

Jahresauswertung 2004 Herzschritmacher-Revision/-Explantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 40
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2513
2004 - D3262-L19663-P13687

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Schrittmacherfehlfunktion						
Anteil von Patienten mit Indikation SM-Fehlfunktion in der Bezugspopulation ¹			0,0%	<= 1%	1,0%	1.1
Indikation zur Revision (1)						
Anteil von Patienten mit Indikation System- umwandlung zwischen Schrittmacher- systemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme) in der Bezugspopulation ¹			1,0%	<= 3,0%	2,0%	1.3
Indikation zur Revision (2)						
Anteil von Patienten mit mindestens einer der genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation ¹			1,2%	<= 3%	1,8%	1.5
Indikation zur Revision (3)						
Anteil von Patienten mit mindestens einer der genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation ¹			7,3%	<= 6%	-1,3%	1.7
Indikation zur Revision (4)						
Anteil von Patienten mit mindestens einer der genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation ¹			0,8%	<= 1%	0,2%	1.9
Perioperative Komplikationen						
Anteil von Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation an allen Patienten			2,0%	nicht definiert		1.11
Pneumothorax mit Drainage			0,0%	<= 2%	2,0%	1.11
Taschenhämatom			0,9%	<= 1%	0,1%	1.11
Wundinfektion mit erforderlicher Revision			0,0%	<= 1%	1,0%	1.11
Perioperative Komplikationen:						
Sondendislokation						
Anteil dislozierter Sonden an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sonden- problemen als Indikation			0,6%	<= 3%	2,4%	1.14
Anteil dislozierter Sonden an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sonden- problemen als Indikation			0,8%	<= 3%	2,2%	1.14

* Abweichung vom Referenzbereich

¹ Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff war die eigene Institution

n.b.: Perzentile kann nicht berechnet werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden						
Anteil revidierter Vorhofsonden mit Bestimmung der Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen			90,3%	>= 69,2%	21,0%	1.17
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit Bestimmung der Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen			90,2%	>= 66,7%	23,6%	1.17
Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden						
Anteil revidierter Vorhofsonden mit Bestimmung der Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen			90,3%	>= 73,1%	17,2%	1.20
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit Bestimmung der Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen			90,3%	>= 45,8%	44,5%	1.20
Reizschwellenhöhe bei revidierten Sonden						
Anteil revidierter Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle < 1,5 V			94,0%	>= 78,3%	15,8%	1.23
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle < 1,2 V			95,4%	>= 60,7%	34,7%	1.23
Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden						
Anteil revidierter Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude >= 1,5 mV			86,1%	>= 80%	6,1%	1.26
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude >= 4 mV			99,4%	>= 90%	9,4%	1.26

* 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.

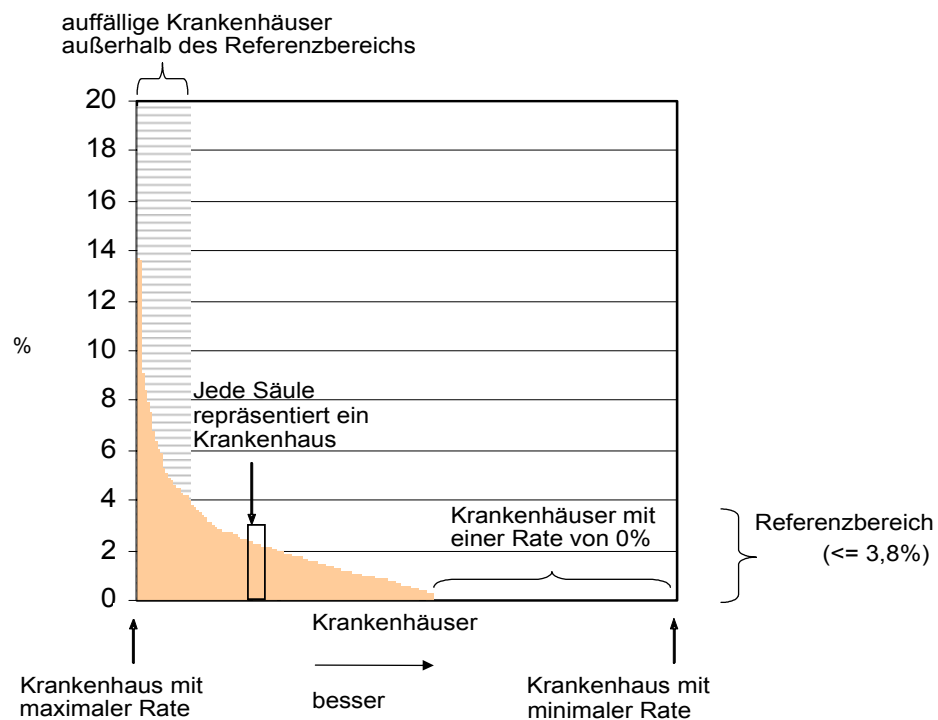
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 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.

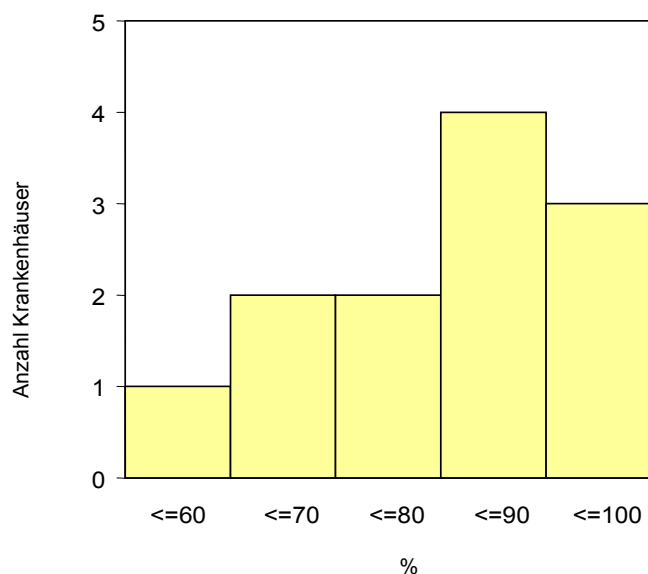
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

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: Schrittmacherfehlfunktion

Qualitätsziel: Möglichst selten Schrittmacherfehlfunktionen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der meldenden Institution(en)*

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schrittmacherfehlfunktion aus eigener Institution				
Patienten mit Indikation vermutete SM-Fehlfunktion			2 / 4.773	0,0%
Patienten mit Indikation SM-Fehlfunktion mit Rückruf			0 / 4.773	0,0%
alle Patienten mit SM-Fehlfunktion**			2 / 4.773	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,15%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Schrittmacherfehlfunktion aus eigener Institution				
alle Patienten mit SM-Fehlfunktion**			6 / 4.454	0,1%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,29%

* Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en)

** Mehrfachnennungen möglich

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

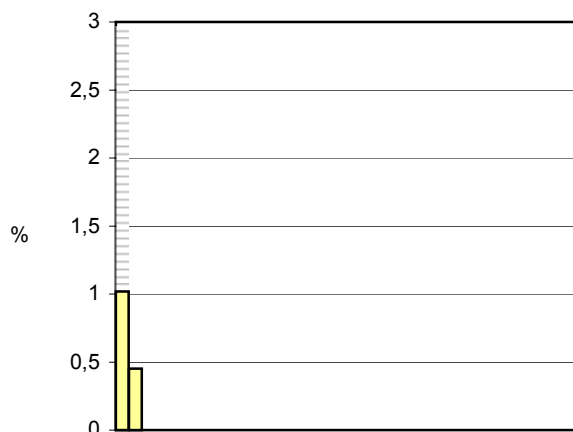
Anteil von Patienten mit Indikation SM-Fehlfunktion in der Bezugspopulation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

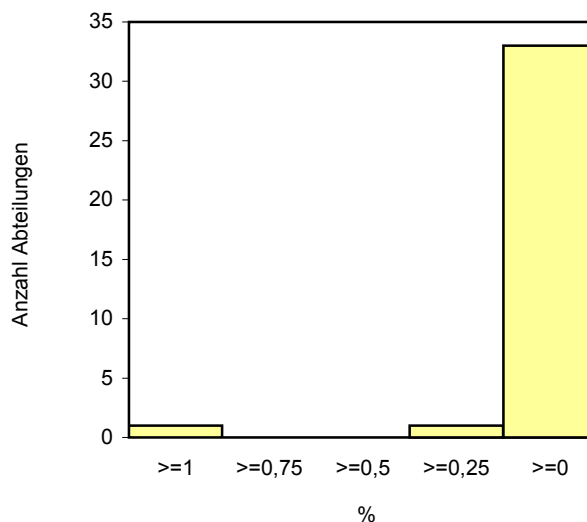
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



%

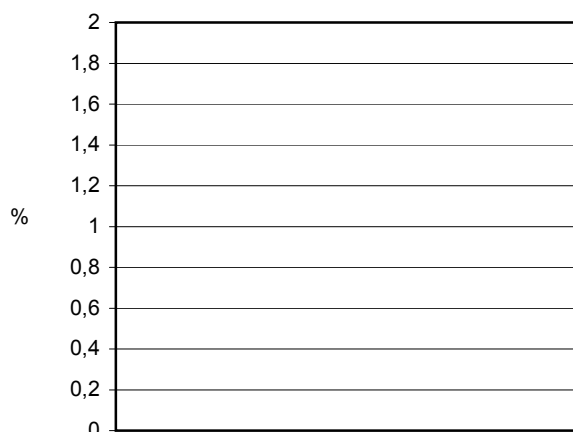
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Revision (1)

Qualitätsziel: Möglichst selten Schrittmachersystemumwandlungen bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der meldenden Institution(en)*

Referenzbereich: ≤ 3,0% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Systemumwandlung aus eigener Institution				
Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen				
VVI auf AAI / DDD / VDD			15 / 4.773	0,3%
AAI auf DDD / VDD / VVI			3 / 4.773	0,1%
DDD / VDD auf VVI / AAI			14 / 4.773	0,3%
Alle Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme)			49 / 4.773	1,0%
Vertrauensbereich				0,76% - 1,36%
Referenzbereich		≤ 3,0%		≤ 3,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation Systemumwandlung aus eigener Institution				
Alle Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme)			35 / 4.454	0,8%
Vertrauensbereich				0,55% - 1,09%

* Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en)

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

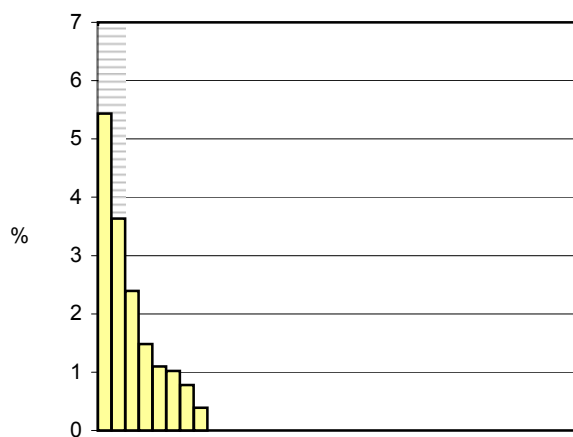
Anteil von Patienten mit Indikation Systemumwandlung zwischen Schrittmachersystemen (Ein- oder Zwei-Kammer-Systeme) in der Bezugspopulation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

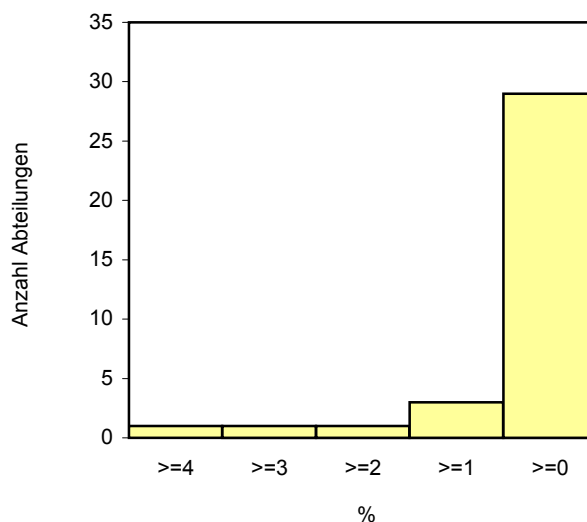
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,4%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



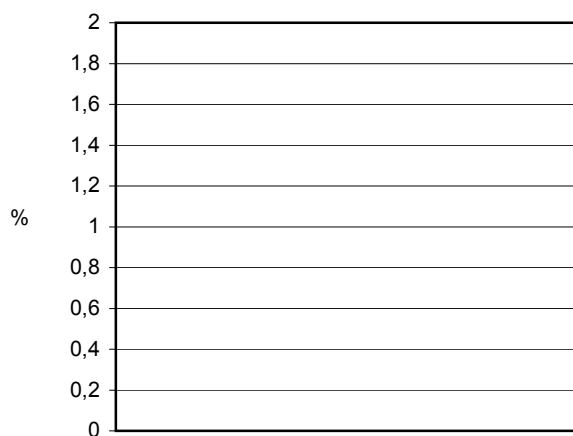
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Revision (2)

Qualitätsziel: Möglichst selten Schrittmacher-Taschenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der meldenden Institution(en)*

Referenzbereich: <= 3%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Pektoraliszucken			0 / 4.773	0,0%
Taschenhämatom			13 / 4.773	0,3%
Infektion			29 / 4.773	0,6%
Aggregatperforation			10 / 4.773	0,2%
anderes Taschenproblem			6 / 4.773	0,1%
mind. eine der o. g. Indikationen			56 / 4.773	1,2%
Vertrauensbereich				0,89% - 1,52%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
mind. eine der o. g. Indikationen			27 / 4.454	0,6%
Vertrauensbereich				0,40% - 0,88%

* Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en)

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

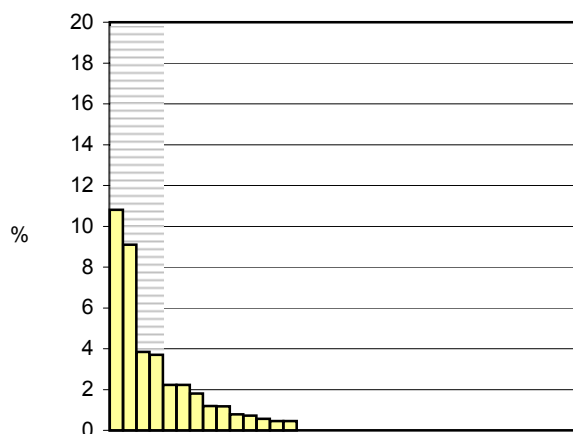
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

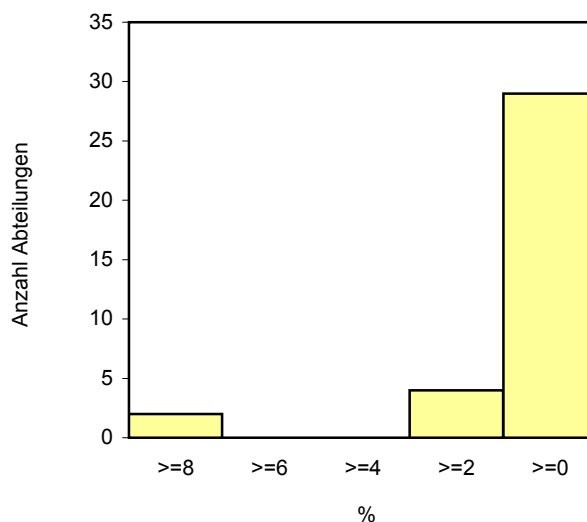
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



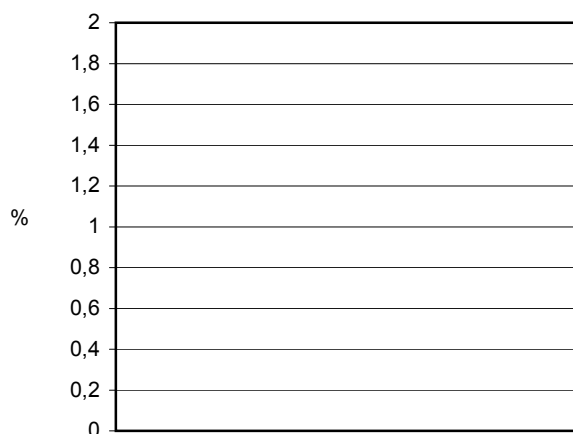
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Revision (3)

Qualitätsziel: Möglichst selten Sondenprobleme bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der meldenden Institution(en)*

Referenzbereich: <= 6%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
Dislokation			160 / 4.773	3,4%
Sondenbruch			12 / 4.773	0,3%
Isolationsdefekt			15 / 4.773	0,3%
Konnektordefekt			4 / 4.773	0,1%
Zwerchfellzucken			2 / 4.773	0,0%
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			4 / 4.773	0,1%
Wahrnehmungsfehler/Undersensing			55 / 4.773	1,2%
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			136 / 4.773	2,8%
Infektion			15 / 4.773	0,3%
Perforation			6 / 4.773	0,1%
sonstiges Sondenproblem			18 / 4.773	0,4%
mind. eine der o. g. Indikationen			349 / 4.773	7,3%
Vertrauensbereich				6,59% - 8,09%
Referenzbereich		<= 6%		<= 6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation zur Revision/Explantation des SM-Aggregats aus eigener Institution				
mind. eine der o. g. Indikationen			206 / 4.454	4,6%
Vertrauensbereich				4,03% - 5,28%

* Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en)

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

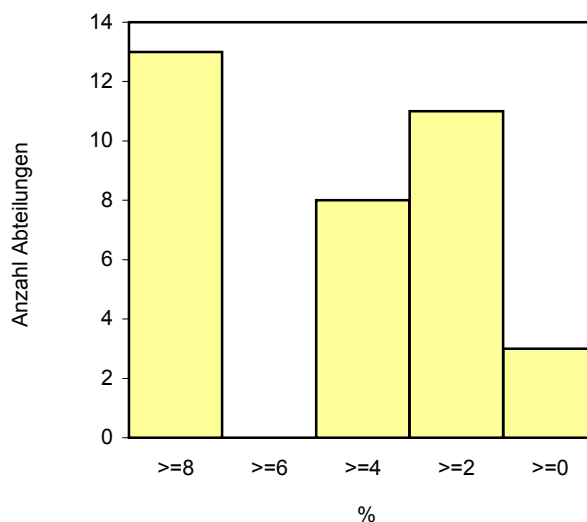
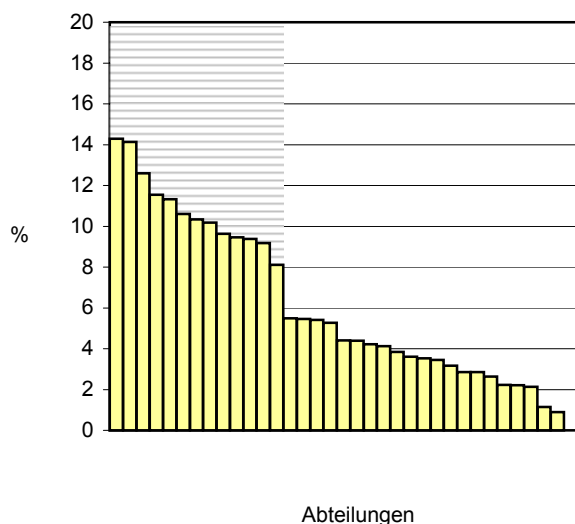
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 4,4%



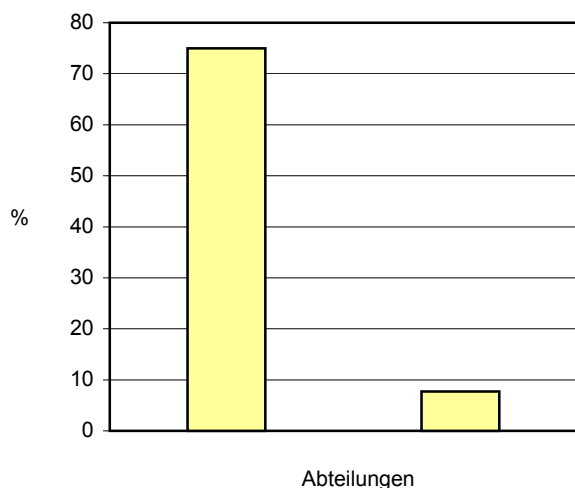
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 7,7% - 75,0%

Median der Abteilungswerte: 41,3%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Revision (4)

Qualitätsziel: Möglichst selten Infektionen von Anteilen des Schrittmacher-Systems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution

Grundgesamtheit: Alle Erstimplantationen (09/1) und Aggregatwechsel (09/2) der meldenden Institution*

Referenzbereich: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Perforation“ zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ zur Revision/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution			38 / 4.773	0,8%
Vertrauensbereich				0,56% - 1,09%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Indikation „Infektion“ oder „Perforation“ zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats oder mit Indikation „Infektion“ zur Revision/Explantation von Sonden jeweils aus eigener Institution			20 / 4.454	0,4%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,69%

* Annäherung an das Implantationsvolumen der Klinik(en)

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

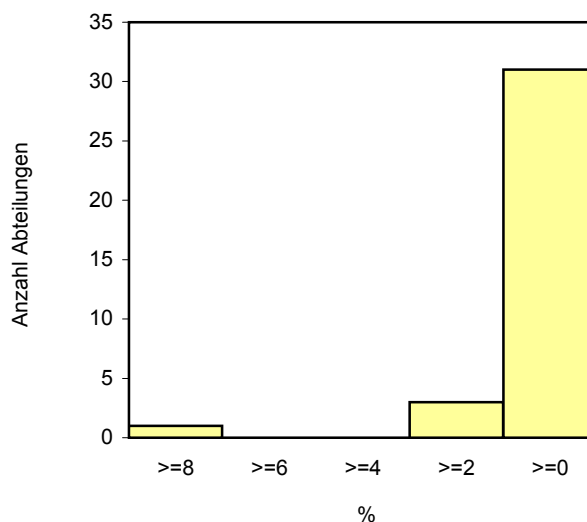
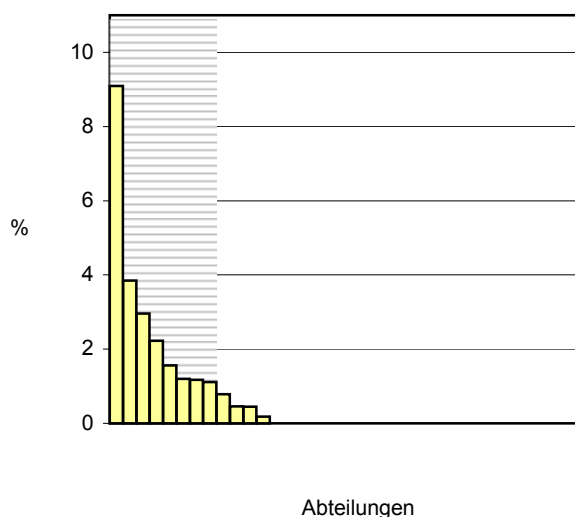
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Indikationen zur Revision in der Bezugspopulation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



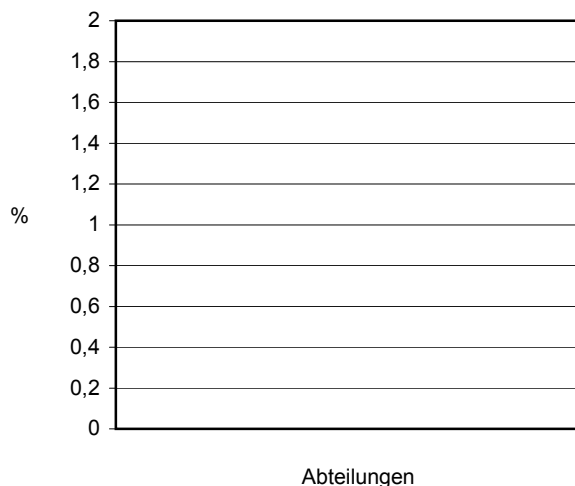
35 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 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: Pat. mit mindestens einer periop. Komplikation: Ein Referenzbereich für diese Kennzahl ist derzeit nicht definiert.
Pneumothorax mit Drainage: <= 2%
Taschenhämatom: <= 1%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision: <= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation			13 / 652	2,0%
Vertrauensbereich				1,06% - 3,39%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Arrhythmien (Asystolie oder Kammerflimmern oder Vorhofflimmern)			4 / 652	0,6%
Asystolie			2 / 652	0,3%
Kammerflimmern			1 / 652	0,2%
Vorhofflimmern			1 / 652	0,2%
Patienten mit chirurgischen Komplikationen			7 / 652	1,1%
Pneumothorax ohne Drainage			0 / 652	0,0%
Pneumothorax mit Drainage			0 / 652	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,56%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%
Herzbeutelamponade mit Intervention			0 / 652	0,0%
Taschenhämatom			6 / 652	0,9%
Vertrauensbereich				0,33% - 2,01%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%
Hämatothorax			1 / 652	0,2%
Wundinfektion ohne erforderliche Revision			0 / 652	0,0%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision			0 / 652	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,56%
Referenzbereich		<= 1%		<= 1%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Sondendislokation			5 / 652	0,8%
ausschließlich im Vorhof			2 / 652	0,3%
ausschließlich im Ventrikel			2 / 652	0,3%
beides			1 / 652	0,2%
Sonstige Komplikationen			1 / 652	0,2%
Patienten mit Reanimation			1 / 652	0,2%
Patienten mit Entlassungsgrund Tod			6 / 652	0,9%
Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung*			0 / 652	0,0%
Tod bei SM- oder Sonden- dysfunktion			0 / 652	0,0%

*Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit gültiger Angabe

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer peri-operativen Komplikation Vertrauensbereich			7 / 402	1,7% 0,69% - 3,57%
Pneumothorax mit Drainage Vertrauensbereich			1 / 402	0,2% 0,00% - 1,42%
Taschenhämatom Vertrauensbereich			2 / 402	0,5% 0,05% - 1,82%
Wundinfektion mit erforderlicher Revision Vertrauensbereich			0 / 402	0,0% 0,00% - 0,91%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:

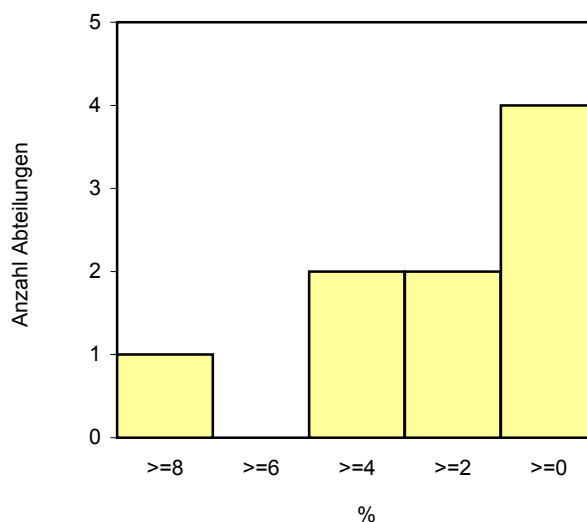
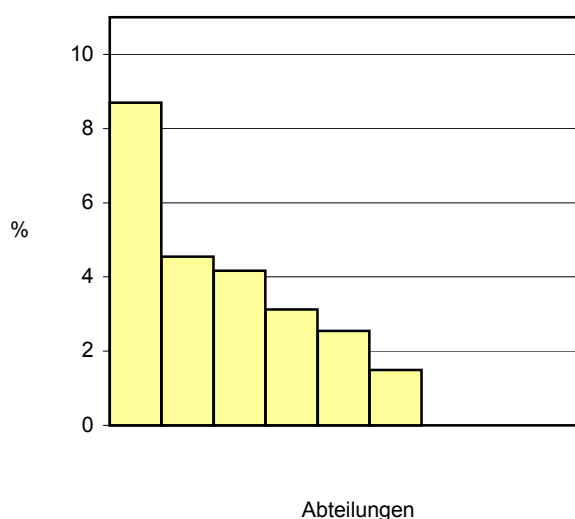
Anteil von Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,7%

Median der Abteilungswerte: 2,5%



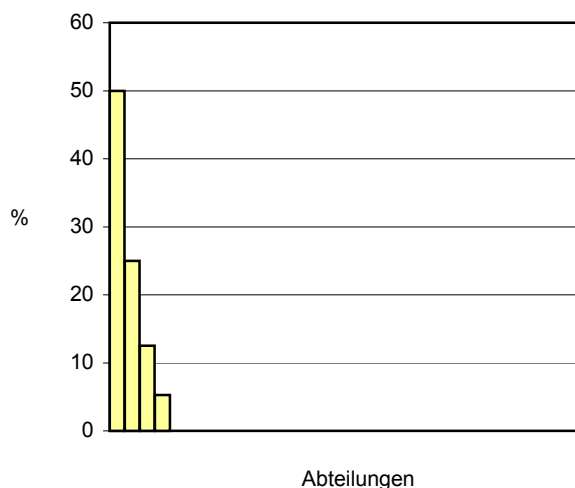
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



31 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Komplikationen: Sondendislokation

Qualitätsziel:	Selten Sondendislokation als perioperative Komplikation	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1 :	Patienten mit mindestens einer revidierten Vorhofsonde und einem Sondenproblem im Vorhof als Indikation
	Gruppe 2 :	Patienten mit mindestens einer revidierten Ventrikelsonde und einem Sondenproblem im Ventrikel als Indikation
Referenzbereich:	Gruppe 1 :	<= 3%
	Gruppe 2 :	<= 3%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			1 / 154	0,6%
Vertrauensbereich				0,00% - 3,67%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			2 / 265	0,8%
Vertrauensbereich				0,07% - 2,75%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 Patienten mit Sondendislokation im Vorhof			0 / 104	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 3,48%
Gruppe 2 Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel			1 / 167	0,6%
Vertrauensbereich				0,00% - 3,38%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:

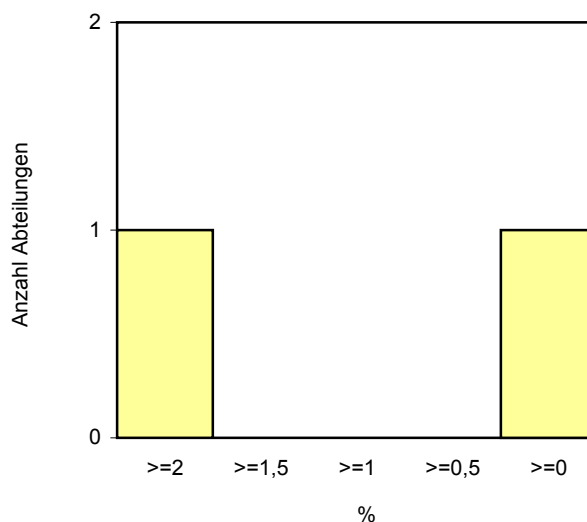
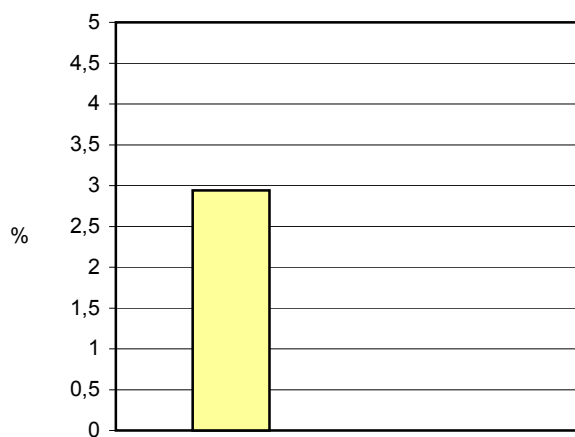
Anteil dislozierter Sonden an allen revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen als Indikation

11 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,9%

Median der Abteilungswerte: 1,5%



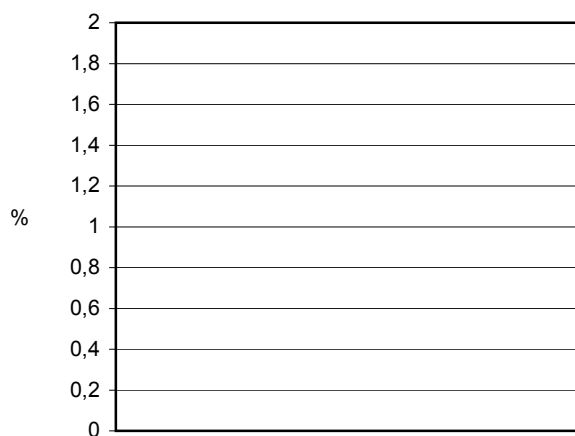
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



27 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:

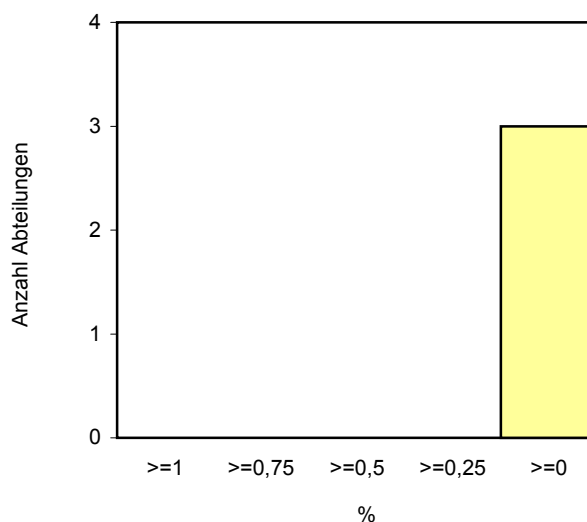
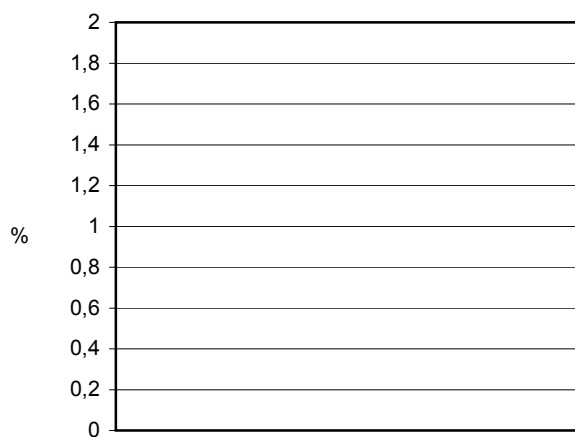
Anteil dislozierter Sonden an allen revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen als Indikation

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



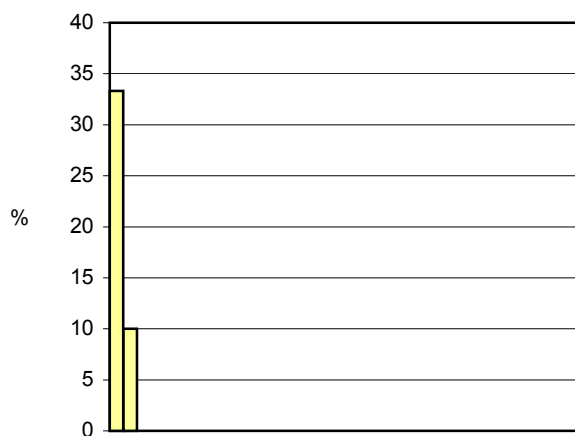
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



34 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reizschwellenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden*		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1 :	Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern)	
	Gruppe 2 :	Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen	
Referenzbereich:	Gruppe 1 :	>= 69,2% (5%-Bundesperzentile)	
	Gruppe 2 :	>= 66,7% (5%-Bundesperzentile)	

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit gemessener Reizschwelle			139 / 154	90,3%
Vertrauensbereich			84,41% - 94,46%	
Referenzbereich		>= 69,2%	>= 69,2%	
Gruppe 2				
Sonden mit gemessener Reizschwelle			240 / 266	90,2%
Vertrauensbereich			85,99% - 93,52%	
Referenzbereich		>= 66,7%	>= 66,7%	

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit gemessener Reizschwelle			95 / 104	91,3%
Vertrauensbereich			84,15% - 96,00%	
Gruppe 2				
Sonden mit gemessener Reizschwelle			153 / 168	91,1%
Vertrauensbereich			85,67% - 94,93%	

*neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:

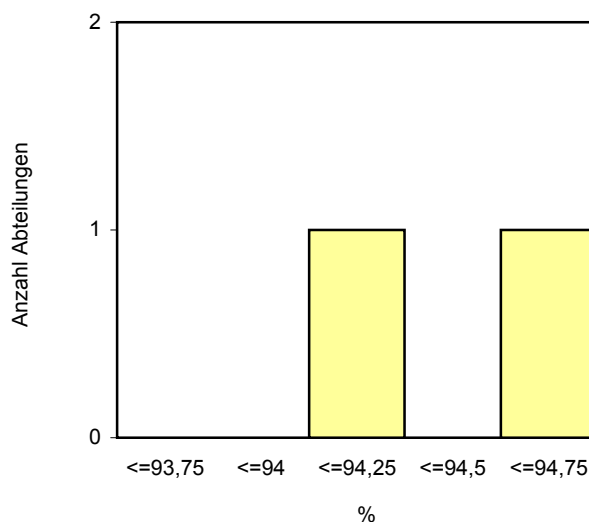
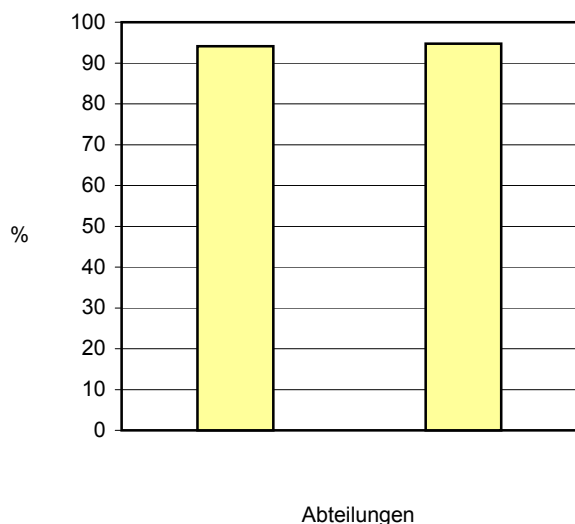
Anteil revidierter Vorhofsonden mit Bestimmung der Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen

11 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,1% - 94,7%

Median der Abteilungswerte: 94,4%



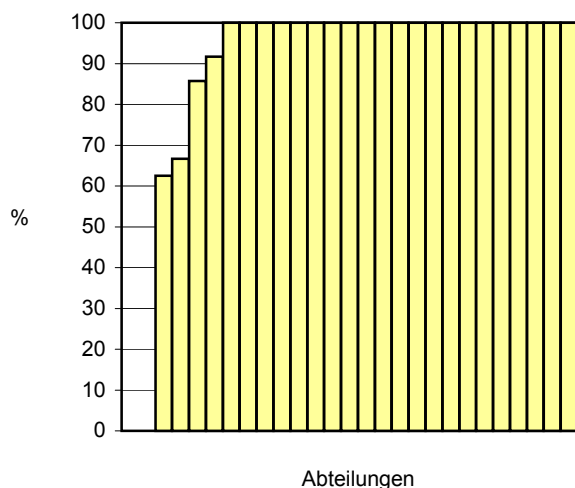
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



27 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:

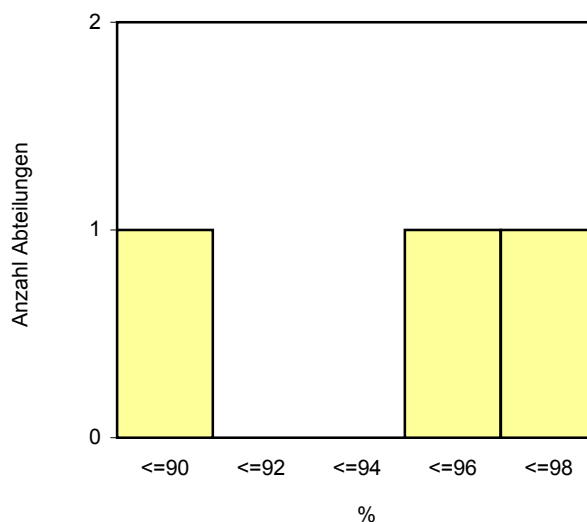
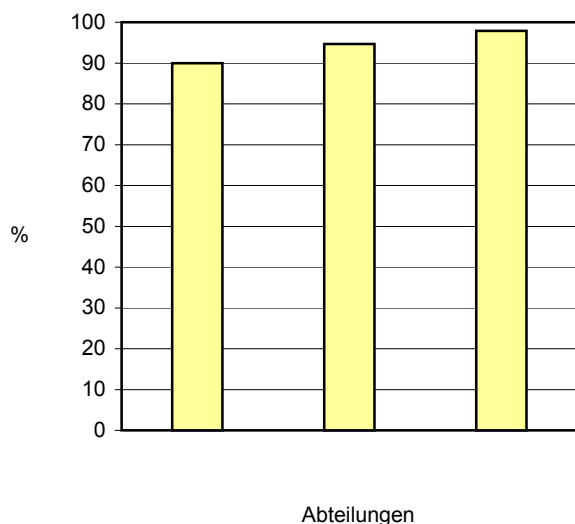
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit Bestimmung der Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,0% - 97,9%

Median der Abteilungswerte: 94,6%



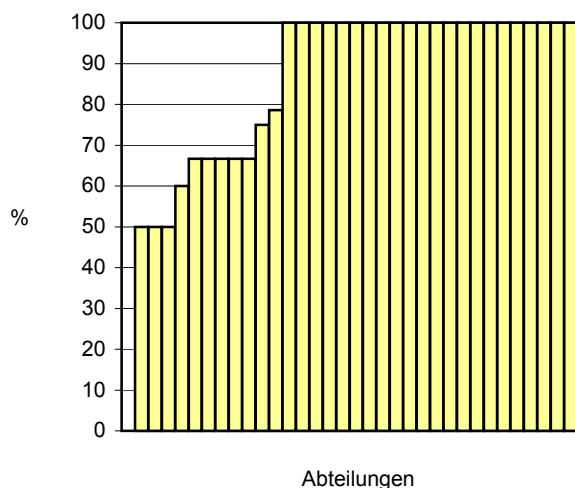
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



34 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Amplitudenbestimmung bei revidierten Sonden

Qualitätsziel: Immer Bestimmung der Amplituden bei revidierten Sonden*

Grundgesamtheit:
Gruppe 1 : Alle revidierten Vorhofsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
Gruppe 2 : Alle revidierten Ventrikelsonden bei Patienten mit Sondenproblemen
(Ausschluss: Ventrikelsonden bei Patienten mit SM-Abhängigkeit)

Referenzbereich:
Gruppe 1 : $\geq 73,1\%$ (5%-Bundesperzentile)
Gruppe 2 : $\geq 45,8\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit bestimmter Amplitude			140 / 155	90,3%
Vertrauensbereich			84,51% - 94,50%	
Referenzbereich		$\geq 73,1\%$	$\geq 73,1\%$	
Gruppe 2				
Sonden mit bestimmter Amplitude			168 / 186	90,3%
Vertrauensbereich			85,11% - 94,18%	
Referenzbereich		$\geq 45,8\%$	$\geq 45,8\%$	

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Sonden mit bestimmter Amplitude			96 / 104	92,3%
Vertrauensbereich			85,34% - 96,66%	
Gruppe 2				
Sonden mit bestimmter Amplitude			115 / 123	93,5%
Vertrauensbereich			87,53% - 97,18%	

*neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:

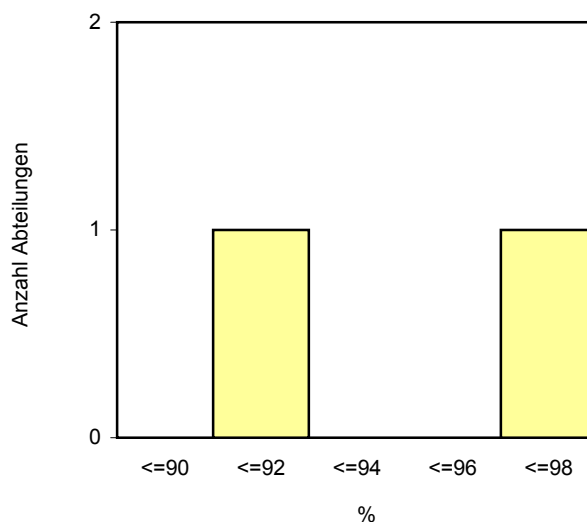
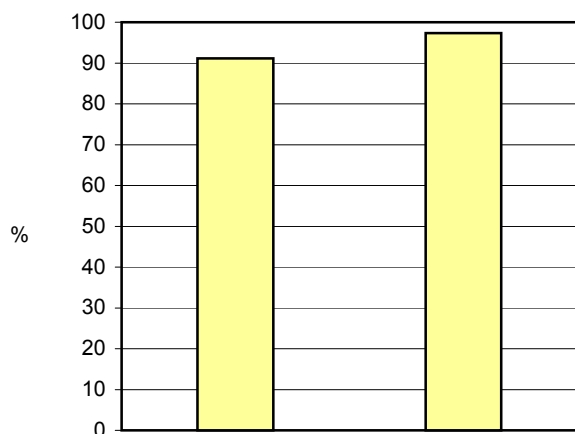
Anteil revidierter Vorhofsonden mit Bestimmung der Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

11 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,2% - 97,4%

Median der Abteilungswerte: 94,3%



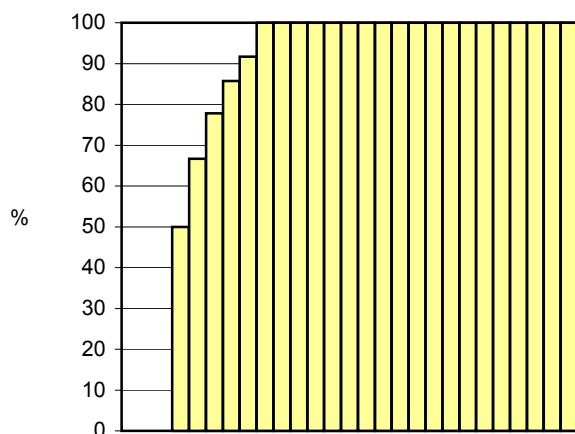
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

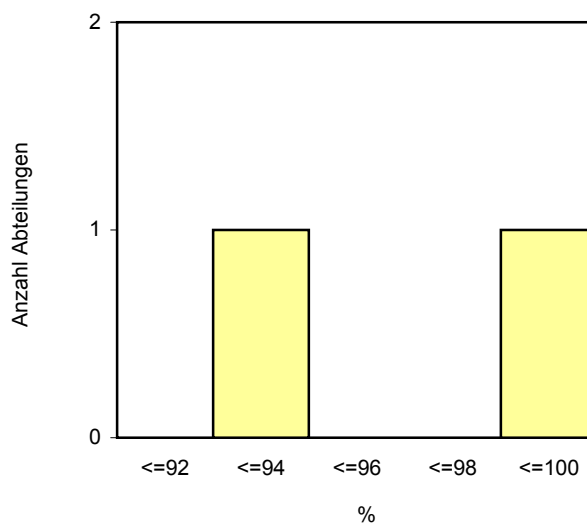
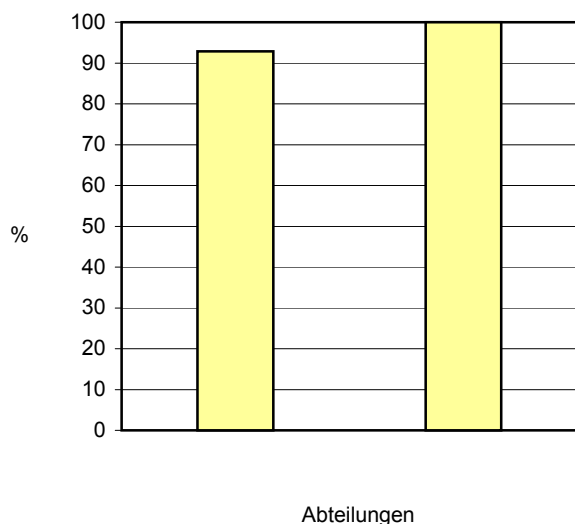
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit Bestimmung der Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 92,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,4%



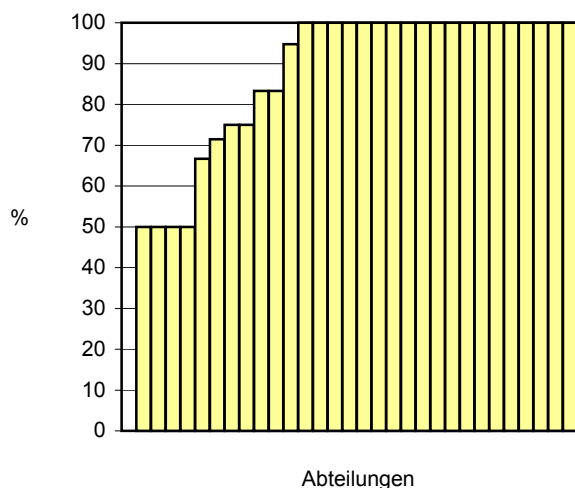
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



31 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reizschwellenhöhe bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer möglichst niedrige Reizschwellen bei revidierten Sonden*	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1 :	Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen. (Ausschluss: Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern)
	Gruppe 2 :	Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Reizschwelle bei Patienten mit Sondenproblemen.
Referenzbereich:	Gruppe 1 :	>= 78,3% (5%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2 :	>= 60,7% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 mit Reizschwelle < 1,5 V			126 / 134	94,0%
Vertrauensbereich			88,52% - 97,42%	
Referenzbereich		>= 78,3%	>= 78,3%	
1,5 - 2,5 V			8 / 134	6,0%
> 2,5 V			0 / 134	0,0%
Gruppe 2 mit Reizschwelle < 1,2 V			229 / 240	95,4%
Vertrauensbereich			91,92% - 97,70%	
Referenzbereich		>= 60,7%	>= 60,7%	
1,2 - 2,5 V			11 / 240	4,6%
> 2,5 V			0 / 240	0,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 mit Reizschwelle < 1,5 V			76 / 92	82,6%
Vertrauensbereich			73,25% - 89,75%	
Gruppe 2 mit Reizschwelle < 1,2 V			146 / 152	96,1%
Vertrauensbereich			91,55% - 98,57%	

*neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:

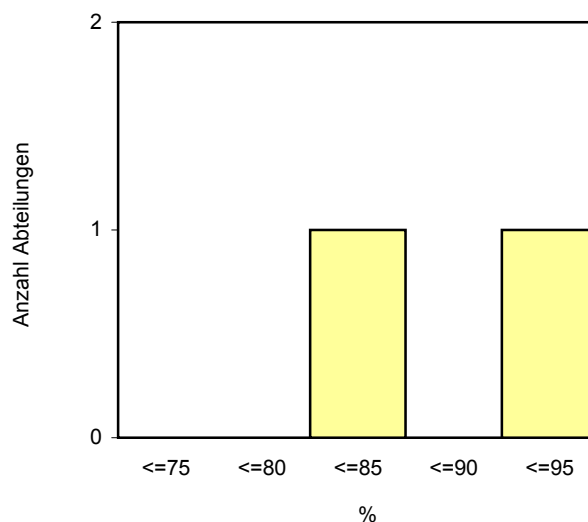
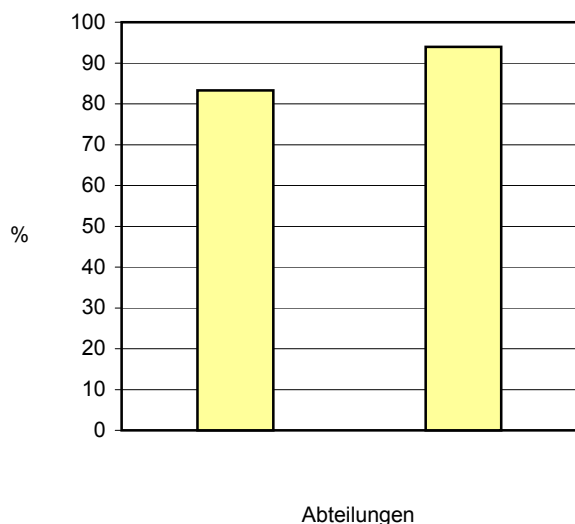
Anteil revidierter Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle < 1,5 V

13 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 93,9%

Median der Abteilungswerte: 88,6%



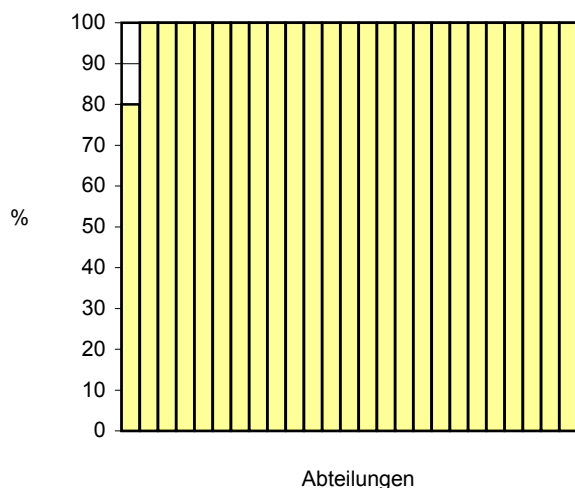
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



25 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:

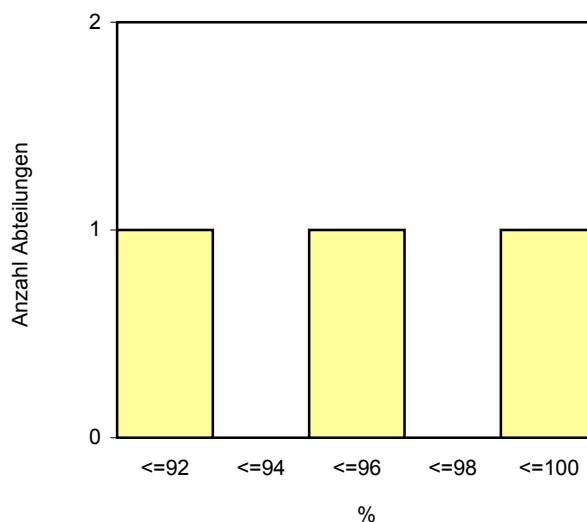
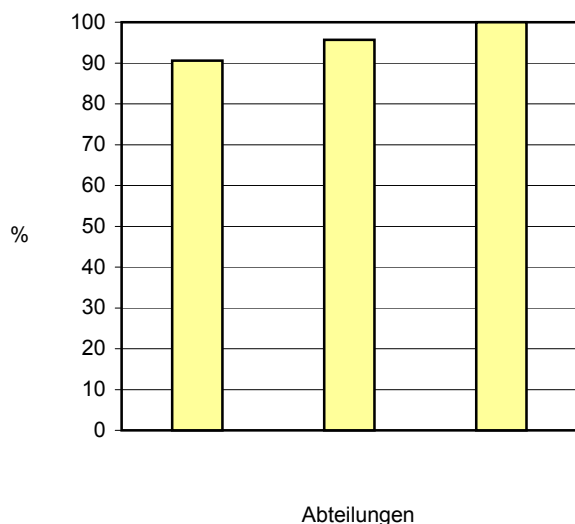
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle < 1,2 V

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,6% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,7%



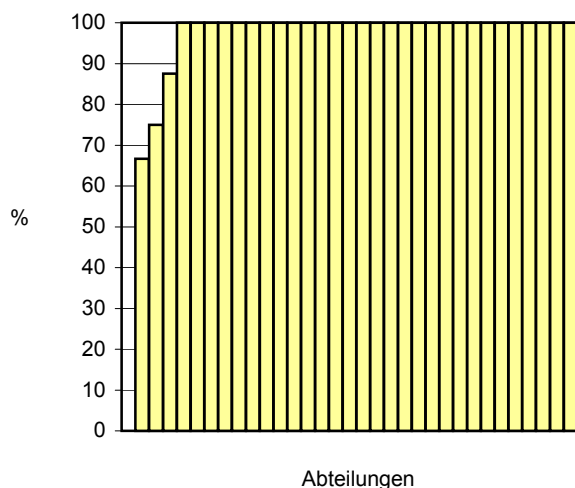
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



33 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden

Qualitätsziel:	Immer möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden bei revidierten Sonden*	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1 :	Alle revidierten Vorhofsonden mit gültiger Amplitude (außer VDD-Sonden) bei Patienten mit Sondenproblemen
	Gruppe 2 :	Alle revidierten Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude bei Patienten mit Sondenproblemen ohne SM-Abhängigkeit
Referenzbereich:	Gruppe 1 :	>= 80%
	Gruppe 2 :	>= 90%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonde mit Amplitude >= 1,5 mV			118 / 137	86,1%
Vertrauensbereich				79,16% - 91,46%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%
Vorhofsonde mit Amplitude < 1,5 mV			19 / 137	13,9%
Vorhofsonde mit Amplitude 1,5 - 3,0 mV			71 / 137	51,8%
Vorhofsonde mit Amplitude > 3,0 mV			47 / 137	34,3%
Gruppe 2				
Ventrikelsonde mit Amplitude >= 4 mV			166 / 167	99,4%
Vertrauensbereich				96,62% - 100,00%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Ventrikelsonde mit Amplitude < 4 mV			1 / 167	0,6%
Ventrikels. mit Amplitude 4,0 - 8,0 mV			35 / 167	21,0%
Ventrikelsonde mit Amplitude > 8 mV			131 / 167	78,4%

Vorjahresdaten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1				
Vorhofsonde mit Amplitude >= 1,5 mV			80 / 95	84,2%
Vertrauensbereich				75,25% - 90,91%
Gruppe 2				
Ventrikelsonde mit Amplitude >= 4 mV			111 / 113	98,2%
Vertrauensbereich				93,64% - 99,83%

*neuplatziert, neu oder zusätzlich implantiert, repariert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:

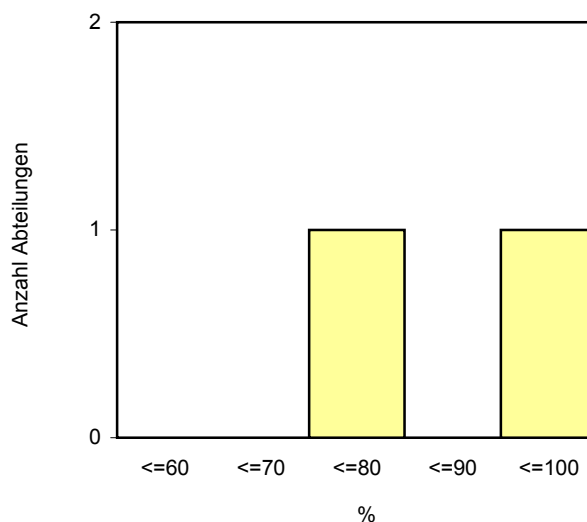
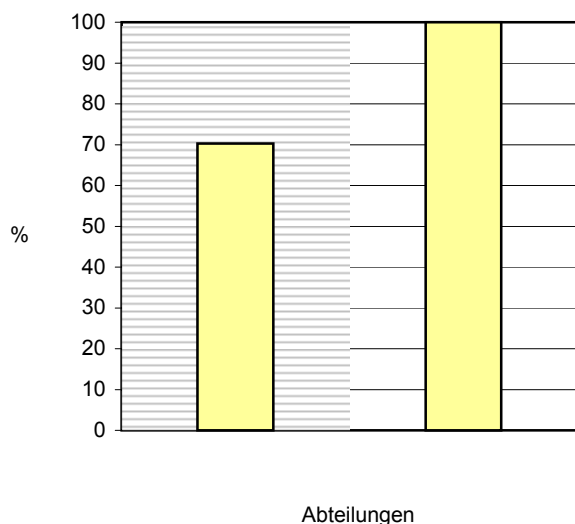
Anteil revidierter Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude $\geq 1,5$ mV

15 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 70,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 85,1%



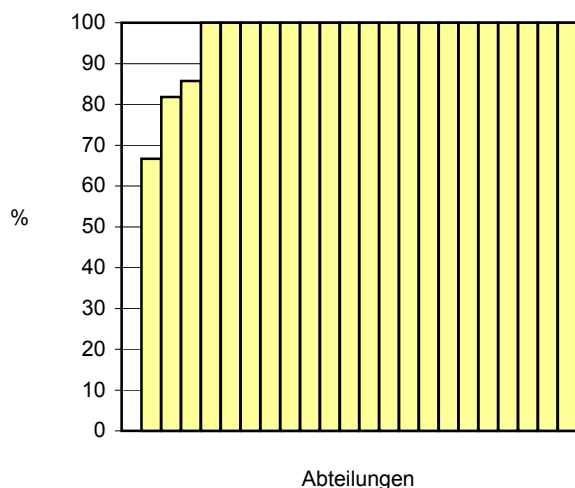
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

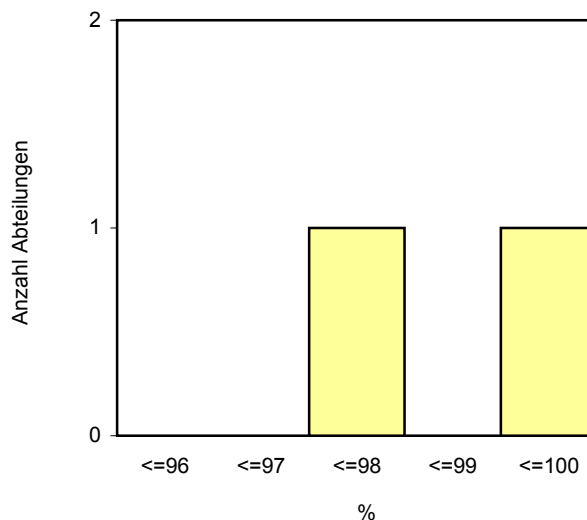
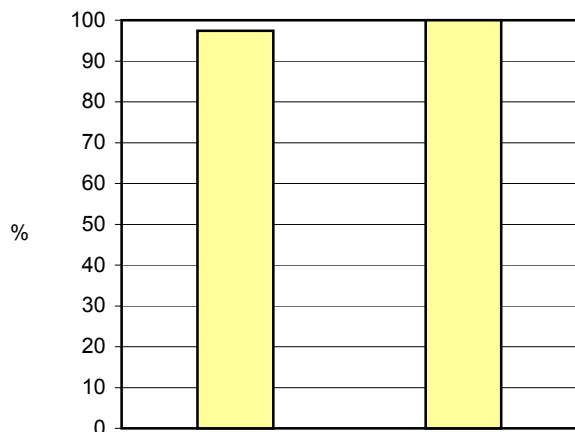
Anteil revidierter Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude ≥ 4 mV

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 97,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 98,7%



Abteilungen

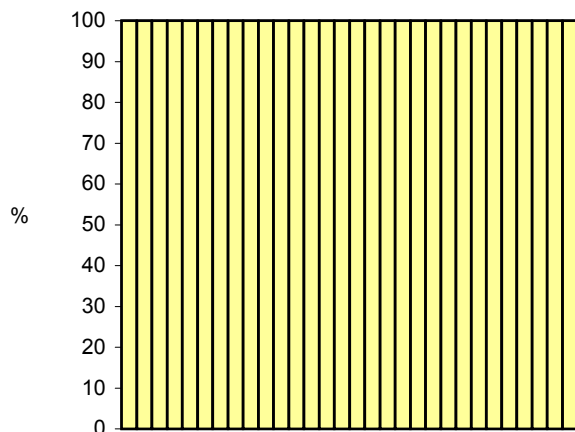
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



Abteilungen

30 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2004 Herzschriftmacher-Revision/-Explantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 40
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 09/3 (09/1, 09/2) 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 13. Mai 2005
Nr. Gesamt-2513
2004 - D3262-L19663-P13687

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			169	25,9	93	23,1
2. Quartal			142	21,8	112	27,9
3. Quartal			183	28,1	104	25,9
4. Quartal			158	24,2	93	23,1
Gesamt			652		402	

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Versorgungsart						
stationär			649	99,5	402	100,0
teilstationär			1	0,2	0	0,0
ambulant			2	0,3	0	0,0

Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (in Tagen)						
gültige Angaben			652		402	
Median				5,0		5,0
Mittelwert				6,6		8,1

* 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	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät
2	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
3	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
4	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines künstlichen Herzschrittmachers und eines implantierten Kardio-defibrillators
5	Z95.0	Vorhandensein eines künstlichen Herzschrittmachers
6	I48.11	Vorhofflimmern: Chronisch
7	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades

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				T82.1	199	30,5	I49.5	93	26,6
2				I44.2	128	19,6	I48	77	22,0
3				I49.5	127	19,5	T82.1	68	19,4
4				Z45.0	116	17,8	I44.2	62	17,7
5				Z95.0	86	13,2	Z45.0	41	11,7
6				I48.11	79	12,1	Z95.0	33	9,4
7				I10.00	52	8,0	I10	30	8,6
8				I44.1	46	7,1	I44.1	20	5,7

*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			652	100,0	402	100,0
< 20			7 / 652	1,1	2 / 402	0,5
20 - 39			10 / 652	1,5	6 / 402	1,5
40 - 59			34 / 652	5,2	26 / 402	6,5
60 - 79			384 / 652	58,9	237 / 402	59,0
>= 80			217 / 652	33,3	131 / 402	32,6
Alter (Jahre)						
Anzahl der Patienten			652		402	
Median				75,0		76,0
Mittelwert				73,3		73,5
Geschlecht						
männlich			336	51,5	203	50,5
weiblich			316	48,5	199	49,5

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)			184	28,2	138	34,3

Indikation zur Revision/Explantation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Aggregat-Problem			278	42,6	201	50,0
Sondenproblem			464	71,2	291	72,4
Sonstige			77	11,8	32	8,0
Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff						
eigene Institution			492	75,5	289	71,9
andere Institution			160	24,5	113	28,1
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation des Schrittmacher-Aggregats						
Batterieerschöpfung						
regulär			154	23,6	119	29,6
vorzeitig			9	1,4	12	3,0
vermutete Schrittmacherfehlfunktion			3	0,5	12	3,0
Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf			0	0,0	1	0,2
Systemumwandlung						
zwischen SM-Systemen			83	12,7	70	17,4
vom SM zum Defibrillator (ICD)			1	0,2	0	0,0
Pektoraliszucken			0	0,0	3	0,7
Taschenhämatom			16	2,5	3	0,7
Infektion			52	8,0	32	8,0
anderes Taschenproblem			8	1,2	3	0,7
Aggregatperforation			17	2,6	4	1,0
sonstige Indikation			18	2,8	8	2,0
Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden						
Ort						
Vorhof			126	19,3	86	21,4
Kammer			241	37,0	139	34,6
beide			69	10,6	43	10,7
Art						
Dislokation			171	26,2	86	21,4
Sondenbruch			24	3,7	20	5,0
Isolationsdefekt			23	3,5	13	3,2
Konnektordefekt			6	0,9	5	1,2
Zwerchfellzucken			5	0,8	5	1,2
Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing			5	0,8	14	3,5
Wahrnehmungsfehler/Undersensing			63	9,7	44	10,9
Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg			169	25,9	94	23,4
Infektion			37	5,7	25	6,2
Perforation			11	1,7	9	2,2
Sonstige			30	4,6	22	5,5

Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugang/Lage (Mehrfachnennungen möglich)						
Vena cephalica			102	15,6	65	16,2
Vena subclavia			445	68,3	339	84,3
andere			22	3,4	5	1,2
links			144	22,1	116	28,9
rechts			346	53,1	287	71,4
Art der Anästhesie						
Lokalanästhesie			577	88,5	352	87,6
Allgemeinanästhesie			75	11,5	50	12,4
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)						
gültige Angaben			652		402	
Median				44,5		45,0
Mittelwert				53,8		56,0
Durchleuchtungszeit (in Minuten)						
gültige Angaben (> 0 min)			652		359	
Median				2,0		4,0
Mittelwert				4,0		7,6
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
gültige Angaben (> 0 cGy*cm²)			173		70	
Median				487,0		0.901
Mittelwert				1.139		5.503

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
Ein-Kammer-System						
VVI			160	24,5	99	24,6
AAI			3	0,5	5	1,2
Zwei-Kammer-System						
DDD			404	62,0	259	64,4
VDD			10	1,5	7	1,7
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde			9	1,4	12	3,0
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde			5	0,8	1	0,2
Sonstiges			10	1,5	19	4,7
keine Angabe eines postoperativ funktionell aktiven Schrittmachersystems*			51	7,8	0	0,0
Frequenzvariabel			494	75,8	335	83,3
Sonstige						
nein			462	70,9	333	82,8
prophylaktische antitachykarde Funktion			8	1,2	3	0,7
therapeutische antitachykarde Funktion			5	0,8	6	1,5
beides			0	0,0	9	2,2
Sonstige*			7	1,1	3	0,7
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff am Aggregat			303	46,5	144	35,8
Neuimplantation			242	37,1	197	49,0
Neuplatzierung			36	5,5	17	4,2
Sonstige			27	4,1	10	2,5

*erst ab Spezifikation 7.0 (2004) korrekt dokumentierbar

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			173	26,5	97	24,1
Neuimplantation			154	23,6	126	31,3
Neuplatzierung			60	9,2	35	8,7
zusätzliche Implantation			5	0,8	8	2,0
Reparatur			4	0,6	3	0,7
Sonstige			19	2,9	11	2,7
NBL-Code						
unipolar			19 / 415	4,6	11 / 280	3,9
bipolar			337 / 415	81,2	228 / 280	81,4
multipolar			0 / 415	0,0	0 / 280	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			285 / 415	68,7	206 / 280	73,6
passive Fixation, z.B. Ankersonde			67 / 415	16,1	33 / 280	11,8
keine Fixation			4 / 415	1,0	0 / 280	0,0
Polyurethanisolierung			38 / 415	9,2	21 / 280	7,5
Silikonisolierung			289 / 415	69,6	191 / 280	68,2
beide Materialien			29 / 415	7,0	27 / 280	9,6
steroidfreisetzend			228 / 415	54,9	146 / 280	52,1
andere Substanz freisetzend			1 / 415	0,2	1 / 280	0,4
ohne			127 / 415	30,6	92 / 280	32,9
nicht bekannt			39 / 415	9,4	30 / 280	10,7
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			296		206	
Median				0,8		0,8
Mittelwert				0,8		0,9
nicht gemessen			84 / 415	20,2	56 / 280	20,0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			310		215	
Median				2,6		2,8
Mittelwert				2,9		3,1
nicht gemessen			82 / 415	19,8	51 / 280	18,2

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems III

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			220	33,7	134	33,3
Neuimplantation			206	31,6	150	37,3
Neuplatzierung			99	15,2	47	11,7
zusätzliche Implantation			17	2,6	20	5,0
Reparatur			12	1,8	7	1,7
Sonstiges			14	2,1	6	1,5
NBL-Code						
unipolar			128 / 568	22,5	107 / 364	29,4
bipolar			375 / 568	66,0	199 / 364	54,7
multipolar			4 / 568	0,7	1 / 364	0,3
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			101 / 568	17,8	65 / 364	17,9
passive Fixation, z.B. Ankersonde			404 / 568	71,1	242 / 364	66,5
keine Fixation			0 / 568	0,0	0 / 364	0,0
Polyurethanisolierung			56 / 568	9,9	32 / 364	8,8
Silikonisolierung			379 / 568	66,7	231 / 364	63,5
beide Materialien			72 / 568	12,7	44 / 364	12,1
steroidfreisetzend			304 / 568	53,5	185 / 364	50,8
andere Substanz freisetzend			2 / 568	0,4	3 / 364	0,8
ohne			0 / 568	0,0	0 / 364	0,0
nicht bekannt			51 / 568	9,0	57 / 364	15,7
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			441		294	
Median				0,5		0,5
Mittelwert				0,6		0,6
nicht gemessen			74 / 568	13,0	43 / 364	11,8
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			396		266	
Median				12,0		12,1
Mittelwert				12,8		13,5
nicht gemessen			82 / 568	14,4	57 / 364	15,7

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems IV

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			1	0,2	1	0,2
Neuimplantation			0	0,0	0	0,0
Neuplatzierung			0	0,0	0	0,0
zusätzliche Implantation			0	0,0	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Sonstiges			2	0,3	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
bipolar			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
multipolar			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
keine Fixation			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
Polyurethanisolierung			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
Silikonisolierung			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
beide Materialien			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
steroidfreisetzend			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
andere Substanz freisetzend			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
ohne			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
nicht bekannt			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			0		0	
Median						
Mittelwert						
nicht gemessen			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0
P-Wellen-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			0		0	
Median						
Mittelwert						
nicht gemessen			0 / 3	0,0	0 / 1	0,0

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems V

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
kein Eingriff an der Sonde			3	0,5	4	1,0
Neuimplantation			9	1,4	7	1,7
Neuplatzierung			1	0,2	2	0,5
zusätzliche Implantation			0	0,0	0	0,0
Reparatur			0	0,0	0	0,0
Sonstiges			0	0,0	0	0,0
NBL-Code						
unipolar			6 / 13	46,2	3 / 13	23,1
bipolar			4 / 13	30,8	5 / 13	38,5
multipolar			0 / 13	0,0	0 / 13	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			6 / 13	46,2	1 / 13	7,7
passive Fixation, z.B. Ankersonde			4 / 13	30,8	5 / 13	38,5
keine Fixation			0 / 13	0,0	0 / 13	0,0
Polyurethanisolierung			0 / 13	0,0	0 / 13	0,0
Silikonisolierung			9 / 13	69,2	7 / 13	53,8
beide Materialien			1 / 13	7,7	1 / 13	7,7
steroidfreisetzend			8 / 13	61,5	4 / 13	30,8
andere Substanz freisetzend			1 / 13	7,7	0 / 13	0,0
ohne			0 / 13	0,0	0 / 13	0,0
nicht bekannt			4 / 13	30,8	4 / 13	30,8
Reizschwelle (bei 0,5 ms) (V)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			12		10	
Median				1,1		1,0
Mittelwert				1,0		1,1
nicht gemessen			1 / 13	7,7	1 / 13	7,7
R-Amplitude (mV)						
Anzahl Sonden mit gültiger Angabe			8		9	
Median				9,6		5,7
Mittelwert				12,9		9,2
nicht gemessen			1 / 13	7,7	2 / 13	15,4

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmachersystem						
Ein-Kammer-System						
VVI			79	12,1	60	14,9
AAI			12	1,8	10	2,5
Zwei-Kammer-System						
DDD			151	23,2	87	21,6
VDD			8	1,2	6	1,5
Sonstiges System						
biventrikuläres System mit einer Vorhofsonde			1	0,2	1	0,2
biventrikuläres System ohne Vorhofsonde			0	0,0	1	0,2
Sonstiges			6	0,9	34	8,5
Frequenzvariabel			121	18,6	91	22,6
Sonstige						
prophylaktische antitachykarde Funktion			1	0,2	0	0,0
therapeutische antitachykarde Funktion			2	0,3	3	0,7
beides			1	0,2	2	0,5
Sonstige			1	0,2	3	0,7
Schrittmacher-Aggregat						
Art des Vorgehens						
Explantation			231	35,4	168	41,8
Sonstige			6	0,9	5	1,2
Abstand OP-Datum und Implantationsdatum des nicht aktiven Aggregats (in Jahren)						
Anzahl der Patienten			213		149	
Median				6,0		6,0
Mittelwert				5,5		6,0
OP-Datum nicht bekannt			21 / 237	8,9	12 / 173	6,9

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schrittmacher-Sonden						
Vorhof						
Art des Vorgehens						
Explantation			90	13,8	56	13,9
Stillegung			52	8,0	38	9,5
Sonstiges			4	0,6	9	2,2
Abstand OP-Datum u. Impl.-Datum der Sonde (in Jahren)						
Anzahl der Patienten			130		81	
Median				5,0		5,0
Mittelwert				5,1		5,0
nicht bekannt			16 / 146	11,0	9 / 103	8,7
NBL-Code						
unipolar			20 / 146	13,7	13 / 103	12,6
bipolar			50 / 146	34,2	34 / 103	33,0
multipolar			0 / 146	0,0	0 / 103	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			56 / 146	38,4	33 / 103	32,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			14 / 146	9,6	13 / 103	12,6
keine Fixation			0 / 146	0,0	1 / 103	1,0
Polyurethanisolierung			9 / 146	6,2	3 / 103	2,9
Silikonisolierung			59 / 146	40,4	36 / 103	35,0
beide Materialien			1 / 146	0,7	8 / 103	7,8
steroidfreisetzend			31 / 146	21,2	26 / 103	25,2
andere Substanz freisetzend			0 / 146	0,0	0 / 103	0,0
ohne			38 / 146	26,0	21 / 103	20,4
nicht bekannt			63 / 146	43,2	53 / 103	51,5

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems III

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ventrikel						
Art des Vorgehens						
Explantation			127	19,5	73	18,2
Stillegung			76	11,7	65	16,2
Sonstiges			4	0,6	13	3,2
Abstand OP-Datum u. Impl.-Datum der Sonde (in Jahren)						
Anzahl der Patienten			181		113	
Median				4,0		5,0
Mittelwert				5,4		5,8
nicht bekannt			25 / 207	12,1	23 / 151	15,2
NBL-Code						
unipolar			32 / 207	15,5	27 / 151	17,9
bipolar			48 / 207	23,2	45 / 151	29,8
multipolar			1 / 207	0,5	0 / 151	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			16 / 207	7,7	6 / 151	4,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			64 / 207	30,9	65 / 151	43,0
keine Fixation			1 / 207	0,5	0 / 151	0,0
Polyurethanisolierung			16 / 207	7,7	13 / 151	8,6
Silikonisolierung			56 / 207	27,1	45 / 151	29,8
beide Materialien			8 / 207	3,9	12 / 151	7,9
steroidfreisetzend			48 / 207	23,2	44 / 151	29,1
andere Substanz freisetzend			0 / 207	0,0	0 / 151	0,0
ohne			33 / 207	15,9	26 / 151	17,2
nicht bekannt			96 / 207	46,4	79 / 151	52,3

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems IV

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Vorhofsonden						
Vorhof (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			1	0,2	2	0,5
Stillegung			0	0,0	0	0,0
Sonstiges			1	0,2	0	0,0
Abstand OP-Datum u. Impl.-Datum der Sonde (in Jahren)						
Anzahl der Patienten			0		0	
Median						
Mittelwert						
nicht bekannt			1 / 2	50,0	2 / 2	100,0
NBL-Code						
unipolar			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
bipolar			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
multipolar			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
keine Fixation			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
Polyurethanisolierung			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
Silikonisolierung			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
beide Materialien			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
steroidfreisetzend			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
andere Substanz freisetzend			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
ohne			0 / 2	0,0	0 / 2	0,0
nicht bekannt			0 / 2	0,0	2 / 2	100,0

Postoperativ nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems V

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei System mit zwei Ventrikelsonden						
Ventrikel (2. Sonde)						
Art des Vorgehens						
Explantation			2	0,3	5	1,2
Stillegung			1	0,2	0	0,0
Sonstiges			1	0,2	0	0,0
Abstand OP-Datum u. Impl.-Datum der Sonde (in Jahren)						
Anzahl der Patienten			3		3	
Median				5,0		0,0
Mittelwert				6,0		0,0
nicht bekannt			1 / 4	25,0	2 / 5	40,0
NBL-Code						
unipolar			0 / 4	0,0	1 / 5	20,0
bipolar			0 / 4	0,0	2 / 5	40,0
multipolar			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
aktive Fixation, z.B. Schraubsonde			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
passive Fixation, z.B. Ankersonde			0 / 4	0,0	3 / 5	60,0
keine Fixation			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
Polyurethanisolierung			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
Silikonisolierung			0 / 4	0,0	2 / 5	40,0
beide Materialien			0 / 4	0,0	1 / 5	20,0
steroidfreisetzend			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
andere Substanz freisetzend			0 / 4	0,0	0 / 5	0,0
ohne			0 / 4	0,0	3 / 5	60,0
nicht bekannt			2 / 4	50,0	2 / 5	40,0

Perioperative Komplikationen

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perioperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			13	2,0	7	1,7
Asystolie			2	0,3	1	0,2
Kammerflimmern			1	0,2	0	0,0
Vorhofflimmern			1	0,2	1	0,2
Pneumothorax			0	0,0	1	0,2
Drainage erforderlich			0	0,0	1	0,2
Herzbeutelamponade mit Intervention			0	0,0	0	0,0
Taschenhämatom			6	0,9	2	0,5
Hämatothorax			1	0,2	0	0,0
Sondendislokation			5	0,8	2	0,5
Vorhof			2	0,3	1	0,2
Ventrikel			2	0,3	1	0,2
Beide			1	0,2	0	0,0
Wundinfektion			0	0,0	0	0,0
Revisionseingriff erforderlich			0	0,0	0	0,0
Sonstige			1	0,2	0	0,0
Reanimation erforderlich			1	0,2	0	0,0

Entlassung I

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze			652	100,0	350	87,1
Stimulationsart bei Abschlusskontrolle						
NBG-Code						
AAI			3 / 652	0,5	3 / 350	0,9
davon Frequenzadaptation						
keine			2 / 3	66,7	2 / 3	66,7
Frequenzadaptation			1 / 3	33,3	1 / 3	33,3
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			3 / 3	100,0	3 / 3	100,0
davon						
keine			3 / 3	100,0	3 / 3	100,0
Atrium			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
Ventrikel			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
doppelt (A + V)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
VVI			141 / 652	21,6	78 / 350	22,3
davon Frequenzadaptation						
keine			74 / 141	52,5	39 / 78	50,0
Frequenzadaptation			66 / 141	46,8	38 / 78	48,7
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			129 / 141	91,5	68 / 78	87,2
davon						
keine			116 / 129	89,9	66 / 68	97,1
Atrium			0 / 129	0,0	0 / 68	0,0
Ventrikel			13 / 129	10,1	2 / 68	2,9
doppelt (A + V)			0 / 129	0,0	0 / 68	0,0

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung II

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
VDD			5 / 652	0,8	3 / 350	0,9
davon Frequenzadaptation						
keine			2 / 5	40,0	0 / 3	0,0
Frequenzadaptation			3 / 5	60,0	3 / 3	100,0
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			5 / 5	100,0	3 / 3	100,0
davon						
keine			5 / 5	100,0	3 / 3	100,0
Atrium			0 / 5	0,0	0 / 3	0,0
Ventrikel			0 / 5	0,0	0 / 3	0,0
doppelt (A + V)			0 / 5	0,0	0 / 3	0,0
DDD			343 / 652	52,6	202 / 350	57,7
davon Frequenzadaptation						
keine			199 / 343	58,0	136 / 202	67,3
Frequenzadaptation			144 / 343	42,0	65 / 202	32,2
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			314 / 343	91,5	194 / 202	96,0
davon						
keine			297 / 314	94,6	186 / 194	95,9
Atrium			1 / 314	0,3	1 / 194	0,5
Ventrikel			5 / 314	1,6	1 / 194	0,5
doppelt (A + V)			11 / 314	3,5	6 / 194	3,1
DDI			19 / 652	2,9	17 / 350	4,9
davon Frequenzadaptation						
keine			6 / 19	31,6	3 / 17	17,6
Frequenzadaptation			13 / 19	68,4	14 / 17	82,4
Multifokale Stimulation						
Anzahl vorhandener Angaben			18 / 19	94,7	16 / 17	94,1
davon						
keine			18 / 18	100,0	16 / 16	100,0
Atrium			0 / 18	0,0	0 / 16	0,0
Ventrikel			0 / 18	0,0	0 / 16	0,0
doppelt (A + V)			0 / 18	0,0	0 / 16	0,0

*nur Datensatzversion 6.0

Entlassung III

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			605	92,8	374	93,0
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen			13	2,0	7	1,7
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			0	0,0	3	0,7
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			3	0,5	7	1,7
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			7	1,1	3	0,7
7: Tod			6	0,9	0	0,0
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV'95)			1	0,2	1	0,2
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			11	1,7	3	0,7
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			4	0,6	2	0,5
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: Interne Verlegung			0	0,0	2	0,5
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			1	0,2	0	0,0
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 BPfIV und des KHEntG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BPfIV u. des KHEntG			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			1	0,2	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 / 652	0,0	0 / 402	0,0
Tod bei Schrittm.- o. Sondendysfunktion*			0 / 652	0,0	0 / 402	0,0
Wenn Entlassungsgrund = Tod Sektion erfolgt			1 / 6	16,7	0 / 0	

*Grundgesamtheit ist eingeschränkt auf die Fälle mit gültiger Angabe

Verteilung der Entlassungsgründe

