

**Inhalt**

Herzschrittmacher-Erstimplantation ..... 2

  Leitlinienkonforme Indikationsstellung..... 3

    9962 ..... 6

  Indikation bei Sinusknotenerkrankung ..... 7

    9964 ..... 8

  Indikation bei AV-Block III. Grades ..... 9

    9966 ..... 10

  Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach ..... 11

    47458 ..... 12

  Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz ..... 13

    47459 ..... 14

  Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern ..... 15

    9988 ..... 16

  Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden ..... 17

    47463 ..... 19

  Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom ..... 20

    47467 ..... 23

  Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades ..... 24

    49563 ..... 26

  Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern ..... 27

    49565 ..... 28

  Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden ..... 29

    49567 ..... 30

  Eingriffsdauer ..... 31

    11140 ..... 32

    11141 ..... 33

    11142 ..... 34

    11284 ..... 35

    11285 ..... 36

  Durchleuchtungszeit ..... 37

    15818 ..... 38

    15819 ..... 39

    15820 ..... 40

    15821 ..... 41

  Perioperative Komplikationen ..... 42

    11250 ..... 44

    11257 ..... 45

    11259 ..... 46

    11262 ..... 47

    11264 ..... 48

    11265 ..... 49

  Reizschwellenhöhe ..... 50

    19615 ..... 52

    19617 ..... 53

  Intrakardiale Signalamplituden ..... 54

    19619 ..... 55

    19621 ..... 56

### Herzschrittmacher-Erstimplantation

<b>Einleitung</b> <b>Leistungsbereich</b>	
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Erstimplantation
Auffälligkeitskriterien	Bei Tod im Zusammenhang mit dem Eingriff oder der zugrunde liegenden Rhythmusstörung soll immer eine Einzelfallanalyse erfolgen. Eine Darstellung als Benchmark oder Rate erfolgt nicht.
Bemerkungen	-

**Leitlinienkonforme Indikationsstellung**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikationsstellung
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>„Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen, die das Ziel haben, die Qualität von Diagnostik und Therapie zu verbessern und die effektive und rasche Umsetzung nützlicher medizinischer Fortschritte in die klinische Praxis zu unterstützen“ (Hoppe 2003). Leitlinien zu verschiedenen medizinischen Schwerpunkten werden in Deutschland von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), aber auch von Berufsverbänden, der Bundesärztekammer, Krankenhausträgern u. ähnlichen Institutionen publiziert. Leitlinien repräsentieren den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnistand und haben für den Arzt empfehlenden, aber nicht juristisch bindenden Charakter (Böcker et al. 2003).</p> <p>Dass die Befolgung von Leitlinien zu messbaren Verbesserungen der medizinischen Versorgung führen kann, zeigen zahlreiche Studien (Marciniak et al. 1998, Szekendi et al. 2003, Denton et al. 2003, Petersen 2003). Mit Qualitätsverbesserungsprogrammen oder Registerprojekten wird versucht, die Umsetzung von Leitlinien in die klinische Praxis zu fördern (Denton et al. 2003, LaBresh et al. 2003, Roe et al. 2003,). Kirchner et al. (2001) schlagen edukative, finanzielle, organisatorische und regulative Interventionen vor, um Leitlinien zu implementieren (Kirchner et al. 2003).</p> <p>Dennoch zeigt die Versorgungsrealität, dass die Verbreitung und Akzeptanz medizinischer Leitlinien oft zu wünschen übrig lässt. Dafür werden verschiedene Gründe diskutiert (Cabana et al. 1999, Kirchner et al. 2001, Hoppe 2003). Bei der Bewertung von 738 Schrittmacher-Fällen eines Krankenhauses auf Konformität mit der amerikanischen Leitlinie stellten Irwin et al. fest, dass bei 37 Patienten (5%) eine Class IIb-Indikation (eher nicht indiziert) und bei 30 Patienten (4%) eine Class-III-Indikation (nicht indiziert) bestanden (Irwin et al. 2003). In immerhin 50,6% der Fälle entsprach die Systemwahl nicht den Leitlinien. Einzelne internationale Studien (Greenspan et al. 1988, Kowey et al. 2002, Martinelli et al. 2002) weisen darauf hin, dass Patienten z.T. auch ohne eindeutige Indikation einen Schrittmacher erhalten.</p> <p>Die engere Orientierung an gültigen Leitlinien kann zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen (Hoppe 2003). Aber auch gegenteilige Effekte sind möglich. So würde z.B. die Ausweitung der Indikation zur Schrittmacherimplantation im Rahmen der Resynchronisationstherapie zu einer Zunahme der Implantationen und damit (zumindest kurzfristig) der Kosten führen (Böcker et al. 2003). Für Großbritannien errechneten Ray et al. (1992) Anfang der 90er Jahre, dass die konsequente Befolgung der Schrittmacher-Leitlinien der Fachgesellschaft British Pacing and Electrophysiology Group (BPEG) in Großbritannien zu einem deutlichen Kostenanstieg führen würde.</p> <p>Mit der 1996 erschienen Leitlinie zur Herzschrittmachertherapie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Lemke et al. 1996) wurde differenziert zur Indikationsstellung, aber auch zur Auswahl des richtigen Systems bei bestimmten Rhythmusstörungen Stellung genommen. Zur aktuellen Diskussion der Vorteile physiologischer oder nicht-physiologischer Schrittmachermodi wurde die Leitlinie um einen Kommentar (Lemke et al. 2003) ergänzt. Anfang 2005 ist die Leitlinie von der Fachgesellschaft aktualisiert worden und steht vor der Veröffentlichung.</p> <p>International anerkannt ist die amerikanische Leitlinie des American College of Cardiology Foundation und der American Heart Association (ACC/AHA) zur Schrittmacherversorgung (Gregoratos et al. 2002) und die europäische Leitlinie zum Synkopenmanagement (Brignole et al. 2001). Inhaltlich stimmen die genannten Leitlinien im Wesentlichen überein. Geringe Abweichungen bestehen u.a. bei einzelnen Indikationsstellungen. Ergänzungs- bzw. Verbesserungsvorschläge zu dieser Leitlinie wurden vorgelegt (Barold et al. 2003).</p> <p>Gemäß den genannten Leitlinien stellen symptomatische bradykarde Rhythmusstörungen die häufigste Indikation dar. Eine Ausnahme bilden Patienten mit hypertrophischer Kardiomyopathie mit Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts und Patienten mit schwerer linksventrikulärer Funktionseinschränkung, bei denen die Schrittmachertherapie auf eine Verbesserung des linksventrikulären Gradienten bzw. auf eine Verbesserung der myokardialen Funktion abzielt (Haverkamp &amp; Breithardt 2002).</p> <p>Maßgeblich für die Qualitätssicherung der Jahre 2004 und 2005 ist die deutsche Leitlinie von</p>

	<p>1996. Erst ab 2006 kann die aktualisierte Leitlinie im Datensatz Berücksichtigung finden.</p> <p>Die Qualitätsindikatoren zum Bradykardie-Tachykardie-Syndrom sind bereits aus der 2004er Auswertung herausgenommen worden, da es nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand keine eigene Krankheitsentität mehr darstellt.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	<p>Barold SS, Herweg B, Gallardo I. Acquired Atrioventricular Block: The 2002 ACC/AHA/NASPE Guidelines for Pacemaker Implantation Should Be Revised. <i>Pace</i> 2003; 26: 531-533.</p> <p>Böcker D, Gradaus R, Kobe J, Wollmann CG, Breithardt G. Legal implications of pacemaker and defibrillator guidelines. <i>Card Electrophysiol Rev.</i> 2003; 7 (1): 33-35.</p> <p>Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, Rubin HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? - A Framework for Improvement. <i>J Am Med Assoc.</i> 1999; 282 (15): 1458-1465.</p> <p>Denton TA, Fonarow GC, LaBresh KA, Trento A. Secondary Prevention After Coronary Bypass: The American Heart Association "Get With the Guidelines" Program. <i>Ann Thorac Surg.</i> 2003; 75: 758-760.</p> <p>Greenspan AM, Kay HR, Berger BC, Greenberg RM, Greenspon AJ, Spuhler Gaughan MJ. Incidence of unwarranted implantation of permanent cardiac pacemakers in a large medical population. <i>N Engl J Med.</i> 1988; 318: 158-163.</p> <p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). <i>J Cardiovasc Electrophysiol.</i> 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Haverkamp W, Breithardt G. <i>Moderne Herzrhythmustherapie.</i> Stuttgart: Thieme; 2003.</p> <p>Hoppe UC. Warum werden Leitlinien nicht befolgt? <i>Dtsch Med Wochenschr.</i> 2003; 128 (15): 820-824.</p> <p>Irwin ME, Baine KR, Senaratne MP. Evaluation of the appropriateness of pacemaker mode selection in bradycardia pacing: how closely are the ACC/AHA guidelines followed? <i>Pacing Clin Electrophysiol.</i> 2003; 26 (12): 2301-2307.</p> <p>Kirchner H, Fiene M, Ollenschläger G. Disseminierung und Implementierung von Leitlinien im Gesundheitswesen. <i>Dtsch Med Wochenschr.</i> 2001; 126 (43): 1215-1220.</p> <p>Kowey PR. The Unnecessary Pacemaker Controversy Revisited. <i>Pace</i> 2002; 25 (3): 269-271.</p> <p>LaBresh KA, Gliklich R, Liljestrand J, Peto R, Ellrodt AG. Using "get with the guidelines" to improve cardiovascular secondary prevention. <i>Jt Comm J Qual Saf</i> 2003; 29 (10): 539-550.</p> <p>Lemke B, Rybak K, Wiegand U. Stellungnahme zu den Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie. <i>Z Kardiol</i> 2003; 92 (2): 200-206.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. <i>Z Kardiol.</i> 1996; 85: 611-628.</p> <p>Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. <i>J Am Med Assoc.</i> 1998; 279 (17): 1351-1357.</p> <p>Martinelli M, Costa R, Nishioka S, Pedrosa A, Siqueira S, Crevelari E, Scanavacca M, D'Ávila A, Sosa E. Criteria for Pacemaker Explant in Patients Without a Precise indication for</p>

	<p>Pacemaker Implantation. <i>Pace</i> 2002; 25 (3): 272-277.</p> <p>Petersen LA, Normand SL, Leape LL, McNeil BJ. Regionalization and the underuse of angiography in the Veterans Affairs Health Care System as compared with a fee-for-service system. <i>N Engl J Med.</i> 2003; 348 (22): 2209-2217.</p> <p>Ray SG, Griffith MJ, Jamieson S, Bexton RS, Gold RG. Impact of the recommendations of the British Pacing and Electrophysiology Group on pacemaker prescription and on the immediate costs of pacing in the Northern Region. <i>Br Heart J.</i> 1992; 68: 531-534.</p> <p>Roe MT, Ohman EM, Pollack CV, Peterson ED, Brindis RG, Harrington RA, Christenson RH, Smith SC, Califf RM, Gibler WB. Changing the model of care for patients with acute coronary syndromes. <i>Am Heart J.</i> 2003; 146: 605-612.</p> <p>Szekendi MK. Compliance With Acute MI Guidelines Lowers Inpatient Mortality. <i>The Journal of Cardiovascular Nursing</i> 2003; 18 (5): 356-359.</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

**9962**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	9962
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt. Im Gegensatz zu 2003 wird das Bradykardie-Tachykardie-Syndrom (BTS) nicht mehr berücksichtigt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit führendem EKG-Befund, zu dem eine Leitlinienempfehlung vorliegt
Erläuterung der Rechenregel	Wörtlich ist in der deutschen Leitlinie von „Indikation“ (gemeint ist absolute Indikation), „relative Indikation“ und „keine Indikation“ die Rede. Wo auf Basis der Datensätze zwischen absoluter oder relativer Indikation nicht unterschieden werden kann, wird von „Indikation“ gesprochen.
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Indikation bei Sinusknotenerkrankung**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
<b>ID Indikator</b>	2
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation bei Sinusknotenerkrankung
<b>In BQS-Qualitätsreport 2004</b>	Nein
<b>Qualitätsziel</b>	Bei Sinusknotenerkrankungen SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Rationale</b>	<p>Bei dem Sick Sinus Syndrom handelt (SSS) es sich um eine Reizbildungsstörung, bei dem einzelne oder mehrere Impulse ausfallen (Sinuspause) oder es zu einer generellen Verlangsamung der Impulsbildung kommt (Sinusbradykardie), häufig verbunden mit der Unfähigkeit, die Frequenz bei Belastung zu steigern (chronotrope Inkompetenz). Das zu den Sinusknotenfunktionsstörungen zählende Bradykardie-Tachykardie-Syndrom wurde bis 2003 als eigener Qualitätsindikator behandelt.</p> <p>Die Symptomatik ist vielfältig. Selbst ein ausgeprägtes SSS kann symptomlos sein. Typische Symptome sind Synkopen oder Präsynkopen. Atriale Tachyarrhythmien bedeuten ein erhöhtes Tromboembolierisiko. Die Bedeutung (und Therapiebedürftigkeit) von Sinusknotenpausen bei Schlafapnoe-Syndrom wird diskutiert (Garrigue et al. 2002). Ein SSS kann auch iatrogen als Folge einer (u. U. unverzichtbaren) Medikation entstehen.</p> <p>Bei Patienten mit chronotroper Inkompetenz können Schrittmacher mit Rate Response die Leistungsfähigkeit steigern.</p> <p>Die deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) empfiehlt bei intermittierendem Auftreten des SSS den Versuch einer antiarrhythmischen Therapie, ggf. besteht bei Tachyarrhythmien die Indikation zur Antikoagulation. Eine (<b>absolute</b>) Indikation besteht bei SSS und eindeutigen Zusammenhang, eine <b>relative</b> Indikation bei vermutetem Zusammenhang zur Symptomatik. <b>Keine</b> Indikation besteht bei asymptomatischen SSS-Patienten. Da ein vermuteter und ein sicherer Zusammenhang im Datensatz nicht differenzierbar sind, werden absolute und relative Indikation im Auswertungskonzept als „Indikation“ zusammengefasst.</p> <p>In ähnlicher Weise wie die deutsche Leitlinie spricht die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) als <b>Class I</b>-Empfehlung eine Indikation bei symptomatischem SSS bzw. bei chronotroper Inkompetenz bzw. als <b>Class IIa</b>-Empfehlung bei nicht-eindeutigem Zusammenhang aus. „Minimal-symptomatische“ Fälle werden als <b>Class IIb</b>-Empfehlung und nicht-symptomatische als <b>Class III</b> eingestuft.</p>
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine Risikoadjustierung erforderlich
<b>Literaturverzeichnis</b>	<p>Garrigue S, Bordier P, Jais P, Shah DC, Hocini M, Raheison C, Tunon DL, Haissaguerre M, Clementy J. Benefit of atrial pacing in sleep apnea syndrome. N Engl J Med. 2002; 346 (6): 404-412.</p> <p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol. 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol 1996; 85: 611-628.</p>
<b>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</b>	2005

**9964**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	9964
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einem der Symptome Synkope, Präsynkope/Schwindel, Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Sinusknotenerkrankung als führendem EKG-Befund
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.



**Indikation bei AV-Block III. Grades**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei AV-Block III. Grades
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Kein Qualitätsziel formuliert, da gemäß Leitlinie alle SM-Eingriffe bei AV-Block III. Grades indiziert sind
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Die häufigste Reizleitungsstörung ist der AV-Block, d.h. ein Block zwischen Vorhof und Ventrikel. Ein totaler AV-Block (III. Grades) kann angeboren oder erworben sein, z.B. in Folge von Entzündungen, Ischämien oder durch Medikamenteneinfluss. Während die seltenen angeborenen AV-Blockierungen III. Grades lange asymptomatisch sein können, weisen die Patienten mit erworbenem totalem AV-Block meist bradykarde Symptome wie Schwindel, Palpitationen, Synkopen (Adam-Strokes-Abfälle) oder Dyspnoe auf. Die Letalität bei Patienten mit totalem AV-Block ist erhöht. Sie wird allerdings in den meisten Fällen wesentlich von Art und Ausmaß der zugrunde liegenden Herzerkrankung bestimmt.</p> <p>Die Deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) sieht bei symptomatischem AV-Block III. Grades immer eine Indikation gegeben, bei asymptomatischen Patienten ist die Indikation relativ.</p> <p>In der amerikanischen Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) wird die absolute Indikation (<b>Class I</b>) differenzierter dargestellt: Hierzu zählen alle Blockbilder mit symptomatischer Bradykardie bzw. durch (notwendige) Medikation, nach AV-Ablation oder nach Herzoperationen (Evidenzlevel C). Herzfrequenzen unter 40/min bzw. Asystolien über 3 Sekunden stellen mit Evidenzlevel B bis C und neuromuskuläre Erkrankungen mit Evidenzlevel B eine absolute Schrittmacherindikation dar. Der relativen Indikation in der deutschen Leitlinie entspricht die <b>Class IIa</b>-Empfehlung bei asymptomatischen Fällen mit AV-Block III. Grades in der amerikanischen Leitlinie.</p> <p>Da das Qualitätssicherungsverfahren nicht die Sicht auf alle stationären Patienten mit AV-Block III. Grades hat, sondern nur auf alle Patienten mit Schrittmacher wegen AV-Block III. Grades, ist die Rate indizierter Schrittmacher immer 100%. Der Qualitätsindikator wurde dennoch in das Auswertungskonzept aufgenommen, um in der Summe die leitlinienkonforme Indikationsstellung bei allen relevanten Herzrhythmusstörungen zu überprüfen.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	<p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol. 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol. 1996; 85: 611-628.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**9966**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	9966
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Da die primäre Sichtweise Patienten mit Schrittmachereingriffen und nicht Patienten mit AV-Block III. Grades umfasst, lässt sich nicht errechnen, wieviele Patienten den immer indizierten Schrittmacher nicht erhalten haben. Daher wurde bei diesem Indikator von der Fachgruppe Herzschrittmacher kein Referenzbereich bestimmt. Als Kennzahl wird der Anteil symptomatischer Patienten an den AV-Block-III-Patienten berechnet.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einem der Symptome Synkope, Präsynkope/Schwindel, Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block III. Grades als führendem EKG-Befund
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Bei AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach SM-Implantation möglichst oft bei Patienten mit absoluter oder relativer Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Der AV-Block II. Grades Typ Wenckebach ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Überleitung vom Vorhof auf den Ventrikel progressiv verlängert, bis es zum Block kommt. Die Leitungsverzögerung ist meistens auf den AV-Knoten selbst beschränkt. Die Prognose quoad vitam ist günstig.</p> <p>Nur bei symptomatischer Bradykardie ist nach Aussage der deutschen Leitlinie (Lemke et al. 1996) eine Schrittmacher-<b>Indikation</b> bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach gegeben. <b>Keine Indikation</b> ist gegeben bei asymptomatischen Patienten mit seltenem Auftreten der Störung.</p> <p>Die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) gibt bei symptomatischem AV-Block II. Grades grundsätzlich eine <b>Class I</b>-Empfehlung. Sie fordert, dass zum Vorliegen einer <b>Class IIa</b>-Empfehlung zur Schrittmachertherapie bei asymptomatischen AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach ein Block unterhalb des AV-Knotens (intra- oder infrahissär) vorliegen müssen. Bestehen Symptome eines Schrittmachersyndroms bei AV-Block II. Grades (reflektorischer Blutdruckabfall durch retrograde Pfortungswellen infolge mit vorzeitiger Erregung des Vorhofs mit konsekutiver Kontraktion gegen fast verschlossene AV-Klappen), so wird ebenfalls eine <b>Class IIa</b>-Empfehlung abgegeben. Andernfalls besteht eine <b>Class III</b>-Empfehlung.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	<p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol. 1996; 85: 611-628.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**47458**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47458
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit absoluter oder relativer Indikation*  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block II.Grades, Typ Wenckebach als führendem EKG-Befund
Erläuterung der Rechenregel	* Mit mindestens einem der Symptome: Synkope, Präsynkope/Schwindel, Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz oder ohne Symptomatik und mit häufigem Auftreten
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Bei AV-Block II. Grades, Typ Mobitz SM-Implantation möglichst oft bei Patienten mit absoluter oder relativer Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Der AV-Block II. Grades Typ Mobitz ist gekennzeichnet durch einen intermittierenden Ausfall einer oder mehrerer QRS-Komplexe im EKG (z.B. im Verhältnis 3:1). Die Störung ist meist intra- oder infrahissär gelegen und daher auch meistens mit einer QRS-Verbreiterung als Zeichen einer intraventrikulären Leitungstörung vergesellschaftet.</p> <p>Die deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) sieht bei AV-Block II. Grades Typ Mobitz immer dann eine <b>Indikation</b> gegeben, wenn klinische Zeichen der Bradykardie oder ein breiter QRS-Komplex im EKG vorliegen. Eine <b>relative Indikation</b> besteht bei asymptomatischen Patienten mit AV-Block II. Grades Typ Mobitz.</p> <p>Die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) gibt bei symptomatischem AV-Block II. Grades grundsätzlich eine <b>Class I</b>-Empfehlung zur Schrittmachertherapie. Auch bei asymptomatischen Fällen mit breitem QRS-Komplex besteht die <b>Class I</b>-Empfehlung. Eine <b>Class IIb</b>-Empfehlung besteht beim asymptomatischen AV-Block II. Grades Typ Mobitz mit schmalem QRS-Komplex.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	<p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiologie 1996; 85: 611-628.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**47459**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47459
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit absoluter oder relativer Indikation*  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit AV-Block II.Grades, Typ Mobitz als führendem EKG-Befund
Erläuterung der Rechenregel	* Mit mindestens einem der Symptome: Synkope, Präsynkope/Schwindel, Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz oder mit prophylaktischer Indikation oder Z. n. Ablation oder ohne Symptome, ohne prophylaktischer Indikation und ohne Z. n. Ablation aber dafür mit häufigem Auftreten der Blockierung
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation bei bradykardem Vorhofflimmern
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Bei bradykardem Vorhofflimmern SM-Implantation nur bei symptomatischen Patienten
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Vorhofflimmern äußert sich durch hochfrequente Vorhofaktionen, die keine reguläre Überleitung auf die Kammer zulassen und so zur absoluten Arrhythmie führen. Die absolute Arrhythmie kann als Bradyarrhythmie (&lt; 60/min), u.U. mit langen Pausen, oder Tachyarrhythmie (&gt; 100/min) auftreten. Meist besteht zusätzlich eine inkomplette AV-Blockierung oder ein Sinusknotensyndrom. Mit dem Langzeit-EKG lassen sich ggf. symptomatische langsame Frequenzen oder Pausen nachweisen. Das Spektrum der Ursachen für das Auftreten von Vorhofflimmern reicht von der KHK, Herzklappenfehlern, hypertoner Herzkrankheit und rheumatischen Erkrankungen bis zu idiopathischem Vorhofflimmern ohne erkennbare Ätiologie.</p> <p>Die Framinghamstudie hat gezeigt, dass Vorhofflimmern auch ohne Vorschädigung des Herzens durch Herzinsuffizienz oder Herzinfarkt ab dem 40. Lebensjahr eine erhöhte Mortalität aufweist (Lloyd-Jones et al. 2004)</p> <p>Neben dem Versuch der medikamentösen Konversion in einen Sinusrhythmus ist die Antikoagulation zur Vermeidung thromboembolischer Komplikationen von hoher Bedeutung. Als Therapieoption v.a. für die Tachyarrhythmie steht die Katheterablation zur Verfügung, entweder als fokale Ablation oder als AV-Knoten-Ablation verbunden mit einer Schrittmacherimplantation (Haghi &amp; Schumacher 2001, Chen et al. 2003). Die multizentrische AFFIRM-Studie (Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management) unterscheidet im Management der absoluten Arrhythmie drei Komponenten: 1. Wiederherstellung (und Aufrechterhaltung) des Sinusrhythmus, wenn dies nicht gelingt 2. Kontrolle der Herzfrequenz und 3. Antikoagulation. Der Einfluss der Herzfrequenz auf die Überlebensrate ist nach neuen Studienergebnissen allerdings fraglich (Cooper et al. 2004).</p> <p>Noch im Erprobungsstadium befindet sich die präventive Stimulation, d.h. spezielle Stimulationsalgorithmen oder -orte mit dem Ziel, das Auftreten von Vorhofflimmern zu verhindern (Lewalter et al. 2002)</p> <p>Die deutsche Leitlinie sieht eine Schrittmacher<i>indikation</i> bei langsamer Kammerfrequenz oder langen Pausen und eindeutigem Zusammenhang zu zerebralen Minderperfusion oder Herzinsuffizienz. Eine <b>relative Indikation</b> besteht bei vermutetem Zusammenhang, <b>keine Indikation</b> besteht bei asymptomatischer Bradyarrhythmie. Da ein vermuteter und ein sicherer Zusammenhang im Datensatz nicht differenzierbar sind, werden absolute und relative Indikation im Auswertungskonzept zusammengefasst.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	<p>Chen J, Rich MW. Atrial Fibrillation in the Elderly. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2003; 5 (5): 355-367.</p> <p>Cooper HA, Bloomfield DA, Bush DE, Katcher MS, Rawlins M, Sacco JD, Chandler M. Relation between achieved heart rate and outcomes in patients with atrial fibrillation (from the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management [AFFIRM] Study). Am J Cardiol. 2004; 93 (10): 1247-1253.</p> <p>Haghi D, Schumacher B. Current Management of Symptomatic Atrial Fibrillation. Am J Cardiovasc Drugs. 2001; 1 (2): 127-139.</p> <p>Lewalter T, Yang A, Bielik H, Schrickel J, Lüderitz B. Vorhofflimmern: Stimulation und Schrittmachertherapie. Herz. 2002; 27 (4): 345-356.</p> <p>Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, D'Agostino RB, Massaro JM, Beiser A, Wolf PA, Benjamin EJ. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004; 31; 110 (9): 1042-1046.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**9988**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	9988
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einem der Symptome Synkope, Präsynkope/Schwindel, Herzinsuffizienz oder bradykarde Herzinsuffizienz  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern als führendem EKG-Befund
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.



**Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikationsstellung bei seltenen EKG-Befunden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikationsstellungen bei seltenen EKG-Befunden
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Im Gegensatz zu den o.g. Erkrankungen SSS, AV-Block und Vorhofflimmern indiziert eine Reihe anderer führender EKG-Befunde (die z.T. häufig auftreten) nur selten eine Schrittmachertherapie. Mit diesem Qualitätsindikator werden folgende EKG-Befunde zusammengefasst: AV-Block I. Grades, bifaszikulärer Block, Karotissinus-Syndrom (CSS) und vasovagales Syndrom (VVS). Sie machten in der Bundesauswertung 2003 4,2% der (zum Schrittmachereingriff) führenden EKG-Befunde bei Erstimplantation aus.</p> <p>Beim <b>AV-Block I. Grades</b> kommt es zu einer isolierten Verlängerung der atrioventikulären Überleitung. In der Regel liegt die Ursache der Störung im AV-Knoten. Während die deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) keine Indikation zur Schrittmachertherapie bei AV-Block I. Grades sieht, liegt nach der amerikanischen Leitlinie nur bei asymptomatischem AV-Block I. Grades keine Indikation vor. Eine relative Indikation (<b>Class IIa</b>) liegt bei schrittmachersyndrom-ähnlichen Beschwerden sowie (<b>Class IIb</b>) bei linksventrikulärer Dysfunktion bzw. kongestiver Herzinsuffizienz vor, wenn durch AV-Zeitverkürzung eine hämodynamische Verbesserung zu erwarten ist (Gregoratos et al. 2002).</p> <p><b>Schenkelblockbilder</b> gehören zu den intraventrikulären Leitungsstörungen. Sie treten gehäuft bei kardialen Erkrankungen wie Myokardinfarkt und Kardiomyopathie auf. Ein besonderes Risiko besteht, wenn Schenkelblöcke in Kombination auftreten, z.B. ein bifaszikulärer Block (Rechtsschenkelblock + linksanteriorer Hemiblock). Bei diesen Formen ist der Übergang in einen permanenten totalen AV-Block zu befürchten.</p> <p>Die Deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) stuft den bifaszikulären Block bei symptomatischen Patienten mit intermittierenden AV-Block III. Grades und den bifaszikulären Block bei asymptomatischen Patienten mit AV-Block II. Grades Typ Mobitz als Schrittmacher<b>indikation</b> ein. <b>Relative Indikation</b> besteht, wenn nur Symptome vorliegen ohne die o.g. Kriterien, bzw. wenn bei asymptomatischen Patienten die HV-Zeit verlängert ist, ein alternierender Schenkelblock oder eine infrahisäre Blockierung besteht. Das alleinige Vorliegen eines bifaszikulären Blocks stellt <b>keine Indikation</b> dar.</p> <p>In der amerikanischen Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) entspricht die <b>Class I</b>-Empfehlung der deutschen Empfehlung. Ein alternierender Schenkelblock wird allerdings ebenfalls als <b>Class I</b>-Empfehlung behandelt. Die <b>Class IIa</b> (relative Indikation) und <b>III</b>-Empfehlungen (keine Indikation) entsprechen der deutschen Leitlinie.</p> <p>Im Datensatz kann nur ein führender EKG-Befund dokumentiert werden. Daher ist eine genaue Abbildung der Leitlinienkonstellation bifaszikulärer Block + AV-Block nicht möglich.</p> <p>Das Karotissinussyndrom (CSS) und das Vasovagale Syndrom (VVS) zählen zu den neurokardiogenen Syndromen, d.h. es sind Störungen des autonomen Nervensystems bei der Regulierung des Blutdrucks und der Herzfrequenz.</p> <p>Ein <b>CSS</b> wird angenommen, wenn Synkopen bzw. Schwindel sich bei einem Patienten durch Massage des Karotissinus auslösen lassen. Ursache ist ein hyperaktiver Karotissinusreflex, der zu Sinusknotenpausen über 3 Sekunden (kardioinhibitorischer Typ), zu Blutdruckabfall, (vasodepressorischer Typ) oder zu beidem führt (gemischter Typ). Zur Langzeitbehandlung bei eindeutig symptomatischen Fällen kann durch einen Schrittmacher Beschwerdefreiheit erreicht werden (Luria et al. 2001, Karunaratne et al. 2002). Da der Blutdruckabfall sich aber so kaum beeinflussen lässt, können beim vasodepressorischen oder gemischten Typ Synkopen durch einen Schrittmacher nicht immer verhindert werden (Haverkamp &amp; Breithardt 2003).</p> <p>Die deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) empfiehlt den Einsatz eines Schrittmachers bei eindeutigem Zusammenhang eines rezidivierenden CSS vom kardioinhibitorischen Typ bei Alltagsbewegungen (<b>absolute Indikation</b>). Eine <b>relative Indikation</b> besteht – auch ohne Spontanauslösung bei Alltagsbewegungen – bei Synkopen und positivem Karotissinusreflex, hier auch beim CSS vom gemischten Typ. <b>Keine Indikation</b> besteht beim asymptomatischen Karotissinusreflex und beim CSS vom vasodepressorischen Typ.</p> <p>Die Differenzierung in Synkopen durch Alltagsbewegung und Synkopen durch diagnostische Manipulation wird in der amerikanischen Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) nicht vorgenommen.</p>

	<p>Hier wird als <b>Class I</b>-Empfehlung zur Schrittmachertherapie die wiederkehrende Synkope mit durch minimalen Druck induzierte Pausen von mehr als 3 Sekunden genannt. Wiederkehrende Synkopen ohne klare Provokationsergebnisse werden mit <b>Class IIa</b> bewertet. Beim asymptomatischem hyperreaktiven Karotisreflex oder bei Synkopen ohne hyperreaktiven Karotisreflex besteht keine Indikation (<b>Class III</b>).</p> <p>Beim <b>VVS</b> kommt es zu Synkopen, die durch aufrechte Körperhaltung provoziert werden, häufig mit typischen Prodromi. Es werden der kardioinhibitorische Typ mit Bradykardie oder Asystolie und der vasodepressorische Typ mit Blutdruckabfall unterschieden. Ob Schrittmacher dauerhaft das Risiko von Synkopen bei diesem Krankheitsbild verhindern, ist umstritten (Kapoor et al. 2003). Die randomisierte Doppelblindstudie Second Vasovagal Pacemaker Study (VPS II) mit einer Gruppe von Schrittmacherpatienten mit DDD-Programmierung und einer zweiten Gruppe ohne Pacing-Programmierung (ODO), konnte keine signifikante Synkopenreduktion bei der DDD-Gruppe nachgewiesen werden (Connolly et al. 2003)</p> <p>Die deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) empfiehlt eine Kipptischuntersuchung ggf. mit probatorischer temporärer Schrittmacherstimulation. Beim kardioinhibitorischen Typ kann nach erfolgloser medikamentöser Therapie ein Schrittmacher indiziert sein.</p>
<p>Methode der Risikoadjustierung</p>	<p>Keine Risikoadjustierung erforderlich</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Connolly SJ, Sheldon R, Thorpe KE, Roberts RS, Ellenbogen KA, Wilkoff BL, Morillo C, Gent M. Pacemaker Therapy for Prevention of Syncope in Patients With Recurrent Severe Vasovagal Syncope - Second Vasovagal Pacemaker Study (VPS II): A Randomized Trial. J Am Med Assoc. 2003; 289 (17): 2224-2229.</p> <p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol. 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Haverkamp W, Breithardt G. Moderne Herzrhythmustherapie. Stuttgart: Thieme; 2003.</p> <p>Kapoor WN. Is there an effective treatment for neurally mediated syncope? J Am Med Assoc. 2003; 289 (17): 2272-2275.</p> <p>Karunaratne PM, Broadhurst PA, Norris CA. Outcomes of permanent pacemaker implantation for carotid sinus hypersensitivity in a district general hospital with a Falls Fits Faints and Funny Turns Clinic. Scott Med. J 2002; 47 (6): 128-131.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol. 1996; 85: 611-628.</p> <p>Luria DM, Shen WK. Syncope in the elderly: new trends in diagnostic approach and nonpharmacologic management. Am J Geriatr Cardiol. 2001; 10 (2): 91-96</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

**47463**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47463
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Indikation festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit absoluter oder relativer Indikation gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit seltenen führenden EKG-Befunden (AV-Block I. Grades, bifaszikulärer Block, Karotissinusyndrom (CSS), Vasovagales Syndrom (VVS))
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	10
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systemwahl bei Sinusknoten-Syndrom
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei Sinusknotensyndrom
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Bei der Auswahl des Schrittmachersystems lassen sich v.a. zwei Stimulationskonzepte unterscheiden: die (apikale) ventrikuläre Stimulation mit einer Sonde im rechten Ventrikel (VVI-Modus) und die vorhofbeteiligte sogenannte physiologische Stimulation mit Sonden im rechten Vorhof (AAI) oder im rechten Vorhof und Ventrikel (DDD oder VDD-Modus).</p> <p>Pathophysiologische Untersuchungen zeigen, dass bei ventrikulärer Stimulation myozelluläre Veränderungen (Remodelling) v.a. im linken Ventrikel auftreten. Durch asymmetrische Hypertrophie des linken Ventrikels, interventrikuläre und intraventrikuläre Asynchronie kann es zur Einschränkung der Pumpfunktion des Herzens kommen (van Oosterhout 1998, Karpawich et al. 1999, Tantengco et al. 2001, Fröhlig 2004). Unter hämodynamischen Aspekten ist somit eine vorhofbeteiligte av-sequentielle Schrittmacherstimulation generell zu bevorzugen, da die Pumpleistung des Herzens hierbei in Ruhe und bei Belastung höher ist als bei rein ventrikulärer Stimulation. Die Frage, ob die vorhofbeteiligte Stimulation bei SSS als rein atriale oder als av-sequentielle Stimulation erfolgen sollte, ist Gegenstand aktueller Studien.</p> <p>Frühe Studien, welche der av-sequentiellen Stimulation deutlich bessere Ergebnisse bescheinigen, basierten meist auf geringen Fallzahlen oder Beobachtungen. Erst in den letzten Jahren wurde die Notwendigkeit großer randomisierter Studien erkannt (Montanez et al. 2003). In diesen in den USA, Kanada und Großbritannien durchgeführten Studien (meistens Patienten mit SSS oder AV-Block) konnte die Überlegenheit der vorhofbeteiligten Systeme hinsichtlich der Endpunkte Tod, Auftreten von chronischem Vorhofflimmern, Thromboembolie, Schlaganfall oder hinsichtlich der Lebensqualitätsverbesserung nicht immer nachgewiesen werden.</p> <p>Die 5-Jahres-Follow-Up-Studie (210 Patienten) von Mattioli et al. (Mattioli et al. 1998) berichtet von einer geringeren Vorhofflimmer- und Schlaganfallrate unter vorhofbeteiligter Stimulation bei SSS- und AV-Block-Patienten, wobei SSS-Patienten eher von vorhofbeteiligter Stimulation profitierten.</p> <p>In der <b>Pacemaker Selection in the Elderly (PASE)-Studie</b> (407 Patienten, Lamas et al. 1998) stieg lediglich in der Subgruppe der SSS-Patienten unter physiologischer Stimulation die empfundene Lebensqualität stärker als bei ventrikulärer Stimulation. Folgeauswertungen wiesen auf eine geringe Vorhofflimmerrate bei physiologischer Stimulation hin (Stambler et al. 2003).</p> <p>Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Follow-Up-Studie bei 225 Sinusknotensyndrom-Patienten (Andersen et al. 1997, Andersen et al. 1999). Bei Patienten mit physiologischer Stimulation waren bessere Ergebnisse hinsichtlich Vorhofflimmern, thromboembolischer Komplikationen, Herzinsuffizienz, und kardialer Sterblichkeit zu beobachten.</p> <p>In der <b>Canadian Trial of Physiological Pacing (CTOPP)-Studie</b> mit 2.568 Patienten war die Vorhofflimmerrate nach 2 Jahren bei vorhofbeteiligter Stimulation signifikant niedriger, nicht aber die Schlaganfallrate und Mortalität (Connolly et al. 2000, Kerr et al. 2004) oder die Lebensqualität (Newmann et al. 2003). Schrittmacherabhängige Patienten profitierten (bezüglich Tod und Schlaganfall) eher von vorhofbeteiligten Systemen (Tang et al. 2001).</p> <p>Bei Patienten mit Sinusknotensyndrom in der <b>Mode Selection Trial in Sinus-Node Dysfunction (MOST)-Studie</b> wiesen Patienten mit physiologischer Stimulation ebenfalls weniger Vorhofflimmern sowie weniger Herzinsuffizienzzeichen und eine höhere Lebensqualität auf (Lamas et al. 2002). Bezüglich der primären Studienendpunkte Tod oder Schlaganfall gab es keine signifikanten Differenzen.</p> <p>Lemke et al. (2003) fassen die Studienlage wie folgt zusammen (Evidenzlevel nach den Kriterien der ACC/AHA):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorhofflimmern:</b> Die vorhofbeteiligte Stimulation verhindert Vorhofflimmern besser als ventrikuläre Stimulation (Evidenzlevel A).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Thromboembolien:</b> bei der Verhinderung von Thromboembolien spielt der Schrittmacher-Mode eine untergeordnete Rolle (Evidenzlevel B)</li> <li>• <b>Mortalität:</b> Die Mortalität scheint bei Patienten mit SSS, mit Alter &lt; 74 Jahre und mit spontaner Herzfrequenz &lt;= 60/min unter vorhoff beteiligter Stimulation geringer zu sein (Evidenzlevel B)</li> <li>• <b>Herzinsuffizienz, Belastbarkeit, Lebensqualität:</b> Patienten mit SSS und mit häufiger Schrittmacherstimulation scheinen hier eher von vorhoff beteiligter Stimulation zu profitieren (Evidenzlevel B)</li> <li>• <b>Komplikationen:</b> Bei Systemen mit vorhoff beteiligter Stimulation ist die Komplikationsrate höher (Evidenzlevel A)</li> <li>• <b>Kosten:</b> bei Patienten mit Schrittmacherbedürftigkeit ist der Verzicht auf ein teureres DDD-System nicht zu begründen (Evidenzlevel C). Bei SSS-Patienten werden AAI-Systeme zu wenig genutzt (Evidenzlevel B).</li> </ul> <p>Zur Systemwahl nehmen die deutsche und die amerikanische Leitlinie dezidiert Stellung.</p> <p>Die Deutsche Leitlinie (Lemke et al. 1996) teilt die Systemauswahl nach den Kriterien optimal, akzeptabel und ungeeignet ein. Für das SSS gibt sie folgende Empfehlung: Bei erhaltener AV-Überleitung ist AAI die optimale Stimulationsform. Ist die AV-Überleitung gestört oder unsicher, sind Zweikammersysteme indiziert. Kommt es nur selten zu paroxysmalen Pausen, ist ein VVI-System akzeptabel. Ungeeignet ist ein VVI-System mit ständiger Stimulation und dadurch asynchrone Ventrikelregung. Auch ein VDD-System gilt als ungeeignet.</p> <p>Die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) schlägt für das SSS ebenfalls bei erhaltener AV-Überleitung ein AAI-System vor. Die Verwendung eines VVI bzw. eines DDD-Systems macht sie davon abhängig, ob eine AV-Synchronität „erwünscht“ ist oder nicht.</p> <p>Irwin et al. (Irwin et al. 2003) untersuchten, in welchem Ausmaß die Systemauswahlempfehlungen der amerikanischen Leitlinie in der Praxis umgesetzt werden. In immerhin 358 von 708 Patienten, bestand eine Abweichung von der Leitlinie, 206mal war der gewählte Mode „höher“ und 152mal „niedriger“ als von der Leitlinie empfohlen. In den meisten Fällen ließen sich die Begründungen nachvollziehen, die ein Abweichen von der Leitlinie rechtfertigen. In 21% ließ sich kein Grund für die Wahl des Schrittmacher-Modes finden. Dabei wurden v.a folgende Konstellationen für fragliche Systemwahl beobachtet: Wahl eines komplexeren (und teureren) DDD-Systems ohne erkennbaren Grund und Wahl der Rate Response ohne erkennbaren Grund.</p> <p>Møller und Arnsbo (2003) berichten im Jahresbericht des Dänischen Herzschrittmacherregister, dass im Jahre 2002 in 96% der Fälle mit SSS das empfohlene ("recommended") System implantiert wurde.</p>
<p>Methode der Risikoadjustierung</p>	<p>Stratifizierung</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Andersen HR, Nielsen JC, Thomsen PE, Thuesen L, Pedersen AK, Mortensen PT, Vesterlund T. Arterial thromboembolism in patients with sick sinus syndrome: prediction from pacing mode, atrial fibrillation, and echocardiographic findings. Heart. 1999; 81 (4): 412-418.</p> <p>Andersen HR, Nielsen JC, Thomsen PE, Thuesen L, Mortensen PT, Vesterlund T, Pedersen AK. Long-term follow-up of patients from a randomised trial of atrial versus ventricular pacing for sick-sinus syndrome. Lancet. 1997; 350 (9086): 1210-1216.</p> <p>Connolly SJ, Kerr CR, Gent M, Roberts RS, Yusuf S, Gillis AM, Sami MH, Talajic M, Tang ASL, Klein GJ, Lau C, Newman DM. Effects of physiologic pacing versus ventricular pacing on the risk of stroke and death due to cardiovascular causes. N Engl J Med. 2000; 342 (19): 1385-1391.</p> <p>Fröhlig G. Warum, wann und wie sollte die rechtsventrikuläre Stimulation vermieden werden? Herzschr Elektrophys. 2004, 15: 165-176.</p> <p>Irwin ME, Bainey KR, Senaratne MP. Evaluation of the appropriateness of pacemaker mode selection in bradycardia pacing: how closely are the ACC/AHA guidelines followed? Pacing Clin Electrophysiol. 2003; 26 (12): 2301-2307.</p> <p>Karpawich PP, Rabah R, Haas JE. Altered Cardiac Histology Following Apical Right</p>

	<p>Ventricular Pacing in Patients with Congenital Atrioventricular Block. <i>Pace.</i> 1999; 22: 1372-1377.</p> <p>Kerr CR, Connolly SJ, Abdollah H, Roberts RS, Gent M, Yusuf S, Gillis AM, Tang ASL, Talajic M, Klein GJ, Newman DM. Canadian Trial of Physiological Pacing: Effects of Physiological Pacing During Long-Term Follow-Up. <i>Circulation.</i> 2004; 109: 357-362.</p> <p>Lamas GA, Lee KL, Sweeney MO, Silverman R, Leon A, Yee R, Marinchak RA, Flaker G, Schron E, Orav J, Hellkamp AS, Goldman L. Ventricular pacing or dual-chamber pacing for sinus-node dysfunction. <i>N Engl J Med.</i> 2002; 346 (24): 1854-1862.</p> <p>Lamas GA, Orav J, Stambler BS, Ellenbogen KA, Sgarbossa EB, Huang SKS, Marinchak RA, Estes III M, Mitchell GF, Lieberman EH, Mangione CM, Goldman L. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. <i>N Engl J Med.</i> 1998; 338 (16): 1097-1104.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. <i>Z Kardiol.</i> 1996; 85: 611-628.</p> <p>Lemke B, Rybak K, Wiegand U. Stellungnahme zu den Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie. <i>Z Kardiol.</i> 2003; 92 (2): 200-206.</p> <p>Mattioli AV, Vivoli D, Mattioli G. Influence of pacing modalities on the incidence of atrial fibrillation in patients without prior atrial fibrillation - A prospective study. <i>European Heart Journal.</i> 1998; 19: 282-286.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register - Annual Report 2003, <a href="http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf">http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p> <p>Montanez A, Hennekens CH, Zebede J, Lamas GA. Pacemaker Mode Selection: The Evidence From Randomized Trials. <i>Pace.</i> 2003; 26: -1270.</p> <p>Newman D, Lau C, Tang ASL, Irvine J, Paquette M, Woodend K, Dorian P, Gent M, Kerr C, Connolly SJ. Effect of pacing mode on health-related quality of life in the Canadian Trial of Physiologic Pacing. <i>Am Heart J.</i> 2003; 145: 430-437.</p> <p>Stambler BS, Ellenbogen KA, Orav EJ, Sgarbossa EB, Estes NA, Rizo-Patron C, Kirchhoffer JB, Hadjis TA, Goldman L, Lamas GA. Predictors and clinical impact of atrial fibrillation after pacemaker implantation in elderly patients treated with dual chamber versus ventricular pacing. <i>Pacing Clin Electrophysiol</i> 2003; 26 (10): 2000-2007.</p> <p>Tang ASL, Roberts RS, Kerr CR, Gillis AM, Green MS, Talajic M, Yusuf S, Abdollah H, Gent M, Connolly SJ. Relationship Between Pacemaker Dependency and the Effect of Pacing Mode on Cardiovascular Outcomes. <i>Circulation.</i> 2001; 103 (3081): 3085.</p> <p>Tantengco MVT, Thomas RL, Karpawich PP. Left Ventricular Dysfunction After Long-Term Right Ventricular Apical Pacing in the Young. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2001; 37 (8): 2093-2100.</p> <p>van Oosterhout MFM, Prinzen FW, Arts T, Schreuder JJ, Vanagt WYR, Cleutjens JPM, Reneman RS. Asynchronous Electrical Activation Induces Asymmetrical Hypertrophy of the Left Ventricular Wall. <i>Circulation.</i> 1998; 98 (6): 588-595.</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>



**47467**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	47467
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Das Dänische Herzschrittmacherregister 2002 weist für das SSS eine Konformität mit dem empfohlenen Mode von 93,8% aus (Møller und Arnsbo 2003). Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereichs >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Systemwahl festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Patienten mit Sinusknotensyndrom als führendem EKG-Befund, bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	12
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systemwahl bei AV-Block II. oder III. Grades
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei AV-Block II. oder III. Grades
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p>Beim permanenten AV-Block kann durch vorhofsynchrone Kammerstimulation (DDD, VDD) die Hämodynamik, die Leistungsfähigkeit und die Symptomatik verbessert werden (Lemke et al. 1996). Allerdings zeigen größere randomisierte Studien, dass Patienten mit AV-Block bezogen auf Studienendpunkte wie Vorhofflimmern oder Mortalität weniger von einer physiologischen Stimulation zu profitieren scheinen, als dies bei Patienten mit SSS der Fall ist (Lamas 1998, 2004, Mattioli 1998).</p> <p>Die Empfehlung der deutschen Leitlinie (Lemke et al. 1996) sieht für den <b>permanenten AV-Block</b> ein DDD-System als erste Wahl (optimal). Bei isolierten AV-Überleitungsstörungen kann ein VDD-System eine Alternative sein (akzeptabel), wenn ein SSS ausgeschlossen wurde. Ein VVI-System ist ungeeignet. Liegt ein <b>intermittierender AV-Block</b> vor, so wird als optimal ein DDD-System mit Spezialalgorithmen empfohlen. Ein konventionelles DDD-System oder VDD-System sind akzeptabel. VVI sind nur bei Interventionsfrequenz unter 45/min akzeptabel, bei höheren Frequenzen ungeeignet.</p> <p>Møller und Arnsbo (2003) berichten im Jahresbericht des Dänischen Herzschrittmacherregister, dass im Jahre 2002 in 92% der Fälle mit AV-Block empfohlene ("recommended") System implantiert wurde.</p> <p>Die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) weist darauf hin, dass AAI-Systeme bei AV-Block ungeeignet sind. In einem Algorithmus empfiehlt sie den Einsatz von VVI-Systemen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wenn chronisches Vorhofflimmern (oder eine atriale Tachyarrhythmie) besteht und eine Reversion in den Sinusrhythmus nicht zu erwarten ist</li> <li>wenn AV-Synchronizität nicht angestrebt wird.</li> </ul> <p>Wird ein atriales Pacing angestrebt, sind DDD-Systeme zu verwenden, andernfalls sind (bei normaler Sinusknotenfunktion) VDD-Systeme möglich.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC Jr; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines American College of Cardiology/American Heart Association/North American Society for Pacing and Electrophysiology Committee. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol. 2002 Nov;13(11):1183-99.</p> <p>Lamas GA, Orav EJ, Stambler BS, Ellenbogen KA, Sgarbossa EB, Huang SK, Marinchak RA, Estes NA 3rd, Mitchell GF, Lieberman EH, Mangione CM, Goldman L. Quality of life and clinical outcomes in elderly patients treated with ventricular pacing as compared with dual-chamber pacing. N Engl J Med. 1998; 338 (16):1097-104.</p> <p>Lamas GA, Ellenbogen KA. Evidence base for pacemaker mode selection: from physiology to randomized trials. Circulation. 2004; 3;109 (4): 443-51.</p> <p>Lemke B., Fischer W., Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie, Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z. Kardiol. 1996; 85: 611-628.</p> <p>Lemke B, Ryback K, Wiegand U, Dietz R, Gottwik M, Levenson B, Meinertz T, Osterspey A,</p>



Herzschrittmacher-Erstimplantation

	<p>Tebbe U, Strasser RH, Werdan K, Arnold G, Behrenbeck D, Fleck E, Trappe HJ; Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung, Bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie. Stellungnahme zu den Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie. Z Kardiol. 2003; 92 (2): 200-6.</p> <p>Mattioli AV, Vivoli D, Mattioli G. Influence of pacing modalities on the incidence of atrial fibrillation in patients without prior atrial fibrillation. A prospective study. Eur Heart J. 1998;19 (2): 282-6.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker and ICD Statistics 2003 <a href="http://www.pacemaker.dk">http://www.pacemaker.dk</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

**49563**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	49563
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Das Dänische Herzschrittmacherregister 2002 weist für den AV-Block eine Konformität mit dem empfohlenen Mode von 92% aus (Møller & Arnsbo 2003). Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Systemwahl festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Patienten mit AV-Block II. oder III. Grades, bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	13
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systemwahl bei bradykardem Vorhofflimmern
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei bradykardem Vorhofflimmern
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	Bei chronischem bradykardem Vorhofflimmern ist gemäß der deutschen Leitlinie (Lemke et al. 1996) ein VVI-Schrittmacher indiziert, bei Bedarf mit Rate Response (VVIR). Bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern sollte die Kardioversion in den Sinusrhythmus angestrebt werden. DDD und VDD-Systeme sind bei chronischem Vorhofflimmern ungeeignet. Von welchem Schrittmachersystem ein Patient mit paroxysmalem Vorhofflimmern profitiert, ist in der Diskussion (Haghi & Schumacher 2001). Eine Option ist der sogenannte Mode Switch, bei dem ein Schrittmacher in Phasen mit paroxysmalem Vorhofflimmern von einer vorhofbeteiligten Stimulation (z.B. DDD) auf VVI umschaltet. Alternativ werden Methoden der präventiven Stimulation mit verschiedenen Stimulationsalgorithmen oder -orten diskutiert (Lewalter et al. 2002).
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	Haghi D, Schumacher B. Current Management of Symptomatic Atrial Fibrillation. Am J Cardiovasc Drugs. 2001; 1 (2): 127-139.  Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol. 1996; 85: 611-628.  Lewalter T, Yang A, Bielik H, Schrickel J, Lüderitz B. Vorhofflimmern: Stimulation und Schrittmachertherapie. Herz. 2002; 27 (4): 345-356.
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**49565**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	49565
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Das Dänische Herzschrittmacherregister 2002 weist für das bradykarde Vorhofflimmern eine Konformität mit dem empfohlenen Mode von 96,7% aus. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Systemwahl festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Patienten mit bradykardem Vorhofflimmern, bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	14
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systemwahl bei seltenen EKG-Befunden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei seltenen EKG-Befunden
Indikatortyp	Indikationsstellung
Rationale	<p><b>Binodale Erkrankung</b> Bei Kombination einer Sinusknoten- und einer AV-Überleitungsstörung wird von der deutschen Leitlinie (Lemke et al. 1996) die Wahl eines DDDR-Systems als optimal empfohlen, die konventionelle DDD-Stimulation ist akzeptabel. Bestehen Vorhof-Tachyarrhythmien, sind DDD-Systeme mit Mode-Switching optimal, nach AV-Knoten-Ablation können VDD-Systeme mit Modeswitch akzeptabel sein. Ungeeignet sind konventionelle DDD- oder VVI-Systeme.</p> <p><b>Karotissinussyndrom und Vasovagales Syndrom</b> Gemäß der deutschen Leitlinie ist ein DDD-System mit Hysterese-funktion beim kardioinhibitorischen und beim gemischten Typ optimal. Ein VVI-System mit Hysterese ist akzeptabel. AAI, VDD und konventionelle VVI-Systeme sind ungeeignet. Die amerikanische Leitlinie (Gregoratos et al. 2002) empfiehlt bei Sinusrhythmus ein DDD-System und bei chronischem Vorhofflimmern ein VVI-System. VDD- und AAI-Mode werden als ungeeignet eingestuft. Das Dänische Herzschrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) berichtet aus dem Jahre 2002 von einer (leitlinien)konformen Systemauswahl bei vasovagalem Syndrom von 100% und bei Carotissinus-Syndrom von 98,8%.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung
Literaturverzeichnis	<p>Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL, Gibbons RI, Antman EM, Alpert JS, Hiratzka LF, Faxon DP, Jacobs AK, Fuster V, Smith SC, Jr.. ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). J Cardiovasc Electrophysiol. 2002; 13 (11): 1183-1199.</p> <p>Lemke B, Fischer W, Schulten HK. Richtlinien zur Herzschrittmachertherapie: Indikationen, Systemwahl, Nachsorge. Z Kardiol. 1996; 85: 611-628.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register - Annual Report 2003, <a href="http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf">http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**49567**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	49567
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Aus der Literatur ergibt sich kein Anhalt dafür, in welchem Maße eine Übereinstimmung der klinischen Praxis mit den gültigen nationalen Leitlinien zu fordern ist. Die Bundesauswertungen 2002 und 2003 haben gezeigt, dass die Rate der Übereinstimmung mit der Leitlinie in der Regel über 90% lag. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat daher für die Bundesauswertung 2004 den Referenzbereich >= 90% für alle Qualitätsindikatoren zur Systemwahl festgelegt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit optimaler oder akzeptabler Systemwahl gemäß Leitlinie  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit seltenen EKG-Befunden (Binodale Erkrankung, Karotissinussyndrom (CSS), Vasovagales Syndrom (VVS)) bei denen ein System vom Typ AAI, VVI, DDD oder VDD implantiert wurde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Eingriffsdauer**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	15
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer (Minderung des Infektionsrisikos)
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Lange Operationszeiten sind mit einem erhöhten Risiko für den Patienten vergesellschaftet. Zahlen aus der Entwicklung des Nosokomialen Surveillance Systems der USA haben ergeben, dass - unabhängig von der Art der Operation - verlängerte Operationszeiten (&gt; 75%-Perzentile der ermittelten Operationszeiten für einen Eingriff) zu höheren Infektionsraten führen (Culver et al. 1991). Die typische Infektion nach Herzschrittmachereingriffen ist der Taschenabszess.</p> <p>Bei Herzschrittmachereingriffen ist die Eingriffsdauer von der Art der implantierten Systeme abhängig. So nimmt die Platzierung der Sonden bei Zweikammersystemen in der Regel mehr Zeit in Anspruch als bei Einkammersystemen. Einen besonders komplexen und damit lang andauernden Eingriff kann die Implantation eines biventrikulären Schrittmachersystems darstellen.</p> <p>Wiegand et al. (1.214 Patienten mit AV-Block) berichten von einer Operationsdauer bei DDD-Eingriffen von 58 +/- 23 min und bei VDD und VVI von 39 +/- 10 min Eingriffsdauer (Wiegand et al. 2003)</p> <p>Aus dem dänischen Herzschrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) werden aus dem Jahre 2002 folgende Eingriffszeiten gemeldet: im Mittel AAI: 50,7 min, VVI 44,6 min, VDD 52,6 min, DDD 62,8 min.</p> <p>Eine angemessene Operationsdauer kann für den Einzelfall nicht zwingend vorgeschrieben werden. Es muss berücksichtigt werden, dass das primäre Ziel optimal platzierte Sonden sind. Im Einzelfall muss daher bei Suche nach einer optimalen Sondenposition auch eine längere Eingriffszeit hingenommen werden. Allerdings können - bezogen auf definierte Schrittmachersysteme - deutlich längere Operationszeiten einer Institution im Vergleich zu Operationszeiten anderer Einrichtungen einen Hinweis auf ein Qualitätsproblem geben.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG, Banerjee S, Edwards JR, Tolson JS, Henderson TS, Hughes JM. Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index. The American Journal of Medicine 1991; 91 (Suppl 3B): 3B-152S-3B-157S.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register - Annual Report 2003, <a href="http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf">http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p> <p>Wiegand UKH, Bode F, Bonnemeier H, Eberhard F, Schlei M, Peters W. Long-Term Complication Rates in Ventricular, Single Lead VDD, and Dual Chamber Pacing. Pace 2003; 26: 1961-1969.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**11140**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11140
Ergänzung Bezeichnung QI	AAI
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für AAI-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 60 min“ als akzeptable Eingriffszeit definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem AAI
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.



**11141**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11141
Ergänzung Bezeichnung QI	VVI
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für VVI-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 60 min“ als akzeptable Eingriffszeit definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem VVI
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11142**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11142
Ergänzung Bezeichnung QI	VDD
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für VDD-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 60 min“ als akzeptable Eingriffszeit definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 60 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem VDD
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11284**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11284
Ergänzung Bezeichnung QI	DDD
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für DDD-Systeme wurden – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 90 min“ als akzeptable Eingriffszeit definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 90 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem DDD
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11285**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11285
Ergänzung Bezeichnung QI	biventrikuläres System
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für biventrikuläre Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 240 min“ als akzeptable Eingriffszeit definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Eingriffsdauer bis 240 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Eingriffsdauer und implantiertem biventrikulärem System
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Durchleuchtungszeit**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	17
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchleuchtungszeit
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Möglichst kurze Durchleuchtungszeit
Indikatortyp	Prozess
Rationale	<p>Nach Präparation der V. cephalica oder Punktion der V. subclavia in Seldingertechnik wird die Sonde bzw. die Sonden auf einem Mandrin in den rechten Ventrikel und/oder den rechten Vorhof vorschoben. Je nach anatomischen Gegebenheiten und nach Art der Sonde (z.B. Schraub- oder Ankersonde) werden optimale Platzierungspunkte gesucht (z.B. Vorhof: im rechten Herzohr, Ventrikel in der rechten Herzspitze). Die Kontrolle der Lage und ggf. weiterer Manipulationen erfolgt durch Röntgendurchleuchtung. Probleme bei der Platzierung, aber auch schlechte Reizschwellenwerte mit Suche einer besseren Platzierung verlängern die Durchleuchtungsdauer. Für biventrikuläre Schrittmachersysteme werden deutlich längere Durchleuchtungsdauern benötigt.</p> <p>Während das Flächendosisprodukt v.a. Auskunft über die Strahlenbelastung des Patienten gibt, lässt die Durchleuchtungsdauer auf den Operationsverlauf und damit auch auf die Erfahrung des Operateurs Rückschlüsse zu.</p> <p>Wiegand et al. berichten von Durchleuchtungsdauern bei DDD-Eingriffen von 4,1 +/- 2,4 min und bei VDD und VVI von 3,5 +/- 2,3 min (Wiegand et al. 2003, 1.214 Patienten mit AV-Block).</p> <p>Aus dem dänischen Herzschrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) werden von 2002 folgende Durchleuchtungszeiten im Mittel gemeldet: AAI: 5,3 min, VVI 5,6 min, VDD 4,9 min, DDD 8,9 min.</p> <p>Das britische National Radiology Protection Board (Hart et al. 2000) hat von 1996 bis 2000 in 16 OP-Sälen (12 Krankenhäuser) bei 425 Herzschrittmachereingriffen folgende Durchleuchtungsdauerwerte per Saal registriert: Minimum 48 sec (0,8 min), Maximum 819 sec (13,7min), Durchschnitt 422 sec (7,0 min). Daraus wird die Empfehlung abgeleitet (national reference dose für abgeschlossenen Untersuchungen bei erwachsenen Patienten): 10,7 min</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Hart D, Hillier MC, Wall BF. Doses to Patients from Medical X-ray Examinations in the UK - 2000 Review. National Radiology Protection Board, NRPB 14, <a href="http://www.nrpb.org/publications/w_series_reports/2002/nrpb_w14.pdf">http://www.nrpb.org/publications/w_series_reports/2002/nrpb_w14.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register - Annual Report 2003, <a href="http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf">http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p> <p>Wiegand UKH, Bode F, Bonnemeier H, Eberhard F, Schlei M, Peters W. Long-Term Complication Rates in Ventricular, Single Lead VDD, and Dual Chamber Pacing. Pace 2003; 26: 1961-1969.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**15818**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	15818
Ergänzung Bezeichnung QI	AAI
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= x% (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für AAI-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 9 min“ als akzeptable Durchleuchtungsdauer definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Durchleuchtungsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem AAI
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**15819**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	15819
Ergänzung Bezeichnung QI	VVI
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= x% (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für VVI-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 9 min“ als akzeptable Durchleuchtungsdauer definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Durchleuchtungsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem VVI
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**15820**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	15820
Ergänzung Bezeichnung QI	VDD
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= x% (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für VDD-Systeme wurde – orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) „bis 9 min“ als akzeptable Durchleuchtungsdauer definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Durchleuchtungsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 9 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen der Durchleuchtungszeit und implantiertem VDD
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.



**15821**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	15821
Ergänzung Bezeichnung QI	DDD
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für DDD-Systeme wurde - orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2003) - „bis 18 min“ als akzeptable Durchleuchtungsdauer definiert. Da es für die Rate, wie oft eine Durchleuchtungsdauer unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Durchleuchtungszeit bis 18 min  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe einer gültigen Durchleuchtungszeit und implantiertem DDD
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Perioperative Komplikationen**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	18
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Komplikationen
In BQS-Qualitätsreport 2004	ja
Qualitätsziel	Möglichst wenige perioperative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnis
Rationale	<p>Bei den <b>intra- bzw. perioperativen Komplikationen</b> bei Herzschrittmachertherapie stehen im Vordergrund bradykarde Arrhythmien, Perforationen von Gefäßen und Myokard (v.a. bei aktiver Fixation der Sonden (Vlay 2002)), Pneumo- bzw. Hämatothorax und Embolien. Ein Pneumothorax kann auch verzögert bis zu 48 Stunden später auftreten.</p> <p>Zu den <b>postoperativen Komplikationen</b> zählen v.a. Infektionen und Fehlfunktionen von Elektroden oder Aggregat. Fehlfunktionen der Sonden sind z.B. Sondendislokationen oder -fehlagen sowie Reizschwellenanstiege oder Sensing-Defekte.</p> <p><b>Langfristig</b> (Monate bis Jahre nach dem Eingriff) kann es zu Sondenfrakturen, -dislokationen, -isolationsdefekten und Reizschwellenanstiegen kommen. Die Elektrodenkabel könne Ursache septischer oder embolischer Komplikationen sein. Die Verdrehung des Schrittmacherkabels, z.B. durch Manipulation des Patienten am Aggregat, wird Twiddler-Syndrom genannt. Verschiedene technische Störungen können zu Fehlfunktion des Schrittmacheraggregats führen: Der Symptomenkomplex Palpitation und Schwindel bei Abnahme des Herzminutenvolumens wird als Schrittmachersyndrom bezeichnet (Haverkamp &amp; Breithardt 2003).</p> <p>Es wird - wie anderen Leistungsbereichen auch - diskutiert, ob eine Abhängigkeit der Komplikationsrate bei Herzschrittmachereingriffen von der Erfahrung des implantierenden Operateurs bzw. des implantierenden Zentrums besteht (Tobin et al. 2000).</p> <p>Zu den Komplikationsraten nach Schrittmacherimplantation liegen aus einigen Studien und Registern Zahlen vor:</p> <p>In einer Unterstudie zur PASE-Studie wurden die Komplikationsraten von 407 mit DDD-Schrittmacher versorgten Patienten &gt; 65 Jahre analysiert (Link et al. 1998). Es wird eine Gesamtkomplikationsrate von 6,1% und eine Reoperationsrate von 4,4% berichtet. Am häufigsten (2,2%) waren Sondendislokationen (1,7% atrial und ventrikulär 0,5%) gefolgt von Pneumothorax (2,0%).</p> <p>Kiviniemi et al.(1999) analysierten retrospektiv 571 Schrittmacherpatienten in Finnland. Als Frühkomplikationsrate (vor Entlassung) geben sie 6,7% an: im Einzelnen u.a. Pneumothorax 1,1%, Sondendislokation 1,1% der atrialen und 1,4% der ventrikulären Sonden, revisionspflichtiges Wundhämatom 1,1%, Infektion 1,1%. Als Spätkomplikationsrate wird insgesamt 7,2% angegeben: z.B. Infektion 0,7%, Sondendislokation 3,3% der atrialen und 0,6% der ventrikulären Sonden.</p> <p>Tobin et al. (2002, n = 1.332) berichten aus einer zweijährigen Beobachtungsstudie eines amerikanischen Krankenhauses folgende Komplikationsraten: Sondendislokation Vorhof bzw. Ventrikel je 1,2%, behandlungspflichtiger Pneumothorax 1,5%, Hämatothorax 1 Fall (0,08%) und Tod 1 Fall (0,08%).</p> <p>In einer Unterstudie der MOST-Studie (n = 2.010) wurde das Auftreten von Komplikationen nach DDD-Implantation analysiert (Ellenbogen et al. 2003). Nach 30 Tagen lag die Gesamtkomplikationsrate bei 4,8% die Spätkomplikationsrate (bis 3 Jahre) betrug 2,7%, zusammen also 7,5%. Die häufigsten Komplikationen nach 30 Tagen waren: atriale Sondendislokation (1,7%), ventrikuläre Sondendislokationen (0,7%), ventrikuläre Sondenperforation (0,3%), Infektion (0,2%), Pneumothorax (1,5%). In 64% der Komplikationsfälle war ein Reeingriff notwendig. Es bestand kein Zusammenhang zwischen der Fixation der Sonde (aktiv/passiv) und der Sondendislokationsrate.</p> <p>Das dänische Schrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) berichtet aus dem Jahre 2002 von folgenden perioperativen Komplikationsraten Pneumothorax 0,9%, Hämatom &lt; 0,1% Reoperation wegen Vorhof- oder Ventrikelsonde 2,0%. Späte Komplikationen waren Infektion (0,6%), Reoperation wegen Vorhofsonde 0,6% und wegen Ventrikelsonde 1,0%. Als „Standard“ legen Møller et al. für Implantationszentren fest: Reoperation wegen Sondendysfunktion- oder -dislokation für Vorhof- und Ventrikelsonden je &lt; 3%, Reoperation</p>

	<p>wegen Hämatom 1%, wegen Infektion &lt; 0,5%, Intervention wegen Pneumothorax &lt; 2% (Møller et al. 2003).</p> <p>Bei Zweikammersystemimplantationen, die mit einer längeren Eingriffszeit einhergehen, scheinen die Komplikationsraten, v.a. Sondendislokationen höher zu sein, als bei Einkammersystemeingriffen (Wiegand et al. 2003).</p> <p>Nach Überzeugung der Fachgruppe ist insbesondere die Sondendislokationsrate eine Komplikation, die am ehesten mit der Technik des Eingriffs im Zusammenhang steht. Sie eignet sich daher besonders als Ergebnisindikator.</p> <p>Von Brunner et al. liegen Ergebnisse einer Langzeitstudie (6.505 Patienten über 30 Jahre) vor. Die mittlere Überlebensrate nach Implantation betrug 8,5 Jahre. Die Überlebensrate bei SSS war höher als bei AV-Block und diese wiederum höher als bei Vorhofflimmern (Brunner et al. 2004).</p>
<p>Methode der Risikoadjustierung</p>	<p>Keine Risikoadjustierung</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Brunner M, Olschewski M, Geibel A, Bode C, Zehender M. Long-term survival after pacemaker implantation. Prognostic importance of gender and baseline patient characteristics. Eur Heart J. 2004; 25 (1): 88-95</p> <p>Ellenbogen KA, Hellkamp AS, Wilkoff BL, Camunas JL, Love JC, Hadjis TA, Lee KL, Lamas GA. Complications Arising After Implantation of DDD Pacemakers: The MOST Experience. Am J Cardiol 2003; 92: 740-749.</p> <p>Haverkamp W, Breithardt G. Moderne Herzrhythmustherapie. 1-292. Stuttgart: Thieme; 2003.</p> <p>Link MS, Estes III NAM, Griffin JJ, Wang PJ, Maloney JD, Kirchhoffer JB, Mitchell GF, Orav J, Goldman L, Lamas GA. Complications of Dual Chamber Pacemaker Implantation in the Elderly. Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology 1998; 2: 175-179.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register - Annual Report 2003, <a href="http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf">http://www.pacemaker.dk/stat2003.pdf</a> (Recherchedatum: 01.03.2005)</p> <p>Tobin K, Stewart J, Westveer D, Frumin H. Acute Complications of Permanent Pacemaker Implantation: Their Financial Implication and Relation to Volume and Operator Experience. The American Journal of Cardiology 2000; 85: 774-776.</p> <p>Vlay SC. Complications of Active-Fixation Electrodes. Pace 2002; 25 (8): 1153-1154.</p> <p>Wiegand UKH, Bode F, Bonnemeier H, Eberhard F, Schlei M, Peters W. Long-Term Complication Rates in Ventricular, Single Lead VDD, and Dual Chamber Pacing. Pace 2003; 26: 1961-1969.</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

**11250**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11250
Ergänzung Bezeichnung QI	alle Patienten
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich für diese Kennzahl ist derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Mit „mindestens eine Komplikation“ werden unterschiedliche Entitäten in einer Kennzahl gemeinsam betrachtet. Eine Vergleichbarkeit mit der Literatur ist dadurch nicht gegeben. Die Fachgruppe hat daher keinen Referenzbereich bestimmt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation*  Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	* Asystolie, Kammerflimmern, Vorhofflimmern, Pneumothorax, Herzbeutelamponade mit Intervention, Taschenhämatom, Hämatothorax, Sondendislokation, Wundinfektion
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11257**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11257
Ergänzung Bezeichnung QI	Pneumothorax
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	< 2%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) wurde von der Fachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Pneumothorax mit erforderlicher Drainage  Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11259**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11259
Ergänzung Bezeichnung QI	Taschenhämatom
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	< 1%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) wurde von der Fachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Taschenhämatom  Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11262**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11262
Ergänzung Bezeichnung QI	Wundinfektion
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	< 1%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister (Møller und Arnsbo 2003) wurde von der Fachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Wundinfektion, die eine Revision erfordert  Grundgesamtheit: Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**11264**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11264
Ergänzung Bezeichnung QI	Sondendislokation im Vorhof
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	<= 3%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister (Møller & Arnsbo 2003) wurde von der Fachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Sondendislokation im Vorhof  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit implantierter Vorhofsonde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.



**11265**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	11265
Ergänzung Bezeichnung QI	Sondendislokation im Ventrikel
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	<= 3%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister (Møller & Arnsbo 2003) wurde von der Fachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Sondendislokation im Ventrikel  Grundgesamtheit: Alle Patienten mit implantierter Ventrikelsonde
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Reizschwellenhöhe**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	19
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reizschwellenhöhe
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Qualitätsziel	Immer möglichst niedrige Reizschwellen
Indikatortyp	Ergebnis
Rationale	<p>Die Wahrnehmung elektrischer Eigenaktivität des Herzens und die Abgabe elektrischer Stimulationsimpulse an das Herz stellen die grundlegenden Aufgaben des Herzschrittmachers dar.</p> <p>Wichtiges Kriterium für die Stimulationsimpulsabgabe ist die Reizschwelle. Sie ist definiert als die minimale elektrische Intensität, die das Herz zu erregen vermag. Reizschwellenwerte können verschieden angegeben werden, in der Praxis ist die Angabe als Spannung (V) üblich. Wegen der Abhängigkeit von der Impulsdauer muss diese immer mit angegeben werden (z.B. 0,5 ms).</p> <p>Durch den Entzündungsreiz im Endokard steigt die Reizschwelle nach der Implantation im ersten Monat an, um dann wieder abzufallen (Platia &amp; Brinker 1986). Nach 3 bis 6 Monaten liegt die stabile, so genannte chronische Reizschwelle vor, so dass dann in der Regel eine Umprogrammierung durchgeführt werden muss, um mit geringerer Energieabgabe die Dauer der Funktionszeit der Batterie zu verlängern.</p> <p>Faktoren wie z.B. Oberflächenbeschaffenheit der Elektrode, Medikamenteneinfluss und Ausmaß der Fibrose an der Elektrode, können die Höhe der chronischen Reizschwelle beeinflussen. In zahlreichen Studien ist der Einfluss von Material, Beschichtung und Fixation der Elektroden auf die elektrophysiologischen Kennwerte untersucht worden (z.B. Shandling et al. 1990, de Buitelir et al. 1990, Svensson et al. 1994, Gumbrielle et al. 1996, Rusconi et al. 1998, Cornacchia et al. 2000).</p> <p>Die Bestimmung der Reizschwelle bei Herzschrittmachereingriff ist erforderlich, da intraoperative Reizschwellenwerte oberhalb einer definierten Grenze häufig inakzeptabel hohe Reizschwellenwerte im weiteren Verlauf nach sich ziehen.</p> <p>Grundsätzlich ist es anzustreben, immer eine Reizschwellenbestimmung durchzuführen. Die Sonde ist so platzieren, dass eine möglichst niedrige Reizschwelle erreicht wird. Fischer und Ritter (1997) unterscheiden zwischen optimalen und akzeptablen Werten (nach mehreren Platzierungsversuchen). Optimal in diesem Sinne sind für Vorhof und Ventrikel <math>\leq 0,5</math> V (bei 0,5 ms) und akzeptabel <math>\leq 1,0</math> V.</p> <p>Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat in Anlehnung an die gültigen Empfehlungen anzustrebende Grenzbereiche (Markewitz 1994) der Reizschwellen <math>\leq 1,5</math> V (bei 0,5 ms) bei Vorhofelektroden und <math>\leq 1,0</math> V (bei 0,5ms) bei Ventrikelsonden festgelegt. Ziel ist es, möglichst oft diese Grenzwerte zu unterschreiten.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Cornacchia D, Fabbri M, Puglisi A, Moracchini P, Bernasconi M, Nastasi M, Menozzi C, Mascioli G, Marotta T, de Seta F. Latest generation of unipolar and bipolar steroid eluting leads - Long-term comparison of electrical performance in atrium and ventricles. Europace 2000; 2: 240-244.</p> <p>de Buitelir M, Kou WH, Schmaltz S, Morady F. Acute Changes in Pacing Threshold and R- or P-Wave Amplitude During Permanent Pacemaker Implantation. Am J Cardiol 1990; 65: 999-1003.</p> <p>Fischer W, Ritter P. Praxis der Herzschrittmachertherapie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag;1997.</p> <p>Gumbrielle TP, Bourke JP, Sinkovic M, Tynan M, Kittpawong P, Gold RG. Long-Term Thresholds of Nonsteroidal Permanent Pacing Leads: A 5-Year Study. Pace 1996; 19: 829-835.</p> <p>Markewitz A, Zegelman M, Hemmer W, Schmitt CG. Empfehlungen zur</p>

	<p>Schrittmacherimplantation. Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie 1994; 5 (4): 125-129.</p> <p>Platia EV, Brinker JA. Time Course of Transvenous Pacemaker Stimulation Impedance, Capture Threshold, and Electrogram Amplitude. Pace 1986; 9: 620-625.</p> <p>Rusconi L, Sigliano R, Mininno A. The "SPEM" (Studio Policentrico Elettrocatereri Membrane): A Multicenter Study on Membrane Leads. Pace 1998; 21: 1943-1948.</p> <p>Shandling AH, Castellanet MJ, Thomas LA, Messenger JC. The Influence of Endocardial Electrode Fixation Status on Acute and Chronic Atrial Stimulation Threshold and Atrial Endocardial Electrogram Amplitude. Pace 1990; 13: 1116-1122.</p> <p>Svensson O, Karlsson JE, Binner L, Brobe R, Hohler H, Kreuzer J, Malm D, Matheis G, Pietersen A, Schenkel W, .. Comparison of threshold values between steroid and nonsteroid unipolar membrane leads. Pacing Clin Electrophysiol 1994; 17 (11 Pt 2): 2008-2011.</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

**19615**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	19615
Ergänzung Bezeichnung QI	Vorhofsonden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert an der Empfehlung der AG Schrittmacher der Deutschen Fachgesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Markewitz et al. 1994) wurde 1,5V für Vorhofsonden als anzustrebender Wert von der Fachgruppe festgelegt. Da es für die Rate, wie oft eine Reizschwelle unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Werte über 10 V
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Mehr als 10 V sind physiologisch nicht möglich. Es muss sich um eine Fehldokumentation handeln.
Rechenregel	Zähler: Vorhofsonden mit Reizschwelle $\leq 1,5$ V  Grundgesamtheit: Alle Vorhofsonden mit gültiger Reizschwelle außer bei Patienten mit perioperativem Vorhofflimmern
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**19617**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	19617
Ergänzung Bezeichnung QI	Ventrikelsonden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= x% (5%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert an der Empfehlung der AG Schrittmacher der Deutschen Fachgesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Markewitz et al. 1994) wurde 1,0 V für Ventrikelsonden als anzustrebender Wert von der Fachgruppe festgelegt. Da es für die Rate, wie oft eine Reizschwelle unter dieser Grenze liegen sollte, keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wurden die 5%-Perzentile der Krankenhausergebnisse von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Werte über 10 V
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Mehr als 10 V sind physiologisch nicht möglich. Es muss sich eine Fehldokumentation handeln
Rechenregel	Zähler: Ventrikelsonden mit Reizschwelle <= 1,0 V  Grundgesamtheit: Alle Ventrikelsonden mit gültiger Reizschwelle
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

**Intrakardiale Signalamplituden**

<b>Definition Qualitätsindikator</b>	
ID Indikator	20
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intrakardiale Signalamplituden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden
Indikatortyp	Ergebnis
Rationale	<p>Die Wahrnehmung elektrischer Eigenaktivität des Herzens und die Abgabe elektrischer Stimulationsimpulse an das Herz stellen die grundlegenden Aufgaben des Herzschrittmachers dar.</p> <p>Wichtiges Kriterium für die Wahrnehmung des intrakardialen Signals ist die Signalamplitude. Ist die Signalamplitude zu niedrig, können Störsignale, z. B. von der Skelettmuskulatur, fälschlicherweise als Eigenaktivität des Herzens gedeutet werden und zu einer unerwünschte Ausschaltung des Stimulationsimpulses führen. Anzustreben ist daher eine hohe Wahrnehmungsschwelle, die eine hohe Signalamplitude voraussetzt.</p> <p>Messungen während der Operation werden mit so genannten Reizschwellenmessgeräten durchgeführt, an welche die implantierten Elektroden mit sterilen Kabeln angeschlossen werden. Es ist zu beachten, dass Ergebnisse verschiedener Messgeräte u.U. nicht ohne weiteres vergleichbar sind (Fischer und Ritter).</p> <p>Fischer und Ritter (1997) unterscheiden zwischen optimalen und akzeptablen Werten (nach mehreren Platzierungsversuchen). Optimal in diesem Sinne ist für die P-Welle im Vorhof <math>\geq 3</math> mV, akzeptabel <math>\geq 2</math> mV. Optimal für die R-Amplitude im Ventrikel ist demzufolge <math>\geq 10</math> mV, akzeptabel <math>\geq 6</math> mV (Spitze-Spitze = Peak to Peak).</p> <p>Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat in Anlehnung an die gültigen Empfehlungen (Markewitz 1994) anzustrebende Grenzbereiche der intrakardialen Signalamplituden von <math>\geq 1,5</math> mV bei Vorhofelektroden und <math>\geq 4</math> mV bei Ventrikelsonden festgelegt. Ziel ist es, möglichst oft diese Grenzwerte zu überschreiten</p>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	<p>Fischer W, Ritter P. Praxis der Herzschrittmachertherapie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag;1997.</p> <p>Markewitz A, Zegelman M, Hemmer W, Schmitt CG. Empfehlungen zur Schrittmacherimplantation. Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie 1994; 5 (4): 125-129.</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

**19619**

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	19619
Ergänzung Bezeichnung QI	Vorhofsonden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	$\geq 80\%$
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert an der Empfehlung der AG Schrittmacher der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Markewitz et al. 1994) wurde für Vorhofsonden $\geq 1,5$ mV als anzustrebender Mindestwert von der Fachgruppe festgelegt. Da es keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wie oft eine Signalamplitude über dieser Grenze liegen sollte, wurde die 80%-Grenze von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt. Damit sind alle Krankenhausergebnisse, bei denen weniger als 80% der Vorhofsonden unter 1,5 mV Amplitude aufweisen, als auffällig zu werten.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Werte $> 15$ mV
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Mehr als 15 mV sind physiologisch nicht möglich. Es muss sich um eine Fehldokumentation handeln.
Rechenregel	Zähler: Vorhofsonden mit Amplitude $\geq 1,5$ mV  Grundgesamtheit: Alle Vorhofsonden mit gültiger Amplitude außer VDD-Sonden
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.

19621

<b>Definition Kennzahl</b>	
ID-Kennzahl	19621
Ergänzung Bezeichnung QI	Ventrikelsonden
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Orientiert an der Empfehlung der AG Schrittmacher der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Markewitz et al. 1994) wurde für Ventrikelsonden >= 4mV als anzustrebender Wert von der Fachgruppe festgelegt. Da es keine Anhaltswerte in der Literatur gibt, wie oft eine Signalamplitude über dieser Grenze liegen sollte, wurde die 90%-Grenze von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt. Das heißt alle Krankenhausergebnisse, bei denen weniger als 90% der Ventrikelsonden unter 4 mV Amplitude aufweisen, sind als auffällig zu werten.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Werte > 30 mV
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Mehr als 30 mV sind physiologisch nicht möglich. Es muss sich um eine Fehldokumentation handeln
Rechenregel	Zähler: Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV  Grundgesamtheit: Alle Ventrikelsonden mit gültiger Amplitude außer bei Patienten mit SM-Abhängigkeit
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Bereits 2003 war die Grundgesamtheit definiert durch OPS-Kodes für Implantationen. Während bis 2003 jedoch nur die mit Sonderentgelt abgerechneten Fälle dokumentationspflichtig waren, besteht seit 2004 uneingeschränkte Dokumentationspflicht für alle Implantationen. Die Grundgesamtheiten 2004 und 2003 sind also weitestgehend vergleichbar.