

Jahresauswertung 2004 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 39
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2512
2004 - D3261-L19662-P13691

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung						
Anteil von Patienten mit Indikation „vorzeitige Batterieerschöpfung vor Ablauf der Garantiezeit“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel an allen Patienten mit einer Reizschwelle ≤ 2 V oder mit nicht gemessener Reizschwelle			2,2%	Sentinel Event		1.1
Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats						
Anteil von Patienten mit Einkammersystemen mit Laufzeit über 6 Jahre an allen Patienten			88,1%	$\geq 80,0\%$	8,1%	1.3
Anteil von Patienten mit Zweikammersystemen mit Laufzeit über 6 Jahre an allen Patienten			75,1%	$\geq 48,0\%$	27,1%	1.3
Eingriffsdauer						
Anteil von Patienten mit Eingriffsdauer bis 60 min an allen Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer			93,2%	$\geq 81,3\%$	12,0%	1.6
Perioperative Komplikationen						
Anteil von Patienten mit mindestens einer peri-operativen Komplikation an allen Patienten			1,2%	nicht definiert		1.8
Reizschwellenbestimmung						
Anteil der Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			75,8%	$\geq 24,0\%$	51,8%	1.11
Anteil der Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			88,8%	$\geq 19,2\%$	69,6%	1.11
Amplitudenbestimmung						
Anteil der Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			81,2%	$\geq 20,0\%$	61,2%	1.14
Anteil der Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			89,2%	$\geq 34,6\%$	54,6%	1.14
Reizschwellenhöhe						
Anteil der Vorhofsonden mit Reizschwelle $< 1,5$ V			85,0%	$\geq 59,5\%$	25,5%	1.17
Anteil der Ventrikelsonden mit Reizschwelle $< 1,2$ V			76,2%	$\geq 48,3\%$	27,9%	1.17
Intrakardiale Signalamplituden						
Anteil der Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV			87,1%	$\geq 67,3\%$	19,8%	1.20
Anteil der Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV			98,9%	$\geq 90,4\%$	8,5%	1.20

* Abweichung vom Referenzbereich
n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt 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.

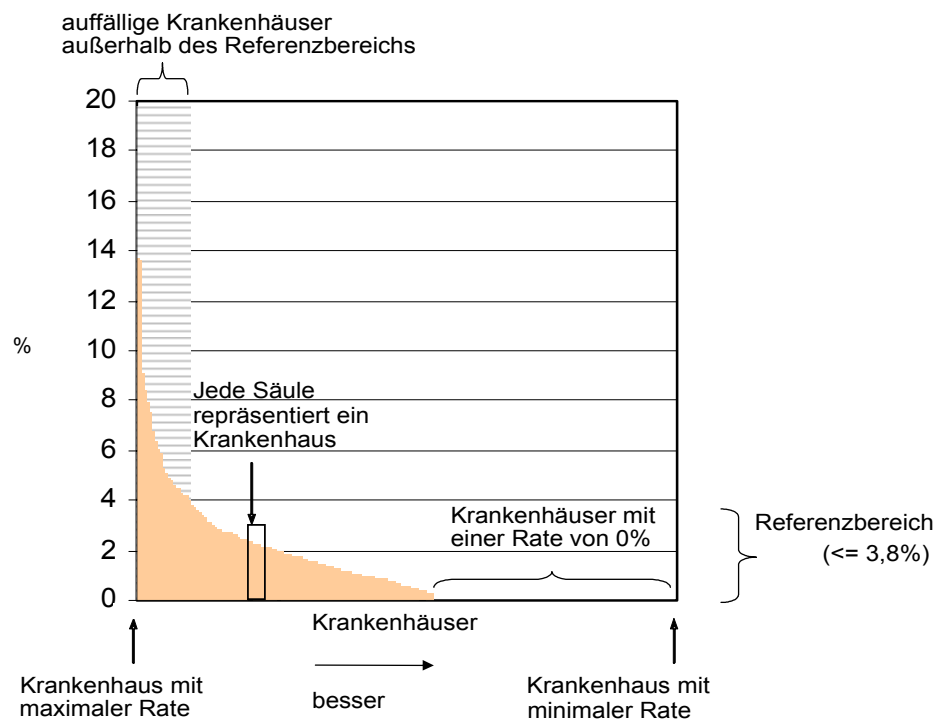
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

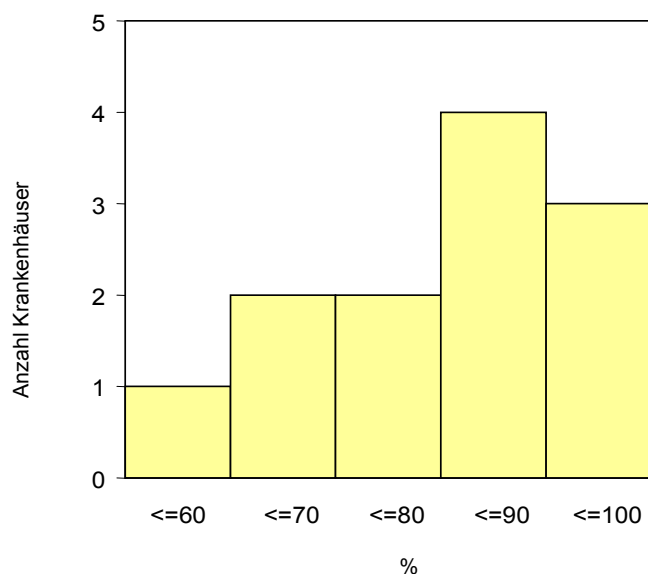
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
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: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung

Qualitätsziel: Möglichst selten Herzschrittmacher-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Angabe eines implantierten Ein- oder Zweikammer-Systems

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „vorzeitige Batterieerschöpfung vor Ablauf der Garantiezeit“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			22 / 973	2,3%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Reizschwelle ≤ 2 V oder mit nicht gemessener Reizschwelle bei gültiger Angabe eines implantierten Ein- oder Zweikammersystems

Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „vorzeitige Batterieerschöpfung vor Ablauf der Garantiezeit“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			21 / 938	2,2%
Vertrauensbereich				1,39% - 3,41%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „vorzeitige Batterieerschöpfung vor Ablauf der Garantiezeit“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			17 / 941	1,8%
Vertrauensbereich				1,05% - 2,88%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

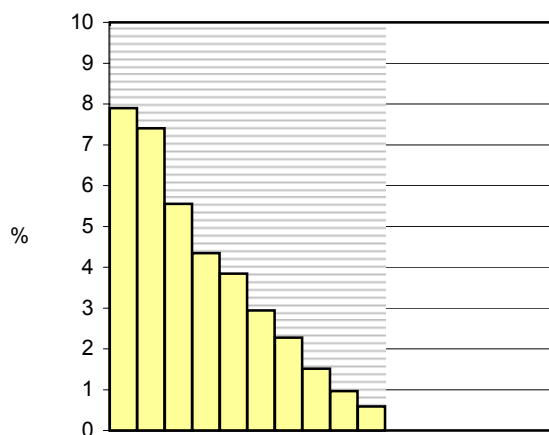
Anteil von Patienten mit Indikation „vorzeitige Batterieerschöpfung vor Ablauf der Garantiezeit“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel an allen Patienten mit einer Reizschwelle ≤ 2 V oder mit nicht gemessener Reizschwelle

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

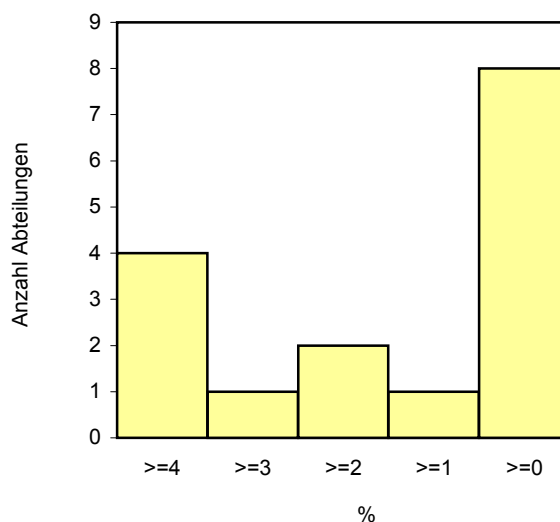
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,9%

Median der Abteilungswerte: 1,2%



Abteilungen



%

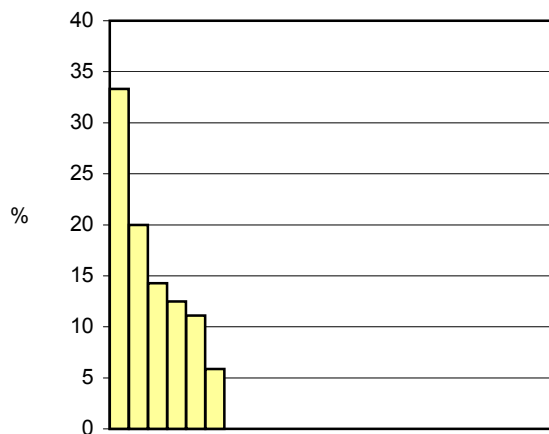
16 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

23 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Qualitätsziel: Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und gültiger Angabe zum explantierten Herzschrittmacher-System
Gruppe 1: Einkammersysteme (AAI, VVI)
Gruppe 2: Zweikammersysteme (VDD, DDD)

Referenzbereich: Gruppe 1: $\geq 80,0\%$ (10%-Bundesperzentile)
Gruppe 2: $\geq 48,0\%$ (10%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats unter 4 Jahre			1 / 252 0,4%	9 / 454 2,0%
4 bis 6 Jahre			29 / 252 11,5%	104 / 454 22,9%
7 bis 8 Jahre			80 / 252 31,7%	186 / 454 41,0%
9 bis 12 Jahre			103 / 252 40,9%	151 / 454 33,3%
über 12 Jahre			39 / 252 15,5%	4 / 454 0,9%
Summe			222 / 252	341 / 454
über 6 Jahre			88,1%	75,1%
Vertrauensbereich			83,43% - 91,83%	70,86% - 79,02%
Referenzbereich	$\geq 80,0\%$	$\geq 48,0\%$	$\geq 80,0\%$	$\geq 48,0\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Laufzeit des SM-Aggregats				
Summe			239 / 287	300 / 417
über 6 Jahre			83,3%	71,9%
Vertrauensbereich			78,43% - 87,41%	67,36% - 76,21%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2a]:

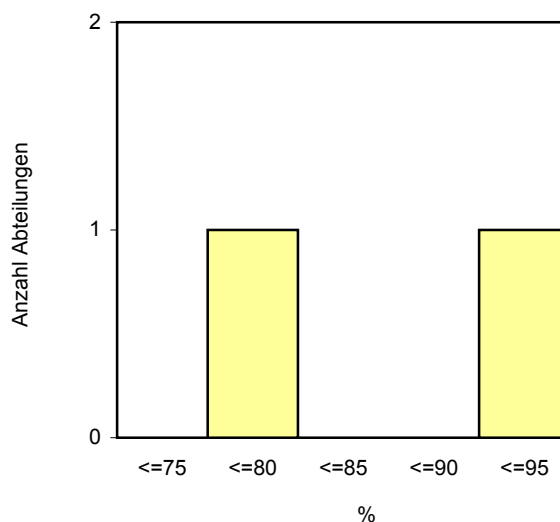
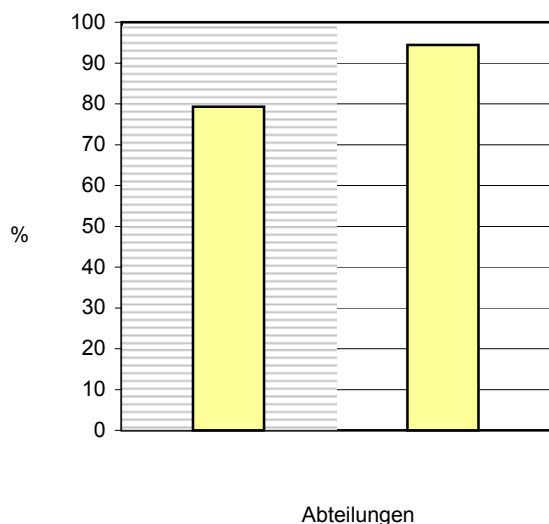
Anteil von Patienten mit Einkammersystemen mit Laufzeit über 6 Jahre an allen Patienten

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 79,3% - 94,4%

Median der Abteilungswerte: 86,9%



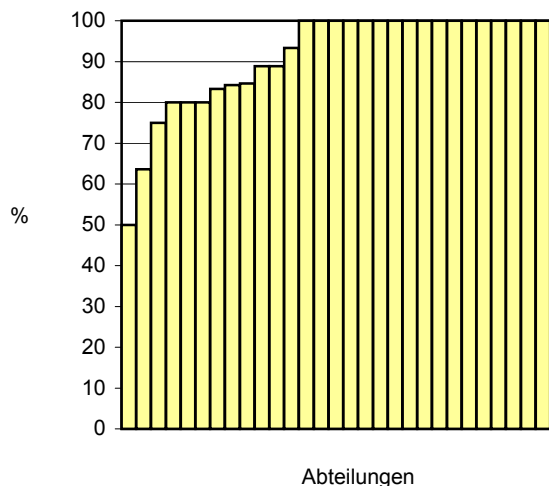
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



29 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2b]:

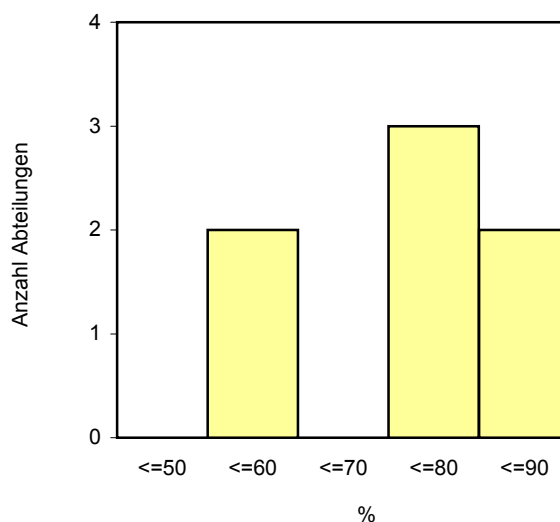
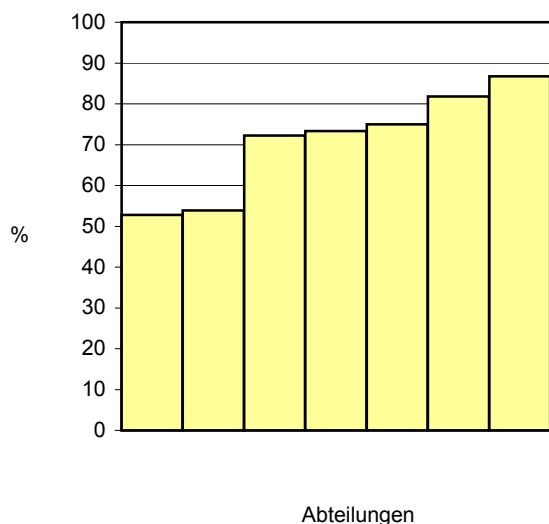
Anteil von Patienten mit Zweikammersystemen mit Laufzeit über 6 Jahre an allen Patienten

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 52,8% - 86,8%

Median der Abteilungswerte: 73,3%



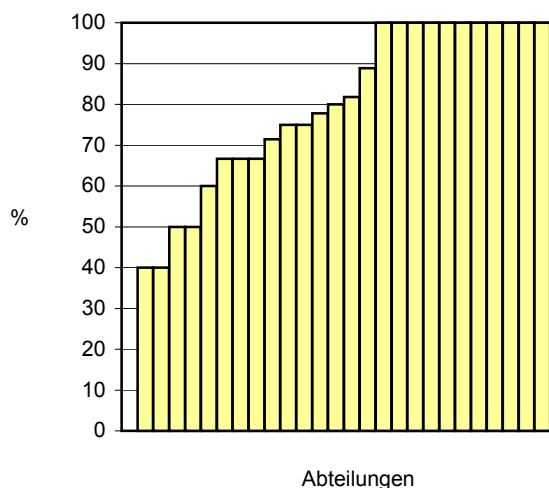
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 80,0%



27 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, um das Infektionsrisiko zu mindern

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer

Referenzbereich: $\geq 81,3\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer bis 30 min			578 / 987	58,6%
30 bis 60 min			342 / 987	34,6%
Summe ≤ 60 min			920 / 987	93,2%
Vertrauensbereich			91,46% - 94,70%	
Referenzbereich		$\geq 81,3\%$	$\geq 81,3\%$	
> 60 min			67 / 987	6,8%
Median (min)			987	25,0

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsdauer Summe ≤ 60 min			942 / 1.018	92,5%
Vertrauensbereich			90,74% - 94,07%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

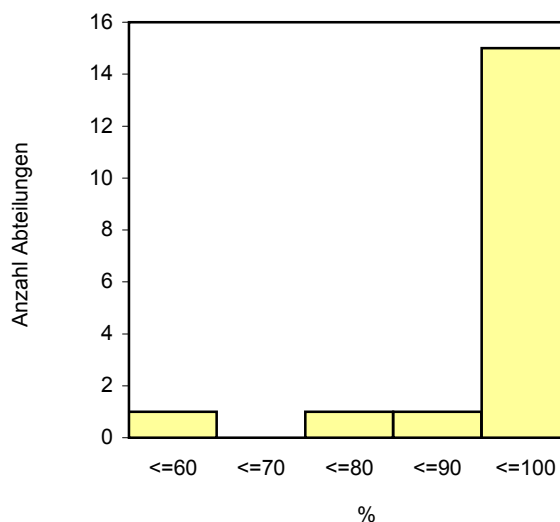
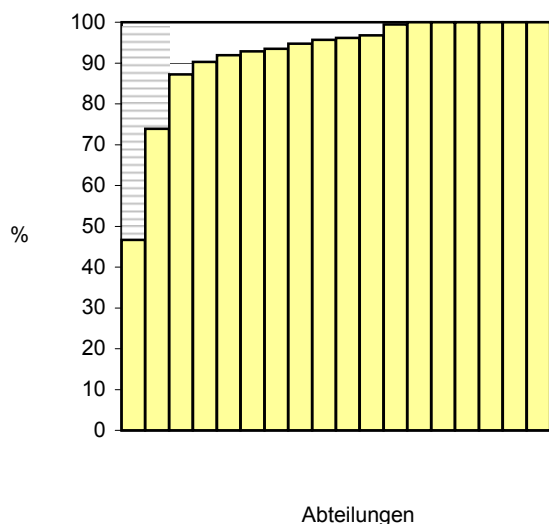
Anteil von Patienten mit Eingriffsdauer bis 60 min an allen Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 46,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,9%



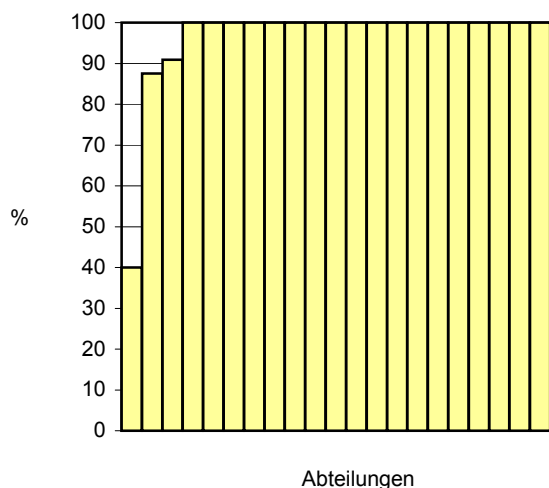
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 40,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



21 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenig perioperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: mindestens eine Komplikation: Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl derzeit nicht definiert.
Taschenhämatom: <= 1%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			12 / 987	1,2%
Vertrauensbereich				0,63% - 2,12%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie, Kammerflimmern oder Vorhofflimmern)			5 / 987	0,5%
Asystolie			1 / 987	0,1%
Kammerflimmern			1 / 987	0,1%
Vorhofflimmern			3 / 987	0,3%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			6 / 987	0,6%
Taschenhämatom			5 / 987	0,5%
Vertrauensbereich				0,16% - 1,19%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%
Wundinfektion ohne erforderl. Revision			1 / 987	0,1%
Wundinfektion mit erforderl. Revision			0 / 987	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,37%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%
Patienten mit Reanimation			0 / 987	0,0%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			1 / 987	0,1%
im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung*			0 / 986	0,0%
bei Herzschrittmacher- oder Sondendysfunktion*			0 / 985	0,0%

*Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf Fälle mit gültiger Angabe

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation Vertrauensbereich			28 / 1.018	2,7% 1,83% - 3,96%
Taschenhämatom Vertrauensbereich			9 / 1.018	0,9% 0,40% - 1,68%
Wundinfektion mit erforderl. Revision Vertrauensbereich			0 / 1.018	0,0% 0,00% - 0,36%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

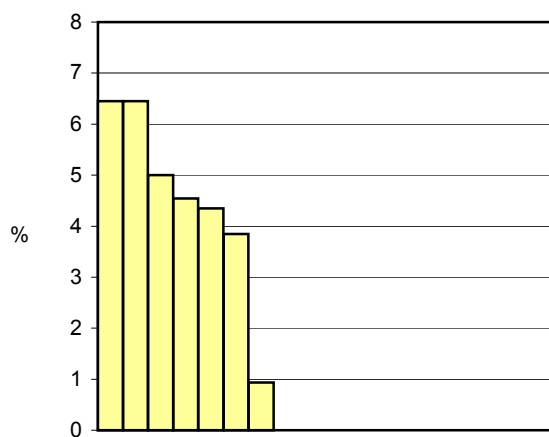
Anteil von Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

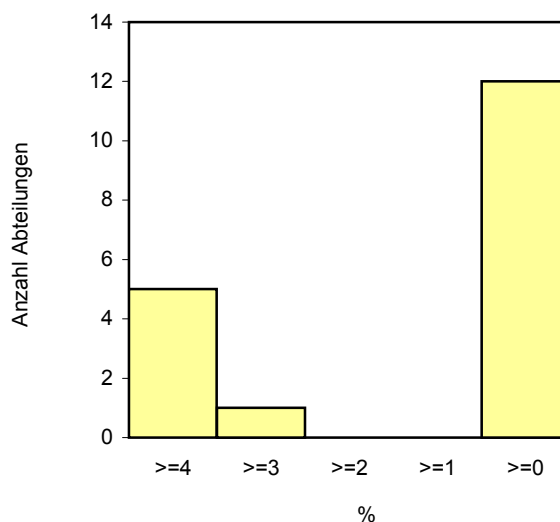
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



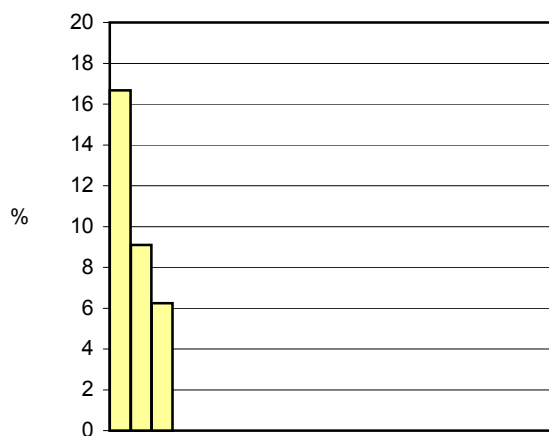
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

21 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reizschwellenbestimmung

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Reizschwellen	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 24,0\%$ (5%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2:	$\geq 19,2\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			439 / 579	75,8%
Vertrauensbereich			72,12% - 79,26%	
Referenzbereich		$\geq 24,0\%$	$\geq 24,0\%$	
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			865 / 974	88,8%
Vertrauensbereich			86,66% - 90,72%	
Referenzbereich		$\geq 19,2\%$	$\geq 19,2\%$	

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle			392 / 540	72,6%
Vertrauensbereich			68,62% - 76,32%	
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle			861 / 992	86,8%
Vertrauensbereich			84,53% - 88,84%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5a]:

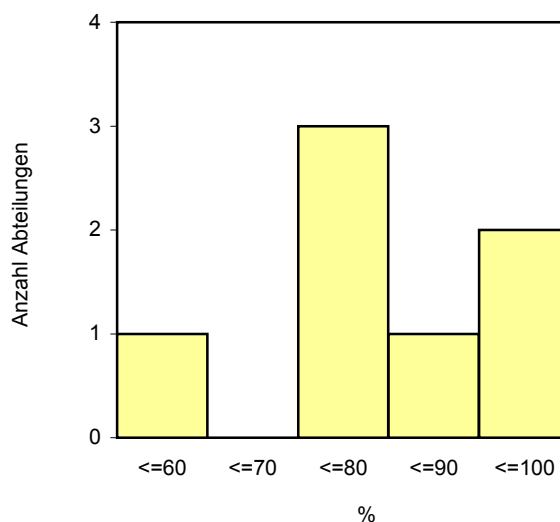
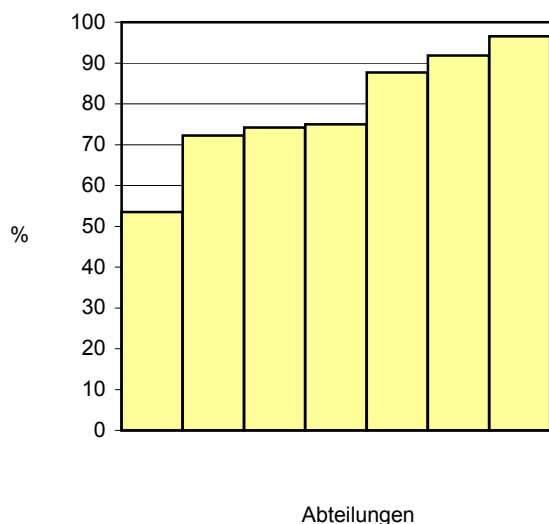
Anteil der Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 53,5% - 96,6%

Median der Abteilungswerte: 75,0%



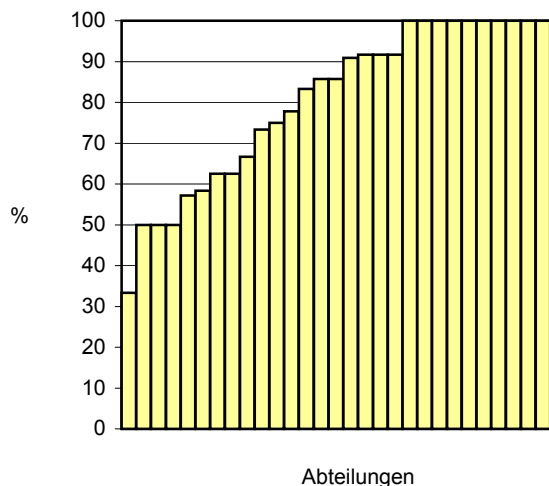
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 85,7%



29 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5b]:

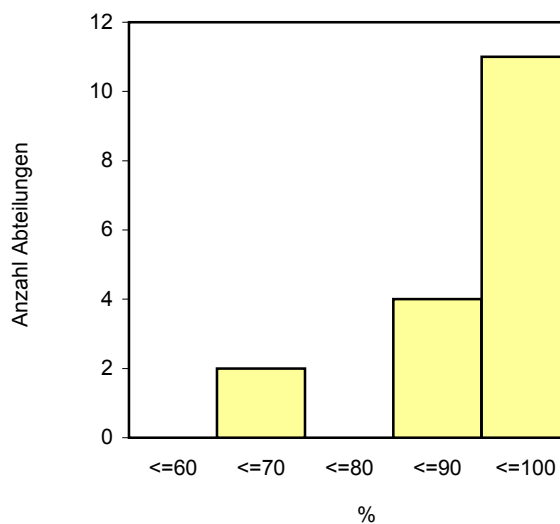
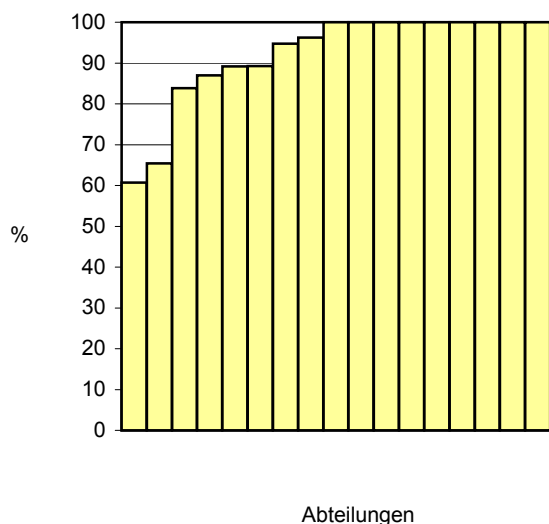
Anteil der Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



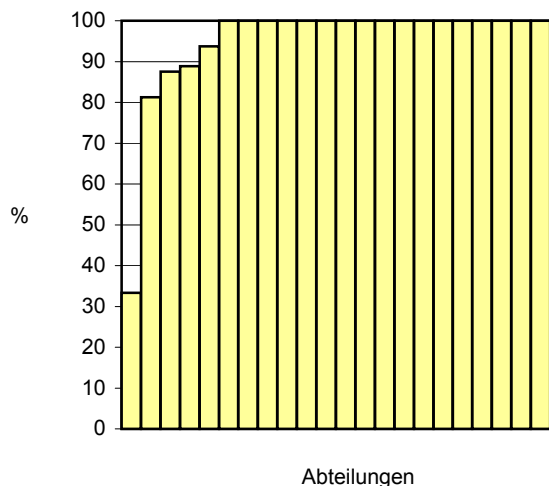
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 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: Amplitudenbestimmung

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Amplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden (Ausschluss: Patienten mit SM-Abhängigkeit)
Referenzbereich:	Gruppe 1:	$\geq 20,0\%$ (5%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2:	$\geq 34,6\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			491 / 605	81,2%
Vertrauensbereich			77,81% - 84,20%	
Referenzbereich		$\geq 20,0\%$	$\geq 20,0\%$	
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			529 / 593	89,2%
Vertrauensbereich			86,42% - 91,59%	
Referenzbereich		$\geq 34,6\%$	$\geq 34,6\%$	

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude			448 / 558	80,3%
Vertrauensbereich			76,74% - 83,51%	
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude			562 / 638	88,1%
Vertrauensbereich			85,31% - 90,50%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6a]:

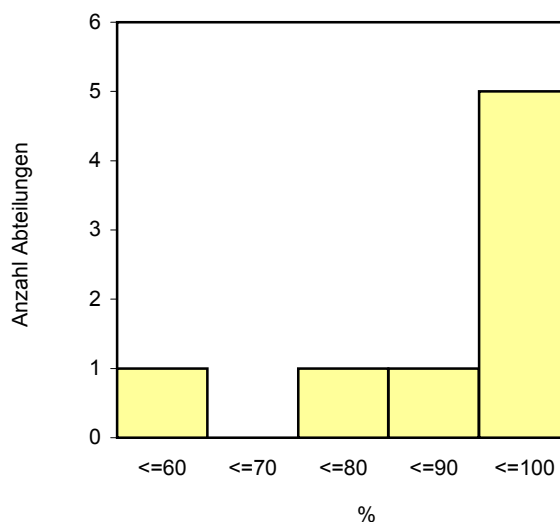
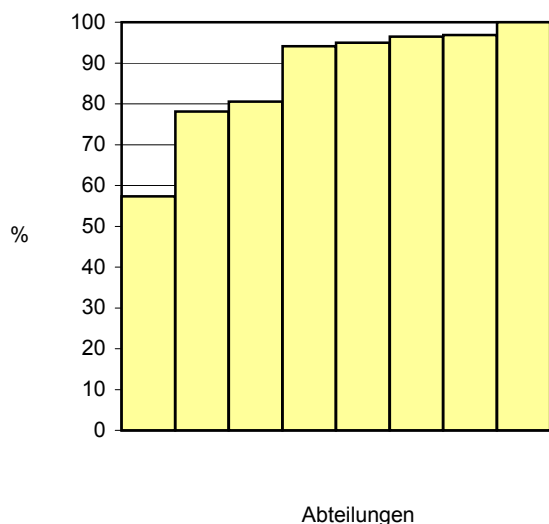
Anteil der Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 57,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 94,6%



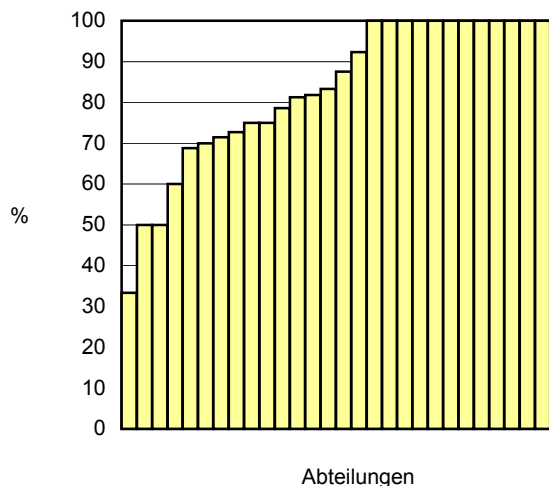
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 85,4%



28 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6b]:

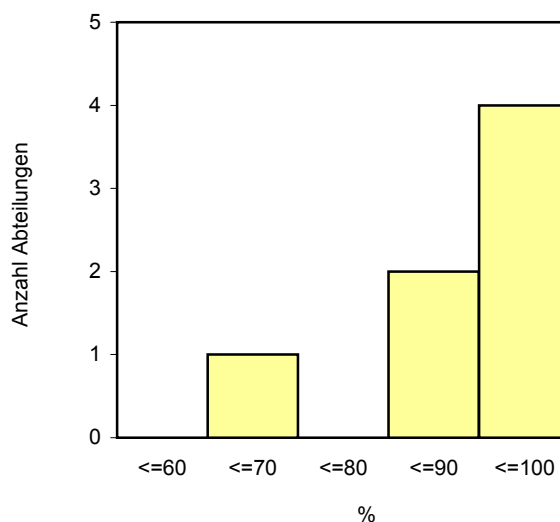
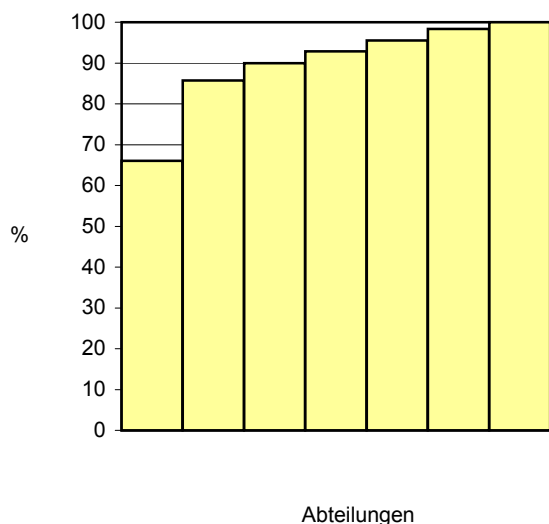
Anteil der Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 92,9%



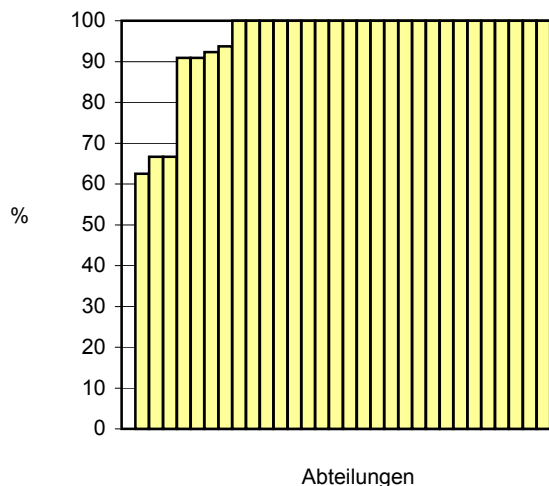
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



31 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 (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern)	
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden mit gültiger Reizschwelle	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 59,5% (5%-Bundesperzentile)	
	Gruppe 2:	>= 48,3% (5%-Bundesperzentile)	

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Reizschwelle < 1,5 V			357 / 420	85,0%
Vertrauensbereich			81,21% - 88,28%	
Referenzbereich		>= 59,5%	>= 59,5%	
1,5 - 2,5 V			60 / 420	14,3%
> 2,5 V			3 / 420	0,7%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Reizschwelle < 1,2 V			659 / 865	76,2%
Vertrauensbereich			73,20% - 78,99%	
Referenzbereich		>= 48,3%	>= 48,3%	
1,2 - 2,5 V			199 / 865	23,0%
> 2,5 V			7 / 865	0,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Reizschwelle < 1,5 V			300 / 382	78,5%
Vertrauensbereich			74,07% - 82,55%	
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Reizschwelle < 1,2 V			615 / 860	71,5%
Vertrauensbereich			68,36% - 74,51%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7a]:

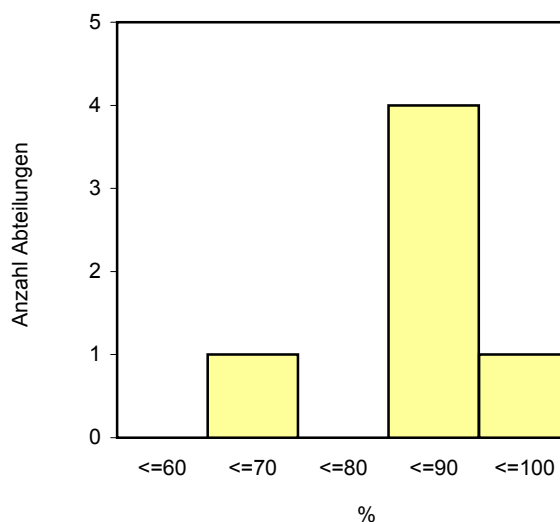
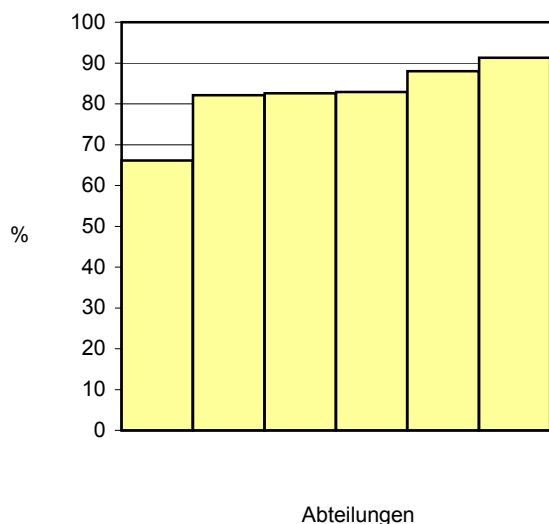
Anteil der Vorhofsonden mit Reizschwelle < 1,5 V

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 66,1% - 91,3%

Median der Abteilungswerte: 82,8%



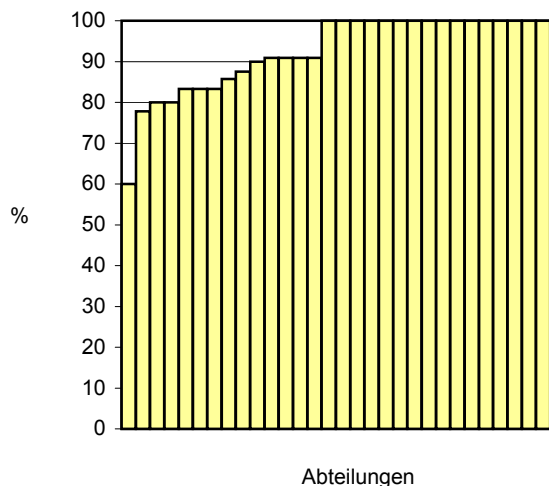
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



30 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7b]:

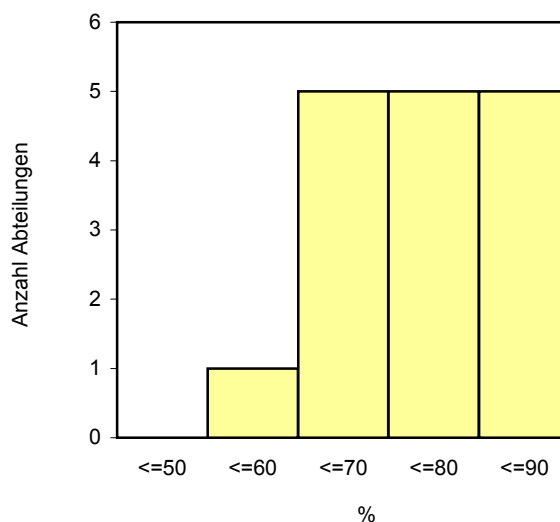
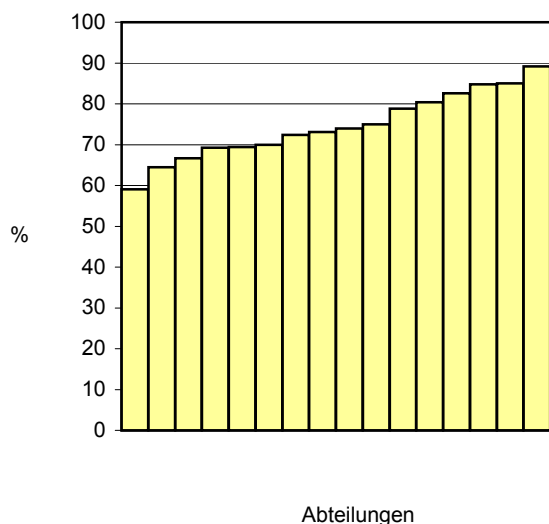
Anteil der Ventrikelsonden mit Reizschwelle $< 1,2$ V

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 59,1% - 89,2%

Median der Abteilungswerte: 73,5%



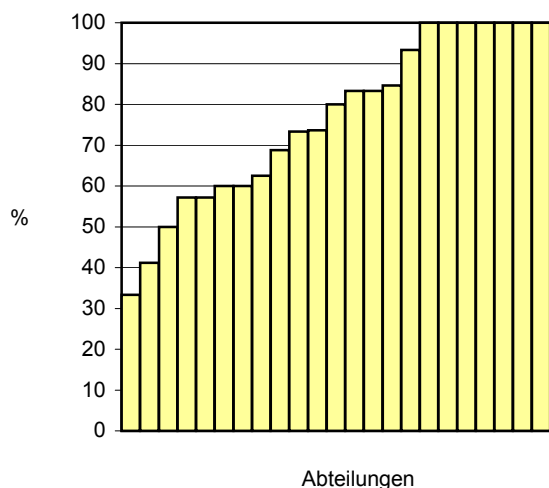
16 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 80,0%



23 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intrakardiale Signalamplituden

Qualitätsziel:	Immer möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Vorhofsonden mit gültiger Amplitude (Ausschluss: VDD-Sonden und Sonden ohne gültige Angabe zum implantierten Herzschrittmachersystem)
	Gruppe 2:	Alle Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude außer bei Patienten mit SM-Abhängigkeit
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 67,3% (5%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2:	>= 90,4% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV			392 / 450	87,1%
Vertrauensbereich			83,65% - 90,07%	
Referenzbereich		>= 67,3%		>= 67,3%
< 1,5 mV			58 / 450	12,9%
1,5 - 3,0 mV			201 / 450	44,7%
> 3,0 mV			191 / 450	42,4%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV			516 / 522	98,9%
Vertrauensbereich			97,50% - 99,59%	
Referenzbereich		>= 90,4%		>= 90,4%
< 4,0 mV			6 / 522	1,1%
4,0 - 8,0 mV			114 / 522	21,8%
> 8,0 mV			402 / 522	77,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV Vertrauensbereich			339 / 405	83,7% 79,73% - 87,17%
Gruppe 2 Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV Vertrauensbereich			534 / 556	96,0% 94,06% - 97,51%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8a]:

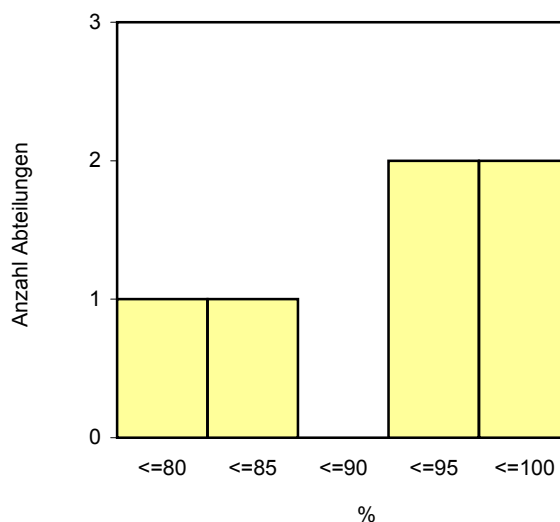
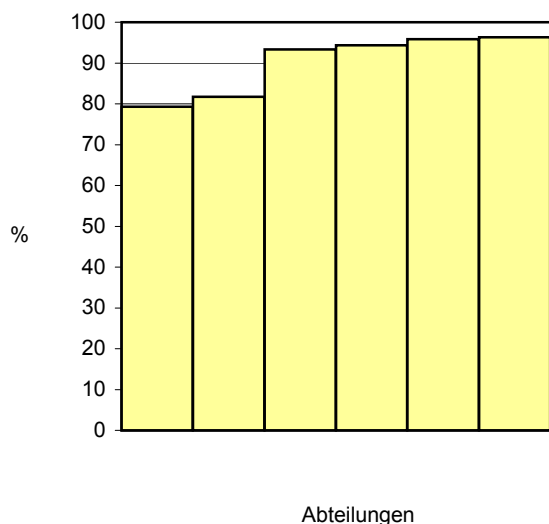
Anteil der Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 79,3% - 96,3%

Median der Abteilungswerte: 93,8%



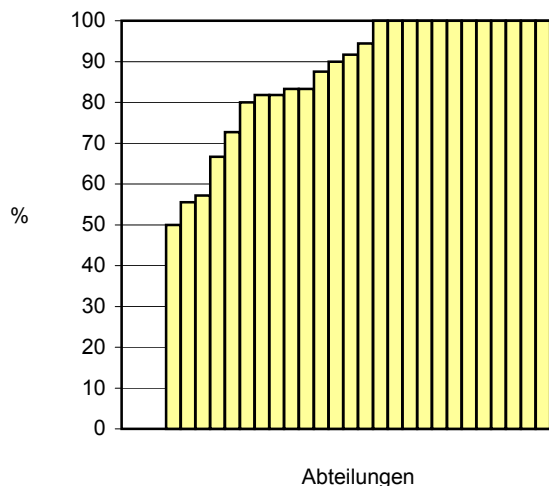
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: 90,0%



29 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8b]:

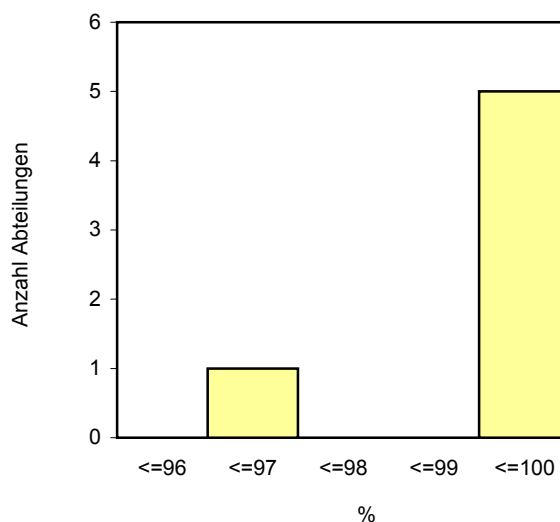
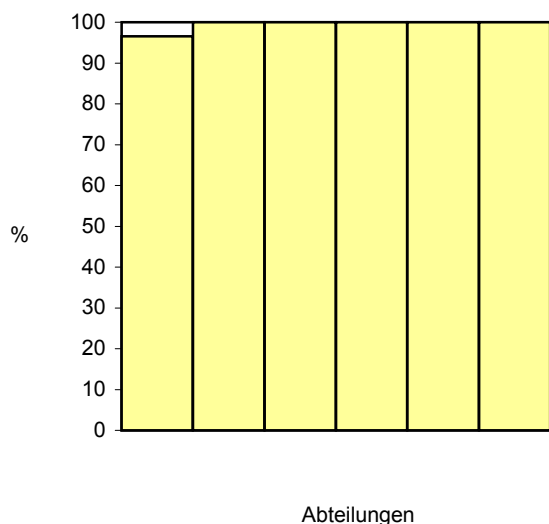
Anteil der Ventrikelsonden mit Amplitude ≥ 4 mV

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 96,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



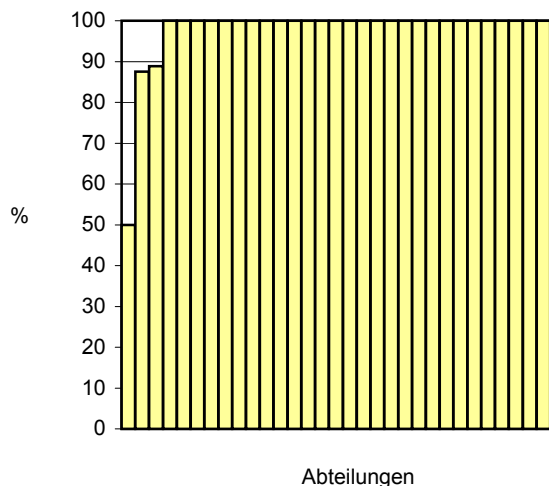
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



31 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2004 Herzschrittlemacher-Aggregatwechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 39
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2512
2004 - D3261-L19662-P13691

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			270	27,4	218	21,4
2. Quartal			247	25,0	267	26,2
3. Quartal			216	21,9	258	25,3
4. Quartal			254	25,7	275	27,0
Gesamt			987		1.018	

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Versorgungsart						
stationär			976	98,9	986	96,9
teilstationär			8	0,8	4	0,4
ambulant			3	0,3	28	2,7

Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (in Tagen)						
gültige Angaben			987		1.018	
Median				3,0		3,0
Mittelwert				4,4		5,4

* 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	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers und eines implantierten Kardiodefibrillators
2	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
3	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
4	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
5	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
6	Z95.0	Vorhandensein eines künstlichen Herzschrittmachers
7	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
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				Z45.0	439	44,5	T82.1	239	28,4
2				T82.1	226	22,9	I48	202	24,0
3				I44.2	162	16,4	I44.2	180	21,4
4				I49.5	142	14,4	I49.5	122	14,5
5				I48.11	115	11,7	Z45.0	77	9,1
6				Z95.0	69	7,0	Z95.0	58	6,9
7				I10.00	52	5,3	I10	44	5,2
8				E11.90	44	4,5	I44.1	38	4,5

*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			987		1.018	
< 20			3 / 987	0,3	2 / 1.018	0,2
20 - 39			7 / 987	0,7	6 / 1.018	0,6
40 - 59			30 / 987	3,0	37 / 1.018	3,6
60 - 79			474 / 987	48,0	465 / 1.018	45,7
>= 80			473 / 987	47,9	508 / 1.018	49,9
Alter (Jahre)						
Anzahl der Patienten			987		1.018	
Median				79,0		79,0
Mittelwert				77,4		77,9
Geschlecht						
männlich			442	44,8	466	45,8
weiblich			545	55,2	552	54,2

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacherabhängigkeit (Asystolie von mind. 4 sec nach Abschalten des SM oder Eigenfrequenz < 40/min)			388	39,3	361	35,5

Indikation zum Aggregatwechsel

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Batterieerschöpfung						
regulär			963	97,6	1.001	98,3
vorzeitig, vor Ablauf der Garantiezeit			24	2,4	17	1,7

Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anästhesie						
Lokalanästhesie			945	95,7	982	96,5
Allgemeinanästhesie			42	4,3	36	3,5
Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit in Minuten)						
gültige Angaben			987		1.018	
Median				25,0		30,0
Mittelwert				31,0		33,9

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantiertes Schrittmacher-System						
<i>gültige Angaben:</i>			985	99,8	1.014	99,6
Ein-Kammer-System						
VVI			372 / 985	37,8	441 / 1.014	43,5
AAI			19 / 985	1,9	27 / 1.014	2,7
Zwei-Kammer-System						
DDD			523 / 985	53,1	479 / 1.014	47,2
VDD			59 / 985	6,0	60 / 1.014	5,9
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde			7 / 985	0,7	2 / 1.014	0,2
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde			0 / 985	0,0	0 / 1.014	0,0
Sonstiges			5 / 985	0,5	5 / 1.014	0,5
Frequenzvariabel			817	82,8	753	74,0
Sonstige						
nein			931	94,3	945	92,8
prophylaktische antitachykarde Funktion			24	2,4	30	2,9
therapeutische antitachykarde Funktion			14	1,4	23	2,3
beides			8	0,8	11	1,1
Sonstige			10	1,0	9	0,9
Belassene Schrittmacher-Sonden						
1. Vorhofsonde						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			419		382	
Median				0,9		0,9
Mittelwert				1,0		1,1
nicht gemessen			140	24,2	149	27,5
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			480		441	
Median				2,8		2,6
Mittelwert				3,1		2,8
nicht gemessen			114	19,0	109	19,6

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems (Fortsetzung)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Ventrikelsonde						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			859		858	
Median				0,8		0,9
Mittelwert				0,9		1,0
nicht gemessen			109	11,3	131	13,2
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			736		722	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				13,1		12,8
nicht gemessen			178	18,4	212	21,4
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
2. Vorhofsonde						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			4		1	
Median				1,8		3,4
Mittelwert				1,9		3,4
nicht gemessen			0	0,0	1	50,0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			4		1	
Median				1,2		4,2
Mittelwert				2,3		4,2
nicht gemessen			0	0,0	1	50,0
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
2. Ventrikelsonde						
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			6		2	
Median				1,4		1,8
Mittelwert				1,5		1,8
nicht gemessen			0	0,0	0	0,0
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			4		2	
Median				11,4		17,7
Mittelwert				13,2		17,7
nicht gemessen			1	16,7	0	0,0

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Explantiertes Schrittmacher-System						
<i>gültige Angaben</i>			839	85,0	856	84,1
Ein-Kammer-System						
VVI			285 / 839	34,0	303 / 856	35,4
AAI			17 / 839	2,0	33 / 856	3,9
Zwei-Kammer-System						
DDD			470 / 839	56,0	429 / 856	50,1
VDD			58 / 839	6,9	55 / 856	6,4
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde			5 / 839	0,6	1 / 856	0,1
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde			0 / 839	0,0	0 / 856	0,0
Sonstiges			4 / 839	0,5	35 / 856	4,1
Frequenzvariabel			436	44,2	433	42,5
Sonstige						
prophylaktische antitachykarde Funktion			15	1,5	12	1,2
therapeutische antitachykarde Funktion			10	1,0	21	2,1
beides			10	1,0	8	0,8
Sonstige			7	0,7	33	3,2
Explantiertes Schrittmacher-Aggregat						
Abstand Impl.-Datum und Entlassquartal						
(in Jahren)						
gültige Angaben			767		758	
Median				8,0		8,0
Mittelwert				8,3		8,2
Jahr der Implantation nicht bekannt			220	22,3	260	25,5

Perioperative Komplikationen

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perioperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			12	1,2	28	2,7
Asystolie			1	0,1	8	0,8
Kammerflimmern			1	0,1	1	0,1
Vorhofflimmern			3	0,3	3	0,3
Taschenhämatom			5	0,5	9	0,9
Wundinfektion			1	0,1	0	0,0
Wundinf. mit erforderlicher Revision			0	0,0	0	0,0
Sonstige			1	0,1	8	0,8
Reanimation erforderlich			0	0,0	1	0,1

Entlassung I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze			987	100,0	843	82,8
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle						
NBG-Code						
AAI			18 / 987	1,8	22 / 843	2,6
davon Frequenzadaptation						
keine			4 / 18	22,2	11 / 22	50,0
Frequenzadaptation			14 / 18	77,8	11 / 22	50,0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			14 / 18	77,8	16 / 22	72,7
davon						
keine			14 / 14	100,0	14 / 16	87,5
Atrium			0 / 14	0,0	2 / 16	12,5
Ventrikel			0 / 14	0,0	0 / 16	0,0
doppelt (A + V)			0 / 14	0,0	0 / 16	0,0
VVI			376 / 987	38,1	375 / 843	44,5
davon Frequenzadaptation						
keine			191 / 376	50,8	181 / 375	48,3
Frequenzadaptation			185 / 376	49,2	194 / 375	51,7
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			228 / 376	60,6	270 / 375	72,0
davon						
keine			217 / 228	95,2	262 / 270	97,0
Atrium			1 / 228	0,4	0 / 270	0,0
Ventrikel			10 / 228	4,4	6 / 270	2,2
doppelt (A + V)			0 / 228	0,0	2 / 270	0,7

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
VDD			59 / 987	6,0	52 / 843	6,2
davon Frequenzadaptation						
keine			31 / 59	52,5	37 / 52	71,2
Frequenzadaptation			28 / 59	47,5	15 / 52	28,8
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			41 / 59	69,5	40 / 52	76,9
davon						
keine			41 / 41	100,0	38 / 40	95,0
Atrium			0 / 41	0,0	0 / 40	0,0
Ventrikel			0 / 41	0,0	1 / 40	2,5
doppelt (A + V)			0 / 41	0,0	1 / 40	2,5
DDD			502 / 987	50,9	368 / 843	43,7
davon Frequenzadaptation						
keine			278 / 502	55,4	210 / 368	57,1
Frequenzadaptation			224 / 502	44,6	158 / 368	42,9
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			334 / 502	66,5	299 / 368	81,2
davon						
keine			318 / 334	95,2	290 / 299	97,0
Atrium			3 / 334	0,9	0 / 299	0,0
Ventrikel			3 / 334	0,9	1 / 299	0,3
doppelt (A + V)			10 / 334	3,0	8 / 299	2,7
DDI			22 / 987	2,2	11 / 843	1,3
davon Frequenzadaptation						
keine			10 / 22	45,5	4 / 11	36,4
Frequenzadaptation			12 / 22	54,5	7 / 11	63,6
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			20 / 22	90,9	7 / 11	63,6
davon						
keine			20 / 20	100,0	7 / 7	100,0
Atrium			0 / 20	0,0	0 / 7	0,0
Ventrikel			0 / 20	0,0	0 / 7	0,0
doppelt (A + V)			0 / 20	0,0	0 / 7	0,0

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung III

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			954	96,7	962	94,5
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen			15	1,5	27	2,7
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			1	0,1	1	0,1
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			0	0,0	2	0,2
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0	1	0,1
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			3	0,3	5	0,5
7: Tod			1	0,1	2	0,2
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV'95)			1	0,1	0	0,0
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			1	0,1	3	0,3
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			10	1,0	13	1,3
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: Interne Verlegung			0	0,0	1	0,1
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			1	0,1	1	0,1
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	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			0	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BPflV u. des KHEntgG			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	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 oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung			0 / 986	0,0	0 / 1.016	0,0
Tod bei Schrittm.- o. Sondendysfunktion			0 / 985	0,0	0 / 1.017	0,0
Wenn Entlassungsgrund = Tod Sektion erfolgt			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0

Verteilung der Entlassungsgründe

