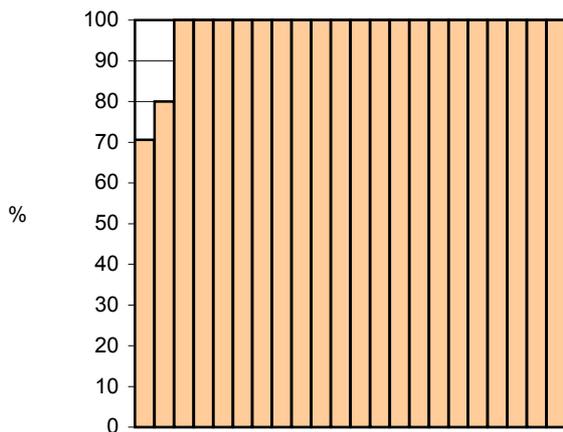
%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 70,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

22 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: >= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) oder mit prophylaktischer Indikation oder mit Z.n. Ablation			457 / 474	96,4%
ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit häufigem Auftreten der Blockierung			0 / 474	0,0%
ohne Symptomatik und ohne prophylaktische Indikation und ohne Z. n. Ablation und mit seltenem Auftreten der Blockierung			17 / 474	3,6%

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

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation Vertrauensbereich Referenzbereich		>= 90%	457 / 474	96,4% 94,31% - 97,90% >= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit absoluter oder relativer Indikation Vertrauensbereich		>= 90%	433 / 439	98,6% 97,03% - 99,51%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

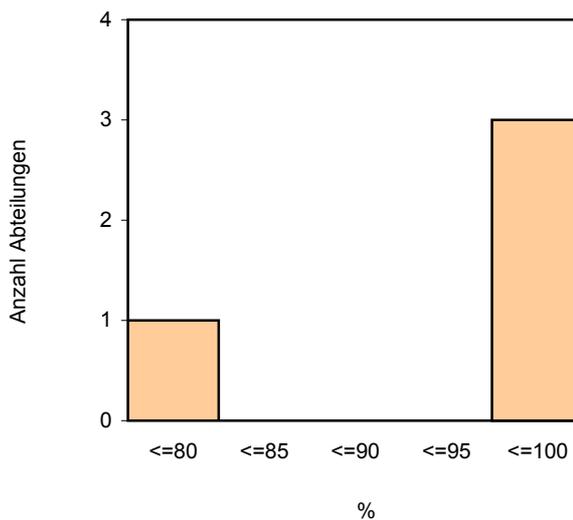
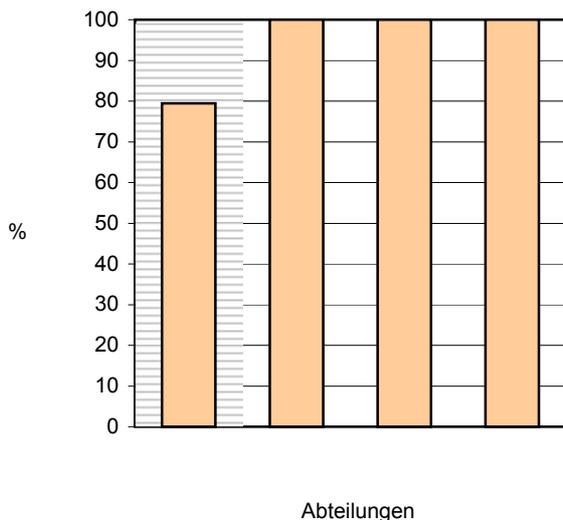
Anteil Patienten mit AV-Block II. Grades, Typ Mobitz und absoluter oder relativer Indikation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 79,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



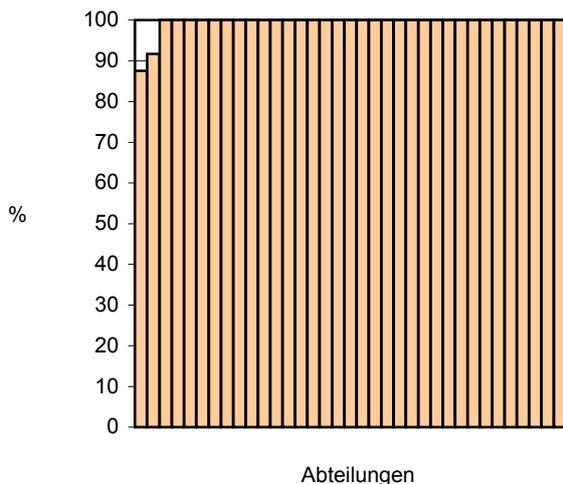
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 87,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



35 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: >= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich Referenzbereich			981 / 1.014	96,7% 95,46% - 97,75% >= 90%
ohne Symptomatik			33 / 1.014	3,3%

Indikation gemäß Leitlinie, absolute und relative Indikation nicht trennbar.

keine Indikation gemäß Leitlinie

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und mit Symptomatik (Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz) Vertrauensbereich			898 / 929	96,7% 95,29% - 97,72%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

Anteil Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern und Symptomatik

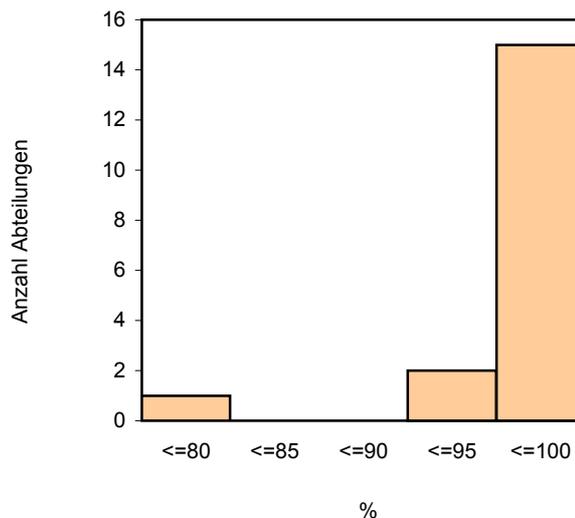
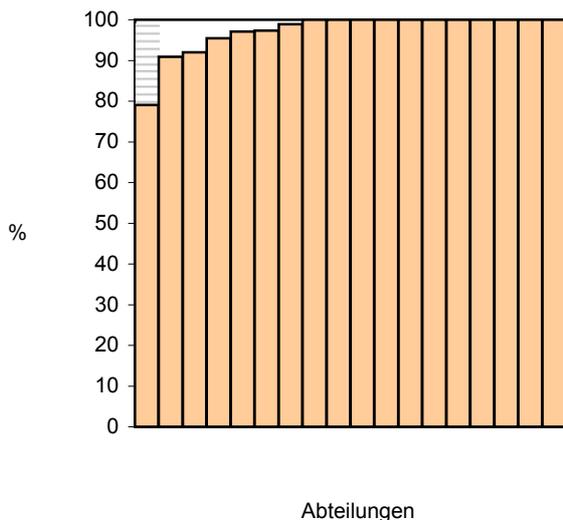
(Synkope oder Präsynkope/Schwindel oder Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz)

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 79,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



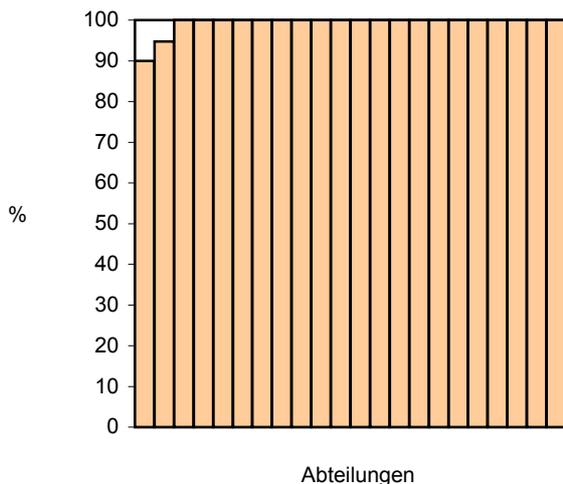
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



22 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden	absolute Indikation		24 / 122	19,7%
	relative Indikation		56 / 122	45,9%
	absolute od. relative Indikation		80 / 122	65,6%
	Vertrauensbereich		56,41% - 73,95%	
	Referenzbereich		-	
keine Indikation ohne Zuordnung gem. Leitlinie			31 / 122	25,4%
			11 / 122	9,0%
Gruppe 2: Pat. mit AV-Block I. Grades			26 / 26	100,0%
keine Indikation				
Gruppe 3: Pat. mit bifaszikulärem Block	relative Indikation		55 / 56	98,2%
	keine Indikation		1 / 56	1,8%
Gruppe 4: Patienten mit CSS	absolute Indikation		24 / 28	85,7%
	keine Indikation		4 / 28	14,3%
Gruppe 5: Patienten mit VVS	relative Indikation		1 / 12	8,3%
	keine Indikation		0 / 12	0,0%
	ohne Zuordnung gem. Leitlinie		11 / 12	91,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden	absolute od. relative Indikation		89 / 128	69,5%
	Vertrauensbereich		60,76% - 77,37%	

*als führender EKG-Befund dokumentiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:

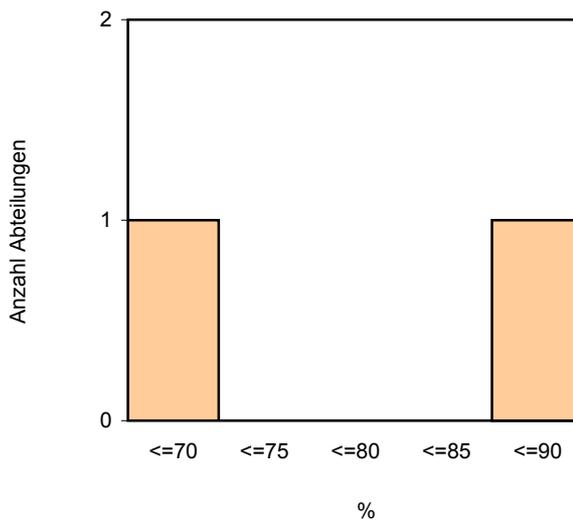
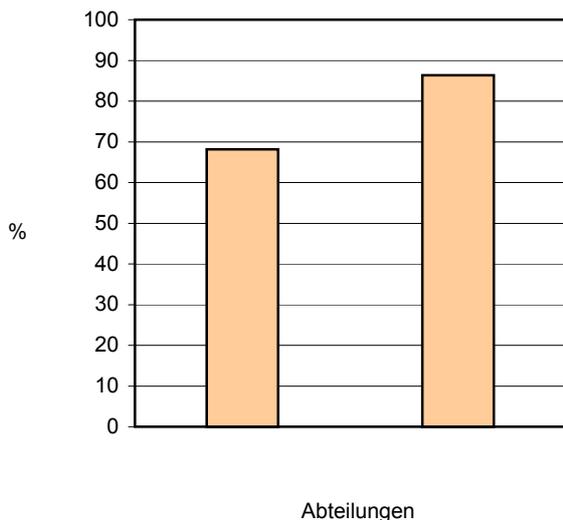
Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden und absoluter oder relativer Indikation

13 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 68,2% - 86,4%

Median der Abteilungswerte: 77,3%



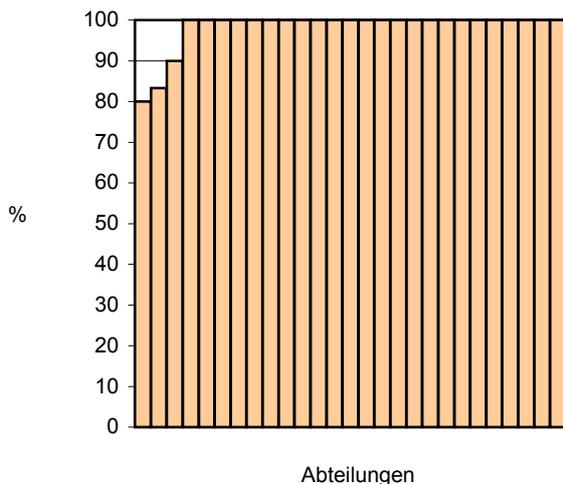
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



27 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: >= 90%

Systemtyp	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI			18 / 685 2,6%	8 / 555 1,4%
VVI			60 / 685 8,8%	63 / 555 11,4%
DDD frequenzvariabel			553 / 685 80,7%	459 / 555 82,7%
DDD nicht frequenzvariabel			54 / 685 7,9%	25 / 555 4,5%
VDD			0 / 685 0,0%	0 / 555 0,0%

optimal
 akzeptabel
 ungeeignet

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

Summe	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel			1.180 / 1.240	 95,2%
Vertrauensbereich				93,81% - 96,29%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
ungeeignet			60 / 1.240	4,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel Vertrauensbereich			1.122 / 1.191	94,2% 92,72% - 95,47%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:

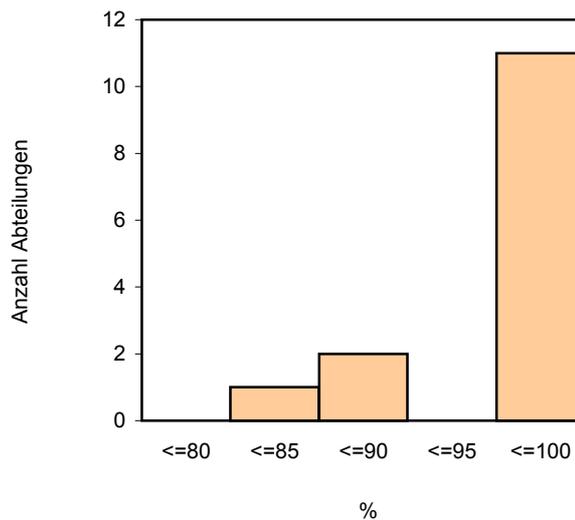
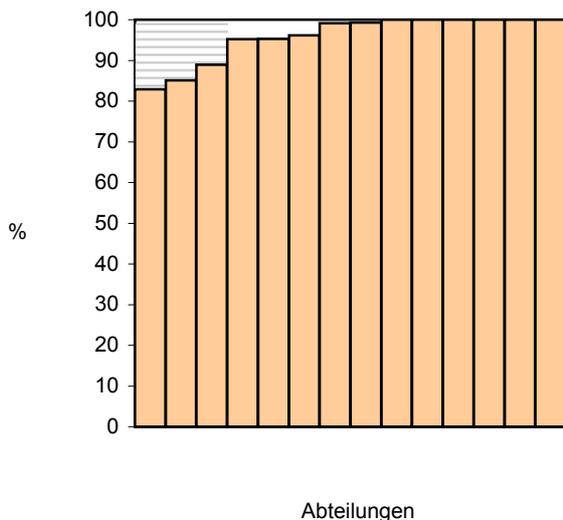
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei SSS

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 82,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,2%



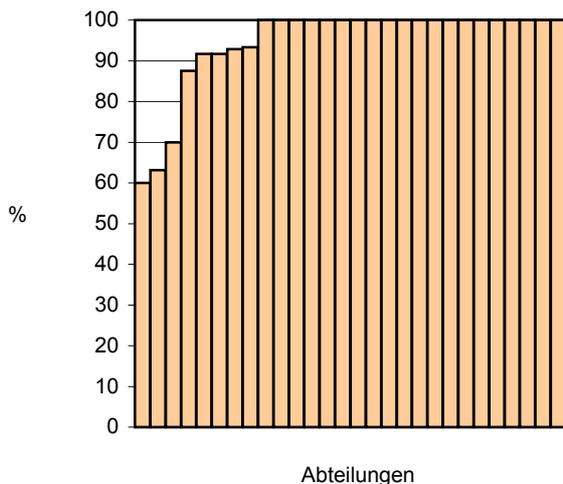
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



28 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
AAI			0 / 823 0,0%	0 / 698 0,0%
VVI			66 / 823 8,0%	78 / 698 11,2%
DDD frequenzvariabel			550 / 823 66,8%	497 / 698 71,2%
DDD nicht frequenzvariabel			165 / 823 20,0%	107 / 698 15,3%
VDD			42 / 823 5,1%	16 / 698 2,3%

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	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel Vertrauensbereich Referenzbereich		>= 90%	1.455 / 1.521 94,51% - 96,63%	95,7% >= 90%
ungeeignet			66 / 1.521	4,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel Vertrauensbereich			1.413 / 1.504	93,9% 92,62% - 95,10%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:

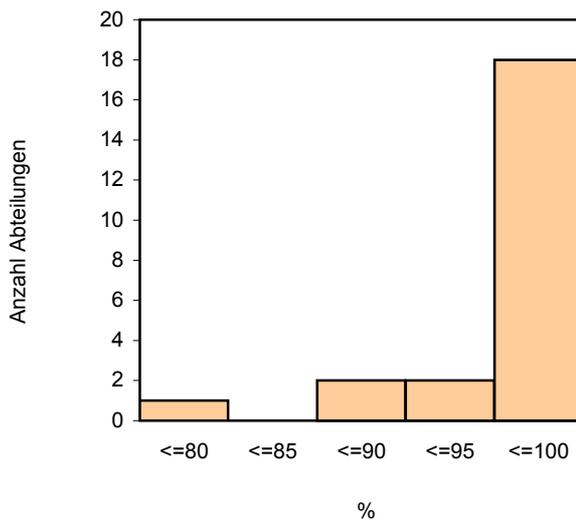
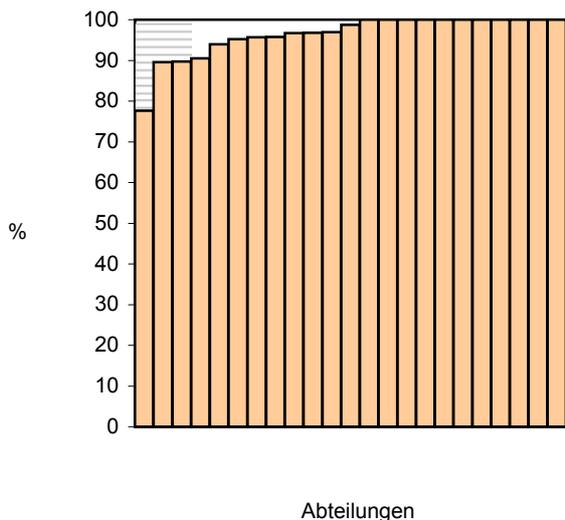
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,7%



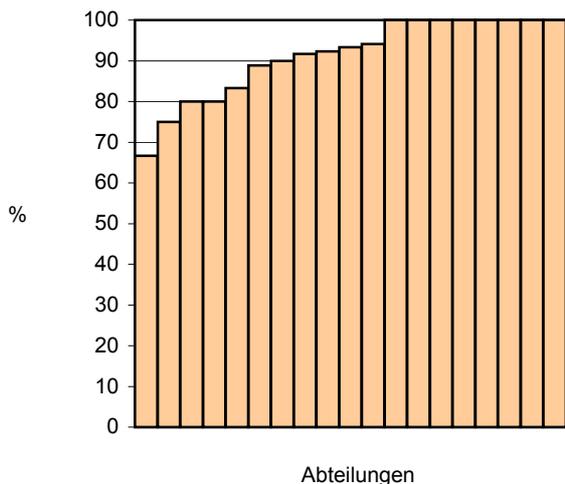
23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 93,3%



19 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: >= 90%

Systemtyp	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AAI			0 / 1.011	0,0%
VVI frequenzvariabel			816 / 1.011	80,7%
VVI nicht frequenzvariabel			153 / 1.011	15,1%
DDD frequenzvariabel			37 / 1.011	3,7%
DDD nicht frequenzvariabel			3 / 1.011	0,3%
VDD			2 / 1.011	0,2%

optimal
 akzeptabel
 ungeeignet

Summe	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel		█	969 / 1.011	95,8%
Vertrauensbereich				94,42% - 96,99%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
optimal oder akzeptabel		█	900 / 927	97,1%
Vertrauensbereich				95,79% - 98,07%
ungeeignet			27 / 927	2,9%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:

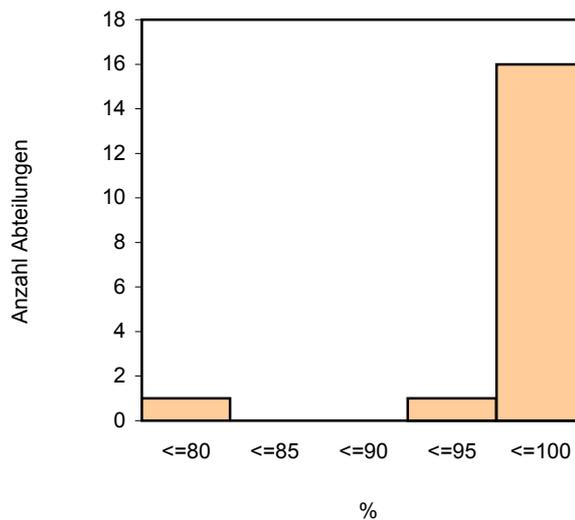
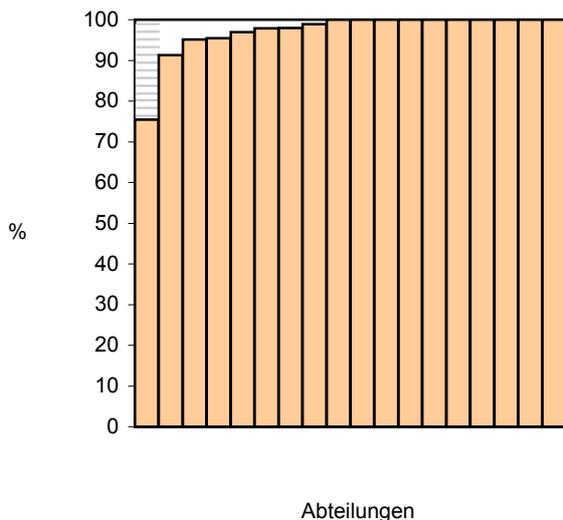
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



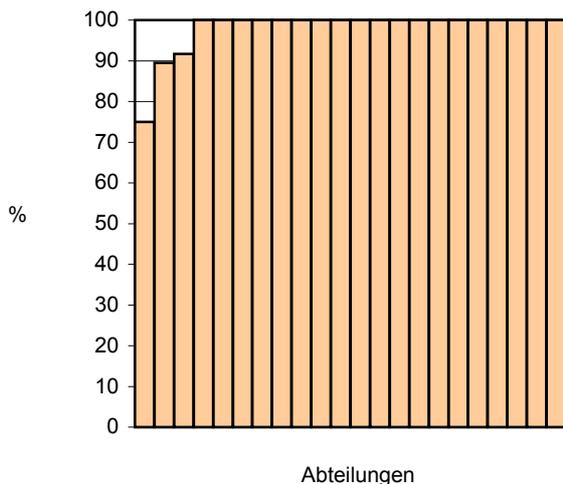
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



22 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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, Karotissinusyndrom (CSS), Vasovagales Syndrom (VVS)), bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde

Referenzbereich: >= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemauswahl Vertrauensbereich Referenzbereich			180 / 200	90,0% 84,96% - 93,80%
ungeeigneter Systemauswahl			20 / 200	10,0% >= 90%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemauswahl Vertrauensbereich			153 / 177	86,4% 80,48% - 91,13%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:

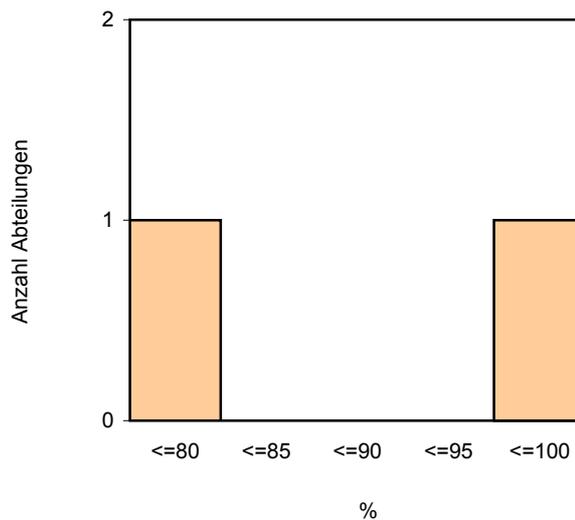
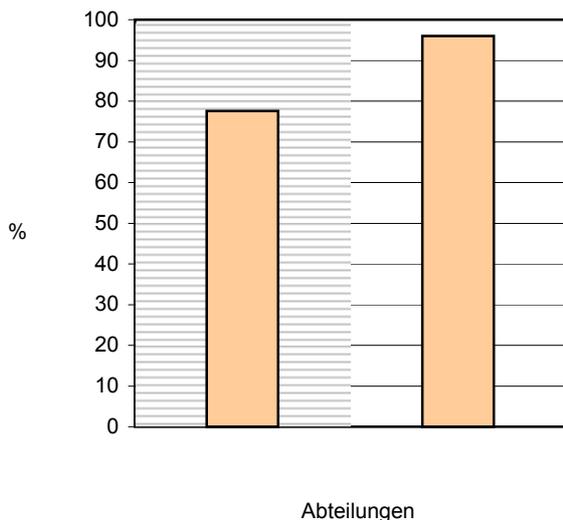
Anteil Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden

17 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,6% - 96,0%

Median der Abteilungswerte: 86,8%



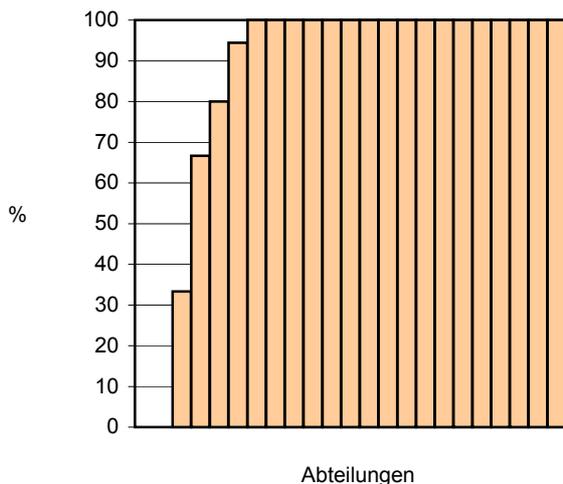
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



23 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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	>= 69,6%	(5%-Bundesperzentile)
VVI	>= 58,1%	(5%-Bundesperzentile)
VDD	>= 76,2%	(5%-Bundesperzentile)
DDD	>= 52,8%	(5%-Bundesperzentile)
biventrikulär	>= 48,3%	(5%-Bundesperzentile)

Eingriffsdauer	Abteilung 2004				
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	>= 69,6%	>= 58,1%	>= 76,2%		
61 bis 90 min					
Summe bis 90 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				>= 52,8%	
91 bis 120 min					
121 bis 240 min					
Summe bis 240 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich					>= 48,3%
> 240 min					
Median (gültige Angaben in min)					

Eingriffsdauer	Gesamt 2004				
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min	34 / 38 89,5%	1.326 / 1.524 87,0%	53 / 65 81,5%	2.223 / 3.161 70,3%	5 / 50 10,0%
Vertrauensbereich	74,99% - 97,19%	85,21% - 88,66%	69,90% - 90,13%		
Referenzbereich	>= 69,6%	>= 58,1%	>= 76,2%		
61 bis 90 min	2 / 38 5,3%	138 / 1.524 9,1%	9 / 65 13,8%	692 / 3.161 21,9%	8 / 50 16,0%
Summe bis 90 min				2.915 / 3.161 92,2%	
Vertrauensbereich				91,23% - 93,13%	
Referenzbereich				>= 52,8%	
91 bis 120 min	2 / 38 5,3%	35 / 1.524 2,3%	1 / 65 1,5%	179 / 3.161 5,7%	18 / 50 36,0%
121 bis 240 min	0 / 38 0,0%	24 / 1.524 1,6%	2 / 65 3,1%	61 / 3.161 1,9%	17 / 50 34,0%
Summe bis 240 min					48 / 50 96,0%
Vertrauensbereich					86,06% - 99,62%
Referenzbereich					>= 48,3%
> 240 min	0 / 38 0,0%	1 / 1.524 0,1%	0 / 65 0,0%	6 / 3.161 0,2%	2 / 50 4,0%
Median (gültige Angaben in min)	38 40,5	1.524 34,0	65 40,0	3.161 50,0	50 113,0

Vorjahresdaten		Abteilung 2003				
Eingriffsdauer		AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min						
Vertrauensbereich						
Summe bis 90 min						
Vertrauensbereich						
Summe bis 240 min						
Vertrauensbereich						

Vorjahresdaten		Gesamt 2003				
Eingriffsdauer		AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 60 min		51 / 61	1.361 / 1.571	56 / 67	1.947 / 2.892	4 / 65
Vertrauensbereich		83,6%	86,6%	83,6%	67,3%	6,2%
Vertrauensbereich		71,82% - 91,91%	84,85% - 88,28%	72,44% - 91,56%		
Summe bis 90 min					2.615 / 2.892	
Vertrauensbereich					90,4%	
Vertrauensbereich					89,29% - 91,47%	
Summe bis 240 min						53 / 65
Vertrauensbereich						81,5%
Vertrauensbereich						69,90% - 90,13%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:

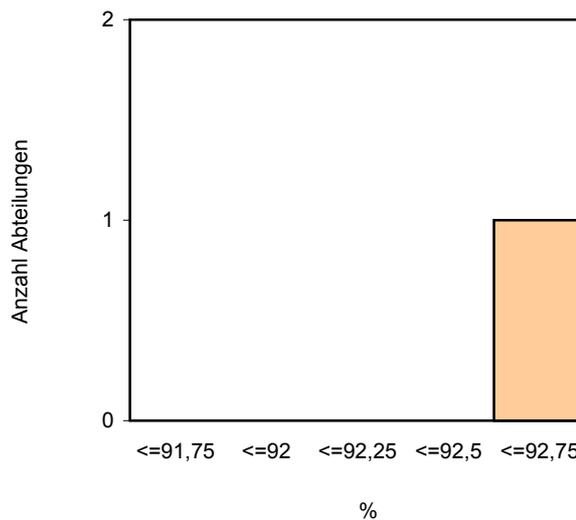
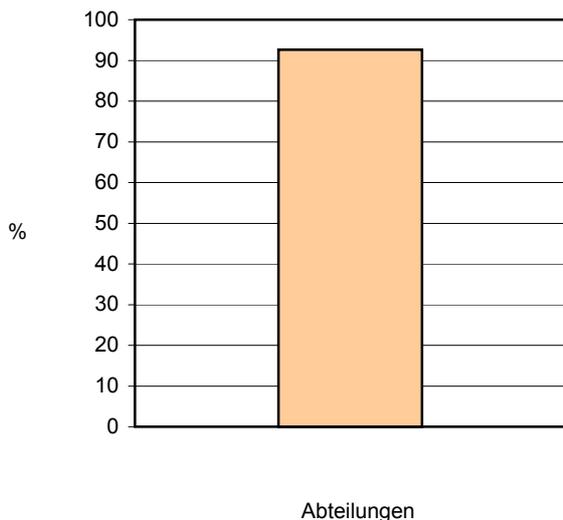
Anteil Eingriffsdauer bei AAI bis 60 min

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 92,6% - 92,6%

Median der Abteilungswerte: 92,6%



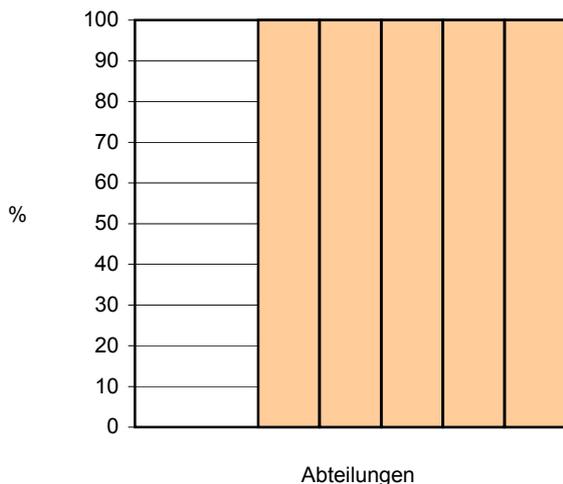
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

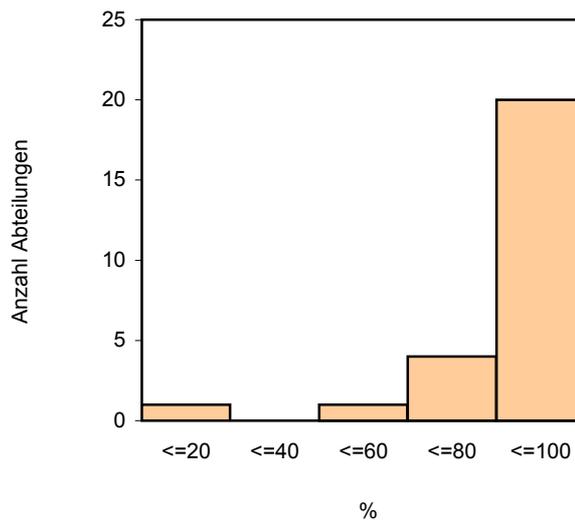
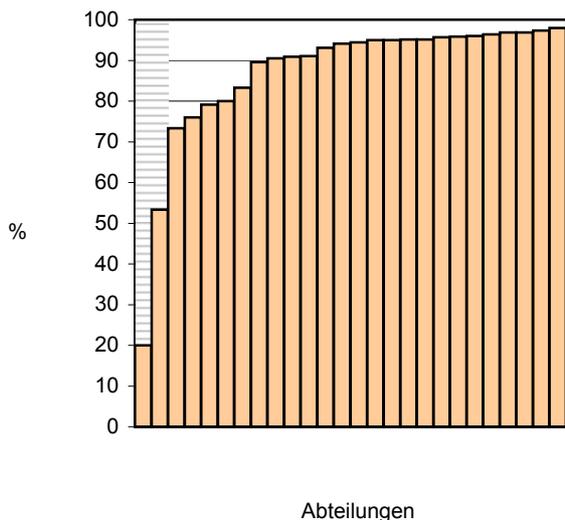
Anteil Eingriffsdauer bei VVI bis 60 min

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,0% - 98,0%

Median der Abteilungswerte: 94,3%



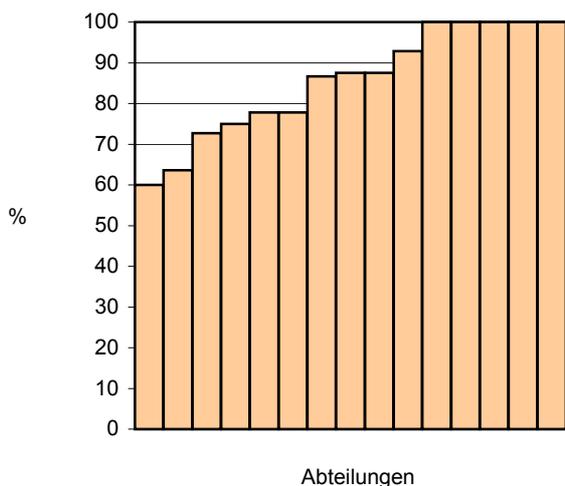
26 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 87,5%



15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:

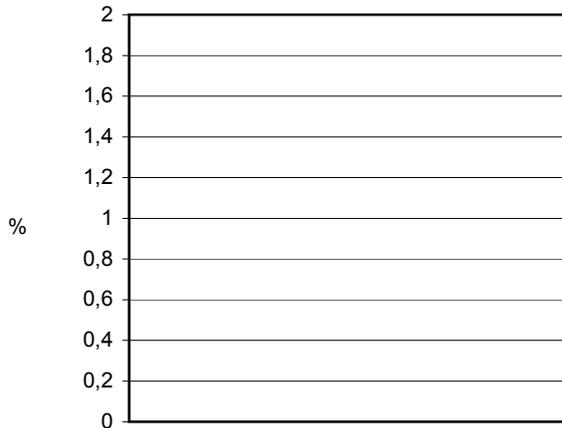
Anteil Eingriffsdauer bei VDD bis 60 min

25 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

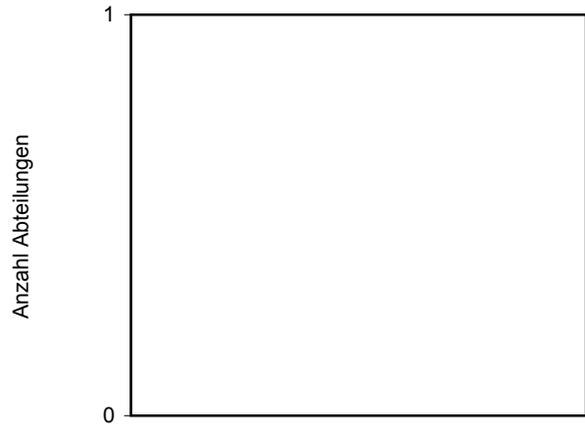
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen



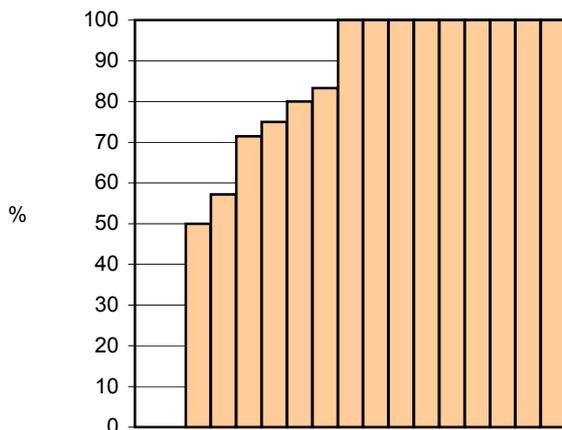
%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

17 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:

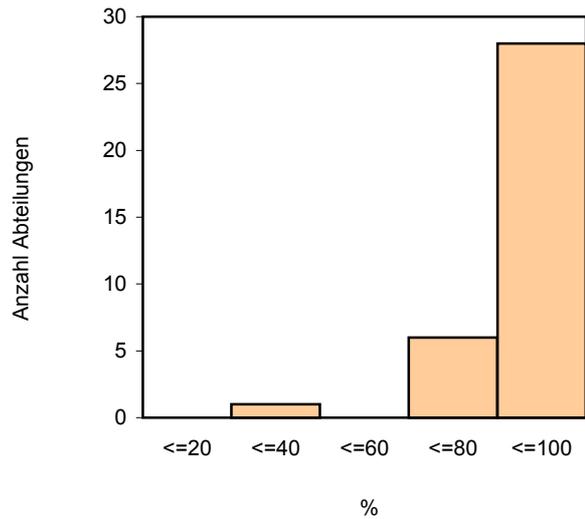
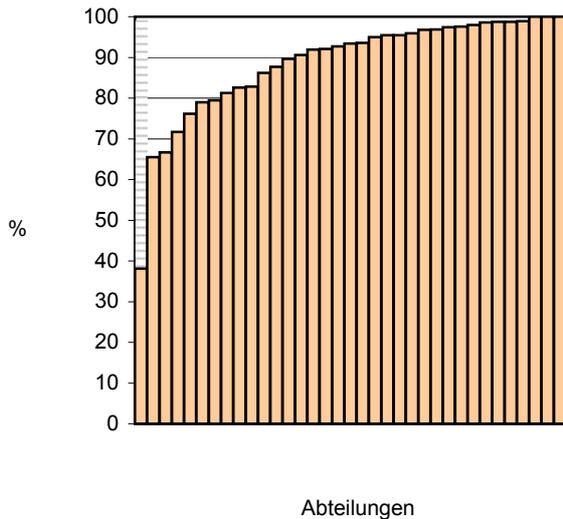
Anteil Eingriffsdauer bei DDD bis 90 min

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 38,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 93,4%



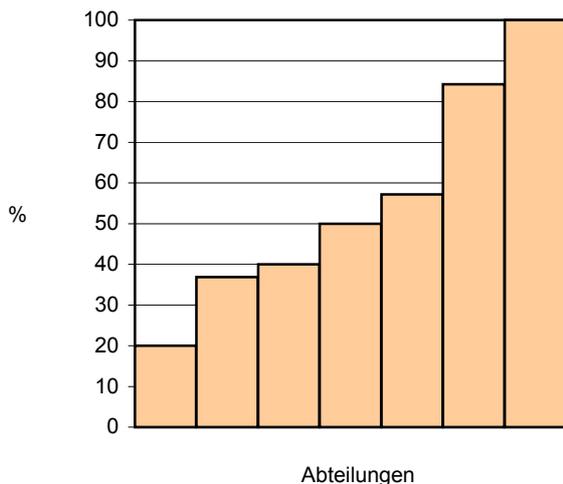
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 20,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 50,0%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:

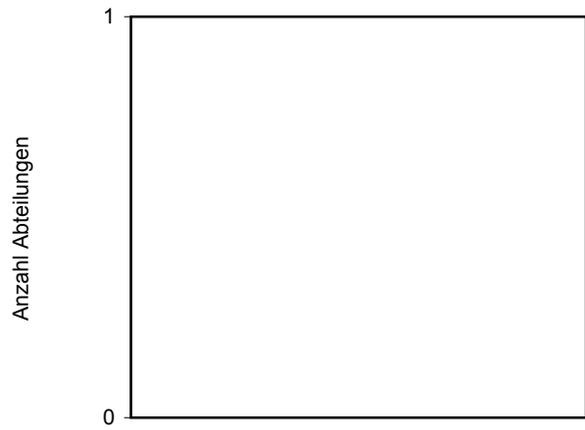
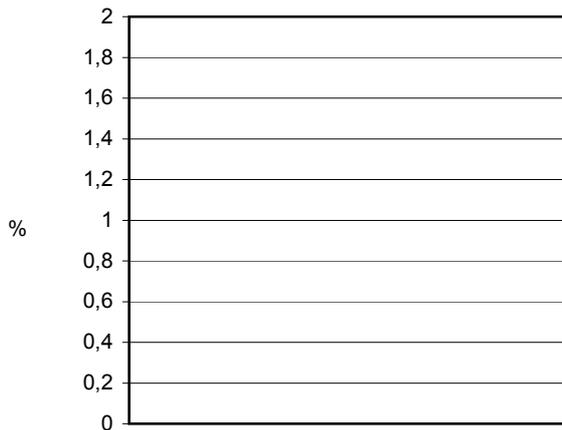
Anteil Eingriffsdauer bei biventrikulären Systemen bis 240 min

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen

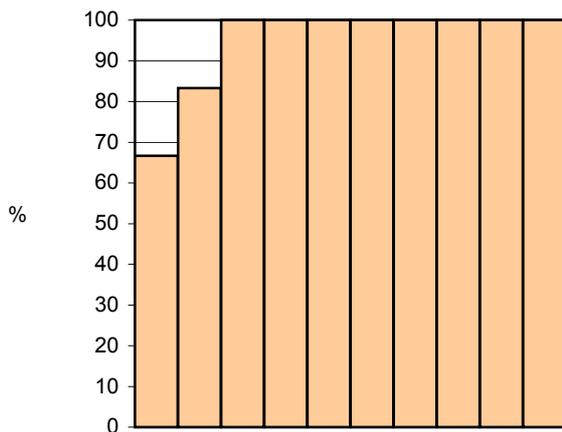
%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

10 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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 = 100,0% (5%-Bundesperzentile)
 VVI >= 76,9% (5%-Bundesperzentile)
 VDD >= 91,7% (5%-Bundesperzentile)
 DDD >= 80,5% (5%-Bundesperzentile)

Durchleuchtungszeit	Abteilung 2004				
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 3 min					
4 bis 6 min					
7 bis 9 min					
Summe bis 9 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich	= 100,0%	>= 76,9%	>= 91,7%		
10 bis 12 min					
13 bis 18 min					
Summe bis 18 min					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich				>= 80,5%	
19 bis 24 min					
> 24 min					
Median (gültige Angaben in min)					

Durchleuchtungszeit	Gesamt 2004				
	AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
bis 3 min	33 / 38 86,8%	1.097 / 1.524 72,0%	44 / 65 67,7%	1.395 / 3.161 44,1%	2 / 50 4,0%
4 bis 6 min	5 / 38 13,2%	252 / 1.524 16,5%	13 / 65 20,0%	910 / 3.161 28,8%	1 / 50 2,0%
7 bis 9 min	0 / 38 0,0%	63 / 1.524 4,1%	1 / 65 1,5%	401 / 3.161 12,7%	4 / 50 8,0%
Summe bis 9 min	38 / 38 100,0%	1.412 / 1.524 92,7%	58 / 65 89,2%		
Vertrauensbereich	90,75% - 100,00%	91,22% - 93,91%	78,96% - 95,62%		
Referenzbereich	= 100,0%	>= 76,9%	>= 91,7%		
10 bis 12 min	0 / 38 0,0%	39 / 1.524 2,6%	4 / 65 6,2%	200 / 3.161 6,3%	3 / 50 6,0%
13 bis 18 min	0 / 38 0,0%	45 / 1.524 3,0%	1 / 65 1,5%	154 / 3.161 4,9%	9 / 50 18,0%
Summe bis 18 min				3.060 / 3.161 96,8%	
Vertrauensbereich				96,13% - 97,39%	
Referenzbereich				>= 80,5%	
19 bis 24 min	0 / 38 0,0%	9 / 1.524 0,6%	1 / 65 1,5%	60 / 3.161 1,9%	8 / 50 16,0%
> 24 min	0 / 38 0,0%	19 / 1.524 1,2%	1 / 65 1,5%	41 / 3.161 1,3%	23 / 50 46,0%
Median (gültige Angaben in min)	38 1,0	1.524 2,0	65 3,0	3.161 4,0	50 21,5

Vorjahresdaten		Abteilung 2003				
Durchleuchtungszeit		AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
Summe bis 9 min						
Vertrauensbereich						
Summe bis 18 min						
Vertrauensbereich						

Vorjahresdaten		Gesamt 2003				
Durchleuchtungszeit		AAI	VVI	VDD	DDD	biventrikulär
Summe bis 9 min		59 / 60 98,3%	1.421 / 1.546 91,9%	62 / 67 92,5%		
Vertrauensbereich		90,82% - 100,00%	90,44% - 93,23%	83,32% - 97,60%		
Summe bis 18 min				2.737 / 2.879 95,1%		
Vertrauensbereich				94,21% - 95,83%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

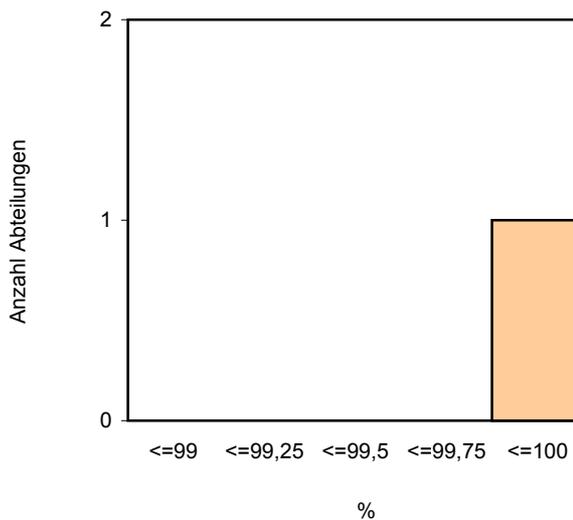
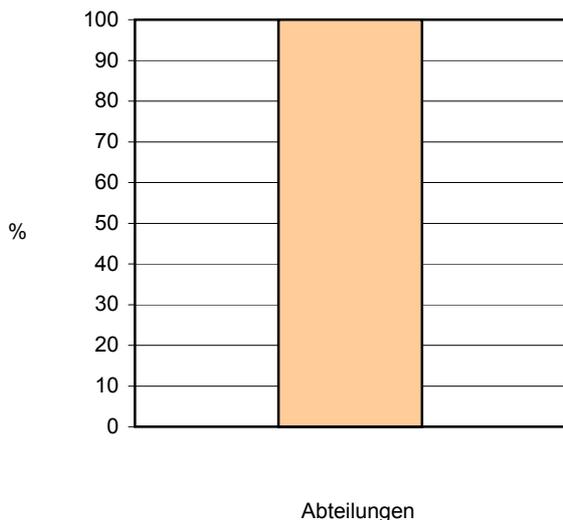
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei AAI

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



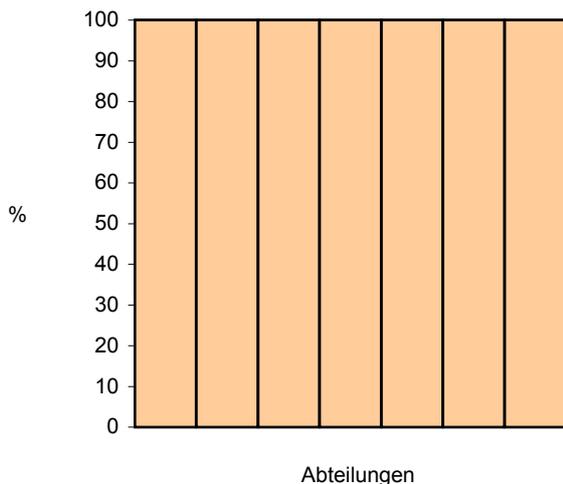
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%

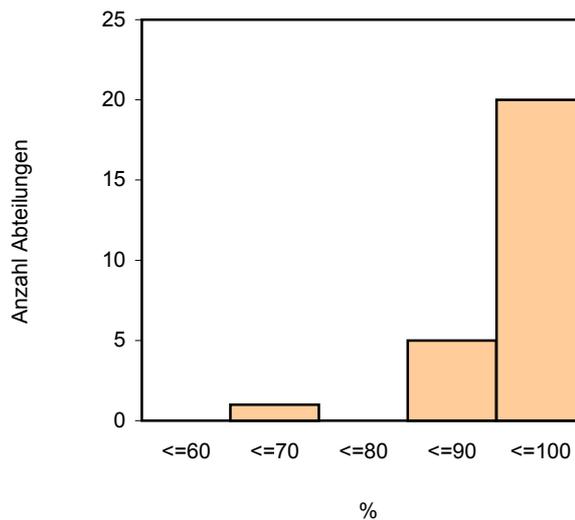
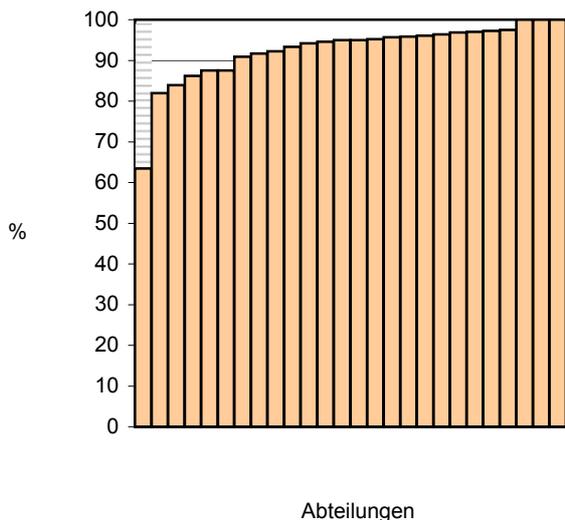


7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

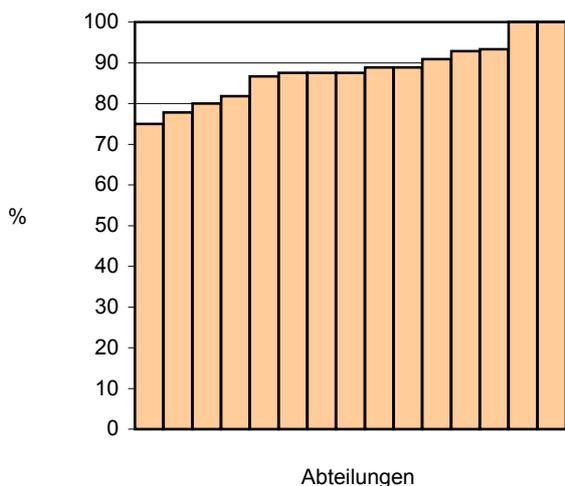
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 17]:
Anteil der Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VVI
 1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 63,4% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 95,0%



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

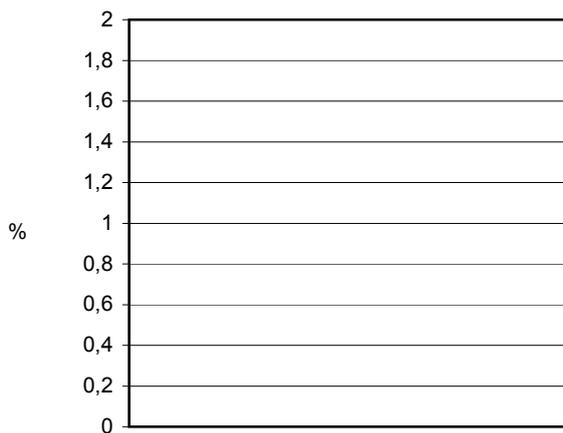
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 87,5%



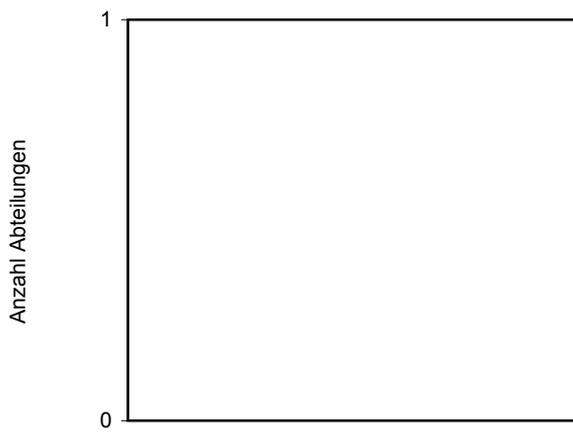
15 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 18]:
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 9 min bei VDD
 25 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
 Median der Abteilungswerte:



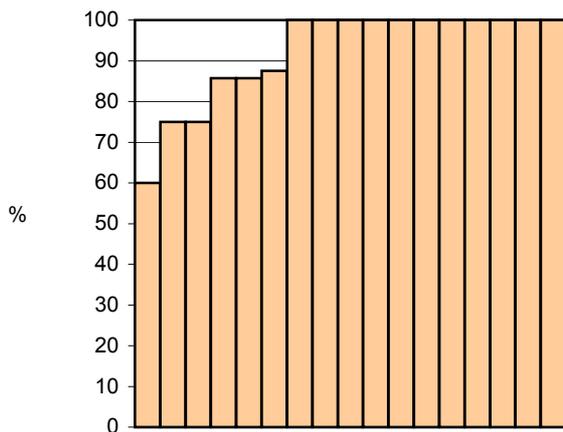
Abteilungen



%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%

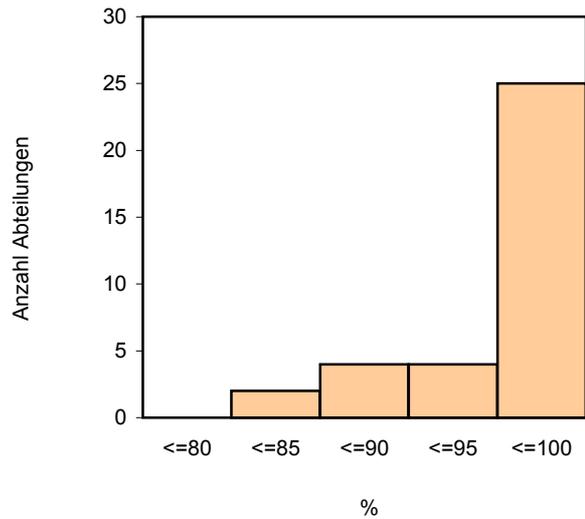
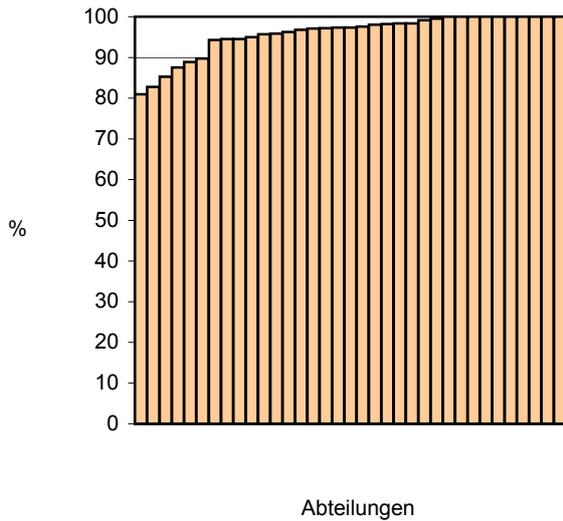


Abteilungen

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

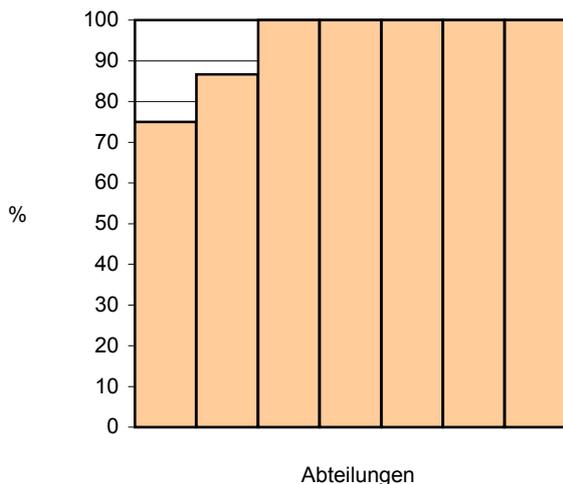
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 19]:
Anteil Patienten mit einer Durchleuchtungszeit bis 18 min bei DDD
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 81,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 97,4%



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Qualitätsindikator: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenige perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: mindestens eine Komplikation: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.

Sondendislokation Vorhof: <= 3%
 Sondendislokation Ventrikel: <= 3%
 Pneumothorax mit erforderlicher Drainage: < 2%
 Taschenhämatom: < 1%
 Wundinfektion mit erforderlicher Revision: < 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			237 / 4.856	4,9%
Vertrauensbereich				4,29% - 5,53%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern oder Vorhofflimmern)			64 / 4.856	1,3%
Asystolie			19 / 4.856	0,4%
Kammerflimmern			3 / 4.856	0,1%
Vorhofflimmern			44 / 4.856	0,9%
Pat. mit chirurg. Komplikationen			80 / 4.856	1,6%
Pneumothorax ohne erforderl. Drainage			11 / 4.856	0,2%
Pneumothorax mit erforderl. Drainage			24 / 4.856	0,5%
Vertrauensbereich				0,32% - 0,74%
Referenzbereich		< 2%		< 2%
Herzbeuteltamponade			1 / 4.856	0,0%
Taschenhämatom			41 / 4.856	0,8%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,14%
Referenzbereich		< 1%		< 1%
Hämatothorax			2 / 4.856	0,0%
Wundinfektion ohne erforderl. Revision			1 / 4.856	0,0%
Wundinfektion mit erforderl. Revision			2 / 4.856	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,15%
Referenzbereich		< 1%		< 1%

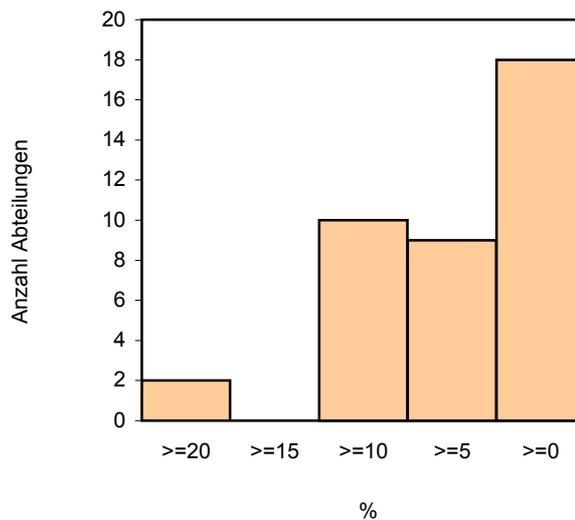
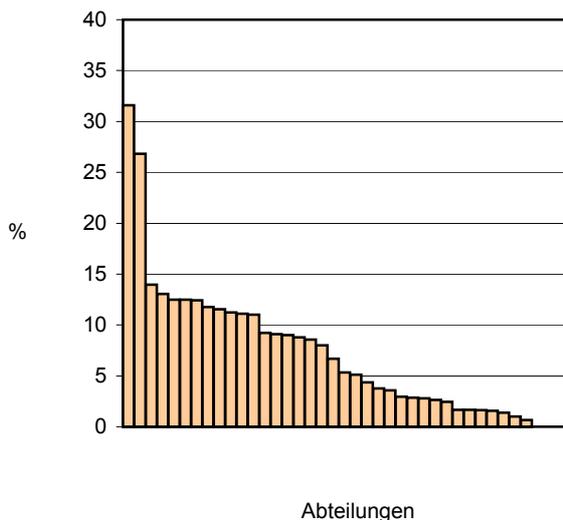
	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			83 / 4.856	1,7%
Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde			47 / 3.272	1,4%
Vertrauensbereich				1,06% - 1,91%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Ventrikelsondendislokation bei Pat. mit implantierter Ventrikelsonde			36 / 4.814	0,7%
Vertrauensbereich				0,52% - 1,03%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Patienten mit Reanimation			6 / 4.856	0,1%
Patienten mit Tod (Entlassungsgrund Tod)			51 / 4.856	1,0%
im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung*			4 / 4.848	0,1%
bei SM-Dysfunktion oder Sondendysfunktion			0 / 4.856	0,0%

* Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			191 / 4.666	4,1%
Vertrauensbereich				3,54% - 4,70%
Patienten mit Sondendislokation			76 / 4.666	1,6%
Vorhofsondendislokation bei Pat. mit implantierter Vorhofsonde			43 / 3.032	1,4%
Vertrauensbereich				1,03% - 1,91%
Ventrikelsondendislokation bei Pat. mit implantierter Ventrikelsonde			33 / 4.604	0,7%
Vertrauensbereich				0,49% - 1,01%

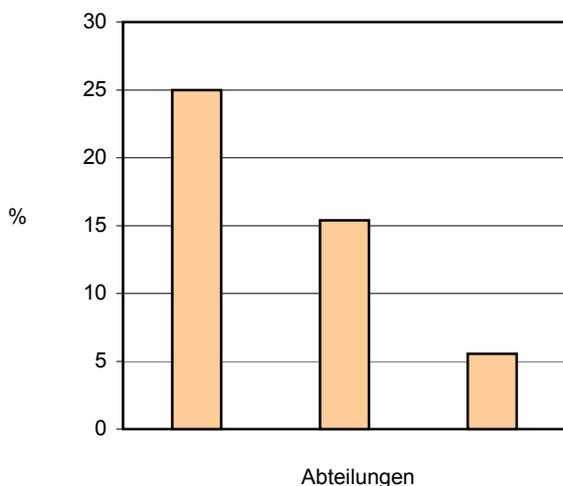
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 20]:
Anteil Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 31,6%
 Median der Abteilungswerte: 5,3%



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

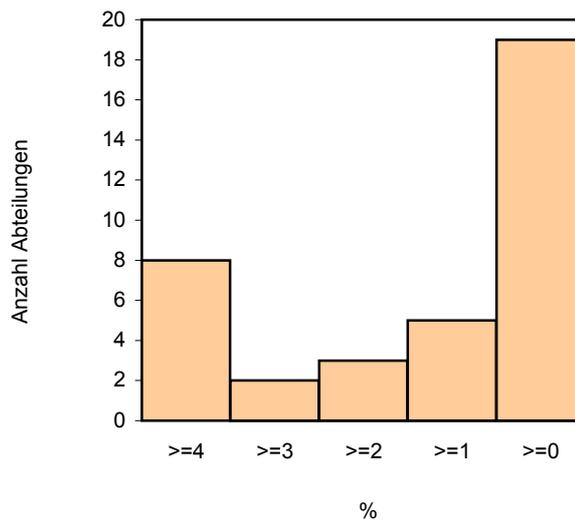
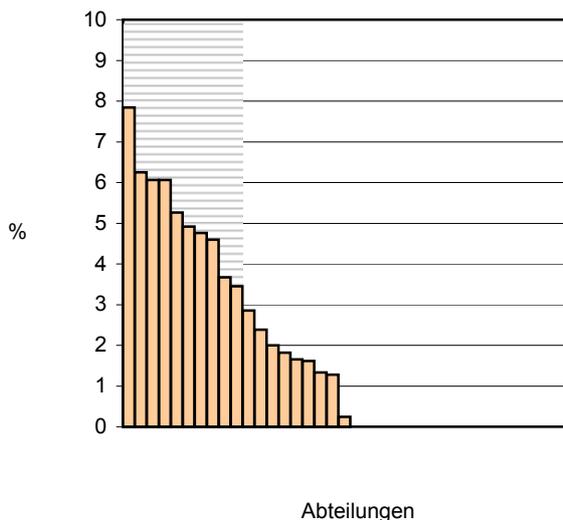
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,6% - 25,0%
 Median der Abteilungswerte: 15,4%



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

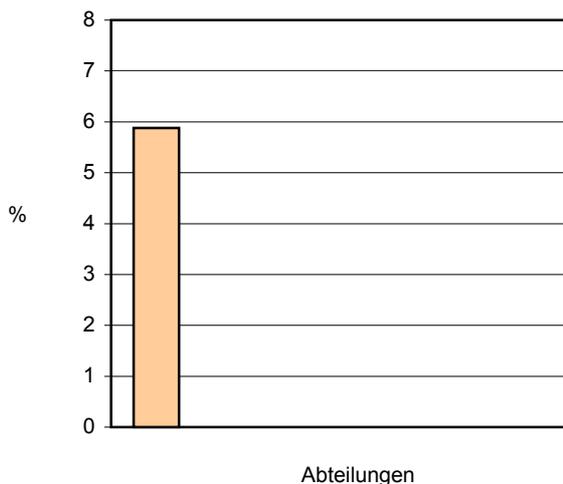
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 21]:
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Vorhofsonde
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,8%
 Median der Abteilungswerte: 0,2%



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,9%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 22]:

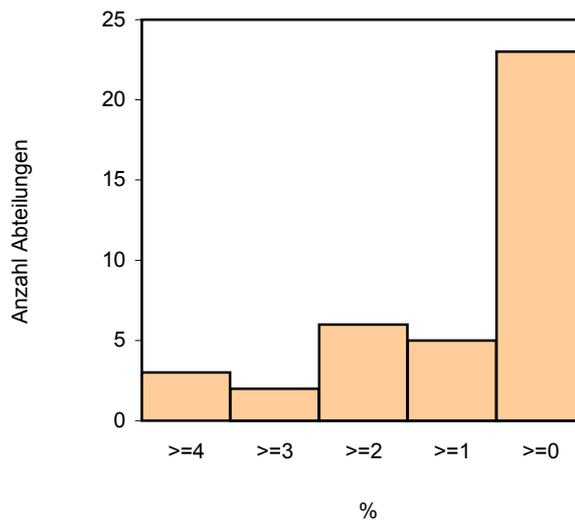
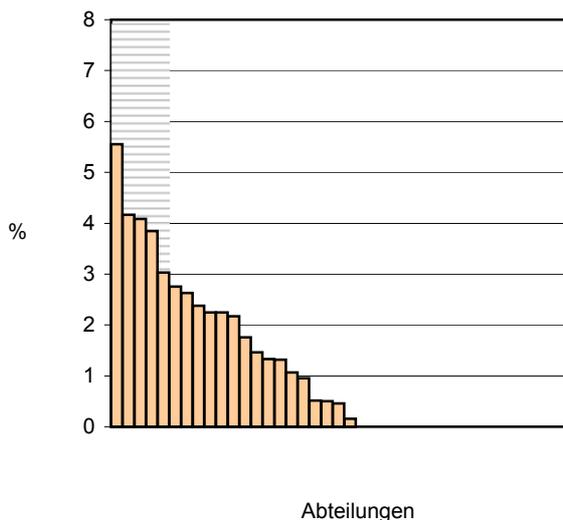
Anteil Patienten mit Sondendislokation einer Ventrikelsonde

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,6%

Median der Abteilungswerte: 0,5%



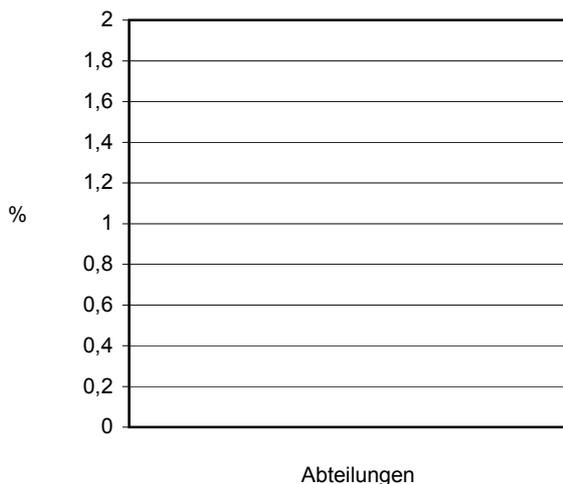
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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: $\geq 87,5\%$ (5%-Bundesperzentile)
 Gruppe 2: $\geq 89,0\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Reizschwelle $\leq 1,5$ V Vertrauensbereich Referenzbereich			2.956 / 3.046	97,0% 96,38% - 97,62% $\geq 87,5\%$
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Reizschwelle ≤ 1 V Vertrauensbereich Referenzbereich			4.719 / 4.857	97,2% 96,65% - 97,61% $\geq 89,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Reizschwelle $\leq 1,5$ V Vertrauensbereich			2.678 / 2.866	93,4% 92,47% - 94,32%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Reizschwelle ≤ 1 V Vertrauensbereich			4.517 / 4.639	97,4% 96,87% - 97,81%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 23]:

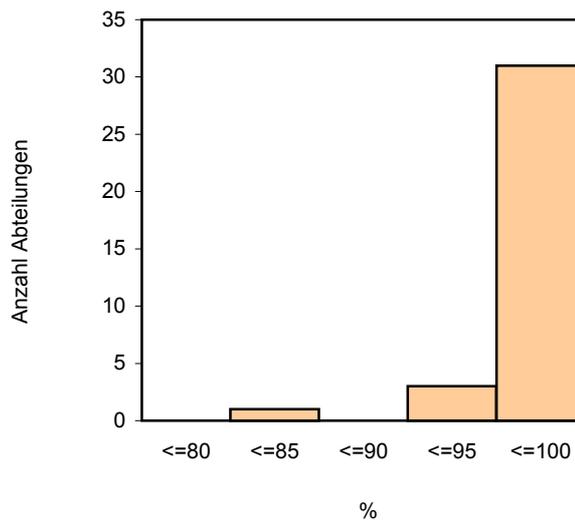
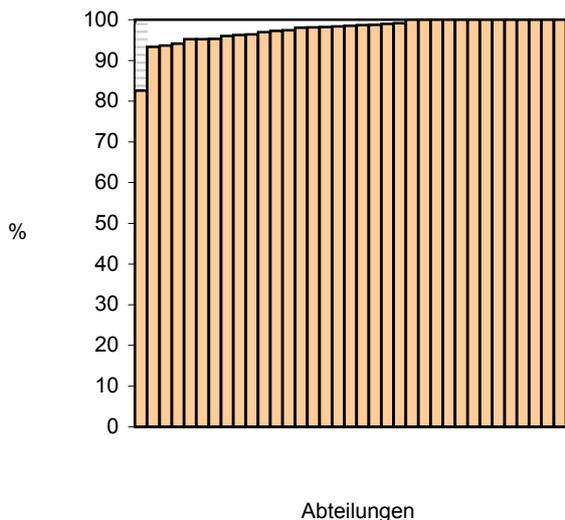
Anteil Vorhofsonden mit Reizschwelle bis 1,5 V (kein perioperatives Vorhofflimmern)

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 82,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,5%



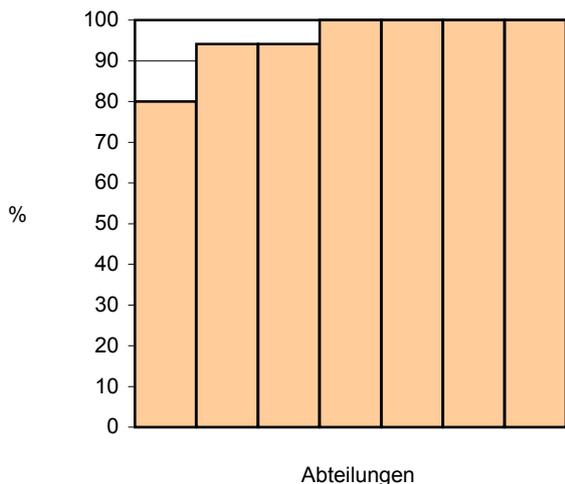
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 24]:

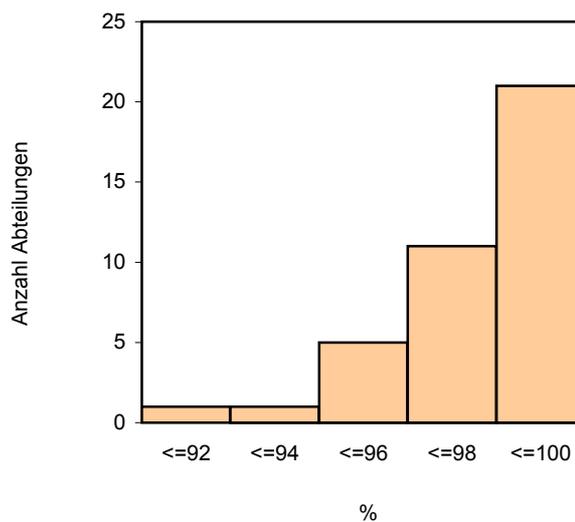
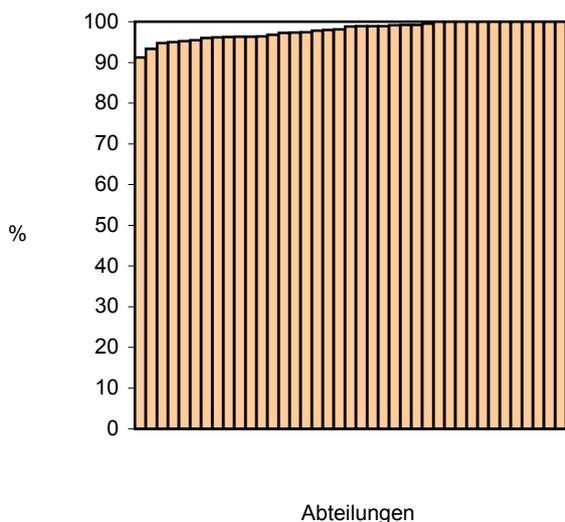
Anteil Ventrikelsonden mit Reizschwelle ≤ 1 V

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,2% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,8%



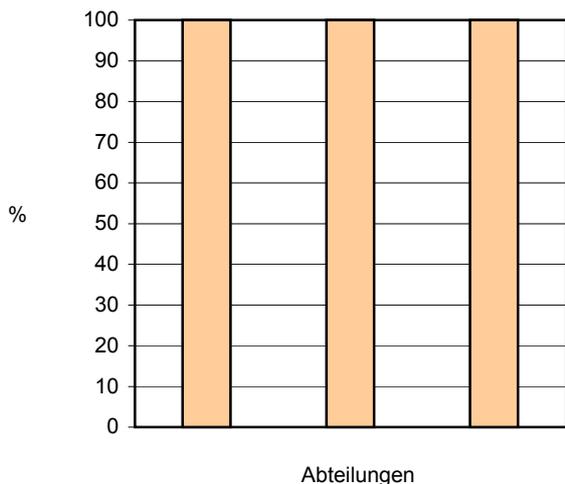
39 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen 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

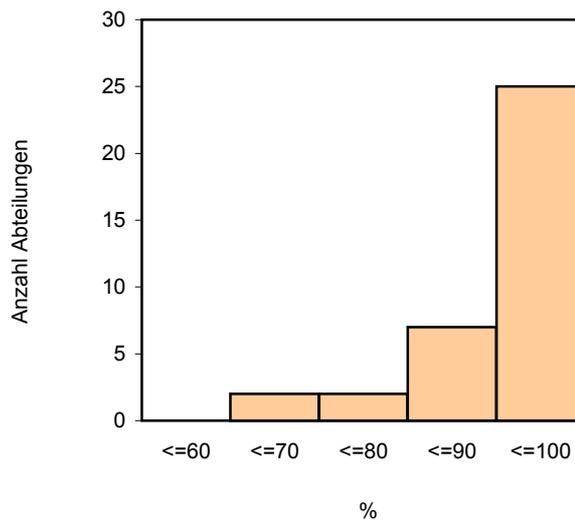
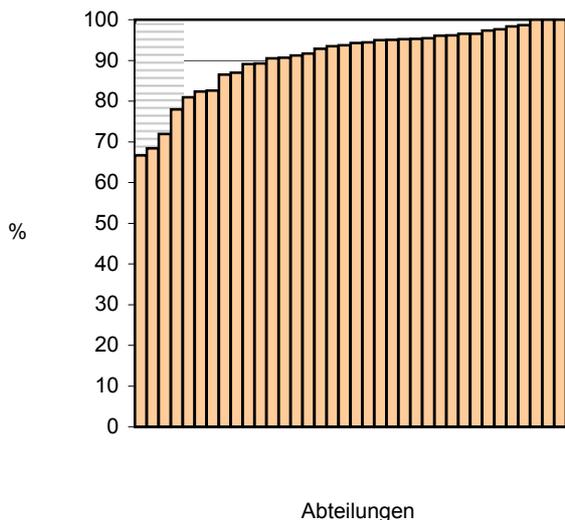
Referenzbereich: Gruppe 1: $\geq 80\%$
 Gruppe 2: $\geq 90\%$

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV Vertrauensbereich Referenzbereich			2.925 / 3.222 89,73% - 91,76%	 $\geq 80\%$
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV Vertrauensbereich Referenzbereich			3.764 / 3.795 98,84% - 99,44%	 $\geq 90\%$

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

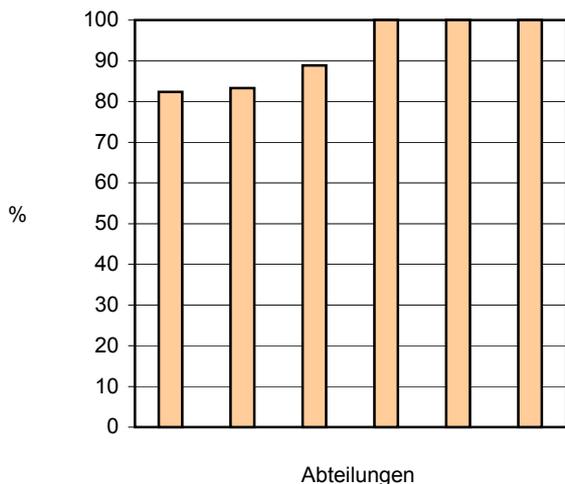
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 25]:
Anteil Vorhofsonden (keine VDD-Sonden) mit Amplitude $\geq 1,5$ mV
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,7% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 94,0%



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

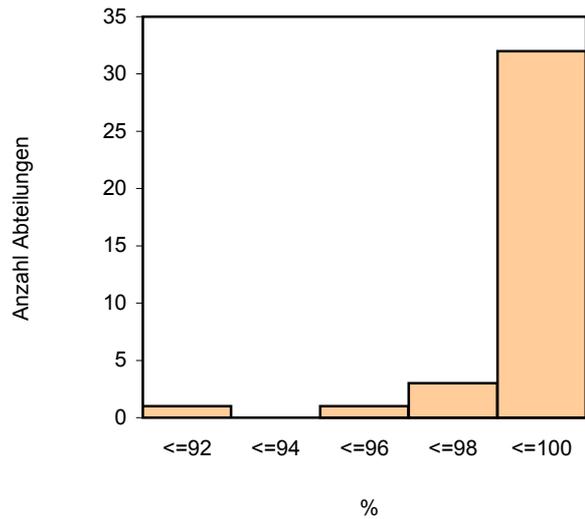
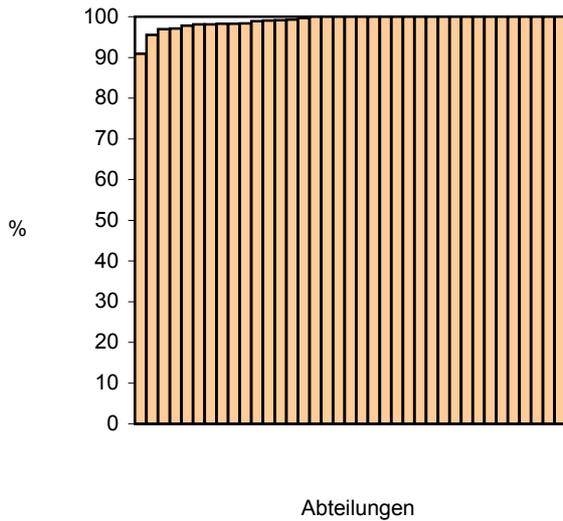
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 82,4% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 94,4%



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

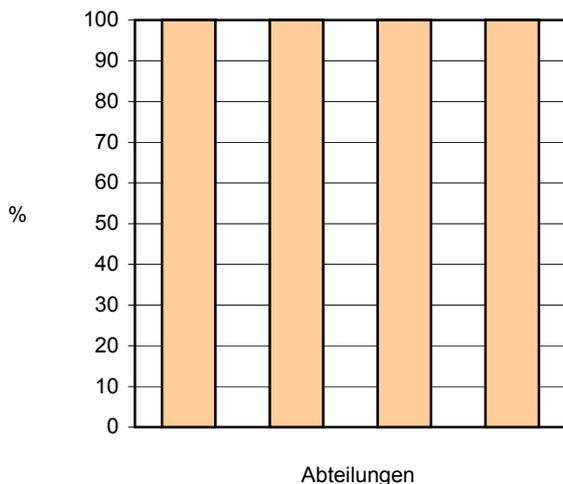
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 26]:
Anteil Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV (keine SM-Abhängigkeit)
 1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,9% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

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



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

Jahresauswertung 2004 Herzschrittmacher-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 42
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/1 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2511
2004 - D3260-L19691-P13681

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.133	23,3	1.153	24,7
2. Quartal			1.240	25,5	1.163	24,9
3. Quartal			1.287	26,5	1.171	25,1
4. Quartal			1.196	24,6	1.179	25,3
Gesamt			4.856		4.666	

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Versorgungsart						
stationär			4.850	99,9	4.631	99,2
teilstationär			5	0,1	3	0,1
ambulant			1	0,0	32	0,7

Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (in Tagen)						
gültige Angaben			4.428		4.439	
Median				6,0		6,0
Mittelwert				6,5		7,5

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
2	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
3	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
6	I48.10	Vorhofflimmern: Paroxysmal
7	R55	Synkope und Kollaps
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				I49.5	1.659	34,2	I49.5	1.194	31,1
2				I44.2	1.074	22,1	I48	956	24,9
3				I48.11	731	15,1	I44.2	808	21,0
4				I10.00	664	13,7	I10	404	10,5
5				I44.1	575	11,8	I44.1	400	10,4
6				I48.10	365	7,5	R55	190	4,9
7				R55	340	7,0	I25.11	175	4,6
8				E11.90	261	5,4	I45.5	129	3,4

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

Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
gültige Altersangabe			4.852		4.661	
< 20			10 / 4.852	0,2	11 / 4.661	0,2
20 - 39			27 / 4.852	0,6	35 / 4.661	0,8
40 - 59			240 / 4.852	4,9	251 / 4.661	5,4
60 - 79			2.842 / 4.852	58,6	2.787 / 4.661	59,8
>= 80			1.733 / 4.852	35,7	1.577 / 4.661	33,8
Alter (Jahre)						
Anzahl der Patienten			4.852		4.661	
Median				77,0		76,0
Mittelwert				75,2		74,8
Geschlecht						
männlich			2.373	48,9	2.327	49,9
weiblich			2.483	51,1	2.339	50,1

Präoperative Anamnese/Klinik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeinzustand						
1 = normal aktiv, versorgt sich selbst			2.808	57,8	2.636	56,5
2 = leicht eingeschränkt, benötigt gelegentlich fremde Hilfe			1.499	30,9	1.501	32,2
3 = deutlich eingeschränkt, benötigt ständig fremde Hilfe			483	9,9	459	9,8
4 = bettlägerig			66	1,4	70	1,5
(Mehrfachnennungen möglich)						
Synkope			1.852	38,1	1.814	38,9
Präsynkope/Schwindel			2.281	47,0	2.167	46,4
Herzinsuffizienz			1.687	34,7	1.685	36,1
bradykarde Herzinsuffizienz			1.402	28,9	1.363	29,2
Ablation			35	0,7	66	1,4
Prophylaktische Indikation bei asymptomatischem Patienten			89	1,8	93	2,0
Sonstige			336	6,9	265	5,7

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führender EKG-Befund zur Schrittmacherindikation						
kein führender EKG-Befund			14	0,3	24	0,5
AV-Block I			26	0,5	20	0,4
AV-Block II Wenckebach			89	1,8	77	1,6
AV-Block II Mobitz			474	9,8	439	9,4
AV-Block III			970	20,0	1.000	21,4
bifaszikulärer Block			56	1,2	63	1,4
Sinusknoten-Syndrom (SSS)			1.242	25,6	1.191	25,5
Bradykardie-Tachykardie-Syndr. (BTS)			599	12,3	611	13,1
bradykardes Vorhofflimmern			1.014	20,9	929	19,9
Karotissinussyndrom (CSS)			28	0,6	34	0,7
Vasovagales Syndrom (VVS)			12	0,2	11	0,2
binodale Erkrankung			164	3,4	138	3,0
Sonstiger führender EKG-Befund			168	3,5	129	2,8
Häufigkeit des Auftretens						
häufig/permanent			3.010	62,0	2.890	61,9
selten/intermittierend			1.832	37,7	1.752	37,5
Zusätzliche Angaben						
Provokationstest			176 / 4.856	3,6	164 / 4.666	3,5
Wenn Provokationstest:						
Ergebnis des Provokationstests						
Keine Rhythmusstörung			36 / 176	20,5	11 / 164	6,7
Sinusknotenerholungszeit (SKEZ) pathologisch			29 / 176	16,5	41 / 164	25,0
Wenckebachpunkt pathologisch			36 / 176	20,5	28 / 164	17,1
SKEZ und Wenckebachpunkt pathol.			21 / 176	11,9	6 / 164	3,7
Karotissinusmassage pathologisch			18 / 176	10,2	43 / 164	26,2
Kipptisch positiv			17 / 176	9,7	15 / 164	9,1
HV-Zeit spontan pathologisch			13 / 176	7,4	16 / 164	9,8
HV-Zeit unter Provokation pathologisch			6 / 176	3,4	4 / 164	2,4
Herzinsuffizienz NYHA						
keine			2.042	42,1	1.873	40,1
Grad I			547	11,3	561	12,0
Grad II			1.328	27,3	1.434	30,7
Grad III			830	17,1	720	15,4
Grad IV			109	2,2	78	1,7
Schrittmacherabhängigkeit						
(Asystolie von mindestens 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min)			1.026	21,1	1.038	22,2

Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang/Lage des implantierten Systems (Mehrfachnennungen möglich)						
Vena cephalica			1.266	26,1	1.303	27,9
Vena subclavia			3.809	78,4	3.557	76,2
andere			26	0,5	29	0,6
links			1.143	23,5	1.035	22,2
rechts			3.716	76,5	3.639	78,0
Art der Anästhesie						
Lokalanästhesie			4.776	98,4	4.610	98,8
Allgemeinanästhesie			80	1,6	56	1,2
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit in Minuten)						
gültige Angaben			4.856		4.666	
Median				45,0		45,0
Mittelwert				51,0		53,0
Durchleuchtungszeit (in Minuten)						
gültige Angaben (> 0 min)			4.856		4.613	
Median				3,0		4,0
Mittelwert				5,3		7,0
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
gültige Angaben (> 0 cGy*cm ²)			1.319		1.303	
Median				837,0		605,0
Mittelwert				1706,8		2956,1

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-System						
Ein-Kammer-System						
VVI			1.524	31,4	1.571	33,7
AAI			38	0,8	61	1,3
Zwei-Kammer-System						
DDD			3.161	65,1	2.892	62,0
VDD			65	1,3	67	1,4
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit Vorhofsonde			46	0,9	50	1,1
biventrikuläres System o. Vorhofsonde			4	0,1	15	0,3
Sonstiges			18	0,4	10	0,2
Frequenzvariabel			4.105	84,5	3.591	77,0
Sonstige						
nein			4.442	91,5	4.228	90,6
prophylaktische antitachykarde Funktion			160	3,3	189	4,1
therapeutische antitachykarde Funktion			73	1,5	101	2,2
beides			40	0,8	75	1,6
Sonstiges			141	2,9	73	1,6
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
NBL-Code			3.272 / 4.856	67,4	3.032 / 4.666	65,0
davon:						
unipolar			5 / 3.272	0,2	21 / 3.032	0,7
bipolar			3.260 / 3.272	99,6	3.007 / 3.032	99,2
multipolar			7 / 3.272	0,2	4 / 3.032	0,1
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			2.597 / 3.272	79,4	2.451 / 3.032	80,8
passive Fixation, z.B. Ankersonde			657 / 3.272	20,1	570 / 3.032	18,8
keine Fixation			16 / 3.272	0,5	11 / 3.032	0,4
Polyurethanisolierung			407 / 3.272	12,4	389 / 3.032	12,8
Silikonisolierung			2.518 / 3.272	77,0	2.282 / 3.032	75,3
beide Materialien			345 / 3.272	10,5	360 / 3.032	11,9
steroidfreisetzend			2.628 / 3.272	80,3	2.325 / 3.032	76,7
andere Substanz freisetzend			36 / 3.272	1,1	8 / 3.032	0,3
ohne			605 / 3.272	18,5	699 / 3.032	23,1
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			3.063		2.876	
Median				0,70		0,80
Mittelwert				0,78		0,87
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			3.263		2.983	
Median				2,80		2,70
Mittelwert				3,18		3,04

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
NBL-Code			4.814 / 4.856	99,1	4.604 / 4.666	98,7
davon:						
unipolar			500 / 4.814	10,4	1.106 / 4.604	24,0
bipolar			4.306 / 4.814	89,4	3.488 / 4.604	75,8
multipolar			8 / 4.814	0,2	10 / 4.604	0,2
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			714 / 4.814	14,8	433 / 4.604	9,4
passive Fixation, z.B. Ankersonde			4.093 / 4.814	85,0	4.157 / 4.604	90,3
keine Fixation			7 / 4.814	0,1	14 / 4.604	0,3
Polyurethanisolierung			692 / 4.814	14,4	493 / 4.604	10,7
Silikonisolierung			3.310 / 4.814	68,8	3.227 / 4.604	70,1
beide Materialien			811 / 4.814	16,8	884 / 4.604	19,2
steroidfreisetzend			3.335 / 4.814	69,3	2.746 / 4.604	59,6
andere Substanz freisetzend			30 / 4.814	0,6	27 / 4.604	0,6
ohne			1.449 / 4.814	30,1	1.831 / 4.604	39,8
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			4.805		4.575	
Median				0,40		0,40
Mittelwert				0,51		0,49
R-Amplitude (mV)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			4.730		4.482	
Median				12,80		12,60
Mittelwert				13,73		13,60

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) III

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
NBL-Code			8 / 4.856	0,2	3 / 4.666	0,1
davon:						
unipolar			0 / 8	0,0	0 / 3	0,0
bipolar			8 / 8	100,0	3 / 3	100,0
multipolar			0 / 8	0,0	0 / 3	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			3 / 8	37,5	1 / 3	33,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			5 / 8	62,5	1 / 3	33,3
keine Fixation			0 / 8	0,0	1 / 3	33,3
Polyurethanolisierung			2 / 8	25,0	2 / 3	66,7
Silikonisierung			6 / 8	75,0	1 / 3	33,3
beide Materialien			0 / 8	0,0	0 / 3	0,0
steroidfreisetzend			1 / 8	12,5	1 / 3	33,3
andere Substanz freisetzend			1 / 8	12,5	0 / 3	0,0
ohne			6 / 8	75,0	2 / 3	66,7
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			8		3	
Median				1,25		1,60
Mittelwert				1,30		1,40
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			8		3	
Median				1,85		3,80
Mittelwert				1,75		4,30

Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile) IV

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
NBL-Code			52 / 4.856	1,1	68 / 4.666	1,5
davon:						
unipolar			21 / 52	40,4	31 / 68	45,6
bipolar			30 / 52	57,7	37 / 68	54,4
multipolar			1 / 52	1,9	0 / 68	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			5 / 52	9,6	24 / 68	35,3
passive Fixation, z.B. Ankersonde			42 / 52	80,8	34 / 68	50,0
keine Fixation			5 / 52	9,6	10 / 68	14,7
Polyurethanolisierung			15 / 52	28,8	7 / 68	10,3
Silikonisierung			26 / 52	50,0	46 / 68	67,6
beide Materialien			11 / 52	21,2	15 / 68	22,1
steroidfreisetzend			45 / 52	86,5	42 / 68	61,8
andere Substanz freisetzend			3 / 52	5,8	0 / 68	0,0
ohne			4 / 52	7,7	26 / 68	38,2
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			52		64	
Median				1,00		0,80
Mittelwert				1,18		0,94
R-Amplitude (mV)						
Anzahl der Pat. mit gültigen Angaben			49		66	
Median				14,10		10,55
Mittelwert				15,64		12,78

Perioperative Komplikationen

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perioperative Komplikationen						
Anzahl der Pat. mit mindestens einer Komplikation			237	4,9	191	4,1
Asystolie			19	0,4	16	0,3
Kammerflimmern			3	0,1	2	0,0
Vorhofflimmern			44	0,9	16	0,3
Pneumothorax			35	0,7	22	0,5
Drainage erforderlich			24	0,5	11	0,2
Herzbeutelamponade mit Intervention			1	0,0	1	0,0
Taschenhämatom			41	0,8	42	0,9
Hämatothorax			2	0,0	0	0,0
Sondendislokation			83	1,7	76	1,6
Vorhof			47	1,0	43	0,9
Ventrikel			34	0,7	31	0,7
Beide			2	0,0	2	0,0
Wundinfektion			3	0,1	4	0,1
Revisionseingriff erforderlich*			2	0,0	2	0,0
Sonstige			21	0,4	23	0,5
Reanimation erforderlich			6	0,1	6	0,1

*eingeschränkt auf gültige Fälle

Entlassung I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze			4.856	100,0	3.842	82,3
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle						
NBG-Code						
AAI			39	0,8	59	1,5
davon Frequenzadaptation						
keine			7 / 39	17,9	14 / 59	23,7
Frequenzadaptation			32 / 39	82,1	45 / 59	76,3
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			36 / 39	92,3	44 / 59	74,6
davon						
keine			36 / 36	100,0	42 / 44	95,5
Atrium			0 / 36	0,0	2 / 44	4,5
Ventrikel			0 / 36	0,0	0 / 44	0,0
doppelt (Atrium + Ventrikel)			0 / 36	0,0	0 / 44	0,0
VVI			1.510	31,1	1.254	32,6
davon Frequenzadaptation						
keine			796 / 1.510	52,7	651 / 1.254	51,9
Frequenzadaptation			714 / 1.510	47,3	603 / 1.254	48,1
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			969 / 1.510	64,2	857 / 1.254	68,3
davon						
keine			911 / 969	94,0	833 / 857	97,2
Atrium			1 / 969	0,1	0 / 857	0,0
Ventrikel			54 / 969	5,6	23 / 857	2,7
doppelt (Atrium + Ventrikel)			3 / 969	0,3	1 / 857	0,1
VDD			58	1,2	53	1,4
davon Frequenzadaptation						
keine			34 / 58	58,6	18 / 53	34,0
Frequenzadaptation			24 / 58	41,4	35 / 53	66,0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			38 / 58	65,5	42 / 53	79,2
davon						
keine			36 / 38	94,7	42 / 42	100,0
Atrium			0 / 38	0,0	0 / 42	0,0
Ventrikel			0 / 38	0,0	0 / 42	0,0
doppelt (Atrium + Ventrikel)			2 / 38	5,3	0 / 42	0,0

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
DDD			2.888	59,5	2.163	56,3
davon Frequenzadaptation						
keine			1.620 / 2.888	56,1	1.269 / 2.163	58,7
Frequenzadaptation			1.268 / 2.888	43,9	894 / 2.163	41,3
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			1.934 / 2.888	67,0	1.662 / 2.163	76,8
davon						
keine			1.803 / 1.934	93,2	1.580 / 1.662	95,1
Atrium			10 / 1.934	0,5	12 / 1.662	0,7
Ventrikel			18 / 1.934	0,9	14 / 1.662	0,8
doppelt (Atrium + Ventrikel)			103 / 1.934	5,3	56 / 1.662	3,4
DDI			288	5,9	234	6,1
davon Frequenzadaptation						
keine			130 / 288	45,1	67 / 234	28,6
Frequenzadaptation			158 / 288	54,9	167 / 234	71,4
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			258 / 288	89,6	179 / 234	76,5
davon						
keine			257 / 258	99,6	179 / 179	100,0
Atrium			0 / 258	0,0	0 / 179	0,0
Ventrikel			0 / 258	0,0	0 / 179	0,0
doppelt (Atrium + Ventrikel)			1 / 258	0,4	0 / 179	0,0

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung III

Entlassungsgrund	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1: Behandlung regulär beendet			4.443	91,5	4.176	89,5
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen			108	2,2	57	1,2
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			2	0,0	7	0,1
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			2	0,0	3	0,1
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			100	2,1	169	3,6
7: Tod			51	1,0	64	1,4
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV/95)			7	0,1	19	0,4
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			80	1,6	93	2,0
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			36	0,7	50	1,1
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: Interne Verlegung			18	0,4	26	0,6
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			1	0,0	0	0,0
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			1	0,0	0	0,0
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			2	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BpflV u. des KHEntgG			2	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			3	0,1	1	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff o. der zugrunde liegenden Rhythmusstörung			4 / 4.848	0,1	3 / 4.653	0,1
Tod bei Schrittm.- o. Sondendysfunktion			0 / 4.856	0,0	0 / 4.666	0,0
Wenn Entlassungsgrund = Tod Sektion			4 / 51	7,8	8 / 64	12,5

Verteilung der Entlassungsgründe

