

Inhalt

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 2

 Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats 3

 11025 5

 11026 6

 36069 7

 36070 8

 68199 9

 Eingriffsdauer 10

 15623 11

 Perioperative Komplikationen 12

 11057 13

 Reizschwellenbestimmung 14

 19813 15

 19816 16

 Amplitudenbestimmung 17

 19819 18

 19822 19

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Einleitung Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Historie	\QI-Historie\QI-Historie-09n2-HSM-AGGW.doc
Einleitung	<p>Die Behandlung von Herzschrittmacherpatienten beinhaltet regelmäßige Nachkontrollen des Schrittmachers. Dabei wird u. a. überprüft, ob die Schrittmacherbatterie noch eine genügend lange Laufzeit bis zur nächsten Kontrolle erlaubt oder ob das Schrittmacheraggregat wegen Batterieerschöpfung ausgetauscht werden sollte. Dies ist regelhaft nach sieben bis acht Jahren erforderlich, kann aber auch vorzeitig notwendig sein.</p> <p>Der alleinige Austausch des Schrittmacheraggregats stellt einen einfachen operativen Eingriff dar und wird daher in einem eigenen kürzer gefassten Datensatz dokumentiert. Ist in seltenen Fällen ein Schrittmacheraggregatwechsel zusammen mit anderen Eingriffen aus verschiedenen Indikationen erforderlich, so ist dafür der komplexere Datensatz „Herzschrittmacher-Revision/-Explantation“ vorgesehen.</p>

Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats
Qualitätsziel	Möglichst lange Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats
Indikatortyp	Indirekter Indikator für Ergebnisqualität (Programmierung des Herzschrittmachers), Produktqualität
Rationale	<p>Die Überlebensrate für Herzschrittmacherpatienten ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Brunner et al. (2004) berichten über ein 30-jähriges Follow-up (1971 bis 2000) bei Schrittmacherpatienten (n = 6.505). Die 5-Jahres-Überlebensrate lag bei 65,6% und die 20-Jahres-Überlebensrate bei 21,5%. Mit steigender Lebenserwartung der Schrittmacherträger steigt auch die Anforderung an die Laufzeit (Funktionszeit) des Schrittmacheraggregats, da die Zahl der Wechseloperationen klein gehalten werden sollte.</p> <p>Die Laufzeit eines Schrittmacheraggregats ist abhängig von der nutzbaren Batteriekapazität und von seinem Energieverbrauch. Die Batteriekapazität ist proportional zu ihrer Größe. Üblicherweise kommen heutzutage Lithiumiodid-Batterien zum Einsatz. Der Energieverbrauch wird durch zahlreiche Faktoren bestimmt, wie z. B. die Höhe der programmierten Amplitude, die Stimulationsfrequenz, den Stimulationsmodus (z. B. DDD oder VVI), den Widerstand der Sonden (Berger et al. 2003), durch zusätzlich programmierte Funktionen wie z. B. die Frequenzadaptation, aber auch den Eigenstromverbrauch des Aggregats. Fischer und Ritter (1997) errechnen z. B. für eine Batteriekapazität von 1,1 Ah und eine Amplitude von 5V im DDD-Modus eine Laufzeit von 4,1 Jahren und im VVI-Modus von 6,2 Jahren. Ausreichende, aber nicht in jedem Einzelfall zufrieden stellende Laufzeiten sind fünf bis sechs Jahre für ein Zweikammersystem und sieben bis acht Jahre für ein Einkammersystem.</p> <p>Kinderman et al. (2001) berichten, dass bei 382 Patienten mit Zweikammersystem die Zeit bis zur Batterieerschöpfung im Median 98,3 Monate betrug. Bei den meisten Patienten (55%) wurde die maximale Batterielebenszeit (End of life, EOL) erreicht, bei 8,7% musste vorzeitig gewechselt werden. 27% der Patienten verstarben vor Erreichen der EOL.</p> <p>Senaratne et al. (2006) stellten bei der Langzeitverfolgung von 124 Schrittmacherpatienten fest, dass die tatsächlichen Laufzeiten der Aggregate (im Mittel 2.664 Tage) deutlich kürzer waren als die errechneten Laufzeiten (im Mittel 3.155 Tage). Herstellerunterschiede bei vergleichbaren Schrittmachermodellen waren nicht festzustellen.</p> <p>Das dänische Herzschrittmacherregister errechnet basierend auf den kumulierten Daten von 48.946 Implantationen und 3.674 Wechseln der Jahre 1982 bis 2005 die so genannte Performance der Schrittmacheraggregate in Dänemark: Nach 10 Jahren waren noch ca. 70,6% und nach 15 Jahren noch ca. 52,5% der Schrittmacheraggregate funktionsfähig (Møller & Arnsbo 2005).</p> <p>Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um einen indirekten Indikator für die Ergebnisqualität, da er u. a. von der Programmierung des Herzschrittmachers abhängt. Vor allem bildet dieser Indikator die Produktqualität ab.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Berger T, Roithinger FX, Antretter H, Hangler H, Pachinger O, Hintringer F. The influence of high versus normal impedance ventricular leads on pacemaker generator longevity. Pacing Clin Electrophysiol 2003; 26 (11): 2116-2120.</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. European Heart Journal 2004; 25: 88-95.</p> <p>Fischer W, Ritter P. Praxis der Herzschrittmachertherapie. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag; 1997.</p> <p>Kindermann M, Schwaab B, Berg M, Fröhlig G. Longevity of Dual Chamber Pacemakers: Device and Patient Related Determinants. Pace 2001; 24: 810-815.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register – Annual Report 2005.</p>

	<p>http://www.pacemaker.dk/pdf.htm (Recherchedatum: 02.02.2007).</p> <p>Senaratne J, Irwin M, Senaratne M. Pacemaker Longevity: Are We Getting What We Are Promised? Pacing and Clinical Electrophysiology 2006; 29 (10): 1044-1054.</p>
--	--

11025

Definition Kennzahl																	
ID-Kennzahl	11025																
Ergänzung Bezeichnung QI	AAI oder VVI: unter 4 Jahre																
Referenzbereich 2006	Sentinel Event																
Referenzbereich 2005	Sentinel Event																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die Laufzeit der Schrittmachersysteme kann eine Institution nur in eingeschränktem Maße verantwortlich gemacht werden, da vor allem produktbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Eine extrem kurze Laufzeit unter 4 Jahren ist allerdings immer als auffällig zu werten und soll nach dem Prinzip des Sentinel-Event-Indikators immer zum Strukturierten Dialog führen.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum implantierten Herzschrittmacher-System																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>System</td> <td>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges</td> <td>ASMSYSTEM</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation</td> <td></td> <td>NASAGJAHR</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM	31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR	41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM														
31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR														
41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	09/2:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert worden ist. Die Systemart (Ein- oder Zweikammersystem) wurde bis 2005 auf Basis der entsprechenden Datenfelder zum explantierten System berechnet. Da bei einem alleinigen Aggregatwechsel explantiertes und implantiertes System gleichartig sind, wurde der Datensatz 2006 gekürzt und die Systemart auf Basis des entsprechenden Datenfeldes zum implantierten System berechnet.																

11026

Definition Kennzahl																	
ID-Kennzahl	11026																
Ergänzung Bezeichnung QI	VDD oder DDD: unter 4 Jahre																
Referenzbereich 2006	Sentinel Event																
Referenzbereich 2005	Sentinel Event																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die Laufzeit der Schrittmachersysteme kann eine Institution nur in eingeschränktem Maße verantwortlich gemacht werden, da vor allem produktbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Eine extrem kurze Laufzeit unter 4 Jahren ist allerdings immer als auffällig zu werten und soll nach dem Prinzip des Sentinel-Event-Indikators immer zum Strukturierten Dialog führen.																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum implantierten Herzschrittmacher-System																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>System</td> <td>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges</td> <td>ASMSYSTEM</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation</td> <td></td> <td>NASAGJAHR</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM	31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR	41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM														
31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR														
41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	09/2:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert worden ist. Die Systemart (Ein- oder Zweikammersystem) wurde bis 2005 auf Basis der entsprechenden Datenfelder zum explantierten System berechnet. Da bei einem alleinigen Aggregatwechsel explantiertes und implantiertes System gleichartig sind, wurde der Datensatz 2006 gekürzt und die Systemart auf Basis des entsprechenden Datenfeldes zum implantierten System berechnet.																

36069

Definition Kennzahl																	
ID-Kennzahl	36069																
Ergänzung Bezeichnung QI	AAI oder VVI: über 6 Jahre																
Referenzbereich 2006	>= 75%																
Referenzbereich 2005	>= 71,1% (10%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die Laufzeit der Schrittmachersysteme kann eine Institution nur in eingeschränktem Maße verantwortlich gemacht werden, da vor allem produktbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat deshalb bis zum Jahre 2005 die 10% der Krankenhäuser mit dem niedrigsten Anteil an Schrittmachersystemen mit Laufzeit > 6 Jahre in den Strukturierten Dialog einbezogen. Orientiert an den 10%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 (70,0% bis 80,0%) hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 75% als absolute Referenzbereichsgrenze festgelegt																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „AAI“ oder „VVI“ zum implantierten Herzschrittmacher-System																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>System</td> <td>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges</td> <td>ASMSYSTEM</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation</td> <td></td> <td>NASAGJAHR</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM	31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR	41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM														
31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR														
41	Entlassungsdatum Krankenhaus		ENTLDATUM														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	09/2:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert worden ist. Die Systemart (Ein- oder Zweikammersystem) wurde bis 2005 auf Basis der entsprechenden Datenfelder zum explantierten System berechnet. Da bei einem alleinigen Aggregatwechsel explantiertes und implantiertes System gleichartig sind, wurde der Datensatz 2006 gekürzt und die Systemart auf Basis des entsprechenden Datenfeldes zum implantierten System berechnet.																

36070

Definition Kennzahl																	
ID-Kennzahl	36070																
Ergänzung Bezeichnung QI	VDD oder DDD: über 6 Jahre																
Referenzbereich 2006	>= 50%																
Referenzbereich 2005	>= 43,5% (10%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Für die Laufzeit der Schrittmachersysteme kann eine Institution nur in eingeschränktem Maße verantwortlich gemacht werden, da vor allem produktbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Die Fachgruppe Herzschrittmacher hat deshalb bis zum Jahre 2005 die 10% der Krankenhäuser mit dem niedrigsten Anteil an Schrittmachersystemen mit Laufzeit > 6 Jahre in den Strukturierten Dialog einbezogen. Orientiert an den 5%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 (43,5% bis 51,3%) hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 50% als absolute Referenzbereichsgrenze festgelegt																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																
Rechenregel	Zähler: Patienten mit einer Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre Grundgesamtheit: Alle Patienten mit bekanntem Implantationsdatum und Angabe „VDD“ oder „DDD“ zum implantierten Herzschrittmacher-System																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>System</td> <td>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges</td> <td>ASMSYSTEM</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation</td> <td></td> <td>NASAGJAHR</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM	31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR	41	Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus		ENTLDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
13	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	ASMSYSTEM														
31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR														
41	Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus		ENTLDATUM														
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																
Teildatensatzbezug	09/2:B																
Kommentar zur Kennzahl	-																
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert worden ist. Die Systemart (Ein- oder Zweikammersystem) wurde bis 2005 auf Basis der entsprechenden Datenfelder zum explantierten System berechnet. Da bei einem alleinigen Aggregatwechsel explantiertes und implantiertes System gleichartig sind, wurde der Datensatz 2006 gekürzt und die Systemart auf Basis des entsprechenden Datenfeldes zum implantierten System berechnet.																

68199

Definition Kennzahl															
ID-Kennzahl	68199														
Ergänzung Bezeichnung QI	Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit														
Referenzbereich 2006	≥ 90%														
Referenzbereich 2005	≥ 90%														
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Qualitätskennzahl soll das Augenmerk auf eine möglichst vollständige Dokumentation lenken. In 90% der Fälle ist nach Überzeugung der Fachgruppe eine Dokumentation des Implantationsjahres zu fordern.														
Referenz Bundesauswertung 2006															
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich														
Rechenregel	Zähler: Patienten mit dokumentierter gültiger Laufzeit Grundgesamtheit: Alle Patienten														
Erläuterung der Rechenregel	-														
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 813 1442 1048"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation</td> <td></td> <td>NASAGJAHR</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR	41	Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus		ENTLDATUM
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname												
31	(Explantiertes Schrittmacheraggregat) Jahr der Implantation		NASAGJAHR												
41	Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus		ENTLDATUM												
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0														
Teildatensatzbezug	09/2:B														
Kommentar zur Kennzahl	-														
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.														

Eingriffsdauer

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer, um das Infektionsrisiko zu mindern
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	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 (> 75. Perzentile der ermittelten Operationszeiten für einen Eingriff) zu höheren Infektionsraten führen (Culver et al. 1991). Eine mögliche Infektion nach Herzschrittmachereingriffen ist der Taschenabszess. Bei Wechsel- und Revisionsoperationen scheint die Infektionsgefahr höher zu sein als bei Erstimplantationen (Hildick-Smith et al. 1998).
Literaturverzeichnis	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): 152S-157S. Hildick-Smith DJR, Lowe MD, Newell SA, Schofield PM, Shapiro LM, Stone DL, Grace AA, Petch MC. Ventricular pacemaker upgrade: experience, complications and recommendations. Heart 1998; 79: 383-387.

15623

Definition Kennzahl									
ID-Kennzahl	15623								
Ergänzung Bezeichnung QI	-								
Referenzbereich 2006	>= 80%								
Referenzbereich 2005	>= 84,6% (5%-Perzentile)								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Während für die Erstimplantation, differenziert nach Art des Systems und orientiert am dänischen SM-Register (Møller und Arnsbo 2005) „akzeptable“ Eingriffszeiten definiert wurden, ist eine solche Differenzierung für Batteriewechsel nicht notwendig. Nach Meinung der Fachgruppe sollte ein Batteriewechsel in der Regel unter 60 min dauern. Für die Rate, wie oft eine Eingriffsdauer unter dieser Grenze liegt, wurde bis 2005 die 5%-Perzentile der Krankenhausverteilungen von der Fachgruppe als Referenzbereich ausgewählt. Orientiert an den 5%-Perzentilen der Jahre 2003 bis 2005 (77,3% bis 84,6%) hat die Fachgruppe ab dem Jahre 2006 80% als absolute Referenzbereichsgrenze festgelegt								
Referenz Bundesauswertung 2006									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Keine Risikoadjustierung								
Rechenregel	Zähler: Patienten mit Eingriffsdauer <= 60 min Grundgesamtheit: Alle Patienten mit gültiger Angabe der OP-Dauer								
Erläuterung der Rechenregel	-								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 943 1442 1037"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)</td> <td></td> <td>OPDAUER</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	12	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)		OPDAUER
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname						
12	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)		OPDAUER						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0								
Teildatensatzbezug	09/2:B								
Kommentar zur Kennzahl	-								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.								

Perioperative Komplikationen

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenig peri- bzw. postoperative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Bei einer Schrittmacheraggregatwechseloperation wird die Schrittmachertasche eröffnet, das Schrittmachergerät herausgenommen, von den Sonden dekonnektiert und durch ein neues Aggregat ersetzt. Besondere Maßnahmen müssen bei schrittmacherabhängigen Patienten gewährleisten, dass kontinuierlich eine Schrittmacherfunktion zur Verfügung steht.</p> <p>In der Regel finden bei der isolierten Schrittmacheraggregatwechseloperation keine Manipulationen an den liegenden Sonden selbst statt. Bei den möglichen perioperativen Komplikationen nach Wechseleingriffen stehen daher Taschenhämatome und Wundinfektionen im Bereich der Tasche im Vordergrund. Insbesondere die Infektionsgefahr scheint nach Wechsel- und Revisionsoperationen höher zu sein (Hildick-Smith et al. 1998). Sehr selten kann es auch zu Asystolie oder Arrhythmien kommen. Größere Studien, die als Referenz für Komplikationsraten nach Wechseleingriffen herangezogen werden könnten, liegen nicht vor. Orientierend können die Komplikationsraten des dänischen Herzschrittmacherregisters herangezogen werden, welche allerdings nicht nach Erst- oder Wechseleingriffen differenziert sind (Møller & Arnsbo 2005).</p> <p>Mit der Überarbeitung der Datensätze 2006 wurden die Definitionen der Komplikationen gegenüber den Vorjahren präzisiert. Beispielsweise ist nun ein Taschenhämatom dann zu dokumentieren, wenn es interventionspflichtig ist. Wundinfektionen werden gemäß CDC-Kriterien erfasst.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Hildick-Smith DJR, Lowe MD, Newell SA, Schofield PM, Shapiro LM, Stone DL, Grace AA, Petch MC. Ventricular pacemaker upgrade: experience, complications and recommendations. Heart 1998; 79: 383-387.</p> <p>Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker Register – Annual Report 2005. http://www.pacemaker.dk/pdf.htm (Recherchedatum: 02.02.2007).</p>

11057

Definition Kennzahl															
ID-Kennzahl	11057														
Ergänzung Bezeichnung QI	chirurgische Komplikationen														
Referenzbereich 2006	<= 1%														
Referenzbereich 2005	<= 1%														
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde <= 1% als Referenzbereich für die zusammengefasste Rate aller chirurgischen Komplikationen gewählt.														
Referenz Bundesauswertung 2006															
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Keine Risikoadjustierung														
Rechenregel	Zähler: Patienten mit chirurgischen Komplikationen* Grundgesamtheit: Alle Patienten														
Erläuterung der Rechenregel	* Taschenhämatom, Wundinfektion														
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 779 1442 958"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37</td> <td>Interventionspflichtige s Taschenhämatom</td> <td>1 = ja</td> <td>TASCHHAEMATO</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)</td> <td>1 = ja</td> <td>POSTOPWUNDINFE KTIONJL</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	37	Interventionspflichtige s Taschenhämatom	1 = ja	TASCHHAEMATO	38	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	1 = ja	POSTOPWUNDINFE KTIONJL
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname												
37	Interventionspflichtige s Taschenhämatom	1 = ja	TASCHHAEMATO												
38	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	1 = ja	POSTOPWUNDINFE KTIONJL												
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0														
Teildatensatzbezug	09/2:B														
Kommentar zur Kennzahl	-														
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert wurde.														

Reizschwellenbestimmung

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Reizschwellenbestimmung
Qualitätsziel	Immer Bestimmung der Reizschwellen
Indikatortyp	Prozessindikator
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 Stimulationsantwort ist die Reizschwelle. Sie ist definiert als die minimale elektrische Intensität, die das Herz zu erregen vermag. Wegen der direkt verfügbaren Programmier- und Messoptionen wird die Reizschwelle in der Praxis als Paar aus Spannung (V) und Impulsdauer (z.B. 0,5 ms) angegeben.</p> <p>Messungen während der Operation werden mit Reizschwellenmessgeräten durchgeführt. Es ist zu beachten, dass Ergebnisse verschiedener Messgeräte u. U. nicht ohne weiteres vergleichbar sind (Fischer & Ritter 1997).</p> <p>In zahlreichen Studien ist der Einfluss von Material, Beschichtung und Fixation auf die elektrophysiologischen Kennwerte untersucht worden (z. B. Shandling et al. 1990, de Buitleur et al. 1990, Svensson et al. 1994, Gumbrielle et al. 1996, Rusconi et al. 1998, Cornacchia et al. 2000).</p> <p>Grundsätzlich ist es anzustreben, auch bei alleinigen Wechseloperationen immer eine intraoperative Reizschwellenbestimmung durchzuführen, um die Funktion der Sonden zu überprüfen, chirurgisch verursachte Sondendefekte zu erkennen und bei Bedarf rechtzeitig eine Revision vornehmen zu können.</p>
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 Buitleur 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>Rusconi L, Sigliano R, Mininno A. The "SPEM" (Studio Policentrico Elettrocatereteri 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>

19813

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	19813																				
Ergänzung Bezeichnung QI	Vorhofsonden																				
Referenzbereich 2006	>= x% (5%-Perzentile)																				
Referenzbereich 2005	>= 32,0% (5%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Reizschwellenbestimmung ist grundsätzlich zu fordern. Eine evidenzbasierte Grundlage dafür, wie oft davon abgewichen werden kann, steht nicht zur Verfügung. Die Fachgruppe hat daher den Verteilungskennwert >= 5%-Perzentile als Referenzbereich gesetzt. Da aus Rückmeldungen der Anwender hervorgeht, dass hier im Jahre 2006 auch perioperative Messungen eingetragen wurden, wurde ein Ausfüllhinweis ab 2007 ergänzt, dass hier nur intraoperative Messungen gemeint sind. Für das Verfahrensjahr 2006 wird wegen dieser Unschärfe die Perzentile als 5%-Referenzbereich aufrechterhalten.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle Grundgesamtheit: Alle Vorhofsonden ohne Patienten mit Vorhofflimmern																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Reizschwelle (bei 0,5 ms)</td> <td></td> <td>ASONVOREIZ</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/Reizschwelle) nicht gemessen</td> <td>1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVOREIZN</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)</td> <td></td> <td>ASONVO2REIZ</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen</td> <td>1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVO2REIZN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	15	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVOREIZ	16	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN	23	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVO2REIZ	24	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVO2REIZN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
15	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVOREIZ																		
16	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN																		
23	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVO2REIZ																		
24	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVO2REIZN																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	09/2:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 nur eingeschränkt vergleichbar, da sie auf der Basis der abweichenden Datensatzversion 2005 errechnet wurden.																				

19816

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	19816																				
Ergänzung Bezeichnung QI	Ventrikelsonden																				
Referenzbereich 2006	>= x% (5%-Perzentile)																				
Referenzbereich 2005	>= 29,4% (5%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Reizschwellenbestimmung ist grundsätzlich zu fordern. Eine evidenzbasierte Grundlage dafür, wie oft davon abgewichen werden kann, steht nicht zur Verfügung. Die Fachgruppe hat daher den Verteilungskennwert >= 5%-Perzentile als Referenzbereich gesetzt. Da aus Rückmeldungen der Anwender hervorgeht, dass hier im Jahre 2006 auch perioperative Messungen eingetragen wurden, wurde ein Ausfüllhinweis ab 2007 ergänzt, dass hier nur intraoperative Messungen gemeint sind. Für das Verfahrensjahr 2006 wird wegen dieser Unschärfe die Perzentile als 5%-Referenzbereich aufrechterhalten.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle Grundgesamtheit: Alle Ventrikelsonden																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) Reizschwelle (bei 0,5 ms)</td> <td></td> <td>ASONVEREIZ</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/ Reizschwelle) nicht gemessen</td> <td>1 = ja</td> <td>ASONVEREIZN</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonde/Ventrikel 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)</td> <td></td> <td>ASONVE2REIZ</td> </tr> <tr> <td>28</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen</td> <td>1 = ja</td> <td>ASONVE2REIZN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	19	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVEREIZ	20	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/ Reizschwelle) nicht gemessen	1 = ja	ASONVEREIZN	27	(Belassene Schrittmacher-Sonde/Ventrikel 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVE2REIZ	28	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = ja	ASONVE2REIZN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
19	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVEREIZ																		
20	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/ Reizschwelle) nicht gemessen	1 = ja	ASONVEREIZN																		
27	(Belassene Schrittmacher-Sonde/Ventrikel 2. Sonde) Reizschwelle (bei 0,5 ms)		ASONVE2REIZ																		
28	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/Reizschwelle) nicht gemessen	1 = ja	ASONVE2REIZN																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	09/2:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.																				

Amplitudenbestimmung

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Amplitudenbestimmung
Qualitätsziel	Immer Bestimmung der Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
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 unerwünschten 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 Sonden mit sterilen Kabeln angeschlossen werden. Es ist zu beachten, dass Ergebnisse verschiedener Messgeräte u. U. nicht ohne weiteres vergleichbar sind (Fischer & Ritter 1997).</p> <p>Grundsätzlich ist es anzustreben, auch bei alleinigen Wechseloperationen immer eine intraoperative Amplitudenbestimmung durchzuführen und so die optimale Funktion der Sonden zu überprüfen, bzw. bei Bedarf rechtzeitig eine Revision vornehmen zu können.</p>
Literaturverzeichnis	Fischer W, Ritter P. Praxis der Herzschrittmachertherapie. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag; 1997.

19819

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	19819																				
Ergänzung Bezeichnung QI	Vorhofsonden																				
Referenzbereich 2006	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)																				
Referenzbereich 2005	$\geq 37,0\%$ (5%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Amplitudenbestimmung ist grundsätzlich zu fordern. Eine evidenzbasierte Grundlage dafür, wie oft davon abgewichen werden kann, steht nicht zur Verfügung. Die Fachgruppe hat daher den Verteilungskennwert $\geq 5\%$ -Perzentile als Referenzbereich gesetzt. Da aus Rückmeldungen der Anwender hervorgeht, dass hier im Jahre 2006 auch perioperative Messungen eingetragen wurden, wurde ein Ausfüllhinweis ab 2007 ergänzt, dass hier nur intraoperative Messungen gemeint sind. Für das Verfahrensjahr 2006 wird wegen dieser Unschärfe die Perzentile als 5%-Referenzbereich aufrechterhalten.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude Grundgesamtheit: Alle Vorhofsonden ohne Patienten mit Vorhofflimmern																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) P-Wellen-Amplitude</td> <td></td> <td>ASONVOPWEL</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen</td> <td>1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVOPWELN</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonde/Vorhof 2. Sonde) P-Wellen-Amplitude</td> <td></td> <td>ASONVO2PWEL</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen</td> <td>1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVO2PWELN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	17	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) P-Wellen-Amplitude		ASONVOPWEL	18	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN	25	(Belassene Schrittmacher-Sonde/Vorhof 2. Sonde) P-Wellen-Amplitude		ASONVO2PWEL	26	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVO2PWELN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
17	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof) P-Wellen-Amplitude		ASONVOPWEL																		
18	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN																		
25	(Belassene Schrittmacher-Sonde/Vorhof 2. Sonde) P-Wellen-Amplitude		ASONVO2PWEL																		
26	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Vorhof 2. Sonde/P-Wellen-Amplitude) nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = aus anderen Gründen	ASONVO2PWELN																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	09/2:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 nur eingeschränkt vergleichbar, da der Datensatz für 2006 aktualisiert wurde.																				

19822

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	19822																				
Ergänzung Bezeichnung QI	Ventrikelsonden																				
Referenzbereich 2006	$\geq x\%$ (5%-Perzentile)																				
Referenzbereich 2005	$\geq 35,0\%$ (5%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Amplitudenbestimmung ist grundsätzlich zu fordern. Eine evidenzbasierte Grundlage dafür, wie oft davon abgewichen werden kann, steht nicht zur Verfügung. Die Fachgruppe hat daher den Verteilungskennwert $\geq 5\%$ -Perzentile als Referenzbereich gesetzt. Da aus Rückmeldungen der Anwender hervorgeht, dass hier im Jahre 2006 auch perioperative Messungen eingetragen wurden, wurde ein Ausfüllhinweis ab 2007 ergänzt, dass hier nur intraoperative Messungen gemeint sind. Für das Verfahrensjahr 2006 wird wegen dieser Unschärfe die Perzentile als 5%-Referenzbereich aufrechterhalten.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude Grundgesamtheit: Alle Ventrikelsonden bei Patienten mit Eigenrhythmus																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) R-Amplitude</td> <td></td> <td>ASONVERAMP</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/R-Amplitude) nicht gemessen</td> <td>1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVERAMPN</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde) R-Amplitude</td> <td></td> <td>ASONVE2RAMP</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/R-Amplitude) nicht gemessen</td> <td>1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen</td> <td>ASONVE2RAMPN</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	21	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) R-Amplitude		ASONVERAMP	22	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/R-Amplitude) nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN	29	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde) R-Amplitude		ASONVE2RAMP	30	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/R-Amplitude) nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen	ASONVE2RAMPN
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
21	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel) R-Amplitude		ASONVERAMP																		
22	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel/R-Amplitude) nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN																		
29	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde) R-Amplitude		ASONVE2RAMP																		
30	(Belassene Schrittmacher-Sonden/Ventrikel 2. Sonde/R-Amplitude) nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 2 = aus anderen Gründen	ASONVE2RAMPN																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	09/2:B																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 nur eingeschränkt vergleichbar, da sie auf der Basis der abweichenden Datensatzversion 2005 errechnet wurden.																				