

ProfNet TextService

-Prüfbericht-



für
Dr. Helge Reinhold Braun
Uni Gießen

Münster, den 09.05.2021



ProfNet TextService - Zusammenfassung

TextService
 Prüfbericht
 11349
 09.05.2021
 2

• Autor	Dr. Helge Reinhold Braun	
• Titel	Einfluss intraoperativer Tachy ...	
• Typ	Dissertation	
• Abgabetermin	12.10.2007	
• Hochschule	Uni Gießen	
• Fachbereich	Fachbereich Medizin	
• Studiengang		
• Fachrichtung	Humanmedizin	
• 1. Gutachter		
• 2. Gutachter		
• Prüfdatum	09.05.2021	
• Dateigröße	116.190	• Abbildungsverzeichnis <input checked="" type="checkbox"/>
• Seiten	78	• Abkürzungsverzeichnis <input checked="" type="checkbox"/>
• Absätze	216	• Anhang <input checked="" type="checkbox"/>
• Sätze	779	• Eidesstattliche Erklärung <input checked="" type="checkbox"/>
• Wörter	12.205	• Inhaltsverzeichnis <input checked="" type="checkbox"/>
• Zeichen	91.614	• Literaturverzeichnis <input checked="" type="checkbox"/>
• Abbildungen	6	• Quellenverzeichnis <input type="checkbox"/>
• Tabellen	21	• Stichwortverzeichnis <input type="checkbox"/>
• Fußnoten	49	• Sperrvermerk <input type="checkbox"/>
• Literatur	0	• Symbolverzeichnis <input type="checkbox"/>
• Wörter (netto)	9.554	• Tabellenverzeichnis <input checked="" type="checkbox"/>
		• Vorwort <input type="checkbox"/>

Analysetyp	Indizien
• Ähnlichkeitsplagiat	18
• Bauernopfer-Absatz	27
• Bauernopfer-Halbsatz	1
• Bauernopfer-Satz	25
• Bauernopfer-Wort	6
• Eigenplagiat	5
• Mischplagiat-eine Quelle	2
• Mischplagiat-mehrere Quellen	4
• Teilplagiat	17
• Zitierungsfehler	15
Anteil Fremdtex te (netto): 12 % (1.160 von 9.554 Wörtern)	
• Phrase-allgemein	140
• Phrase-fachspezifisch	14
• Zitat-Fremdtext-ohne Quelle	3
• Zitat-im Text-ohne Quelle	2
Anteil Fremdtex te (brutto): 15 % (1.779 von 12.205 Wörtern)	

● **47%** Gesamtplagiatswahrscheinlichkeit

Alle Ergebnisse dieses Reports werden von der Software automatisch berechnet, so dass alle Angaben jeweils den Stand der Software-Entwicklung wiedergeben.

ProfNet TextService - Ergebnis Textanalyse (alle Analysen)

Kriterium	Dimension	Prüfdokument	Erstprüfer	Fachbereich	Hochschule	Fachrichtung	Hausarbeiten	Seminararbeiten	Bachelor Thesen	Diplomarbeiten	Master Thesen	Dissertationen	Habilitationen	alle
Dokumente	Anzahl	1	9	2	14	1698	1325	1219	7916	9114	2405	46689	1279	1 M
Abbildungen	Anzahl (Durchschnitt)	6	17	3	7	5	2	2	9	8	7	7	3	2
Absätze	Anzahl (Durchschnitt)	216	1317	197	641	319	99	114	218	338	304	550	472	288
Fußnoten	Anzahl (Durchschnitt)	49	662	28	233	24	27	37	60	63	58	117	85	31
Literatur	Anzahl (Durchschnitt)	0	1	0	16	3	1	2	1	1	1	3	2	1
Sätze	Anzahl (Durchschnitt)	779	5767	611	3732	1270	434	472	941	1427	1379	2470	1979	959
Seiten	Anzahl (Durchschnitt)	78	354	63	188	101	29	30	70	101	94	165	114	58
Tabellen	Anzahl (Durchschnitt)	21	8	11	12	3	1	1	3	3	4	5	2	1
Wörter	Anzahl (Durchschnitt)	12205	94986	10155	61718	20257	6976	7330	14687	21976	22291	39730	31955	16038
Zeichen	Anzahl (Durchschnitt)	91614	673800	68984	442170	138572	45922	48427	97718	146693	145983	265593	216021	104080
Zitate	Anzahl (Durchschnitt)	35	544	29	380	93	67	56	97	154	156	229	188	99



Die statistischen Ergebnisse der Textanalyse des Prüfdokumentes werden mit den Ergebnissen aller analysieren Texte verglichen.

ProfNet TextService - Ergebnis Textvergleich (alle Vergleiche)

Kriterium	Dimension	Prüfdokument	Erstprüfer	Fachbereich	Hochschule	Fachrichtung	Hausarbeiten	Seminararbeiten	Bachelor Thesen	Diplomarbeiten	Master Thesen	Dissertationen	Habilitationen	alle
Dokumente	Anzahl	1	9	2	13	1498	180	58	5670	5144	1584	32332	782	74918
Mischpl.-eine	Anzahl (Durchschnitt)	2	322	1	3	1	1	4	1	1	1	1	1	2
Teilplagiat	Anzahl (Durchschnitt)	17	5287	9	40	8	3	6	4	6	5	11	8	11
Mischpl.-mehrere	Anzahl (Durchschnitt)	4	1052	2	8	2	1	1	1	2	2	3	2	3
Zitierungsfehler	Anzahl (Durchschnitt)	15	15863	8	45	2	1	6	11	4	6	8	9	7
Bauernopfer	Anzahl (Durchschnitt)	27	1365	14	7	4	1	0	1	2	2	5	2	3

● **47%** Gesamtplagiatswahrscheinlichkeit

Die Textvergleichsergebnisse des Prüfdokumentes werden mit allen analysierten Texten verglichen. Die Plagiatswahrscheinlichkeit wird grob vom Programm automatisch berechnet.

Textstelle (Prüfdokument) S. 5

in diesem Zusammenhang wurde formuliert, dass eine engmaschige Überwachung und ein gleichmäßiger Verlauf der Pulsfrequenz Merkmale für die Qualität einer Narkose sind. Abbildung 1: "ether chart" von Harvey William Cushing aus dem Jahr 1895. Dauerleihgabe der Treadwell **Library of Massachusetts General Hospital** an die **Francis A. Countway Library of Medicine, Boston**. In den dazwischen liegenden über 100 Jahren wurde die Methodik der Überwachung der Vitalfunktionen und deren Dokumentation stetig weiterentwickelt. Heute wird die Herzaktivität perioperativ mittels EKG-Monitoring kontinuierlich durch den Anästhesisten überwacht. Neben der Herzfrequenz gibt

Textstelle (Originalquellen)

John Collins Warren. Links von Warren Oliver Wendell Holmes, der für das Verfahren die Bezeichnung "Anästhesie" vorschlug. (Daguerreotypie der Firma Southworth & Hawes in Boston, Medical **Library Massachusetts General Hospital**) Der Schmerz 6 Schmerzbekämpfung vor 1846 8 Betäubende Gase 10 Lachgas- und Äther-Partys 1 1 "Humbug" 12 "No Humbug" 13 Prioritätsstreit 16 Aufnahme in Europa 17 Die Anfänge in der Schweiz 18 Die Anfänge in

Service Case Records. Massachusetts General Hospital Archives, Francis A. Countway Library of Medicine, Boston, Massachusetts, Vols 5-14 (1895-1896) 32. Massachusetts General Hospital Surgical Case Records. Massachusetts General Hospital Archives, **Francis A. Countway Library of Medicine, Boston**, Massachusetts (1821-1899) 33. Mixer WJ: New England, neurosurgery and the neurosurgeon. N Engl J Med 222:865-869, 1940 34. Mixer WJ, Barr JS: Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal

- 1 Mörgeli, Thomas (Hrsg.): 150 Jahre ..., 1996, S. 4
- 2 Historical Vignettes, 1993, S. 6

● 3% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

5



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 7

Physiologie des Blutdrucks, der Herzfrequenz, der Organperfusion und der Myokardfunktion wie in Tabelle 1 aufgeführt. 7 (AVB) im Kerndatensatz Anästhesie der DGAI²⁶. 2000 **Herz-Kreislauf**, nicht näher bezeichnet 2100 Blutdruck, nicht näher bezeichnet 2101 **Hypotension** 2102 **Hypertension** 2200 **Herzfrequenz**, nicht näher bezeichnet 2201 **Tachykardie** 2202 **Bradykardie** 2203 **Arrhythmie** 2300 **Perfusion**, nicht näher bezeichnet 2301 **Myokardinfarkt** 2302 **Angina pectoris** 2303 **ST-Segment-Änderung** (asymptomatisch) 2304 Lungenembolie 2305 **Hypovolämie** 2306 **Schock/Mikrozirkulationsstörung** 2400 Myokardfunktion, nicht näher bezeichnet 2401 **Linksherzinsuffizienz** 2402 **Rechtsherzinsuffizienz** 2403 Dekompensierte Herzinsuffizienz / **Lungenödem** 2900 **Sonstiges**, nicht näher bezeichnet 2901 kein **venöser Fluss (Eigenblutentnahme)** 2999 **Sonstige Herz-Kreislaufstörung** 8 1.1.2. Häufigkeit Die Angaben über die Inzidenz dieser Ereignisse **variieren in Abhängigkeit** vom **untersuchten** Patientenkollektiv und der Methodik. So berichten Schwilk et al. über 11.890 Patienten aus dem gesamten operativen Spektrum einer Universitätsklinik. In diesem Patientenkollektiv wurden mittels der AVB-Klassifizierung 2.397 Komplikationen des Herz-Kreislauf-Systems (20%) und 875 respiratorische Komplikationen (7,3%) in der intra- und direkt postoperativen Phase (vor Verlegung in den Aufwachraum) dokumentiert.¹ In einer prospektiven Studie untersuchten Ouchterlony et al. 1361 Patienten, die sich einem elektiven allgemein chirurgischen oder orthopädischen Eingriff unterzogen haben. Unerwünschte Ereignisse in der **intra- und unmittelbar postoperativen Phase** traten in 19% der Fälle auf. Davon entfielen 11% auf kardiovaskuläre Komplikationen, 4% auf respiratorische Komplikationen, 1% auf allergische Reaktionen und 3% auf verschiedene andere Ursachen.² Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass kardiovaskuläre Komplikationen die häufigsten unerwünschten intraoperativen Ereignisse sind. In der

● 16% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Hämatothorax 1903 Pneumonie 1904 Geplante Extubation nicht möglich 1905 Ungeplante (Nach-)Beatmung erforderlich 1999 Sonstige Atmungsstörungen AVB-Art AVB-Text 2000 **Herz-Kreislauf**, nnb 2100 Blutdruck, nnb 2101 **Hypotension** 2102 **Hypertension** 2200 **Herzfrequenz**, nnb 2201 **Tachykardie** 2202 **Bradykardie** 2203 **Arrhythmie** 2300 **Perfusion**, nnb 2301 **Myokardinfarkt** 2302 **Angina pectoris** 2303 **ST-Segment - Änderung** (asymptom.) 2304 Lungenembolie (Thromb-,Fett-,Luftemb.) 2305 **Hypovolämie** 2306 **Schock/Mikrozirkulationsstörung** 2307 Herz-Kreislaufstillstand 2400 Myokardfunktion, nnb 2401 **Linksherzinsuffizienz** 2402 **Rechtsherzinsuffizienz** 2403 Dekomp. Herzinsuffizienz / **Lungenödem** 2900 **Sonstiges Herz-Kreislauf**, nnb 2901 kein **venöser Fluss (Eigenblutentnahme)** 2999 **Sonstige Herz-Kreislaufstörung** AVB-Art AVB-Text 3000 Allgemeine Reaktionen, nnb 3100 Generalisierte Reaktionen, nnb 3101 Übelkeit 3102 Erbrechen 3103 Zittern 3104 Hypothermie 3105 Hyperthermie 3106 Maligne Hyperthermie 3107 Anaphylaxie 3108 allergische Reaktion 3200 Organspezifische Reaktionen, nnb 3201 Oligurie / Anurie /

trotz ACE-Hemmer-Therapie erhöhte myokardiale ECE-1-Expression läßt daneben ein kardioprotektives Potenzial einer ECE-Hemmer-Therapie vermuten. Die Daten zur Expression der ET-Rezeptoren **variieren in Abhängigkeit** von den **untersuchten** Patientenkollektiven. In ersten Untersuchungen wurde nachgewiesen, daß der ETA-Rezeptor funktionell im humanen Myokard dominiert (Pönicke et al., 1998). Im Myokard von Patienten mit Herzinsuffizienz waren

Durchführung des geeigneten Anästhesieverfahrens. - Beeinflussung des Bewusstseinszustandes und des Schmerzempfindens während des Eingriffs entsprechend den Erfordernissen. Überwachung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Homöostase während der prä-, **intra- und unmittelbar postoperativen Phase**. - Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen beim kritisch kranken und verletzten Patienten, insbesondere auch im Rahmen der Intensivmedizin. - Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen. - Wissenschaftliche Tätigkeit

- 3 DGAI: Legenden zu den Anästhesieaus..., 2006, S. 1000
- 4 Morawietz, Henning: Mechanosensitiv..., 2001, S. 111
- 5 ÖÄK: Anaesthesiologie und Intensivm..., 2002, S. 1

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

6



Textstelle (Prüfdokument) S. 8

postoperativen Phase sind kardiovaskuläre Komplikationen, einer Studie von Goldman et al. zufolge, ebenfalls häufig. In einem Kollektiv von 1001 Patienten im Alter über 40 Jahren, die sich einem nicht-kardiologischen Eingriff unterzogen haben, traten 18 Fälle eines Myokardinfarktes (1,8%) und 36 Fälle eines Lungenödems (3,6%) während des postoperativen stationären Aufenthaltes auf.³ Fleischmann et al. ermittelten die Inzidenz der postoperativen kardiovaskulären Komplikation mit 2% und in vergleichbarer Häufigkeit vorübergehende mentale Störungen (2,2%). In größerer Frequenz traten jedoch Wundinfektionen (7%) auf. Wesentliches Ergebnis dieser Studie war, dass kardiale und nicht kardial bedingte Komplikationen wechselseitig ein Risikofaktor für das Auftreten zusätzlicher

26 DGAI-Kommission "Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie". Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh.Intensivmed. 1993; 34: 331-5.

1 Schwilk B, Friess L, Friesendorf W, et al. Präoperative Risikofaktoren und intra- und postoperative Risikoverwirklichung bei 11890 Anästhesien: erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1993; 28:484-92

2 Ouchterlony J, Arvidsson S, Sjostedt L, et al. Perioperative and immediate postoperative adverse events in patients undergoing elective general and orthopaedic surgery. Acta Anaesthesiol.Scand. 1995; 39: 643-52.

3 Goldman L, Caldera DL, Southwick FS, et al. Cardiac risk factors and complications in non-cardiac surgery. Medicine (Baltimore). 1978; 57(4):357-70

Textstelle (Originalquellen)

in erster Linie von der Selektion geeigneter Patienten abhängig und variiert zwischen 0 und 1,6 % (Fichtner, Mengesha et al. 2004; Dahm, Yang et al. 2005). Im Rahmen der unmittelbaren postoperativen Phase handelt es sich meist um kardiovaskuläre Komplikationen, die in ca. 2 bis 4 % der Fälle auftreten. Bei 10 % der Patienten entwickelt sich eine Lymphozele, die jedoch in den meisten Fällen ohne

sicht verzichtbar. 47 6. Zusammenfassung. In der vorgelegten Arbeit wird das Wachstum nach der Transplantation hämatopoetischer Stammzellen und ihrer Konditionierungsverfahren wie Bestrahlung und Chemotherapie an einem gemischtgeschlechtlichen Kollektiv von 58 Patienten im Alter zwischen 6 Monaten und 16,5 Jahren mit hämatologisch-onkologischen Erkrankungen untersucht. Es handelt sich hierbei um ein Follow-up von 2 bis 10 Jahren, wobei die Veränderung der Körpergröße und des Körpergewichtes zu

die sich einem solchen Eingriff unterziehen müssen, häufig kardiovaskuläre und pulmonale Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, COPD und Nikotinabusus auf (188). Diese Risikofaktoren erhöhen die Inzidenz von postoperativen kardiovaskulären Komplikationen (31,79). Die Anästhesie für mikrolaryngoskopische Operationen wird in den meisten Fällen als Totale intravenöse Anästhesie (TIVA) durchgeführt. Zum einen handelt es sich, wie oben bereits

- 6 Bick, Alexander: Entscheidungskrite..., 2006, S. 26
- 7 Turin, Anna: Minderwuchs nach hämat..., 2007, S. 47
- 8 Kieber, Thomas: Clonidin als Adjuva..., 2003, S. 4

● 8% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

7



Textstelle (Prüfdokument) S. 11

können Tachykardien auslösen. So ist beispielsweise für das Narkosegas Desfluran in Abhängigkeit von Konzentration und Begleitmedikation eine sympathische Stimulation mit Herzfrequenzanstieg als Nebenwirkung beschrieben worden.^{29 46} Primär kardial bedingte Tachykardien treten vor allem beim vorgeschädigten Herzen (**Koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Myokarditis**) auf. Ventrikuläre Tachykardien treten als Komplikation einer koronaren Herzkrankheit insbesondere nach Myokardinfarkten auf und werden als wesentliche Ursache für den plötzlichen Herztod genannt.⁸² 1.2.3. Krankheitswert Tachykardien stellen nicht alleine ein Symptom einer bestehenden kardialen Vorerkrankung

29 Ebert TJ, Muzi M. Sympathetic activation with desflurane in humans. *Adv Pharmacol* 1994; 31: 369-78

46 Lopatka CW, Muzi M, Ebert TJ. Propofol, but not etomidate, reduces desflurane-mediated sympathetic activation in humans. *Can J Anaesth* 1999; 46:342-7

82 Zehender M, Faber T, Brunner M, et al. Akute Myokardischämie und ventrikuläre Arrhythmien in der Pathogenese des plötzlichen Herztodes. *Z Kardiol* 2000; 89:13-23

Textstelle (Originalquellen)

folgende Kriterien geprüft: Allgemeine internistische Vorerkrankungen Hierunter sind beispielsweise Erkrankungen der Schilddrüse, Hyperlipidämien oder ein Diabetes mellitus zu nennen Kardiale Vorerkrankungen Aufgeführt werden arterieller Hypertonus, **Koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz**, Herzrhythmusstörungen und vaskuläre Erkrankungen Drogenabusus Von großer Bedeutung hinsichtlich der Genese kardiovaskulärer Krankheiten ist hierbei ein Nikotinabusus. Alter Geschlecht Bei den Patienten wurden jeweils zwei 12-

- 9 Heid, Veronika: Veränderungen der Q..., 2006, S. 18

● **3%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

8

Textstelle (Prüfdokument) S. 11

sondern können einen unmittelbaren Krankheitswert haben. Die Vorstellung einer unmittelbaren Tachykardie-bedingten Schädigung des Herzens beruht auf dem physiologischen Zusammenhang von Myokardperfusion und Herzfrequenz. Die Perfusion der Aa. coronariae findet vorwiegend während der Diastole statt. Ein **Anstieg der Herzfrequenz führt zu einer Verkürzung der Diastolendauer** ¹² und damit zu einer verringerten myokardialen Perfusion bei gleichzeitig erhöhtem Sauerstoffbedarf. Besondere Bedeutung bekommt dieser Mechanismus bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit. Am Hunde-Modell wurden Tachykardie-induzierte Ischämien am Herzen bei verengten Koronararterien bereits nachgewiesen.¹ 1.3. **Anästhesie-Information-Management-System** Grundlage dieser retrospektiven Studie war die Auswertung der **Datenbank des Anästhesie-Information-Management-Systems (AIMS)** der **Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Gießen**. Mittels dieses AIM-Systems ließen sich die intraoperativen Tachykardien gemäß der in Abschnitt 1.2.1 beschriebenen DGAI-Definition retrospektiv bestimmen und mit weiteren Parametern des Kerndatensatzes Anästhesie korrelieren. 1.3.1. Entwicklung des AIM-Systems Die Entwicklung von NarkoData als

¹ Landsburg G, Zhou W, Aversano T. Tachycardia-Induced Subendocardial Necrosis in Acutely Instrumented Dogs with Fixed Coronary Stenosis. Anesth Analg 1999; 88: 973-979

● **34%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

subakuten Gefäßstenosierung, sondern im massiven Mehrverbrauch des Herzmuskels an Sauerstoff, bedingt durch eine hohe Kontraktionsfrequenz. Das Ausmaß der Koronarperfusion ist abhängig von der Diastolendauer. Ein **Anstieg der Herzfrequenz führt zu einer Verkürzung der Diastolendauer** und resultiert daher in einer verringerten myokardialen Perfusion bei gleichzeitig erhöhtem Sauerstoffbedarf. Die Tachykardie ist eine der ältesten Indikationen für Betablocker. Oft stellen sie hier

Anlage einer SpA im Rahmen einer kombinierten Spinal-Epiduralanästhesie die Häufigkeit einer Hypotension im Vergleich zur Anlage einer singulären SpA erhöht ist. 10 4 Material und Methoden 4.1 **Anästhesie-Information-Management-System 4.1.1** Geschichte Das heute kommerziell erhältliche AIMS NarkoData (IMESO GmbH, Hüttenberg) war zu Beginn der Entwicklung im Jahre 1987 eine rein intraoperative Narkosedokumentationssoftware. Wie auch bei anderen

den Datenbanken von ICUData standen zur Datenerhebung weitere Datenbanken von im Klinikum eingesetzten Systemen zur Verfügung. Zu diesen bestanden Verknüpfungen über eindeutige Patienten- und Fallidentifikationsnummern. 3.1.3.1 **Datenbank des Anästhesie-Information-Management-Systems** Seit mehreren Jahren befindet sich das Anästhesie-Information-Management-System (AIMS) NarkoData (IMESO GmbH, Hüttenberg) in der Anästhesieabteilung des Universitätsklinikums Gießen in Benutzung [6-8]. Nach Beendigung

hat der Arzt mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung. Es gibt nur wenige Aussagen in der Literatur über die Einarbeitungszeit für computergestützte Dokumentationssysteme. In der **Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Giessen** wird die Einführung durch spezielle Schulungssitzungen der für das PDMS verantwortlichen Anesthesisten durchgeführt. Bei Bedarf wird ein dafür zuständiger, ständig erreichbarer Administrator hinzugezogen. Außerdem steht

- **10** HAI: Abstractband vom Hauptstadtkon..., 2004, S.
- **11** Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 10
- **12** Brammen, Dominik: Ermittlung, Besch..., 2005, S. 17
- **13** Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 50

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

9

Textstelle (Prüfdokument) S. 12

sich die intraoperativen Tachykardien gemäß der in Abschnitt 1.2.1 beschriebenen DGAI-Definition retrospektiv bestimmen und mit weiteren Parametern des Kerndatensatzes Anästhesie korrelieren. 1.3.1. Entwicklung des AIM-Systems Die Entwicklung von NarkoData als anästhesiologische Dokumentationssoftware wurde 1987 von der Abteilung für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil der Universität Bochum in Zusammenarbeit mit der Firma ProLogic GmbH (Erkrath) eingeleitet. Das primäre Ziel bestand in einer automatisierten Erfassung von Vitaldaten und erweiterten Möglichkeiten der Klinikstatistik.² Im Jahr 1995 wurde NarkoData (Version 3) auf Basis eines MAC OS- Betriebssystems³ in der Abteilung Anaesthesiologie und Operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Gießen eingeführt. Der Datenaustausch erfolgte zunächst über Disketten. Im Zuge ständig wachsender Anforderungen im Sinne juristischer Dokumentations- und Beweispflichten, der Notwendigkeit personeller und organisatorischer Effizienzsteigerungen sowie komplexer Leistungserfassung und Abrechnungssysteme wurde NarkoData am Universitätsklinikum Gießen in Zusammenarbeit mit der Firma IMESO GmbH (Hüttenberg) schrittweise zu 13 einem umfassenden und vernetzten

2 Tryba M, Zenz M. NARKODATA-ein Narkoseprotokollsystem zur automatischen Dokumentation und Klinikstatistik. Anästh Intensivmed 1987; 28:149-153

3 Thieme Software. Thieme NarkoData, Handbuch zur Version 3.0. Thieme, Stuttgart, New York 2001

● 20% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Daten für die Leistungserfassung, Ausbildung, Wissenschaft und die Qualitätssicherung zu erhalten. Die 1995 zuerst im Klinikum installierte Version 3 des automatischen Anästhesieprotokollsystems NarkoData wurde ursprünglich von der Abteilung für Anaesthesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie der berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil der Universität Bochum und der Firma ProLogic GmbH (Erkrath) entwickelt [104]. Es handelte sich um ein Programm zur Erfassung medizinischer Daten in der Anästhesie, das als lokale Anwendung auf

MacOS (Apple Macintosh Computer) [102] entworfen war. 1996 wurde das Dokumentationssystem neu programmiert mit anschließender kontinuierlicher Weiterentwicklung der neuen NarkoData Version 4 [13]. Mithilfe des Programms werden in der Abteilung Anaesthesiologie und Operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Giessen jährlich über 20000 Narkosen an 112 dezentral liegenden Arbeitsplätzen dokumentiert. 3.2.2 Routinebetrieb der NarkoData-Version 4 Das AIMS NarkoData erfasst und archiviert alle anästhesierelevanten Daten, wie ADT- Daten (Admission,

- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 17
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 18

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
10

Textstelle (Prüfdokument) S. 13

NarkoData am Universitätsklinikum Gießen in Zusammenarbeit mit der Firma IMESO GmbH (Hüttenberg) schrittweise zu 13 einem umfassenden und vernetzten AIMS erweitert, welches den gesamten perioperativen Verlauf dokumentiert und den Datenaustausch mit den verschiedenen Klinikinformationssystemen (KIS) am **Universitätsklinikum Gießen und Marburg - Standort Gießen** ermöglicht.⁷ Seit dem Jahr 1997 werden mit der 4. Programmversion von NarkoData alle Narkoseleistungen der Klinik an 112 Arbeitsplätzen erfasst. Im Jahr 2005 wurden 27 854 Narkosen mit NarkoData dokumentiert. 1.3.1.1. Relationales Datenbankmodell Die **Grundlagen der Theorie der relationalen Datenbank wurden von Edgar F. Codd** Ende der 1960er Jahre gelegt und **in seiner Arbeit A Relational Model of Data for Large Shared Data Banks¹⁵** beschrieben. Die Daten werden in Form von zweidimensionalen Tabellen verwaltet, die über Schlüssel (Primärschlüssel innerhalb der Tabelle, **Fremdschlüssel** zu anderen **Tabellen**) **miteinander verknüpft** werden können. Unter Normalisierung einer relationalen Datenbank versteht man die Anwendung von Kriterien, damit das Modell einen bestimmten Ordnungszustand ("Normalenform") erreicht. Der Sinn der Normalisierung besteht darin, Redundanzen (mehrfach vorhandene Einträge) und Anomalien (einander widersprechende Dateninhalte) zu vermeiden und so die Wartung der Datenbank zu optimieren und deren Konsistenz zu gewährleisten. 1986 hat Codd 12 Anforderungen an ein RDBMS formuliert.¹⁶ Ende 1990 hat

● **10%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Dr. Amelung GmbH, Bibliothek, Altkönigstr. 16, 61462 Königstein Auskunft: 06174 298-0 2?P? Psychosomatische?und?psychotherapeutische?Aspekte?von? ? Schmerzstörungen Termin: 22.11.2006, 19:00 s.t. 21:00 Leitung: Prof. Dr. med. Ch. Reimer, Prof. Dr. med. W. Milch Ort: **Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen**, Frauenklinik, Hörsaal, Klinikstraße 32, Gießen Auskunft: 0641 9945699 3?P? Balintgruppe Termin: 23.11.2006, 18:30 20:00 Leitung: Dr. med. Herzig Ort: Praxis Dr. Herzig, Rohrbachstr. 7, 60389 Frankfurt Auskunft: 069 635363 Gebühr: 30,00 10?P? EMDR-Praxistag?zum? EMDR-Einführungs-Seminar

Dieser Schritt ist wesentlich für die folgende Implementierung in MS Access. Abbildung 10: Relationales Datenbankschema 4. Relationales Datenbankschema Die relationale Datenbank basiert auf dem Relationenmodell (ERM). Die **Grundlagen der Theorie der relationalen Datenbank wurden von Edgar F. Codd, in seiner Arbeit "A Relational Model of Data for Large Shared Data Banks"**, in den Jahren 1960 und 1970, gelegt. " Er hat 1886 in der Computer World einen Artikel

Papier dokumentierten Anästhesien konnte bis zum Jahr 2000 auf unter 8,5 % gesenkt werden. 20 4.1.3 Datenbank 4.1.3.1 Geschichte Das Konzept relationaler Datenbanksysteme basiert auf der 1970 von Edgar F. Codd veröffentlichten Arbeit **A Relational Model of Data for Large Shared Data Banks [35]**. In folgenden Forschungsarbeiten, u.a. aus dem IBM Forschungslabor (San Jose, USA), wird heute die Entwicklung relationaler Sprachen gesehen. Die bedeutendste dieser Entwicklungen war die Structured English

Feldgröße aufweisen. Aus Performancegründen sollte ein Fremdschlüssel einen Index mit bzw. ohne Duplikate erhalten, je nachdem, welche Beziehung vorliegt 1:n bzw. 1:1. Über den Primär- und den **Fremdschlüssel** werden **Tabellen miteinander verknüpft**, indem eine Beziehung zwischen den Schlüsseln erstellt wird. Den Grad der Beziehung (1:n, 1:1) steuert der Index der Schlüsselfelder. Die referenzielle Integrität stellt sicher, dass als

- 14 Hessisches Ärzteblatt 11/2006, 2006, S. 3
- 15 Herzog, Esther: Relationale Datenba..., 2004, S. 15
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 20
- 16 Breitenfellner, Gerhard: Datenbankm..., 2006, S. 125

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

11

Textstelle (Prüfdokument) S. 13

Codd in seinem Buch **The Relational Model for Database Management Version 2** die bisherigen 12 Regeln auf 333 differenziert.¹⁷ Jede Stufe der Normalisierung, die als Normalenform bezeichnet wird, ist durch klare mathematische Anforderungskriterien definiert. Jede höhere Stufe muss notwendigerweise die vorhergehende erfüllen. Praktische Relevanz besitzen heute die 1. bis 3. Normalenform (

7 Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Clinical and practical requirements of online software for anesthesia documentation - an experience report. *Int.J Med Inf.* 2000; 57:155-64.

15 Codd EF. A relational model of data for large shared data banks. *Communications of the ACM.* 1970; 13: 377-87

16 Codd EF. An evaluation scheme for database management systems that are claimed to be relational. *Proceedings of the Second International Conference on Data Engineering.* 1986; 720-729

17 Codd EF. A relational model for database management: version 2. *AVM Classic Books Series.* 1990;1-567

Textstelle (Originalquellen)

Fremdschlüssel

computerized adverse drug event monitor using a hospital information system." *Hosp.Pharm.* 27.9 (1992): 774, 776- 79, 783. 19. Codd, E. F. "A relational model of data for large shared data banks." *Communications of the ACM* 13.6 (1970): 377-87. 20. Codd, E. F. **the Relational Model for Database Management: Version 2.** Verlag Addison-Wesley, Bonn 1990. 21. Dasta, J. F. "Drug use in a surgical intensive care unit." *Drug Intell.Clin.Pharm.* 20.10 (1986): 752-56. 22. de Keizer, N. F. et al. "An evaluation of Patient Data Management Systems in

- 12 Brammen, Dominik: Ermittlung, Besch..., 2005, S. 81

● 15% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

12

Textstelle (Prüfdokument) S. 15

im Hinblick auf ihr perioperatives Risiko kardiovaskulärer Komplikationen parallelisiert wurden. Dabei wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der intraoperativen Tachykardie und der postoperativen Sterblichkeit, der Krankenhausverweildauer und der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung besteht. 15 2. **Fragestellung Ziel** dieser **retrospektiven** Arbeit **war** es, aufgrund **der Analyse** der Datenbank des AIM-Systems am Universitätsklinikum Gießen folgende Fragen zu beantworten: Wie häufig tritt intraoperativ eine klinisch relevante Tachykardie (Ereignis) auf? Wie hoch war die Krankenhaussterblichkeit in der Zielgruppe? Wie häufig mussten die Patienten in der Zielgruppe auf einer Intensivstation behandelt werden? Wie viele Patienten **in der** Zielgruppe wiesen eine verlängerte Krankenhausverweildauer auf? Wie unterscheiden sich diese Zielgrößen von den Werten der Referenzgruppe? Gibt es eine Korrelation zwischen dem Ereignis und

● 1% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Innere Medizin, Graz, Austria, 3Med. Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Graz, Austria, 4Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Neurochirurgie, Graz, Austria **Fragestellung:** **Ziel der retrospektiven Analyse war** die Evaluation **der** radiogenen Spätfolgen insbesondere der hypophysären Funktion nach konventioneller postoperativer Strahlentherapie von hypophysären Makroadenomen **in der** Langzeitbeobachtung. Methodik: Zwischen April 1984 and November 1994 wurden 87 Patienten (42 Frauen, 45 Männer) mit

- 17 DEGRO: Radioonkologie 2007. Zielger..., 2007, S. 82

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
13



Textstelle (Prüfdokument) S. 15

Gibt es eine Korrelation zwischen dem Ereignis und einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer? Zusätzlich wurde mittels einer logistischen Regressionsanalyse geprüft: - Welche präoperativen Risikofaktoren der Patienten weisen einen Zusammenhang mit den Hauptzielgrößen auf? Hierbei wurden die im **Cardiac-Risk-Index (CRI)** nach Lee⁴² definierten Risikofaktoren Dringlichkeit, das chirurgische Risiko des Eingriffs, kardio- und zerebrovaskuläre **Risikofaktoren, Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz** untersucht. 16 3. **Material und Methoden 3.1. Anästhesie-Informationssystem** In der **Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie** am **Universitätsklinikum Gießen und Marburg - Standort Gießen**

Textstelle (Originalquellen)

more clearly addressed. Alternative Measurement Tools A number of risk indices, in addition to the ASA PS classification, have been suggested for evaluating preoperative risk factors: **Cardiac Risk Index (CRI)**, New York Heart Association (NYHA) index, and the Canadian Cardiovascular Society classification (CCSC) of Angina, to name a few (Kaplan, 1987). The accuracy of each is controversial.

bei Patienten mit Diabetes mellitus, bzw. mit Niereninsuffizienz eine Verschlechterung der Prognose beobachtet werden. Bei einer Auswertung der Ergebnisse bei Patienten mit einer Kombination der **Risikofaktoren Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz**, wurde nach zwei Jahren eine Offenheitsrate von 58 % festgestellt. Bei Patienten ohne Diabetes und ohne Niereninsuffizienz, konnte dagegen eine 100 %ige Offenheitsrate nach 2,5 Jahren nachgewiesen werden. In

untersucht, ob bei Anlage einer SpA im Rahmen einer kombinierten Spinal-Epiduralanästhesie die Häufigkeit einer Hypotension im Vergleich zur Anlage einer singulären SpA erhöht ist. 10 4 **Material und Methoden 4.1 Anästhesie-Informationssystem 4.1.1 Geschichte** Das heute kommerziell erhältliche AIMS NarkoData (IMESO GmbH, Hüttenberg) war zu Beginn der Entwicklung im Jahre 1987 eine rein intraoperative Narkosedokumentationssoftware. Wie auch bei anderen

Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Göttingen, Deutschland Einsatz von Patienten-Daten-Management-Systemen in der Intensivmedizin Eine Stuserhebung R. Röhrig¹, M. Euler², L. Quinzio¹, B. Quinzio³, D. Brammen⁴, M. Specht⁵, H. Burchardi⁶, A. Junger¹ 1 **Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen**, Deutschland 2 Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie, Marienhospital Brühl, Deutschland 3 Institut für Medizinische Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Deutschland 4 Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg,

detektierten intraoperativen Ereignissen und der Krankenhausmortalität besteht.

- 18 Aronson, Wendy Lynn: VARIABILITY IN..., 2000, S. 24
- 19 Steiner, Martin: Langzeitergebnisse..., 2003, S. 165
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 10
- 20 Einsatz von Patienten-Daten-Managem..., 2006, S.

● 14% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

14

Textstelle (Prüfdokument) S. 16

kommt das AIMS NarkoData (Fa. IMESO GmbH, Hüttenberg) zum Einsatz. 3.1.1. Systemarchitektur Das AIMS besteht aus mehreren Modulen. NarkoData (Version 4) erlaubt die Dokumentation und Speicherung aller perioperativ anfallenden Daten. Als Kommunikationsmodul diente im Studienzeitraum NarkoPlus, das zwischenzeitlich durch die Applikation KisData ersetzt wurde, welches eine offene, herstellerunabhängige Kommunikationsschnittstelle zum Datenaustausch im Gesundheitswesen (Health level 7, HL7) besitzt.³⁷ Dieses HL7-basierte Modul erlaubt den Datenaustausch

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. Circulation 1999; 100: 1043-9.

37 Hammond WE. HL7-More than a communications standard. Stud Health Technol Inform 2003; 96:266-71

Textstelle (Originalquellen)

7 2.1 Anästhesie-Informationen-Management-System 2.1.1 Allgemeines Seit 1995 erfolgt die Anästhesiedokumentation in der Abteilung Anaesthesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie des Universitätsklinikums Gießen mit dem AIMS NarkoData (IMESO GmbH, Hüttenberg). Das Programm archiviert alle wichtigen Daten sowohl der Vitalparameter und Medikamente als auch der Daten zur Qualitätssicherung nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Anesthesiologie

beläuft sich auf mehr als 21.000 Narkosen pro Jahr. 4.1.2 Online-Dokumentation Das AIMS NarkoData ist eine Dokumentationssoftware, die funktionell aus mehreren Modulen besteht. Das Programm selbst erlaubt die Dokumentation und Speicherung aller perioperativ anfallenden Daten und steht im ständigen Transfer zu anderen 11 Subsystemen innerhalb der Klinik. Als Kommunikationsmodul dafür diente im Studienzeitraum das Programm NarkoPlus, das mittlerweile durch die

- 21 Röhrig, Rainer: Inzidenz und Prädik..., 2003, S. 2
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 10

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

15

● 9% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Prüfdokument) S. 17

welches eine offene, herstellerunabhängige Kommunikationsschnittstelle zum Datenaustausch im Gesundheitswesen (Health level 7, HL7) besitzt.³⁷ Dieses HL7-basierte Modul erlaubt den Datenaustausch mit anderen Systemen des Klinik- 17 Veränderungen in den Voreinstellungsdateien werden mittels eines **Software- Verteilungs-Programms (FileWave , Wave Research Inc., Berkeley CA) auf die einzelnen Arbeitsplätze** gespiegelt. Zur Optimierung der Datensicherheit wird der Dokumentationsverlauf im Intervall von einer Minute unabhängig voneinander sowohl auf dem Arbeitsplatzrechner als auch auf dem Server gespeichert. Im Stand-alone- Betrieb oder bei

37 Hammond WE. HL7-More than a communications standard. Stud Health Technol Inform 2003; 96:266-71

Textstelle (Originalquellen)

Mitarbeiter und Medikamente werden als Voreinstellungsdateien in der Datenbank abgelegt. Um Veränderungen zu machen, wird eine neue Voreinstellungsdatei erstellt und über ein **Software-Verteilungs-Programm (FileWave?, Wave Research Inc., Berkeley CA) auf die einzelnen Arbeitsplätze** verteilt. Sobald das Programm wieder gestartet wird, werden die Voreinstellungsdateien eingelesen. So wird eine Konsistenz der Daten an allen Arbeitsplätzen auch

- 22 Sciuk, Gregor: Computergestützte Do..., 2002, S. 0

● 9% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
16



Textstelle (Prüfdokument) S. 17

Arbeitsplatzrechner als auch auf dem Server gespeichert. Im Stand-alone-Betrieb oder bei einem Netzwerkausfall wird zwingend ein zweiter lokaler Datenträger (Diskette, USB-Speichermedium) eingesetzt. Lokal gespeicherte Protokolle oder **manuell auf Papierprotokollen erfasste** Narkoseleistungen werden **postoperativ** in das System eingegeben, um eine **vollständige Leistungserfassung in der Datenbank zu gewährleisten**. Innerhalb des Computernetzwerkes ist der **Datenimport** von Stamm- und Befunddaten aus dem **KIS** möglich. Für den **Transfer eines laufenden Narkose-Protokolls von einem Arbeitsplatz zum nächsten (z.B. Einleitung, OP-Bereich, AWR, usw.)** wird das Protokoll unterbrochen und am Folgearbeitsplatz wieder geöffnet. Nach **Beenden des Anästhesieprotokolls sind Änderungen durch die Benutzer nicht mehr möglich**. Ein **serverseitig auferlegter Schreibschutz** schließt Manipulationen aus. **Neben der** digitalen Sicherung wird beim Beenden des Protokolls aufgrund der gesetzlichen Erfordernisse zwingend ein gedrucktes Protokoll erstellt. NarkoData ist **sowohl** für das **Microsoft Windows - als auch** für das Mac **OS** -Betriebssystem verfügbar. Die Hardware-Anforderungen der Client- Computer ergeben sich im Wesentlichen aus den Erfordernissen des Betriebssystems. In der **Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie** werden unterschiedliche Computer nebeneinander eingesetzt.

Als

● **79%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

wieder im Netzwerk verfügbar ist. So ist eine gemischte Architektur von vernetzten und unvernetzten bzw. alleinstehenden Computern möglich. - 20 in **Manuell auf Papierprotokollen erfasste** Narkoseprotokolle können **postoperativ** das System eingegeben werden, um eine **vollständige Leistungserfassung in der Datenbank zu gewährleisten**. Innerhalb dieses Computernetzwerkes ist der **Datenimport** aus dem **KIS** genauso möglich wie der **Transfer eines laufenden Narkose-Protokolls von einem Arbeitsplatz zum nächsten (z.B. Einleitung, OP-Bereich, AWR, usw.)**. 3.2.4 Hardware Nach Eröffnung der Operativen Tagesklinik im Januar 1997 wurde das Programm auf Apple Macintosh Computer betrieben. Für die Macintosh Version wurde ein PowerPC mit 16 MB Sicherung serverseitig und die Integration in das bestehende Druckernetzwerk voraus. Ein Datenverlust beendeter, aber noch nicht gedruckter Protokolle soll auf diese Weise vermieden werden. Nach **Beenden des Anästhesieprotokolls sind Änderungen** an diesem **durch die Benutzer nicht mehr möglich**. Ein **serverseitig** auf das beendete und ausgedruckte Narkoseprotokoll **auferlegter Schreibschutz** soll Manipulationen ausschließen. So ist die digitale Version, **neben der** legislativ geforderten gedruckten Version, langfristig wieder abrufbar

Latenzzeiten findet man in [GD03a]. 2.3 Der Java basierte Remote Client Die Java basierte Client Software ist vorwiegend zur örtlich distanzierten Betrachtung entwickelt worden. Hierbei kann **sowohl** unter dem **Microsoft Windows** Betriebssystem, **als auch** unter dem Macintosh **OS** ein eingebetteter Videostrom mittels der Apple Quicktime Technologie genutzt werden. Weiterhin kann jede beliebige MPEG4 kompatible Videowiedergabe Software, die RTSP (Real Time Streaming Protocol) unterstützt,

hat der Arzt mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung. Es gibt nur wenige Aussagen in der Literatur über die Einarbeitungszeit für computergestützte Dokumentationssysteme. In der **Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie** des Universitätsklinikums Giessen wird die Einführung durch spezielle Schulungssitzungen der für das PDMS verantwortlichen Anästhesisten durchgeführt. Bei Bedarf wird ein dafür

- 22 Sciuk, Gregor: Computergestützte Do..., 2002, S. 0
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 12
- 23 Augmented Reality als haptische Ben..., 2004, S.
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 50

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

17



Textstelle (Prüfdokument) S. 17

Datenserver finden Computer mit hoher Input/Output-Leistung, etwa ein Pentium-PC mit PCI-Bus oder ein Macintosh Workgroup-Server Anwendung. 18 3.1.2. Datenerfassung Mittels NarkoData (Version 4) werden die anästhesierelevanten Daten von der Prämedikationsvisite, der Narkose und der postoperativen Überwachung im Aufwachraum (AWR) bis einschließlich der Verordnungen und Übergabeinformationen an die postoperativ aufnehmende Station nach den Vorgaben

Textstelle (Originalquellen)

zuständiger, ständig erreichbarer Administrator
Arbeitsspeicher und 500 MB Festplatte ist ausreichend. Für die Macintosh Version wird ein PowerPC mit 16 MB Arbeitsspeicher und 500 MB Festplatte empfohlen. Bei Netzwerken eignet sich als **Datenserver** ein **Computer mit hoher Input/Output-Leistung, etwa ein Pentium-PC mit PCI-Bus oder ein Macintosh Workgroup-Server**. Der Vitaldatenmonitor und das Narkosegerät sind mit dem Rechner am Arbeitsplatz jeweils über eine serielle Schnittstelle RS232 verbunden. Alle Softwaremodule wurden mit Microsoft C++ Development-Tools

- 21 Röhrig, Rainer: Inzidenz und Prädik..., 2003, S. 13

● **58%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
18



Textstelle (Prüfdokument) S. 18

oder eines tragbaren Computers können die Anamnese und die Befunde der Prämedikationsvisite direkt in NarkoData dokumentiert werden. Anderenfalls wird ein Prämedikationsbogen handschriftlich ausgefüllt und am Operationstag in NarkoData übernommen. Zu den präoperativ erhobenen Werten gehören **biometrische Daten, Diagnosen, geplante Eingriffe, Vorerkrankungen**, Dauermedikation, Vitalwerte und Untersuchungsbefunde sowie ASA-Klassifikation²⁷ und Mallampati-Score.⁴⁸ Die Dokumentation von Diagnosen und Eingriffen erfolgt nach den in der Datenbank hinterlegten Kodierungsschlüsseln des **ICD9** bzw. **ICD 10** und **ICPM** bzw. **OPS-301**. Prä- und intraoperative Labordaten sowie Daten aus vorherigen Narkoseprotokollen können aus dem KIS importiert werden. Perioperativ werden Anästhesiezeiten, beteiligtes Personal, Maßnahmen, Medikamentenapplikation, Bilanzen, anästhesiologische Verlaufsbeobachtungen (AVB) und Befunde vom Anästhesisten am Computer mittels Tastatur und

27 Dripps RD. New classification of physical status. *Anesthesiology* 1963; 24: 111

48 Mallampati S, Gatt S, Gugino L, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J*; 32 (4): 429-34



2% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

an 112 dezentral liegenden Arbeitsplätzen dokumentiert. 3.2.2 Routinebetrieb der NarkoData-Version 4 Das AIMS NarkoData erfasst und archiviert alle anästhesierelevanten Daten, wie ADT- Daten (Admission, Discharge and Transfer), **biometrische Daten, Diagnosen, Eingriffe, Vorerkrankungen**, Vitalparameter und Medikamentenapplikationen. Der Kerndatensatz zur Qualitätssicherung nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin (DGAI) [32] wird ebenfalls dargestellt. Die graphische Benutzeroberfläche (Abbildung 1)

Papierdokumentation entwickelten Datenfelder des Kerndatensatzes der DGAI [32] konnten erweitert und an die Möglichkeiten der digitalen Online-Erfassung angepasst werden. Diagnose und Eingriffe werden nach Codierungsschlüsseln (**ICD9, ICD10, ICPM, OPS-301**), die in der Datenbank aufbewahrt werden, verschlüsselt. Bei der Patientenübergabe ist ein Übersichtsfenster, welches eine schnelle Orientierung über die Inhalte der Dialogfenster (Abbildung 1) ermöglicht, hilfreich. Außer intraoperativer Anwendung

- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 18
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 20

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

19

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 20

der Gasindex überwacht, um zu verhindern, dass die Summe aller Gasanteile über 100% liegt. Vor Abschluss des Protokolls findet eine Überprüfung der Pflichtfelder statt. Eine Beendigung des Protokolls und der Ausdruck auf Papier sind nur bei **Vollständigkeit und Konsistenz des Datensatzes** möglich.

3.1.4. Datenbank In dem AIMS der **Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie** findet eine Oracle -Datenbank (**Oracle Corporation, Redwood Shores, USA**) der Version 7.3x mit einem **Relationalen Datenbank Management System (relational database management System, RDBMS) für die permanente Datenspeicherung** Verwendung. 3.1.4.2. Datenübernahme Eine serverseitig implementierte Routine importiert automatisch alle beendeten und schreibgeschützten Narkoseprotokolldateien in die Datenbank des AIM-Systems. 3.1.4.3. Datenbankstruktur **Die Tabellen der in dieser Studie verwendeten Datenbank entsprechen im Wesentlichen dem relationalen Datenmodell in der 3. Normalenform. Die Datenbank**

● **39%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Aufteilung in Stammtabellen und Verlaufstabellen konsistente Programm-Stammdaten durch Export aus der Datenbank Kontrolle auf Vollständigkeit und Konsistenz des Datensatzes während des Erhebungsprozesses Kontrolle auf **Vollständigkeit und Konsistenz des Datensatzes** während des Datenbankimports Verfügbarkeit der Daten für eine Auswertung mit einem Standard SQL-Tool Einsicht und Ausdruck früherer Narkoseprotokolle am Arbeitsplatz Export von Daten früherer

hat der Arzt mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung. Es gibt nur wenige Aussagen in der Literatur über die Einarbeitungszeit für computergestützte Dokumentationssysteme. In der **Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin** und **Schmerztherapie** des Universitätsklinikums Giessen wird die Einführung durch spezielle Schulungssitzungen der für das PDMS verantwortlichen Anästhesisten durchgeführt. Bei Bedarf wird ein dafür zuständiger, ständig erreichbarer Administrator

on the local hard disk and on a network server. At the end of anaesthesia, a completed protocol file is subsequently imported into an Oracle database (version 7, **Oracle Corporation, Redwood Shores, California, USA**). The database is designed according to the principles of a relational data model and consists of 163 tables: ⁹⁰ tables with 450 attributes for time dependent data

bis zu diesem Zeitpunkt liegt er als Textdatei vor) in die Datenbank importiert. 3.2.7 Datenbankstruktur Das AIMS benutzt eine Datenbank (Oracle?, Oracle Corporation, USA) mit einem **Relationalen Datenbank Management System (relational database management system, RDBMS) für die permanente Datenspeicherung**. Das Datenbankdesign erfolgte gemäss den Prinzipien des relationalen Datenmodells. Das relationale Datenmodell wurde zu Beginn der siebziger Jahre von Codd [18] auf der Grundlage der relationalen

Verlust) [36, 38, 39, 41-44]. 4.1.3.4 Datenbankstruktur NarkoData Als Datenbanksystem für NarkoData wird eine relationale ORACLETM-Datenbank in der Version 7.3x (ORACLE Corporation ORACLE, Redwood Shores, USA) verwendet. **Die Tabellen der Datenbank entsprechen im Wesentlichen dem relationalen Datenmodell in der 3. Normalenform. 27 Die**

- 24 Quinzio, Lorenzo: Einführung der co..., 2003, S. 61
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 50
- 25 Dehne, M. G., Junger, A., Hartmann, ..., 2005, S. 2202
- 22 Sciuk, Gregor: Computergestützte Do..., 2002, S. 0

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
20

Textstelle (Prüfdokument) S. 20

besteht aus 163 **Tabellen**, die in ihrer Gliederung und Nomenklatur den Programmaufbau von **NarkoData** widerspiegeln. Die **Datenbank strukturiert sich in 73 Stammtabellen** mit 230 Attributen (z.B.: 21 **Stamm_Fachabteilung**, **Stamm_OPBereich**) und **90 Verlaufstabellen** mit 450 Attributen. Die Verlaufstabellen gliedern sich in Tabellen mit **prä-, intra- und** postoperativ erhobenen Daten (z.B.: **PraeopVisite**, **PraeopMedikation**, **IntraopNarkoseart**, **IntraopKommentar**, **PostopVerlegung**, **PostopUntersuchungsbefund**) sowie echte Verlaufstabellen, die der Dokumentation kontinuierlich aufgezeichneter Verläufe (z.B.: **Verlauf_RRPuls**, **Verlauf_SaO2**) dienen. **Abbildung 3: Auswahl von Tabellen der Datenbank**. Im Vordergrund werden die Datenbankfelder der Tabelle "Operation" angezeigt. Mit Hilfe von systemeigenen **ORACLE SQL-Tools**, wie dem **SQL-Worksheet**, aber auch mit Hilfe der grafischen **Benutzeroberfläche Voyant**, können mittels der genormten Datenbanksprache **SQL** (structured query language) die

Textstelle (Originalquellen)

Datenbank gliedert sich in ca. 150 **Tabellen**, die von **NarkoData** benutzt werden. Schon in der Datenbank ist eine Gliederung ähnlich dem Aufbau der Applikation zu erkennen. Die

ähnlich dem Aufbau der Applikation zu erkennen. Die **Datenbank strukturiert sich in** mehr als 60 Stammtabellen, die auch zur Konfiguration der Applikation genutzt werden (**Stamm_Medikament**, **Stamm_Fachabteilung**, **Stamm_OPBereich**, etc.), und **90 Verlaufstabellen**, die den Ablauf einer Narkose in der Datenbank abbilden. Diese Verlaufstabellen sind wiederum in **prä-, intra- und** postoperative Phasen einer Anästhesie unterteilt. Die Tabellennomenklatur orientiert sich zum großen Teil an dieser Strukturierung (**PraeopVisite**, **PraeopMedikation**, **IntraopNarkoseart**, **IntraopKommentar**, **PostopVerlegung**, **PostopUntersuchungsbefund**). Neben dieser Nomenklatur bestehen noch weitere Verlaufstabellen aus strikt normierten Tabellen, wie sie etwa zur Speicherung der Zeitendokumentation (**Verlauf_OPZeit**, **Verlauf_OPZeit_P**,...) oder anderer Parameter

kann in verschiedenen Formen von Diagramm- oder Tabellenstrukturen erfolgen. Tabellen können so miteinander verknüpft, durch verschiedene Verfahren ausgewählt, mehreren Operationen unterzogen und ausgewertet werden (Abbildung 3). **Abbildung 3: Auswahl von Tabellen der Datenbank**. Im Hintergrund befindet sich die Tabellenübersicht, **im Vordergrund** das geöffnete Fenster **der Tabelle " Operation"** mit ihren Datenfeldern. Nachdem die Datenausgabe mit **VoyantTM** vorbereitet wurde, werden

Speicherung der Zeitendokumentation (**Verlauf_OPZeit**, **Verlauf_OPZeit_P**,...) oder anderer Parameter wie **Medikation** (**Verlauf_Medikament**) oder **Vitalparameter** (**Verlauf_RRPuls**, **Verlauf_SaO2**,...) verwendet werden. **Mit Hilfe von systemeigenen ORACLE SQL-Tools**, wie dem **SQL-Worksheet**, aber auch mit Hilfe der grafischen **Benutzeroberfläche Voyant**, können die ursprünglichen Relationen aus dem Narkoseverlauf rekonstruiert werden. 4.1.3. 5 Datenanalyse mit **Voyant** Zur Datenanalyse wurde das Programm **Voyant** verwendet. Diese grafische Oberfläche ermöglicht es dem

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 26
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 27
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 25
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 27

● 32% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
21

Textstelle (Prüfdokument) S. 21

ursprünglichen Relationen aus dem Narkoseverlauf rekonstruiert werden sowie Auswertungen und Abfragen erfolgen. 22 3.1.5.Datenextraktion Für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Studie sind umfangreiche statistische Analysen notwendig. Die relevanten Datensätze des RDBM- Systems müssen für die statistische Auswertung aufbereitet und in Tabellenform überführt werden. Für die Datenextraktion dieser Arbeit wurden sowohl das Programm Voyant als

Textstelle (Originalquellen)

Verlauf_SaO2,...) verwendet werden. Mit Hilfe von systemeigenen ORACLE SQL-Tools, wie dem SQL-Worksheet, aber auch mit Hilfe der grafischen Benutzeroberfläche Voyant , können die ursprünglichen Relationen aus dem Narkoseverlauf rekonstruiert werden. 4.1.3.5 Datenanalyse mit Voyant Zur Datenanalyse wurde das Programm Voyant verwendet. Diese grafische Oberfläche ermöglicht es dem Benutzer, auf einfachem Wege Beziehungen (Links) zwischen den

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 27

● 12% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

22

Textstelle (Prüfdokument) S. 22

von NarkoData keine fehlenden oder strukturfalschen Eingaben toleriert werden, gab es keine "missing values". Die Parameter der diversen Vorerkrankungen und der Dauermedikation sind in der Datenbank dagegen keine Pflichtfelder. Im Rahmen der Datenextraktion wurden solche missing values als NULL-Variablen in der Ergebnistabelle gespeichert. Bei der Dokumentation der Befunde und der Dauermedikation ist es in NarkoData möglich, z. B. Beta-Blocker als Dauermedikament einzutragen, das Feld "antiarrhythmische Therapie" jedoch nicht zu markieren. Im Rahmen der Datenextraktion in die Ergebnistabelle

Textstelle (Originalquellen)

Befunden eine Eintragung erfolgt. Abbildung 6: Mögliche NarkoData-Eintragen für eine präoperativ bekannte Hypertension des Patienten in der präoperativen Visite. Die statistische Aufarbeitung muss also sogenannte Missing Values als NULL- Variablen (nicht vorhanden) verarbeiten und in die Ergebnistabelle übernehmen. Dieses Handling sogenannter NULL-Variablen erschwert die Datenbankabfragen und kann zu schwerwiegenden Fehlern führen. Viele dieser Attributwerte

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 33

● 5% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
23



Textstelle (Prüfdokument) S. 22

möglich, z. B. Beta-Blocker als Dauermedikament einzutragen, das Feld "antiarrhythmische Therapie" jedoch nicht zu markieren. Im Rahmen der Datenextraktion in die Ergebnistabelle wurden solche Fehler berücksichtigt. Wie zuvor beschrieben, werden die Einzelzeitpunkte **in der Datenbank in verschiedenen Tabellen gespeichert. Um Zeitdifferenzen errechnen zu können, sind Berechnungen zwischen den einzelnen Tabellen nötig.** Diese erfordern die **Nutzung des SQL-Worksheets. Um die Zeit zwischen Beginn einer tachykarden Episode und der intravenösen Applikation der Antiarrhythmika berechnen zu können, sind diese Einzelzeitpunkte für die jeweiligen Medikamente in Relation zum Applikationsereignis zu setzen.** Die Zwischenergebnstabellen wurden in der **Endphase der Datenbankrecherche kontrolliert** und einer Plausibilitätsüberprüfung unterzogen. **Über den Primärschlüssel wurden diese zu einer Ergebnistabelle verbunden und für die** folgenden univariaten und multivariaten Analysen gespeichert. Im Rahmen der präoperativen Visite wurden die Größe und das Gewicht der Patienten erhoben. Daraus wurde in der Ergebnistabelle als zusätzliche **Variable der Body-Mass-Index (BMI)** als gängiger Parameter zur Beschreibung der körperlichen Konstitution gebildet. 24 3.2. Klinische Parameter 3.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien In diese Studie wurden alle Patienten einbezogen, die sich im Beobachtungszeitraum von 22 Monaten einem operativen Eingriff am Universitätsklinikum Gießen unterzogen haben

Textstelle (Originalquellen)

ausgeschlossen. 4.2.5 Exzerpt zeitabhängiger Parameter Die Zeitendokumentation unterliegt **in der** Applikation NarkoData den zuvor beschriebenen Algorithmen. Datenbankseitig werden Einzelzeitpunkte wie Zeitpunkt der Medikamentenapplikation und Schnitt in **verschiedenen Tabellen gespeichert. Um Zeitdifferenzen errechnen zu können, sind Berechnungen zwischen den einzelnen Tabellen nötig.** Diese Berechnungen können nicht mit der grafischen Benutzeroberfläche von Voyant durchgeführt werden sondern **erfordern ebenfalls die Nutzung des SQL-Worksheets. Um die Menge der intravenös applizierten kristalloiden und kolloidalen Lösungen vor Punktionsbeginn, d.h. wiederum zeitabhängig, berechnen zu können, sind diese Einzelsummen für die einzelnen 35 Medikamente in**

jedes Narkoseprotokoll statt. 36 Abbildung 7: SQL-Worksheet-Ausschnitt des verwendeten Algorithmus zur Detektion einer relevanten Hypotension und Supratoninmedikation. 4.2.7 Ergebnisaufbereitung und Zusammenstellung Die Zwischenergebnstabellen wurden in der **Endphase der Datenbankrecherche kontrolliert** und auf fehlerhafte Werte überprüft. **Über den Primärschlüssel dieser Ergebnistabellen wurden diese verbunden und in einer Ergebnistabelle für die** folgenden univariaten und multivariaten Analysen gespeichert.

for the total Caucasian population are given. Gender alone explains 52 percent of the variance in body fat. Table 2. Regression of percent body fat as dependent **variable** and **body mass index (BMI)**, age and sex as independent variables for the Caucasian studies *. Sex P -10.5 -10.5 -11.4 SE 1.5 0.9 0.8 Age (years) P - 0.28 0.20 SE - 0.03 0.03 BMI (kg/m²) P SE - - 1.294 0.253 Intercep (%) Mean 32.4 20.0 -8.0 t SE 1.1 1.6 5.6 SEE (%) 5.2 3.2 2.5 R* 0.52 0.81 0.88 Abbreviations: 3, regression coefficient;

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 34
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 36
- 26 Deurenberg, P./u.a.: Body mass inde..., 1998, S. 37

● 31% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
24

Textstelle (Prüfdokument) S. 24

und Ausschlusskriterien In diese Studie wurden alle Patienten einbezogen, die sich im Beobachtungszeitraum von 22 Monaten einem operativen Eingriff am Universitätsklinikum Gießen unterzogen haben und deren perioperative Daten mit dem computergestützten AIMS erfasst wurden. Datensätze von **Patienten, die sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen** haben, sowie Daten von Patienten unter 18 Jahren wurden von der Studie ausgenommen. 3.2.2. **Intraoperative Tachykardie** Die **intraoperative Tachykardie** wurde nach dem Kerndatensatz der DGAI [26;54;71] wie folgt definiert: Herzfrequenz > 100/min über einen Zeitraum von mindestens 5 Minuten und intravenöse Applikation eines geeigneten Antiarrhythmikums (**Beta-Blocker, Ca-Antagonisten**, Herzglykoside, Na-Kanalblocker/Vaughan-Williams Klasse I, K-Kanalblocker/Vaughan-Williams Klasse III) innerhalb von 15 Minuten nach Beginn der tachykarden Episode und/oder Kardioversion/Defibrillation. 3.2.3. Perioperatives Risiko kardiovaskulärer Komplikationen (Matching-Kriterien) Die perioperative Prognose des Patienten wird von kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst [33]. Um eine Konfundierung durch diese Parameter zu vermeiden, wurde die Referenzgruppe im Hinblick

● **16%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Phase keine Veränderung des pHi-Wertes 22 hatten, konnten problemlos von der Beatmung entwöhnt werden [64]. Landow et al [55] untersuchte den Stellenwert der Perfusion des Splanchnikusgebietes bei **Patienten, die sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen**. Er verglich hierfür das systemische Sauerstoffangebot, die arterielle-, gemischt-venöse-, hepatisch-venöse- und femoral-venös- Sauerstoffsättigung, die Laktatkonzentration und den intramukosalen pHi miteinander. Sie folgerten,

über mehr als 10 Minuten einen Abfall ihres systolischen Blutdruckes um 30 % und mehr zeigten. Intraoperative Hypotonie scheint also die perioperative kardiale Morbidität ganz wesentlich zu beeinflussen. 4.2.3 **Intraoperative Tachykardie** Auch die **intraoperative Tachykardie** und ihre Bedeutung für perioperative kardiale Morbidität sind Gegenstand wissenschaftlichen und klinischen Interesses. Erhöhung der Herzfrequenz führt bei verkürzter diastolischer Ventrikelfüllungszeit und gesteigerter Ventrikelleistung pro

Patienten wiesen eine koronare Dreifäßerkrankung, 9 Patienten eine Zweifäßerkrankung, 1 Patient eine Eingefäßerkrankung auf. Bei 35 Patienten erfolgten kardiochirurgische bzw. kathetertechnische Interventionen. Die kardiale Medikation umfasste ACE-Hemmer (n = 18), **Beta-Blocker (n = 32)**, **Ca-Antagonisten (n = 9)**, Nitropräparate (n = 19). Die lipidsenkende Medikation mittels CSE-Hemmer in Höchstdosierung wurde als Monotherapie (n = 26) bzw. als Kombination mit einem Ionenaustauscher (n = 9) oder Fibrat (n = 6) durchgeführt. Im Rahmen der PET-

- 27 Evaluierung unterschiedlicher Metho..., 2003, S. 22
- 28 Vogt, Hannelore: Zum Einfluß von De..., 2001, S. 43
- 29 Der Lipidreport 2/2002, 2002, S. 8

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
25

Textstelle (Prüfdokument) S. 24

Perioperatives Risiko kardiovaskulärer Komplikationen (Matching-Kriterien)
Die perioperative Prognose des Patienten wird von kardiovaskulären Risikofaktoren beeinflusst [33]. Um eine Konfundierung durch diese Parameter zu vermeiden, wurde die Referenzgruppe im Hinblick auf das perioperative Risiko kardiovaskulärer Komplikationen **mittels Matched-Pairs-Technik** mit der Zielgruppe parallelisiert. Hierzu wurden in Erweiterung der Kriterien des "**revised cardiac risk index**" (CRI) von Lee et al.⁴² acht Parameter definiert, welche die Schwere und Dringlichkeit des Eingriffs, den zerebralen und kardialen Gefäßstatus, die Herzleistung sowie die häufigen Begleiterkrankungen Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus berücksichtigen.
Der Index nach Lee

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-9.

Textstelle (Originalquellen)

ACC) für das akute Koronarsyndrom. Aus einem Kollektiv von 342 Patienten wurden 32 Patienten mit akutem Koronarsyndrom in diese Studie aufgenommen, in zwei Gruppen mit jeweils 16 Patienten **mittels matched pairs Technik** unterteilt und analysiert. Eine Gruppe erhielt zusätzlich zur Standard- Therapie Tirofiban. Es wurden Blutabnahmen bei Aufnahme, nach 3-6 Stunden und nach 12-24 Stunden gewonnen. Hieraus wurden Troponin I

record-keeping system were analyzed in patients undergoing noncardiac surgery. The performance of two established classification models used in routine for perioperative risk assessment, the **Revised Cardiac Risk Index (RCRI)** (10) and the ASA physical status classification (11), were assessed for their predictive value, although they were not developed primarily for these purposes. We then developed

- 30 Storm, Christian: Messung von Phosp..., 2004, S.
- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 4% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
26



Textstelle (Prüfdokument) S. 25

Risikos Hohes Operationsrisiko: - intraperitonealer Eingriff - intrathorakaler Eingriff - suprainguinale Chirurgie großer Gefäße Manifeste Herzinsuffizienz (NYHA >II) Manifeste koronare Herzkrankheit: - Herzinfarkt < 6 Monate und/oder - koronar-angiografisch gesicherte Stenose und/oder - instabile Angina pectoris Canadian class III oder IV Zerebrovaskuläre Vorerkrankung: - **Stenose >60% der Arteria carotis (ein-/beidseitig)** und/oder - Schlaganfall in der Anamnese Niereninsuffizienz: Serum-Kreatinin >114,4 umol/l Diabetes mellitus: - unbehandelt - orale Medikation - insulinpflichtig Dringlichkeit des Eingriffs: - **Notfall (Operation innerhalb 2 Stunden nach Aufnahme notwendig)** - dringlich (Operation innerhalb 6 Stunden nach Aufnahme notwendig) - elektiv Geschlecht: - männlich - weiblich 26 3.2.4. Prognose-Parameter 3.2.4.4. Krankenhaussterblichkeit Die Krankenhaussterblichkeit ist ein gängiger Parameter zur Beschreibung der postoperativen Prognose und konnte aus der Datenbank des KI-Systems am

Textstelle (Originalquellen)

mit Blutung, Primärkode bei alk. Leberzirrh.: K70.3 I80.81 Paget-Schroetter-Syndrom I87.00 Postthrombotisches Syndrom, ohne Ulzeration I87.01 Postthrombotisches Syndrom, mit Ulzeration I73.0 Raynaud-Syndrom I65.2 Stenose, Arteria carotis, einseitig, ohne Hirninfarkt I65.3 **Stenose, Arteria carotis, beidseitig**, ohne Hirninfarkt I77.1 Stenose, Arteria subclavia I80.0 Thrombose/Phlebitis, oberflächliche Beinvenen I82.80 Thrombose Milzvene I80.80 Thrombose oberflächliche Armvenen (V. basilica/cephalica) I80.81 Thrombose tiefe Armvenen (V. subclavia/axillaris/brachialis) I80.1 Thrombose, Vena femoralis I80.20

et al [86] zwischen einer Low-risk- und einer High-risk-Gruppe unterschieden werden Als High-risk-Gruppe gelten: 1. Patienten mit dringlicher Operation oder Operation im **Notfall (Operation innerhalb 48 Stunden nach Aufnahme)** 2. Elektiv operierte Patienten mit Tumor im linken Kolon (Sigma und Colon descendens) und histologisch bestimmter Infiltration jenseits der Muscularis propria mehr als 15 mm. Low- und High-

- 32 A/B/U/Z Spezifische Infektionen C/D..., 0000, S. 0
- 33 Kolorektales Karzinom III. Daten zu..., 2005, S. 56

● **9%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

27

Textstelle (Prüfdokument) S. 26

übernommen werden. Daten über längerfristige Überlebensraten lagen für diese Studie nicht vor. Die Erhebung solcher Werte setzt einen fortgesetzten Kontakt zum Patienten voraus und ist [in diesem](#) retrospektiven Studiendesign nicht enthalten. 3.2.4.5. Notwendigkeit intensivmedizinischer Behandlung Die [postoperative Verlegung](#) des [Patienten](#) auf eine [Intensivstation](#) erfolgt aufgrund ausgefallener oder gestörter vitaler Organfunktionen. Die Notwendigkeit intensivmedizinischer Behandlung ist ein üblicher Parameter zur Beschreibung des postoperativen Verlaufs. 3.2.4.6. Verlängerte Krankenhausverweildauer Die Krankenhausverweildauer ist ein Indikator für die Dauer der Erholungsphase des Patienten nach

Textstelle (Originalquellen)

Überwachungszeiten auf der Intensivstation verkürzt werden [24, 29]. Die Definition von Fast track bedarf aber auch [in diesem](#) Zusammenhang genauerer Betrachtung. Während eine Arbeit von Kogan [24] die [postoperative Verlegung](#) der [Patienten](#) von der [Intensivstation](#) am 1. postoperativen Tag als Fast track Kollektiv definiert, werden die Patienten der Fast track Gruppe in einer Arbeit von Calafiore [23] bereits am Operationstag von der

- 34 Besser, David: Fast track Verfahren..., 2006, S. 42

● 1% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

28

Textstelle (Prüfdokument) S. 27

Erholungsphase des Patienten nach einem operativen Eingriff. Sie hängt vom Umfang des chirurgischen Eingriffs und dem Auftreten von postoperativen Komplikationen ab. Eine Krankenhausverweildauer des Patienten von mehr als 21 Tagen wurde als "verlängert" definiert. 27 3.3. Statistische Methoden 3.3.1. **Bildung von "Matched Pairs"** Zur **Bildung** der Referenzgruppe wurde zu jedem Patienten der Zielgruppe ein Zwilling ermittelt, der bezüglich der acht definierten Kriterien (vgl. **Tabelle 2**) dem jeweiligen Patienten der Zielgruppe gleicht. Hierfür kam das **Programm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, SPSS GmbH Software, München)** zur Anwendung. Mit einer eigens entwickelten Programmroutine wurden in einem ersten Parallelisierungsschritt alle Patienten der Datenbank ermittelt, die in allen acht Kriterien dem jeweiligen Patienten der Zielgruppe gleichen. Handelte es sich

Textstelle (Originalquellen)

Wert betrug 1.170 U/l. Die sofort durchgeführte Koronarangiographie zeigte einen Verschuß des RIVA. Es konnte eine erfolgreiche PTCA mit ergänzender Stentimplantation durchgeführt werden. 3.7 Vergleich der Therapiegruppen mittels **Bildung von "matched pairs"** Die **Bildung** der "matched pairs" nach den in Kapitel 2.9 genannten Kriterien ermöglichte einen Vergleich der Patientengruppen bei gleicher Patientenzahl (n=25). Obwohl sich im Vergleich der Gruppe A und B keine

der Erkrankungsdauer der Patienten. Dies konnte hier nachgewiesen werden für die Kainat-Untereinheit GluR 6 im Hippocampus und für die Kainat-Rezeptoruntereinheit GluR 5 im temporalen Neocortex (vgl. **Tabelle 3.10**). Außerdem lassen sich für die jeweiligen Patienten stochastisch lineare positive Korrelationen zwischen den Kainat-Rezeptoruntereinheiten GluR 5 und GluR 6 im Hippocampus finden. Die Signifikanzschwelle von 5 % wird um ca. einen ein Volumenpreloading im Untersuchungszeitraum in den internen Leitlinien nicht empfohlen worden. 41 4.4 Statistische Methoden Die statistische Auswertung der aus der Datenbank extrahierten Parameter erfolgte mit dem **Programm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** für Microsoft WindowsNT (**SPSS GmbH Software, München**). Die Ergebnistabellen der Datenbankauswertung wurden im Textdateienformat in SPSS eingelesen und weiter analysiert. 4.4.1 Modellentwicklung Primär wurde die abhängige

- 35 Ninnemann, Susanne: Untersuchung de..., 2001, S. 28
- 36 Kortenbruck, Günter: Analyse der RN..., 2003, S. 81
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 41

● 21% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

29

Textstelle (Prüfdokument) S. 28

der Datenbank zugeordnet werden konnte, wurden aus der Zielgruppe ausgeschlossen. 28 3.3.2. Univariate Verfahren Zur statistischen Auswertung wurden die Ergebnistabellen der Datenbankauswertung im Textdatei-Format in das Programm SPSS eingelesen. Für metrische Variablen wurden arithmetischer Mittelwert (MW), **Standardabweichung (SD)**, **Median (s)** und das **95 %-Konfidenzintervall (KI)** berechnet. Zur Berechnung statistischer Hinweise auf signifikante Gruppenunterschiede zwischen der Ziel- und der Referenzgruppe wurde entweder der xz-Test für die abhängigen Variablen oder der exakte Fischer-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Die metrischen

Textstelle (Originalquellen)

Analysen wurden mit dem PC-Statistikprogramm SPSS für Windows (Firma SPSS GmbH Software, München) durchgeführt. Normal und nicht-normal verteilte Daten wurden deskriptiv als Mittelwert **Standardabweichung (SD)**, **Median und 95% Konfidenzintervall** ausgedrückt und graphischen dargestellt. Um zwei Stichproben miteinander vergleichen zu können, wurden, sofern eine Normalverteilung vorlag, parametrische Verfahren wie z. B. der "Student's t-Test" oder "Pearson'sche

- 37 Thoennissen, Nils H.: Detektion mik..., 2005, S. 42

● 9% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
30



Textstelle (Prüfdokument) S. 28

auf signifikante Gruppenunterschiede zwischen der Ziel- und der Referenzgruppe wurde entweder der xz-Test für die abhängigen Variablen oder der exakte Fischer-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Die metrischen **Variablen wurden** verglichen **mit dem nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben. Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt (a-Fehler).** 3.3.3. Multivariate Verfahren Da es sich bei den Zielgrößen um qualitative Merkmale handelt, welche nicht modelliert werden können, wurde zusätzlich eine **logistische Regressionsanalyse durchgeführt**, mit welcher der **Einfluss** der Parameter hohes Operationsrisiko, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Vorerkrankung, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, dringlicher Eingriff, intraoperative Tachykardie auf die Auftrittswahrscheinlichkeit der Ausprägung der drei Zielgrößen Krankenhaussterblichkeit, Notwendigkeit der intensivmedizinischen Behandlung, verlängerte Krankenhausverweildauer berechnet wurde. 29 4. Ergebnisse 4.1. Bildung

● **20%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

oder unplausible Werte zustande. Für metrische **Variablen wurden** Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Median (X0,5), Interquartilabstand (IQA) und das 95 %-Konfidenzintervall (KI) angegeben. Getestet wurde **mit dem nicht-parametrischen Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben.** Der U-Test von Wilcoxon, Mann und Whitney prüft die Nullhypothese, nach der die Wahrscheinlichkeit der Beobachtung der ersten Grundgesamtheit größer ist als eine beliebig gezogene

die Beurteilung bei neuroleptischer Monotherapie. Die Ergebnisse werden im Folgenden für beide EKGs erläutert. Die Prüfung auf Signifikanz erfolgte mit dem t-Test für unabhängige Stichproben. **Das Signifikanzniveau wurde mit $p < 0,05$ festgelegt.** Bei keinem der beiden dokumentierten EKGs konnte ein signifikanter Unterschied bei Prüfung des Potentials typischer und atypischer Neuroleptika QTc-Zeit Verlängerungen zu induzieren, nachgewiesen werden.

erklärt. Jedoch ist hier zu bedenken, dass eine Korrelation nicht angibt, ob eine Variable die andere kausal beeinflusst (Benninghaus 2001: 340). Daher wird im Anschluss eine multivariate **logistische Regressionsanalyse durchgeführt**, um auch den **Einfluss** von Drittvariablen zu kontrollieren. 7.1.1

Nachrichtennutzung (Gesamt, ARD, ZDF, RTL) und Vorliegen eines herausragenden Ereignisses Wie schon zuvor festgestellt, zeigt sich auch in der Kreuztabelle "Nachrichtennutzung

- **11** Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 41
- **9** Heid, Veronika: Veränderungen der Q..., 2006, S. 31
- **38** Hagenah, Jörg/Meulemann, Heiner (Hr..., 2007, S. 17

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

31



Textstelle (Prüfdokument) S. 29

die Referenzgruppe bildeten. 4.2. Biometrische Daten **Die Patienten der** Zielgruppe waren im arithmetischen Mittel 61,0 16,9 Jahre alt und **die Patienten der** Referenzgruppe 61,5 16,8 Jahre. **Die Patienten der** Zielgruppe hatten im arithmetischen Mittel einen Body-mass-Index (BMI) von 25,8 + 5,8 **kg/m²**, während **die Patienten der Kontrollgruppe** einen BMI von 26,3 7,1 kg/m² aufwiesen. Für beide Variablen gab es keinen statistischen Hinweis auf signifikante Gruppenunterschiede. Sowohl für die Operationsdauer als auch für die Anästhesiezeit gab es einen statistischen Hinweis auf signifikante Gruppenunterschiede. So betrug im arithmetischen

Textstelle (Originalquellen)

in Form von CVVH/Dialyse) dar. **Die 14 Patienten der** Prüfgruppe (9 m und 5 w; 57 15 Jahre; BMI 27,2 3,8) erhielten zusätzlich zur Aminosäurenlösung (AS-Lösung 10% 1,2 g/kg KG/d) parenteral Ala-Gln (0,3 g/kg KG/d); **die 19 Patienten der Kontrollgruppe** (11 m und 8 w; 61 16 Jahre; BMI 26,0 4,6) eine Aminosäurenlösung exclusive Glutamin (AS-Lösung 10% 1,5 g/kg KG/d). Beide Kollektive waren vergleichbar bezüglich der anthropometrischen Daten, der Schweregradbeurteilung (APACHE II-Score, SOFA-Score) und der Ernährungstherapie.

- 39 Hasenäcker, Miriam-Elisa: Supplemen..., 2004, S. 0

● 12% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
32



Textstelle (Prüfdokument) S. 30

in der Zielgruppe mit 154 + 96 Minuten im Gegensatz zu der Referenzgruppe mit 212 + 131 Minuten verlängert ($p < 0,01$, vgl. Tab. 3). 30 Tabelle 3: Biometrische Daten und Narkosezeiten (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Zielgruppe Referenzgruppe Variable MW SD X_{0.5} KI MW SD KI p-Wert Alter [Jahre] Größe [cm] Gewicht [kg] BMI [kg*m²] Anästhesiezeit OP-Dauer Anästhesiezeit und OP-Dauer jeweils in [min] 4.3. Perioperatives Risiko kardiovaskulärer Komplikationen (Matching-Kriterien) 4.3.1. Strukturvergleich von Ziel- und Referenzgruppe Durch die Parallelisierung mittels der Matched-Pairs-Technik wurde sichergestellt, dass die Ziel- und Referenzgruppe in Hinblick auf die Matching- Kriterien hohes chirurgisches Operationsrisiko, Manifeste Herzinsuffizienz, Manifeste koronare Herzkrankheit, Zerebrovaskuläre Vorerkrankung, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus 31 Bei den nachrangigen Kriterien Dringlichkeit des Eingriffs Geschlecht konnte eine weitgehende Übereinstimmung erzielt werden. In Bezug auf das Matching-

Textstelle (Originalquellen)

Analyse metrischer Parameter in Abhängigkeit des Auftretens einer relevanten Hypotension nach Anlage einer singulären Spinalanästhesie. SpA Variablen n MW SD X_{0,5} IQA KI n MW SD X_{0,5} IQA KI p-Wert Alter [Jahre] 2.932 52,2 19,2 52 32 [52 ; 53] 166 56,7 19,2 59 33 [54 ; 60] 0,003 Größe [cm] 2.920 172 9 172 14 [172 ; 173] 165 170 8 170 11 [169 ; 172] 0,001 Gewicht [kg] 2.919 78 16 77 19 [77 ; 79] 165 84 19 83 26 [81 ; 86] < 0,001 BMI [kg m⁻²] 2.919 26,2 4,5 25,6 5 [26,0 ; 26,4] 165 28,8 5,7 28,2 6,7 [28,0 ; 29,7] < 0,001 Bupivacain 0,5 % [ml] 1.886 3,5 0,7 3,8 0,5 [3,5 ; 3,6] 112 3,4 0,8 3,6 0,4 [3,3 ; 3,6] 0,01 Mepivacain 4 % [ml] 898 2,0 0,3 2,0 0,0 [1,2 ; 2,0] 50 2,0 0,6 2,0 0,2 [1,8 ; 2,1] 0,15 Kolloide [ml] 2.932 83 186 0 0 [76 ; 89] 166 52 160 0 0 [28 ; 77] 0,04 Kristalloide [ml] 2.932 466 222 500 0 [458 ; 474] 166 461 212 500 0 [429 ; 494] 0,82 keine relevante Hypotension relevante Hypotension 49 Parameter in Abhängigkeit einer relevanten Hypotension nach Anlage einer singulären Spinalanästhesie, Teil 1 (

ACC) für das akute Koronarsyndrom. Aus einem Kollektiv von 342 Patienten wurden 32 Patienten mit akutem Koronarsyndrom in diese Studie aufgenommen, in zwei Gruppen mit jeweils 16 Patienten mittels matched pairs Technik unterteilt und analysiert. Eine Gruppe erhielt zusätzlich zur Standard- Therapie Tirofiban. Es wurden Blutabnahmen bei Aufnahme, nach 3-6 Stunden und nach 12-24 Stunden gewonnen. Hieraus wurden Troponin I

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 48
- 30 Storm, Christian: Messung von Phosp..., 2004, S.

● 21% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
33

Textstelle (Prüfdokument) S. 32

der Matching-Kriterien (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich)

Zielgruppe	Referenzgruppe	p-Wert	n	%	n	%	Hohes Operationsrisiko	1.00	Nein		
274	50%	274	50%	Ja	197	50%	197	50%	Manifeste Herzinsuffizienz	1.00	Nein
426	50%	426	50%	Ja	45	50%	45	50%	Manifeste koronare Herzkrankheit	1.00	Nein
420	50%	420	50%	Ja	51	50%	51	50%	Zerebrovaskuläre Vorerkrankung	1.00	Nein
458	50%	458	50%	Ja	13	50%	13	50%	Niereninsuffizienz	1.00	Nein
416	50%	416	50%	Ja	55	50%	55	50%	Diabetes mellitus	1.00	Nein
385	50%	385	50%	Ja	86	50%	86	50%	Dringlichkeit des Eingriffs	0.81	Elektiv
324	49,5%	330	50,5%	Dringlich	94	50%	94	50%	Notfall	53	53%
47	47%	Geschlecht	0.69	33	4.						

3.2. Inzidenz der Parameter in der Zielgruppe Der Tabelle 6 sind die Inzidenzen der einzelnen Risikofaktoren im untersuchten Patientenkollektiv zu entnehmen. Von den Patienten der Zielgruppe unterzogen sich 197 Patienten (41,8%) einer Operation mit hohem chirurgischen Risiko. Die Verteilung der hierunter subsumierten Risikoeingriffe geht

Textstelle (Originalquellen)

fünf Kategorien "normal", "adipös", "extrem adipös", "kachektisch" und "extrem kachektisch"), Zahnstatus (Einteilung nach oraler Inspektion in "saniiert" und "behandlungsbedürftig"), ASA-Klassifikation (14), Name des visitierenden Anästhesisten, **Dringlichkeit des Eingriffs (elektiv, dringlich** oder Notoperation). Daten zu Beginn der Narkose: Ileuseinleitung, operierende Fachabteilung, Name des narkoseführenden Anästhesisten, modifizierte Cormack & Lehane-Klassifikation nach Samsoon und Young (Grad I: die Stimmbänder

- 40 M. Benson, A. Junger, L. Quinzio, C..., 2000, S. 2

● 8% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

34

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 33

im untersuchten Patientenkollektiv zu entnehmen. Von den **Patienten der** Zielgruppe unterzogen sich 197 Patienten (41,8%) einer Operation mit hohem chirurgischen Risiko. Die Verteilung der hierunter subsumierten Risikoeingriffe geht aus Tabelle 5 hervor. Eine manifeste Herzinsuffizienz lag bei 9,6% der **Patienten** vor und eine **koronare Herzkrankheit bei 10,8%** der **Patienten**. Unter Diabetes mellitus litten 18,3% der Patienten (siehe Tabelle 6). Eine zerebrovaskuläre Vorerkrankung war für 2,8% der Patienten beschrieben. Als Begleiterkrankung bestand bei 11,7% des Kollektivs eine Niereninsuffizienz. Die **Dringlichkeit des Eingriffs** wurde in **68,8% der** Fälle als **elektiv**, in **20,0% der** Fälle als dringlich und in 11,2% der Fälle als Notfall eingestuft. Die Zielgruppe bestand zu 42,5% aus Männern und zu 57,5% aus Frauen. Tabelle 5: Eingriffe mit hohem Operationsrisiko nach Lee[42] (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Operation Zielgruppe Referenzgruppe N n % n % Intrakraniell 76 37 18,8% 39 19,8% Intrathorakal 106 52 26,4% 54 27,4% Intraoperitoneal Operation an großen

Textstelle (Originalquellen)

vermehrt. Auch die 22 gefäßchirurgischen **Patienten der** vorliegenden Untersuchung zeigten die beschriebenen kardiovaskulären Risikofaktoren Hypertonus und koronare Herzkrankheit. Der Hypertonus war am häufigsten vertreten, nämlich bei 14/22 (63,7%) **Patienten**, die **koronare Herzkrankheit kam bei 8/22 (36,4%) Patienten** vor. In Bezug auf die Art der durchgeführten Operationen, Rekonstruktionen der abdominellen Aorta und der peripheren Gefäße der unteren Extremität, waren die Patienten dieser Studie fünf Kategorien "normal", "adipös", "extrem adipös", "kachektisch" und "extrem kachektisch"), Zahnstatus (Einteilung nach oraler Inspektion in "saniiert" und "behandlungsbedürftig"), ASA-Klassifikation (14), Name des visitierenden Anästhesisten, **Dringlichkeit des Eingriffs (elektiv, dringlich oder Notoperation)**. Daten zu Beginn **der** Narkose: Ileuseinleitung, operierende Fachabteilung, Name des narkoseführenden Anästhesisten, modifizierte Cormack & Lehane-Klassifikation nach Samsoon und Young (Grad I: die Stimmbänder sind darstellbar; Grad II: lediglich die Ary-Höcker sind darstellbar;

- 28 Vogt, Hannelore: Zum Einfluß von De..., 2001, S. 41
- 40 M. Benson, A. Junger, L. Quinzio, C..., 2000, S. 2

● 1% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
35

Textstelle (Prüfdokument) S. 34

Risikofaktoren sowie Geschlechterverteilung (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Variable Zielgruppe Referenzgruppe Hohes Operationsrisiko Nein Ja Manifeste Herzinsuffizienz Nein Ja Manifeste koronare Herzkrankheit Nein Ja Zerebrovaskuläre Vorerkrankung Nein 458 97,2% 458 97,2% Ja 13 2,8% 13 2,8% Niereninsuffizienz Nein Ja Diabetes mellitus Nein Ja **Dringlichkeit des Eingriffs Elektiv Dringlich** Notfall Geschlecht 35 4.4. Dauermedikation Insgesamt erhielten 71 der 471 Patienten (15,1%) der Zielgruppe präoperativ eine antihypertensive Dauermedikation. In dieser Gruppe wurden am häufigsten Diuretika (82 Patienten) sowie ACE-Hemmer (65 Patienten) verabreicht. In der Referenzgruppe wurde bei ebenfalls 71 Patienten eine antihypertensive Dauertherapie präoperativ dokumentiert. Bei diesen Patienten wurden ebenfalls am häufigsten Diuretika (68 Patienten), gefolgt von Beta-Blockern (53 Patienten) verabreicht. Bei 20 Patienten der Zielgruppe und 12 Patienten in der Referenzgruppe wurde

● **8%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

fünf Kategorien "normal", "adipös", "extrem adipös", "kachektisch" und "extrem kachektisch"), Zahnstatus (Einteilung nach oraler Inspektion in "saniert" und "behandlungsbedürftig"), ASA-Klassifikation (14), Name des visitierenden Anästhesisten, **Dringlichkeit des Eingriffs (elektiv, dringlich** oder Notoperation). Daten zu Beginn der Narkose: Ileuseinleitung, operierende Fachabteilung, Name des narkoseführenden Anästhesisten, modifizierte Cormack & Lehane-Klassifikation nach Samsoon und Young (Grad I: die Stimmbänder

- 40 M. Benson, A. Junger, L. Quinzio, C..., 2000, S. 2

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

36

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 36

sind der Tabelle 7a zu entnehmen. Tabelle 7b zeigt die Strukturunterschiede der Referenzgruppe und der Zielgruppe in Hinblick auf die medikamentöse Vorbehandlung. 36 und Antiarrhythmika (Inzidenzen in der Zielgruppe und in der Referenzgruppe) Variable Zielgruppe Referenzgruppe p-Wert n % n % Präoperative antihypertensive Therapie 1,00 Nein 400 84,9% 400 84,9% Ja 71 15,1% 71 15,1% Beta-Blocker 0,52 Nein 425 90,2% 418 88,7% Ja 46 9,8% 53 11,3% Diuretika 0,21 Nein 389 82,6% 403 85,6% Ja 82 17,4% 68 14,4% ACE-Hemmer 0,07 Nein 406 86,2% 425 90,2% Ja 65 13,8% 46 9,8% Ca-Antagonisten 0,04 Nein 422 89,6% 440 93,4% Ja 49 10,4% 31 6,6% Nitrate 0,21 Nein 435 92,4% 423 89,8% Ja 36 7,6% 48 10,2% Digitalis 0,57 Nein 426 90,4% 432 91,7% Ja 45 9,6% 39 8,3% Antiarrhythmika n. n. bez. 0,16 37 und Antiarrhythmika (Strukturvergleich von Zielgruppe und Referenzgruppe) Variable Zielgruppe Referenzgruppe p-Wert n % n % Präoperative antihypertensive Therapie 1,00 Nein 400 50% 400 50% Ja 71 50% 71 50% Beta-Blocker 0,52 Nein 425 50,4% 418 49,6% Ja 46 46,5% 53 53,5% Diuretika 0,21 Nein 389 49,1% 403 50,9% Ja 82 54,7% 68 45,3% ACE-Hemmer 0,07 Nein 406 48,9% 425 51,1% Ja 65 58,6% 46 41,4% Ca-Antagonisten 0,04 Nein 422 49,0% 440 51,0% Ja 49 61,3% 31 38,8% Nitrate 0,21 Nein 435 50,7% 423 49,3% Ja 36 42,9% 48 57,1% Digitalis 0,57 Nein 426 49,7% 432 50,3% Ja 45 53,6% 39 46,4% Antiarrhythmika n. n. bez. 0,16 38 4.5. Intraoperative Tachykardie 4.5.1. Anzahl, Dauer und Zeitpunkt des Auftretens Die intraoperativen Tachykardien traten zu 71,8% als singulares Ereignis auf. In 22,9% der Fälle wurden zwei tachykarde Episoden dokumentiert. Das intraoperative Auftreten von drei oder mehr Tachykardien betraf 5,3% der Fälle. Während innerhalb der ersten 5-10 Minuten bei 51 Patienten (10,8%) deren Tachykardien

● 2% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

SBD 140 und/oder DBD 90mmHg), darunter 1788 Hypertoniepatienten (Pat) mit NIDDM, mit einer Tablette Preterax täglich über 3 Monate. Ergebnisse: 72,4% der Pat mit NIDDM erhielten bereits eine antihypertensive Therapie mit Beta-Blockern (47.5%), ACE-Hemmern (41.2%), Diuretika (35.6%) Calcium-Antagonisten (34.8%) oder AT1-Antagonisten (7.5%). 39% erhielten eine Therapie mit > 2 Antihypertensiva. Die Blutdrucksenkung bei Studienaufnahme war bei 70.9% der Pat nicht ausreichend (SBD/

Proteinurie eine niedrigere Mortalität und Morbidität unter einer intensivierten Hypertonietherapie und einem Schulungsprogramm nach. Zur Einstellung der Hypertonie stehen die bekannten Medikamente wie Beta-Rezeptoren-Blocker, Diuretika, ACE-Hemmer, Ca-Antagonisten, Vasodilatoren, etc. zur Verfügung, wobei die möglichen negativen Auswirkungen der einzelnen Pharmaka auf den Diabetes und seine Spätkomplikationen berücksichtigt werden müssen. 3. Stoffwechseleinstellung Nach der American Diabetes Association [American Diabetes Association 1989] ist

SBD 140 und/oder DBD 90mmHg), darunter 1788 Hypertoniepatienten (Pat) mit NIDDM, mit einer Tablette Preterax täglich über 3 Monate. Ergebnisse: 72,4% der Pat mit NIDDM erhielten bereits eine antihypertensive Therapie mit Beta-Blockern (47.5%), ACE-Hemmern (41.2%), Diuretika (35.6%) Calcium-Antagonisten (34.8%) oder AT1-Antagonisten (7.5%). 39% erhielten eine Therapie mit > 2 Antihypertensiva. Die Blutdrucksenkung bei Studienaufnahme war bei 70.9% der Pat nicht ausreichend (SBD/

Proteinurie eine niedrigere Mortalität und Morbidität unter einer intensivierten Hypertonietherapie und einem Schulungsprogramm nach. Zur Einstellung der Hypertonie stehen die bekannten Medikamente wie Beta-Rezeptoren-Blocker, Diuretika, ACE-Hemmer, Ca-Antagonisten, Vasodilatoren, etc. zur Verfügung, wobei die möglichen negativen Auswirkungen der einzelnen Pharmaka auf den Diabetes und seine Spätkomplikationen berücksichtigt werden müssen. 3. Stoffwechseleinstellung Nach der American Diabetes Association [American Diabetes Association 1989] ist

das Nierenbecken verloren. Diese Patienten wurden im Sinne eines "Push and

- 41 ... einem Tiermodell für Proliferat..., 2006, S.
- 42 Abeln, Andreas: Kardiovaskuläres Ri..., 2001, S. 7
- 41 ... einem Tiermodell für Proliferat..., 2006, S.
- 42 Abeln, Andreas: Kardiovaskuläres Ri..., 2001, S. 7

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

37



Textstelle (Prüfdokument) S. 38

erfolgreich therapiert werden konnten, war dies bei weiteren 46 Patienten (9,8%) innerhalb von 10 - 15 Minuten möglich. Die größte Gruppe mit 200 Patienten (42,5%) waren die Fälle, in denen die Tachykardie länger als eine Stunde bestand. Abbildung 4: Auftreten einer intraoperativen paroxysmalen Tachykardie bei einer jungen Patientin während eines extremitätenchirurgischen Eingriffs

Textstelle (Originalquellen)

Smash"-Verfahrens nach Einlage einer DJ-Schiene der auxillären ESWL zugeführt und konnten dadurch erfolgreich therapiert werden. Bei weiteren 8 Patienten (5 Männer, 3 Frauen) waren bei der Entlassung Restfragmente von mehr als 3 mm nachweisbar und bei einem männlichen Patienten hatte eine Migration in das periureterale Gewebe stattgefunden. Damit ergibt sich eine

- 43 Lamskemper, Dirk: Analyse der urete..., 2006, S. 79

● 1% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
38



Textstelle (Prüfdokument) S. 40

Antiarrhythmische Therapie Zur Therapie der Tachykardie wurden 66,3% der Patienten mit einem einzelnen Antiarrhythmikum behandelt, 33,7% mit zwei oder mehreren Medikamenten. Am häufigsten wurden **Beta-Blocker** (265 Patienten, 56,3%) verwendet (Tabelle 9). Tabelle 9: Antiarrhythmische Therapie Erfolgte antiarrhythmische Behandlung N Anteil Na-Kanal-Blocker/Vaughan-Williams Klasse 1 79 16,8% Beta-Blocker/Vaughan-Williams Klasse 2 265 56,3% K-Kanal-Blocker/Vaughan-Williams Klasse 3 99 21,0% Ca-Antagonisten/Vaughan-Williams Klasse 4 94 20,0% Herzglykoside 56 11,9% Kardioversion/Defibrillation 39 8,3% 33,7% der Patienten wurden mit mehreren Medikamentengruppen behandelt. 4.6. Krankenhaussterblichkeit Es gab einen statistischen Hinweis darauf, dass die Krankenhaussterblichkeit der Patienten aus der Zielgruppe mit 26 (5,5%) signifikant über der

Textstelle (Originalquellen)

wenigstens 5 Minuten und Anwendung einer negativ chronotropen Substanz innerhalb von 15 Minuten nach dem Tachykardiebeginn (**Beta-Blocker**, Calciumantagonisten, Digitalis- Glykoside, Na⁺-Kanal-Blocker (Vaughan Williams, Klasse I), K⁺-Kanal-Blocker (Vaughan Williams, Klasse III), Kardioversion, Defibrillation). Diese Definitionen entsprechen den in der Literatur akzeptierten Festlegungen [50;51]. Als Mortalitätsverhältnis wird das Verhältnis der Mortalitätsraten in Untersuchungs- und Kontrollgruppen angegeben. 3.6 Statistik

min-1 im Laufe von wenigstens 5 Minuten und Anwendung einer negativ chronotropen Substanz innerhalb von 15 Minuten nach dem Tachykardiebeginn (Beta-Blocker, Calciumantagonisten, Digitalis- Glykoside, Na⁺-Kanal-Blocker (Vaughan Williams, Klasse I), K⁺-Kanal-Blocker (Vaughan Williams, Klasse III), Kardioversion, Defibrillation). Diese Definitionen entsprechen den in der Literatur akzeptierten Festlegungen [50;51]. Als Mortalitätsverhältnis wird das Verhältnis der Mortalitätsraten in Untersuchungs- und Kontrollgruppen angegeben. 3.6 Statistik

- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 32

● 18% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

39

Textstelle (Prüfdokument) S. 43

Tage. Es gab keinen statistischen Hinweis auf eine längere Verweildauer auf der Intensivstation ($p=0,68$). Tabelle 13: Verweildauer auf der Intensivstation in Tagen (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Verweildauer Intensivstation [d] MW SD X05 KI Zielgruppe 4,4 6,9 2 [3,1; 5,7] Referenzgruppe 4,7 7,6 1 [2,6; 6,8] 43 Die logistische Regressionsanalyse **ergab einen Hinweis auf einen signifikanten Zusammenhang** zwischen dem Auftreten von intraoperativen Tachykardien ($p < 0,01$) einem hohen Operationsrisiko ($p < 0,01$) und einer zerebrovaskulären Vorerkrankung ($p=0,02$) mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen **Behandlung (siehe Tabelle 14)**. **Tabelle 14:** Logistische Regressionen mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung als abhängige und den **Matching-Kriterien als unabhängige** Variable. Intensivmedizinische Behandlung Variable p-Wert OR KI Hohes Operationsrisiko $<0,01$ 4,12 [2,80; 6,06] Manifeste Herzinsuffizienz 0,20 1,43 [0,82; 2,50] Manifeste koronare Herzkrankheit 0,49 0,82 [0,46; 1,46] Zerebrovaskuläre Vorerkrankung 0,02 0,10 [0,01; 0,74] Niereninsuffizienz 0,11 1,56 [0,91; 2,70] Diabetes mellitus 0,40 0,81 [0,49; 1,33] Dringlicher Eingriff 0,72 0,95 [0,73 ; 1,24] Tachykardie $< 0,01$ 2,48 [1,70; 3,61] 4.8. Verlängerte Krankenhausverweildauer In der Zielgruppe war bei 118 Patienten (25,1%) eine längere Verweildauer im Krankenhaus indiziert, während dies bei 71 Patienten (15,1%) der Referenzgruppe der Fall war. Hinsichtlich des Kriteriums "verlängerte 44 Krankenhausverweildauer" gab es einen statistischen Hinweis auf einen signifikanten Gruppenunterschied ($p < 0,01$; vgl. Tabelle 15).

● **22%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

und Kontrolle des Kleinkindes. Die Frage nach der Verkehrsbelastung wiederum war auf eventuelle Verstärkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Fremdkörper-extraktion ausgerichtet. In beiden Fällen **ergab** sich allerdings kein **Hinweis auf einen signifikanten Zusammenhang** im Sinne der Fragestellung. 6.4 Zusammenfassung Zentrales Thema dieser Arbeit war die Untersuchung der Langzeitwirkungen von aspirierten Fremdkörpern auf die Lungenfunktion, auf die Leistungsfähigkeit und den

zur Bewertung der Überlegenheit eines Arzneimittels bei Wirksamkeit, unerwünschten Wirkungen und Patientennutzen sind bei der Mehrzahl der Institutionen der Erreichungsgrad des endgültigen, d.h. langfristigen Ziels der **Behandlung (siehe Tabelle 6** und Tabelle 7, ab Seite 62). Gewünschte Langzeiteffekte können je nach Erkrankung und ihren Folgeerscheinungen in einer verringerten Inzidenz der Gesamtmortalität / -morbidity bzw. krankheitsspezifischer Mortalität / Morbidity (Sterblichkeit

mit dessen Hilfe der Einfluss der verschiedenen untersuchten Variablen auf die Zielparameter (Mortalität, verlängerte Verweildauer, Intensivaufenthalt und intraoperative kardiovaskuläre Ereignisse) untersucht wurde. Hierfür wurden sämtliche **Matching-Kriterien als unabhängige** Variablen eingeschlossen sowie auch ein BMI ? kg/m². 4 Ergebnisse 4.1 Deskriptive Statistik 4.1.1 Biometrische Daten der Adipösen des Gesamtkollektivs Im gesamten Datenpool wiesen 4715 Patienten (16,8%) einen BMI von ? N J P 2 auf.

- 44 Sinzker, Wolfgang: Langzeitwirkunge..., 2005, S. 0
- 45 Zentner, Annette/u.a.: Methoden zur..., 2005, S. 82
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 33

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

40

Textstelle (Prüfdokument) S. 44

Verlängerte Krankenhausverweildauer (mehr als 21 Tage) (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Verlängerte n % p-Wert
Krankenhausverweildauer Zielgruppe 118 25,1% <0,01 Referenzgruppe 71 15,1% Die Krankenhausverweildauer lag im arithmetischen Mittel in der Zielgruppe bei 25,4 20,0 Tagen und in der Referenzgruppe bei 20,8 + 20,1 Tagen, (vgl. Tabelle 16). Tabelle 16: Die Krankenhausverweildauer in Tagen (Zielgruppe und Referenzgruppe im Vergleich) Krankenhausverweildauer [d]
MW + SD Xo5 Kl Zielgruppe 25,4 20,0 20 [23,0; 27,9]
Referenzgruppe 20,8 + 20,1 13 [18,2; 23,5] Bei der Regressionsanalyse zeigte sich darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen einer Niereninsuffizienz und der verlängerten Krankenhausverweildauer. 45
Tabelle 17: Logistische Regressionen mit der verlängerten Krankenhausverweildauer

Textstelle (Originalquellen)

die 302 Patienten 4.275 Tage im Krankenhaus. Die Krankenhausverweildauer lag im Durchschnitt bei 14,2 13,7 Tagen. Am längsten lagen Frauen ? 65 Jahre, am kürzesten Männer < 65 Jahre im Krankenhaus (Tabelle 46 Tabelle 8. Krankenhausverweildauer In Tagen - Durchschnitt In Tagen - Bereich In Tagen
- Gesamt Alle Patienten Weiblich Männlich 14,2 13,7 16,9 16,3 11,8 10,4
1 146 1 - 146 1 - 58 4275 2350 1927 Alter < 65 Jahre Weiblich Männlich Alter ? 65 Jahre Weiblich Männlich 9,7 8,1 11,0 8,7 9,2 8,0 15,1 14,4 17,6 16,8 12,7 11,0 1 - 24 1 - 23 1 - 24 1 - 146 1 - 146 1 - 58 522 154 368 3753 2194
1559 Abteilungen Medizinische Klinik I Medizinische Klinik II Urologie

- 46 Cuneo, Alessandro: Antithrombotisch..., 2004, S. 46

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
41

Textstelle (Prüfdokument) S. 45

Vergleich) Krankenhausverweildauer [d] MW + SD Xo5 K1
Zielgruppe 25,4 20,0 20 [23,0; 27,9] Referenzgruppe 20,8 + 20,1
13 [18,2; 23,5] Bei der Regressionsanalyse zeigte sich darüber hinaus ein
Zusammenhang zwischen einer Niereninsuffizienz und der verlängerten
Krankenhausverweildauer. 45 Tabelle 17: Logistische Regressionen mit der
verlängerten Krankenhausverweildauer als abhängige und den **Matching-
Kriterien als unabhängige** Variable. Verlängerte Krankenhausverweildauer
Variable p-Wert OR KI Hohes Operationsrisiko 0,92 1,02 [0,72; 1,43]
Manifeste Herzinsuffizienz 0,99 1,00 [0,57; 1,73] Manifeste koronare
Herzkrankheit 0,61 0,87 [0,50; 1,50] Zerebrovaskuläre Vorerkrankung 0,40 0,
81 [0,49; 1,33] Niereninsuffizienz 0,05 1,65 [1,01; 2,71] Diabetes mellitus 0,
65 1,10 [0,72; 1,69] Dringlicher Eingriff 1,00 1,00 [0,78; 1,28] Tachykardie <0,
01 1,90 [1,37; 2,64] 46 5. Diskussion 5.1. Methodik Ziel dieser retrospektiven
Studie war es, bei einem definierten Patientenkollektiv die

Textstelle (Originalquellen)

mit dessen Hilfe der Einfluss der verschiedenen untersuchten Variablen auf die
Zielparameter (Mortalität, verlängerte Verweildauer, Intensivaufenthalt und
intraoperative kardiovaskuläre Ereignisse) untersucht wurde. Hierfür wurden
sämtliche **Matching-Kriterien als unabhängige** Variablen eingeschlossen sowie
auch ein BMI ? kg/m². 4 Ergebnisse 4.1 Deskriptive Statistik 4.1.1
Biometrische Daten der Adipösen des Gesamtkollektivs Im gesamten
Datenpool wiesen 4715 Patienten (16,8%) einen BMI von ? N J P 2 auf.

- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-M..., 2004, S. 33

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

42

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 46

der Basis der vorliegenden Daten nicht möglich gewesen und unterliegt generell größeren Fehlerquellen. Aus dem Bereich der Kinderanästhesie fehlen daher allgemeingültige Studien. Bisherige Veröffentlichungen beziehen sich im wesentlichen auf die postoperative Phase kinderherzchirurgischer Eingriffe.^{23 65}

Auch **Patienten**, welche **sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen** haben, wurden von der Studie ausgeschlossen, da bei diesen ein komplexes Spektrum an kardiovaskulären Risiken auftritt und der operative Einfluss auf die Rhythmologie des Herzens multifaktoriell ist. Für den Bereich der Herzund Thoraxchirurgie liegen überdies

23 Delaney JW, Moltedo JM, Dziura JD, et al. Early postoperative arrhythmias after pediatric cardiac surgery. J Thorac Cardiovasc Surg. 2006; 131 (6): 1296-300

65 Rekawek J, Kansy A, Miszczak-Knecht M, et al. Risk factors for cardiac arrhythmias in children with congenital heart disease after surgical intervention in the early postoperative period. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007; 133 (4): 900-4

Textstelle (Originalquellen)

Phase keine Veränderung des pHi-Wertes 22 hatten, konnten problemlos von der Beatmung entwöhnt werden [64]. Landow et al [55] untersuchte den Stellenwert der Perfusion des Splanchnikusgebietes bei **Patienten**, die **sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen**. Er verglich hierfür das systemische Sauerstoffangebot, die arterielle-, gemischt-venöse-, hepatisch-venöse- und femoral-venös- Sauerstoffsättigung, die Laktatkonzentration und den intramukosalen pHi miteinander. Sie folgerten,

- 27 Evaluierung unterschiedlicher Metho..., 2003, S. 22

● 7% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

43

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 48

die postoperative Prognose [56] wesentlich für diese Arbeit, eine Referenzgruppe zu bilden, die in ihrem kardiovaskulären und operativen Risiko mit der Zielgruppe vergleichbar ist, um eine Konfundierung durch solche Einflussgrößen zu vermeiden. Hierfür wurde eine Parallelisierung mittels der **Matched-Pairs-Technik** durchgeführt. Die Parameter des **Cardiac-Risk-Index (CRI)** von Lee et al.⁴² sind eine wissenschaftlich wiederholt evaluierte, 49 geeignete Grundlage für die Bewertung des perioperativen kardiovaskulären Risikos¹⁰ und wurden daher als Matching-Kriterien verwendet. Aufgrund der großen Grundgesamtheit von Patienten in der Datenbank des AIMS konnte trotz der hohen Zahl von acht Matching-Kriterien in 471 von 474 Fällen ein Patient für die Referenzgruppe ermittelt werden. Dem Primat der Einfachheit folgend ist der Parameter "**hohes chirurgisches Operationsrisiko**" des CRI sehr allgemein definiert. Eine stärkere Differenzierung könnte nach Auffassung des Autors die Aussagekraft weiter verbessern.

5.1.4. Computergestützte Datenerfassung Die Erfassung der Herzfrequenzwerte erfolgte während der perioperativen Phase durch eine computergestützte, automatisierte Datenerfassung. Wie einleitend

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-9.

● **8%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

ACC) für das akute Koronarsyndrom. Aus einem Kollektiv von 342 Patienten wurden 32 Patienten mit akutem Koronarsyndrom in diese Studie aufgenommen, in zwei Gruppen mit jeweils 16 Patienten **mittels matched pairs Technik** unterteilt und analysiert. Eine Gruppe erhielt zusätzlich zur Standard-Therapie Tirofiban. Es wurden Blutabnahmen bei Aufnahme, nach 3-6 Stunden und nach 12-24 Stunden gewonnen. Hieraus wurden Troponin I

more clearly addressed. Alternative Measurement Tools A number of risk indices, in addition to the ASA PS classification, have been suggested for evaluating preoperative risk factors: **Cardiac Risk Index (CRI)**, New York Heart Association (NYHA) index, and the Canadian Cardiovascular Society classification (CCSC) of Angina, to name a few (Kaplan, 1987). The accuracy of each is controversial.

- 30 Storm, Christian: Messung von Phosp..., 2004, S.
- 18 Aronson, Wendy Lynn: VARIABILITY IN..., 2000, S. 24

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

44

Textstelle (Prüfdokument) S. 50

Lee et al verwendet wurden, die im Hinblick auf die postoperative Prognose einen wiederholt wissenschaftlich überprüften, hohen prädiktiven Wert aufwiesen.¹⁰ Für die Prüfung von Zusammenhängen zwischen den Zielgrößen und den Risikofaktoren sind die Voraussetzungen der **linearen Diskriminanzanalyse und der linearen Regressionsanalyse** bezüglich der Prädiktoren (z. B. Normalverteilung) nicht erfüllt. Es wurde daher eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Diese bietet zwar keine direkte Prognose der Gruppenzugehörigkeit, sie erlaubt es jedoch, die Wahrscheinlichkeiten der Zugehörigkeit zu den Kriteriumsgruppen aufgrund dichotomer Prädiktoren

Textstelle (Originalquellen)

dass das klassische Punktbewertungsverfahren als einziges mathematisch-statistisches Verfahren nicht der Anforderung der Objektivität der Ergebnisbildung entspricht. Dafür wird bei diesem Verfahren analog zu der **linearen Diskriminanzanalyse und der linearen Regressionsanalyse** sowie dem Kendall- und Linhart- Verfahren die Anforderung der Transparenz zumindest in Teilen erfüllt. Während bei diesen vier Verfahren jeweils die Ergebnisentstehung gut nachvollziehbar ist,

- 47 Schumann, Matthias (Hrsg.): Rating,...., 2006, S. 67

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
45

Textstelle (Prüfdokument) S. 54

wie in der Referenzgruppe. Insbesondere die doppelt so hohe Mortalität macht deutlich, wie groß die Bedeutung intraoperativer Tachykardien für die Prognose der Patienten sind. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Leung et al, die für Patienten über 70 Jahre, die sich einem nicht-kardiochirurgischen Eingriff unterzogen, zeigen konnten, dass intraoperative Tachykardien, Notfalleingriffe und ASA 3-4 die Hauptkorrelate für eine postoperativ verschlechterte Prognose sind.⁴⁴ Damit bestätigt diese Studie die Aussagen von Leung et al, dass es einen Zusammenhang zwischen der Dringlichkeit des Eingriffs und der Krankenhaussterblichkeit gibt. Neben dem Einfluss intraoperativer Tachykardien auf die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung gibt es auch einen statistischen Zusammenhang mit einem hohen Operationsrisiko und zerebrovaskulären Vorerkrankungen. In der logistischen

⁴⁴ Leung JM, Dzankic S. Relative importance of preoperative health status versus intraoperative factors in predicting postoperative adverse outcomes in geriatric surgical patients. J Am Geriatr Soc 2001; 49:1080-5

● 7% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Phase keine Veränderung des pHi-Wertes 22 hatten, konnten problemlos von der Beatmung entwöhnt werden [64]. Landow et al [55] untersuchte den Stellenwert der Perfusion des Splanchnikusgebietes bei Patienten, die sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen. Er verglich hierfür das systemische Sauerstoffangebot, die arterielle-, gemischt-venöse-, hepatisch-venöse- und femoral-venös- Sauerstoffsättigung, die Laktatkonzentration und den intramukosalen pHi miteinander. Sie folgerten, dass die pHi-

- 27 Evaluierung unterschiedlicher Metho..., 2003, S. 22

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

46

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 55

Operationsrisikos beitragen sollen. Eine häufig diskutierte Maßnahme besteht in diesem Zusammenhang in der prophylaktischen, perioperativen Verordnung von Beta-Blockern. In verschiedenen Studien profitierten Patienten mit hohem kardialen Risiko von einer solchen Therapie [3;49]. Auch für zentrale **alpha-Adrenozeptor-Agonisten (Clonidin)** gibt es erste Hinweise auf einen prophylaktischen Nutzen [77]. Für kardiochirurgische Patienten gibt es erste Hinweise, dass auch Kalziumantagonisten geeignet sind, die postoperative Mortalität zu senken.⁸⁰ In dieser Studie wurde neben Beta-Blockern und Kalziumantagonisten häufig

⁸⁰ Wijesundera DN, Beattie WS, Rao V, et al. Calcium antagonists are associated with reduced mortality after cardiac surgery: a propensity analysis. J Thorac Cardiovasc Surg 2004; 172:755-62

● **3%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

zeigen, dass in unserer Klinik die modernen Opiode wie Sufentanil, die Kombination aus Nicht-Steroidalen Antiphlogistika und Opioiden und sehr häufig die Kombination mit dem **Alpha-2-Adrenozeptor-Agonisten Clonidin** angewandt werden und vergleichbar gute Ergebnisse wie in der überregionalen Studie REGINAS erzielen. Medizinische Klinik I, Daten zur Fachabteilung Name Medizinische Klinik I, Kardiologie und Intensivmedizin [Gefäßzentrum]

- 48 St. Bernward Krankenhaus: Qualitäts..., 2004, S. 47

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

47



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 56

Die Senkung der Lipide im Blut erweist sich auch für die perioperative Prognose als vorteilhaft [45;59]. 56 Wesentlicher als die prophylaktische Gabe von Medikamenten in der perioperativen Phase sind die präoperative Diagnostik und Therapieoptimierung des Patienten [13;24;25;38;72]. Die **American Heart Association** und das **American College of Cardiology** haben hierfür eine Leitlinie für nicht-kardiochirurgische Eingriffe formuliert [28], die bereits erfolgreich evaluiert wurde.¹ Angesichts der zunehmenden rechtlichen Anforderungen an die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (135ff SGB V) sind weitere Studien erforderlich, um für

¹ Almanaseer Y, Mukherjee D, Kline-Rogers EM, et al. Implementation of the ACC/AHA guidelines for preoperative cardiac risk assessment in a

Textstelle (Originalquellen)

risk of major noncardiac surgery. Circulation 1999;11(10):1043 1049. 27. Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, et al. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: a report of the **American Heart Association/American College of Cardiology** Taskforce on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Cardiovascular Procedures. J Am Coll Cardiol 1996;27:910 948. 28. American College of Physicians. Clinical Guideline, Part I: Guidelines for assessing and

- 49 ebook, 0000, S. 213

● 5% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

48



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 58

beeinflusst. 58 Es ist daher zu evaluieren, inwieweit durch präoperative Diagnostik und Therapieoptimierung sowie durch zusätzliche Anstrengungen der intraoperativen Kreislaufstabilisierung die Inzidenz kardiovaskulärer Komplikationen reduziert und die Prognose hierdurch verbessert werden können. Angesichts **der begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen** ist dabei eine **Kosten-Nutzen-Analyse** mit einer Gegenüberstellung des zusätzlichen prä- und intraoperativen Aufwandes auf der einen Seite und der Kostenreduzierung auf der anderen Seite, etwa durch eine Senkung der Krankenhausverweildauer oder die Vermeidung von intensivmedizinischer Behandlung, mit einzubeziehen. 71 7.5.
Zusammenfassung Hintergrund: Tachykardien sind eine häufige intraoperative Komplikation, deren Bedeutung für das perioperative Outcome bislang nur wenig untersucht ist. Methode: Diese

● **9%** Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

größere Erfahrung und technische Verbesserungen sowohl im Hinblick auf die IABP- Insertionstechnik als auch die verwendeten IABP-Katheter (6, 53, 71).
Ökonomische Aspekte Vor dem Hintergrund **der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen** ist die **Kosten-Nutzen-Analyse** einer medizinischen Prozedur notwendig. Führt früherer "aggressiverer" IABP-Einsatz nicht nur zu besserem klinischen Ergebnis, sondern können möglicherweise sogar Ressourcen durch Verkürzung des Krankenhausaufenthalts gespart

- 50 Mechanische Herzunterstützung mit d..., 2001, S.

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

49

Textstelle (Prüfdokument) S. 71

Tachykardien sind eine häufige intraoperative Komplikation, deren Bedeutung für das perioperative Outcome bislang nur wenig untersucht ist. Methode: Diese retrospektive Studie basiert auf Datensätzen von 28.065 Patienten, die in einem Zeitraum von 22 Monaten mit einem computergestützten Anästhesie-Informationssystem (AIMS) an einem universitären Zentrum der Maximalversorgung erfasst wurden. Fälle mit tachykarder Episode wurden definiert als Herzfrequenz > 100/min für mindestens 5 Minuten und intravenöse Applikation von geeigneten Antiarrhythmika innerhalb 15 Minuten nach Beginn der Tachykardie und/oder Kardioversion/Defibrillation. Zur statistischen Analyse wurden zu diesen Fällen "Matched Pairs" gebildet, um den Einfluss von patientenabhängigen Variablen und operativen Einflussgrößen zu minimieren. Match-Faktoren waren eine vorbestehende Herzinsuffizienz, eine koronare Herzerkrankung

Textstelle (Originalquellen)

in einer Arbeit von Sanborn et al. deutlich [8]. In dieser Arbeit wird aufgeführt, dass intraoperativ aufgetretene Abweichungen physiologischer Parameter, wie hypotensive Episoden, die mit einem Anästhesie-Informationssystem (AIMS) automatisch detektiert wurden, deutlich mit der Mortalität korrelierten. Gründe für die große Varianz der Inzidenzen für die Hypotension sind uneinheitliche Definitionen sowie eine Vielzahl unterschiedlicher

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 7

● 5% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

50

ProfNet

Institut für Internet-Marketing



Textstelle (Prüfdokument) S. 73

on the perioperative outcome is not yet proved. Methods: This retrospective study is based on data sets of 28,065 patients recorded during a period of 22 months with a computerized anesthesia record keeping system at a tertiary care university hospital. Cases were defined as patients with intraoperative tachycardia; references were automatically selected according to matching variables (high-risk surgery, severe congestive heart failure, severe coronary artery disease, significant carotid artery stenosis and/or history of stroke, renal failure, diabetes mellitus and urgency of surgery) in a stepwise fashion. Main outcome measures were hospital mortality, admission to the intensive care unit (ICU) and prolonged hospital stay. Differences in outcome measures between the matched pairs were assessed using univariate analysis. Stepwise regression models were developed to predict the impact of an intraoperative

Textstelle (Originalquellen)

retrospective study was based on data sets of 58 458 patients recorded with a computerised anaesthesia record keeping system over a period of 4 yr at a tertiary care university hospital. Cases were defined as patients with a preoperative creatinine fl.3 mg dL 1; controls (creatinine 1.3 mg dL 1) were selected and automatically matched according to several parameters (ASA physical status, high risk and urgency of

patients recorded with a computerised anaesthesia record-keeping system from 23 February 1999 to 31 December 2000 at a tertiary care university hospital. Cases were defined as patients with intra-operative tachycardia; references were automatically selected according to matching variables (high-risk surgery, severe congestive heart failure, severe coronary artery disease, significant carotid artery stenosis and/or history of stroke, renal failure, diabetes mellitus and urgency of surgery) in a stepwise fashion. Main outcome measures were hospital mortality, admission to the intensive care unit (ICU) and prolonged hospital stay. Differences in outcome measures between the matched pairs were assessed by univariate analysis. Stepwise regression models were developed to predict the impact of intra-operative tachycardia on the different outcome measures. Results: In our study 474

matching variables (ASA physical status, high risk and urgency of surgery, age and sex) in a stepwise fashion. Differences in outcome measures were assessed using univariate analysis. Stepwise regression models were developed to predict the impact of increased BMI on the different outcome measures. Results: 4,726 patients (16.8%) were found with BMI >30. Matching was successful

of surgery, age and sex) in a stepwise fashion. Differences in outcome measures were assessed using univariate analysis. Stepwise regression models were developed to predict the impact of increased BMI on the different outcome measures. Results: 4,726 patients (16.8%) were found with BMI >30.

- 25 Dehne, M. G., Junger, A., Hartmann, ..., 2005, S. 95
- 51 Braun, Helge Reinhold: /Hartmann, B./u.a.: Intra-operative..., 2003, S. 255
- 52 Klasen, J., Junger, A., Hartmann, B..., 2004, S. 275

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
51

● 26% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Prüfdokument) S. 73

tachycardia on the different outcome measures. Results: In our study 474 patients (1.7%) were found with an intraoperative tachycardia. Matching was successful for 99.4% of the cases, leading to 471 cases and references. The crude mortality rates for the cases and matched references were 5.5% and 2.5%, respectively ($p=0.02$). 22.3% of all case patients were treated in an ICU as compared to 11.0% of the matched references ($p<0.01$). Hospital stay was prolonged in 25.1% of the patients with tachycardia compared to 15.1% of the matched references ($p<0.01$). Conclusions: In this study, patients with an intraoperative tachycardia undergoing noncardiac surgery have a greater perioperative risk, leading to increased mortality, greater frequency of admission to an ICU and prolonged hospital stay. ⁴ Beecher HK. The first anesthesia records (Codman and Cushing). Surg Gynecol Obstet. 1940; 71:689-693 ⁵² Neuhauser D. Ernest Amory Codman, M.D., and end results of medical care. Int J Technol Assess Health Care. 1990; 6:307-25 ⁸¹ Wright, AJ: Early use of the Cushing-Codman

4 Beecher HK. The first anesthesia records (Codman and Cushing). Surg Gynecol Obstet. 1940; 71:689-693

52 Neuhauser D. Ernest Amory Codman, M.D., and end results of medical care. Int J Technol Assess Health Care. 1990; 6:307-25

81 Wright, AJ: Early use of the Cushing-Codman anesthesia record. Anesthesiology 1987; 66:92

● 24% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

Textstelle (Originalquellen)

Matching was successful for 41.5% of the cases, leading to 1,962 cases and Differences in outcome measures between the matched pairs were assessed by univariate analysis. Stepwise regression models were developed to predict the impact of intra-operative tachycardia on the different outcome measures. Results: In our study 474 patients (1.7%) were found to have had intra-operative tachycardia. Matching was successful for 99.4% of the cases, leading to 471 cases and references. The crude mortality rates for the cases and matched references were 5.5% and 2.5%, respectively ($CP=0.020$). Of all case patients, 22.3% were treated in an ICU, compared to 11.0% of the matched references ($P=0.001$). Hospital stay was prolonged in 25.1% of the patients with tachycardia compared to 15.1% of the

references were 5.5% and 2.5%, respectively ($CP=0.020$). Of all case patients, 22.3% were treated in an ICU, compared to 15.1% of the matched references ($P=0.001$). Conclusions: In this study, patients with intra-operative tachycardia who were undergoing non-cardiac surgery had a greater peri-operative risk, leading to increased mortality, greater frequency of admission to an ICU and prolonged hospital stay. Keywords Anaesthesia Medical-records systems, computerised Mortality Risk factors Tachycardia Introduction Intra-compared to 15.1% of the matched references ($P=0.001$). Conclusions: In this study, patients with intra-operative tachycardia who were undergoing non-cardiac surgery had a greater peri-operative risk, leading to increased mortality, greater frequency of admission to an ICU and prolonged hospital stay. Keywords Anaesthesia Medical-records systems, computerised Mortality Risk factors Tachycardia Introduction Intra-operative recording of adverse events, as indicators for process quality, is a basic principle

- 51 Braun, Helge Reinhold: /Hartmann, B./u.a.: Intra-operative..., 2003, S. 255

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
52

Textstelle (Prüfdokument) S. 5

4 Beecher HK. The first anesthesia records (Codman and Cushing). Surg Gynecol Obstet. 1940; 71:689-693

Textstelle (Originalquellen)

reminiscences. Clin Neurosurg 27:541-552, 1980 2. Barr JS: Lumbar disk lesions in retrospect and prospect. Clin Orthop 129:4-8, 1977 3. Beach HHA: Operation in a case of cerebral tumor. Boston Med Surg J 122:345-346, 1890 4. Beecher HK: The first anesthesia records (Codman, Cushing) . Surg Gynecol Obstet 71:689-693, 1940 5. Bell WJ Jr: Medicine in Boston and Philadelphia: comparisons and contrasts, 1750-1820, in Colonial Society of Massachusetts (ed): Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. Boston: The Colonial Society

- 2 Historical Vignettes, 1993, S. 1926

● 12% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

53



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 6

6 Benson M, Junger A, Michel A, et al. Comparison of manual and automated documentation of adverse events [with an Anesthesia Information Management System \(AIMS\)](#). Stud Health Technol Inform 2000; 77:925-30.

Textstelle (Originalquellen)

and operative data. Prognostic performance was tested using analysis of discrimination and calibration. Previous SectionNext Section Methods This retrospective study is based on data recorded [with an anesthesia information management system \(AIMS\)](#) from 58,458 patients having undergone noncardiac surgery (12) from January 1, 1997 to December 31, 2000 at a tertiary care university hospital. All patient-related data collected during the preoperative assessment were

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 11% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

54



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 6

9 Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Influence of the method of data collection on the documentation of blood-pressure readings with an Anesthesia Information Management System (AIMS). *Methods Inf.Med.* 2001; 40: 190-5.

Textstelle (Originalquellen)

surgery. *J Clin Monit* 1998; 14: 283 94. ? Cooper JB, Cullen DJ, Nemeskal R, et al. Effects of information feedback and pulse oximetry on the incidence of anaesthesia complications. *Anesthesiology* 1987; 67: 686 94. Medline ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Influence of the method of data collection on the documentation of blood-pressure readings with an Anesthesia Information Management System (AIMS). *Methods Inf Med* 2001; 40: 190 5. Medline ? Cohen MM, Duncan PG, Pope DB, Wolkenstein C. A survey of 112, 000 anaesthetics at one teaching hospital (1975 1983). *Can Anaesth Soc J* 1986; 33: 22 31. Medline ? Mangano DT. Perioperative cardiac morbidity. *Anesthesiology* 1990; 72: 153 84. Medline ?

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 42% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
55



Textstelle (Prüfdokument) S. 7

26 DGAI-Kommission "Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie". Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh. Intensivmed. 1993; 34: 331-5.

Textstelle (Originalquellen)

Junger A, Benson M, Quinzio L, Michel A, Hempelmann G (1998) Benutzerhilfe im Rahmen der Fern-Administration eines Anästhesie- Informations-Management-Systems (AIMS) am Beispiel NarkoData. Anästhesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther. 33 Suppl:231-231 32. DGAI-Kommission (1993) Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie, Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh. Intensivmed. 34:331-335 33. BDA (1999) Runder Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesie von DGAI und BDA, Modifikation des Kerndatensatzes Anästhesie. Anästh.Intensivmed. 40:649-658 34. Thieme Software (2001)

Anästhesie-Information-Management-Systems (AIMS) am Beispiel NarkoData. Anästhesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther. 33 Suppl:231-231 32. DGAI-Kommission (1993) Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie, Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. Anästh. Intensivmed. 34:331-335 33. BDA (1999) Runder Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesie von DGAI und BDA, Modifikation des Kerndatensatzes Anästhesie. Anästh.Intensivmed. 40:649-658 34. Thieme Software (2001) Thieme NarkoData, Handbuch zur Version 3.0.

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 78

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
56

Textstelle (Prüfdokument) S. 8

1 Schwilk B, Friess L, Friesendorf W, et al. [Präoperative Risikofaktoren und intra- und postoperative Risikoverwirklichung bei 11890 Anästhesien: erste Ergebnisse einer prospektiven Studie](#). *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1993; 28:484-92

Textstelle (Originalquellen)

werden in Zukunft für ein modernes Abteilungsmanagement unverzichtbar sein. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 2003, 44: 105-123 117 191. Schwarz-Schilling G. Dokumentation als ärztliche Haftungsprophylaxe. *Hess. Ärztebl.* 1997; 58:78-80 192. Schwilk B, Friess L, Friesendorf W, Ahnefeld FW, Georgieff M. [Präoperative Risikofaktoren und intra- und postoperative Risikoverwirklichung bei 11.890 Anästhesien. Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie](#). *Anesthesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther.* 1993; 28:484-492 193. Schwilk B, Muche R, Bothner U, Goertz A, Friesendorf W, Georgieff M. Prozessqualität in der Anästhesiologie. Ergebnisse einer prospektiven Erhebung nach den Empfehlungen der DGAI. *Anaesthesist.* 1995; 44:242-249 194. Shabot MM.

- 53 M. Benson, A. Junger, A. Junger, C....., 2003, S.

● 14% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

57



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 8

2 Ouchterlony J, Arvidsson S, Sjostedt L, et al. Perioperative and immediate postoperative adverse events in patients undergoing elective general and orthopaedic surgery. Acta Anaesthesiol.Scand. 1995; 39: 643-52.

Textstelle (Originalquellen)

computerized anesthesia records: comparison with voluntary reporting. Anesthesiology 1996; 85: 977 87. CrossRef Medline ? Ouchterlony J, Arvidsson S, Sjostedt L, Svardsudd K. Perioperative and immediate postoperative adverse events in patients undergoing elective general and orthopaedic surgery. Acta Anaesthesiol Scand 1995; 39: 643 52. Medline ? Schwilk B, Muche R, Treiber H, et al. A cross-validated multifactorial index of perioperative risks in adults undergoing anaesthesia for non-cardiac surgery. J Clin Monit 1998; 14: 283 94. ? Cooper

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 5% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

58

Textstelle (Prüfdokument) S. 9

4 Fleischmann KE, Goldmann L, Young B, et al. Association between cardiac and noncardiac complications in patients undergoing noncardiac surgery: outcomes and effect on length of stay. Am J Med 2003; 115: 515-20

Textstelle (Originalquellen)

Surgery News, Supplement to November 2006 Copyright 2006 M cM ahon Publishing Group unless otherwise noted. All rights reserved. Reproduction in whole or in part without permission. 7. Fleischmann KE, Goldman L, Young B, Lee TH. Association between cardiac and noncardiac complications in patients undergoing noncardiac surgery: outcomes and effects on length of stay. Am J Med. 2003;115:515-520. 8. Khuri SF, Henderson WG, DePalma RG, et al. Determinants of longterm survival after major surgery and the

- 54 The surgical infection prevention a..., 2006, S.

● 26% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
59



Textstelle (Prüfdokument) S. 9

27;14(13):718-24 ²⁹ 29 Ebert TJ, Muzi M. Sympathetic activation with desflurane in humans. Adv Pharmacol 1994; 31:369-78

29 Ebert TJ, Muzi M. Sympathetic activation with desflurane in humans. Adv Pharmacol 1994; 31: 369-78

Textstelle (Originalquellen)

antagonist designed for parenteral use." Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 290(2): 840-46. 10. Duke, P, D Fownes and J Wade (1977). "Halothane depresses baroreflex control of heart rate in man." Anesthesiology 46: 184-87. 11. Ebert, TJ and M Muzi (1993). "Sympathetic hyperactivity during desflurane anesthesia in healthy volunteers. A comparison with isoflurane." Anesthesiology 79(3): 444-53. 12. Ebert, TJ, M Muzi and CW Lopatka (1995). "Neurocirculatory responses to sevoflurane in humans. A comparison to

- 55 class gs ctg2 von uni-duesseldorf.d..., 2005, S. 37

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

60



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 12

2 Tryba M, Zenz M. NARKODATA-ein Narkoseprotokollsystem zur automatischen Dokumentation und Klinikstatistik. Anästh Intensivmed 1987; 28:149-153

Textstelle (Originalquellen)

Tecklenburg A. Form und Inhalt eines EDV-gerechten Anästhesieprotokolls. Anästh. Intensivmed. 1993; 34:93-100 69. Thieme Software. Thieme NarkoData, Handbuch zur Version 3.0. Thieme, Stuttgart, New York 2001 70. Tryba M, Zenz M. NARCODATA - ein Narkoseprotokollsystem zur automatischen Dokumentation und Klinikstatistik. Anästh. Intensivmed. 1987; 28:149-153 71. Weinger MB, Herndon OW, Gaba DM. The effect of electronic record keeping and transesophageal echocardiography on task distribution, workload, and vigilance during cardiac anesthesia. Anesthesiology 1997; 87:144-155 - 75 - 10/96 09/97

- 22 Sciuk, Gregor: Computergestützte Do..., 2002, S. 100

● 8% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

61



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 13

7 Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Clinical and practical requirements of online software for anesthesia documentation - an experience report. Int.J Med Inf. 2000; 57:155-64.

Textstelle (Originalquellen)

index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. Circulation 1999; 100: 1043 9. Abstract/FREE Full Text ? American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. Anesthesiology 1963; 24: 111. ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Clinical and practical requirements of online software for anesthesia documentation an experience report. Int J Med Inf 2000; 57: 155 64. CrossRef Medline ? Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology 1982; 143: 29 36. Abstract/FREE Full Text ?

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 20% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

62



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 14

9 Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Influence of the method of data collection on the documentation of blood-pressure readings with an Anesthesia Information Management System (AIMS). *Methods Inf.Med.* 2001; 40: 190-5.

Textstelle (Originalquellen)

surgery. *J Clin Monit* 1998; 14: 283 94. ? Cooper JB, Cullen DJ, Nemeskal R, et al. Effects of information feedback and pulse oximetry on the incidence of anaesthesia complications. *Anesthesiology* 1987; 67: 686 94. Medline ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Influence of the method of data collection on the documentation of blood-pressure readings with an Anesthesia Information Management System (AIMS). *Methods Inf Med* 2001; 40: 190 5. Medline ? Cohen MM, Duncan PG, Pope DB, Wolkenstein C. A survey of 112, 000 anaesthetics at one teaching hospital (1975 1983). *Can Anaesth Soc J* 1986; 33: 22 31. Medline ? Mangano DT. Perioperative cardiac morbidity. *Anesthesiology* 1990; 72: 153 84. Medline ?

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 42% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
63



Textstelle (Prüfdokument) S. 15

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043-9.

Textstelle (Originalquellen)

surgical procedures. *N Engl J Med* 1977; 297: 845-50. 8. Detsky AS, Abrams HB, Forbath N et al. Cardiac assessment for patients undergoing noncardiac surgery. A multifactorial clinical risk index. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2131-4. 9. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-9. 10. Benson M, Junger A, Quinzio L et al. Clinical and practical requirements of online software for anesthesia documentation an experience report. *Int J Med Inf* 2000; 57: 155-64. 11. Benson M, Junger A, Quinzio L et

- 52 Klasen, J., Junger, A., Hartmann, B..., 2004, S. 280

● 36% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
64



Textstelle (Prüfdokument) S. 18

26 [DGAI-Kommission "Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie"](#). [Kerndatensatz](#) Qualitätssicherung in der [Anästhesie](#). [Anästh. Intensivmed.](#) 1993; 34: 331-5.

Textstelle (Originalquellen)

Junger A, Benson M, Quinzio L, Michel A, Hempelmann G (1998) Benutzerhilfe im Rahmen der Fern-Administration eines Anästhesie- Informations-Management-Systems (AIMS) am Beispiel NarkoData. [Anästhesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther.](#) 33 Suppl:231-231 32. [DGAI-Kommission \(1993\) Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie, Kerndatensatz](#) Qualitätssicherung in der [Anästhesie](#). [Anästh. Intensivmed.](#) 34:331-335 33. BDA (1999) Runder Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesie von DGAI und BDA, Modifikation des Kerndatensatzes [Anästhesie](#). [Anästh.Intensivmed.](#) 40:649-658 34. Thieme Software (2001)

Anästhesie-Information-Management-Systems (AIMS) am Beispiel NarkoData. [Anästhesiol.Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther.](#) 33 Suppl:231-231 32. [DGAI-Kommission \(1993\) Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie, Kerndatensatz](#) Qualitätssicherung in der [Anästhesie](#). [Anästh. Intensivmed.](#) 34:331-335 33. BDA (1999) Runder Tisch Qualitätssicherung in der Anästhesie von DGAI und BDA, Modifikation des Kerndatensatzes [Anästhesie](#). [Anästh.Intensivmed.](#) 40:649-658 34. Thieme Software (2001) Thieme NarkoData, Handbuch zur Version 3.0.

- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikof..., 2004, S. 78

● 7% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
65

Textstelle (Prüfdokument) S. 18

48 [Mallampati S, Gatt S, Gugino L, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. Can Anaesth Soc J; 32 \(4\): 429-34](#)

Textstelle (Originalquellen)

nitrous oxide teratogenicity in Sprague-Dawley rats; folic acid does not. Teratology 38:121,1988. 23. Shiono PH, Mills JL: Oral clefts and diazepam use during pregnancy. N Engl J Med 311:919,1984. 24. [Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al.: A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: A prospective study. Can Anaesth Soc J 32:429,1985.](#) 25. Khan ZH, Kashfi A, Ebrahimkhani E: A comparison of the upper lip bite test (a simple new technique) with modified Mallampati classification in predicting difficulty in

- 56 Propofol ketamine with bispectral (...), 0000, S. 36

● 25% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

66



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 24

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043-9.

Textstelle (Originalquellen)

Abrams HB, Forbath N, et al. Cardiac assessment for patients undergoing noncardiac surgery: a multifactorial clinical risk index. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2131-4. Abstract/FREE Full Text ? Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-9. Abstract/FREE Full Text ? American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. *Anesthesiology* 1963; 24: 111. ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Clinical and practical requirements of online

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 34% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

67



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 47

76 van Oostrom J, Gravenstein C, Gravenstein J. Acceptable ranges for vital signs during general anesthesia. J.Clin.Monit. 1993; 9: 321-5.

Textstelle (Originalquellen)

of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology 1982; 143: 29-36. Abstract/FREE Full Text ? Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons, 1989. ? van Oostrom J, Gravenstein C, Gravenstein J. Acceptable ranges for vital signs during general anesthesia. J Clin Monit 1993; 9: 321-5. Medline ? Junger A, Veit C, Klöss T. Erfahrungsbericht über vier Jahre externe Qualitätssicherung in der Anästhesiologie in Hamburg. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1998; 33: 417-24. Medline ? Cohen MM, Duncan PG,

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 15% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

68



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 48

6 Benson M, Junger A, Michel A, et al. Comparison of manual and automated documentation of adverse events [with an Anesthesia Information Management System \(AIMS\)](#). Stud Health Technol Inform 2000; 77:925-30.

Textstelle (Originalquellen)

and operative data. Prognostic performance was tested using analysis of discrimination and calibration. Previous SectionNext Section Methods This retrospective study is based on data recorded [with an anesthesia information management system \(AIMS\)](#) from 58,458 patients having undergone noncardiac surgery (12) from January 1, 1997 to December 31, 2000 at a tertiary care university hospital. All patient-related data collected during the preoperative assessment were

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 9% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

69

Textstelle (Prüfdokument) S. 48

21 Cooper JB, Cullen DJ, Nemeskal R, et al. Effects of information [feed-back and pulse oxymetry on the incidence of anaesthesia complications](#). *Anesthesiology* 1987; 67: 686-94.

Textstelle (Originalquellen)

Anaesthesiol Scand 1995; 39: 643-52. Medline ? Schwilk B, Muche R, Treiber H, et al. A cross-validated multifactorial index of perioperative risks in adults undergoing anaesthesia for non-cardiac surgery. *J Clin Monit* 1998; 14: 283-94. ? Cooper JB, Cullen DJ, Nemeskal R, et al. Effects of information feedback and pulse oximetry on the incidence of anaesthesia complications. *Anesthesiology* 1987; 67: 686-94. Medline ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Influence of the method of data

McDonald J, Nunziata E (1989) Differences between hand-written and automatic blood pressure records. *Anesthesiology* 71:385-390. 6. Cooper JB, Cullen DJ, Nemeskal R, Hoaglin DC, Gevirtz CC, Csete M, Venable C (1987) Effects of information [feed-back and pulse oximetry on the incidence of anaesthesia complications](#). *Anesthesiology* 67:686-694. 7. DGAI-Kommission "Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie" (1993) Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. *Anästhesiologie* 34:331-335. 8. Edsall DW,

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.
- 57 Junger, A., Benson, M., Quinzio, L., ..., 1999, S. 531

● 14% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

70

Textstelle (Prüfdokument) S. 48

42 Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043-9.

Textstelle (Originalquellen)

Abrams HB, Forbath N, et al. Cardiac assessment for patients undergoing noncardiac surgery: a multifactorial clinical risk index. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2131-4. Abstract/FREE Full Text ? Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100: 1043-9. Abstract/FREE Full Text ? American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. *Anesthesiology* 1963; 24: 111. ? Benson M, Junger A, Quinzio L, et al. Clinical and practical requirements of online

- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence ..., 2004, S.

● 23% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

71



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 53

12 Brathwaite D, Weissman C. [The new onset of atrial](#) arrhythmias following major noncardiothoracic surgery is associated with increased mortality. Chest 1998; 114 (2): 462-8

Textstelle (Originalquellen)

rights reserved. -- Share Get Citation \$(document).ready(function () (var source = \$('mastHead').find('siteHeader').children('siteLogo').find('img').clone(); \$('logoBrand').append(source);)); .logoBrand img(width:280px;) [The new onset of atrial](#) arrhythmias following major noncardiothoracic surgery is associated with increased mortality Brathwaite D, Weissman C. CHEST. 1998; 114(2):462-468. Download citation file: RIS (Zotero) EndNote BibTex Medlars ProCite RefWorks Reference Manager Copyright

- 58 The New Onset of Atrial Arrhythmias..., 1998, S.

● 5% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

72

Textstelle (Prüfdokument) S. 55

58 Polanczyk CA, Marcantonio E, Goldman L, et al. [Impact of Age on Perioperative Complications and Length of Stay in Patients Undergoing Noncardiac Surgery](#). *Ann Intern Med* 2001; 134:637-643

Textstelle (Originalquellen)

Patienten führen. Literatur: 1. Hosking MP, Warner MA, Lobdell CM, Offord KP, Melton LJ, 3rd. Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older. *JAMA* 1989; 261: 1909 15. 2. [Polanczyk CA, Marcantonio E, Goldman L, Rohde LE, Orav J, Mangione CM, Lee TH. Impact of age on perioperative complications and length of stay in patients undergoing noncardiac surgery](#). *Ann Intern Med* 2001; 134: 637 43. 3. Eagle KA, Brundage BH, Chaitman BR, Ewy GA, Fleisher LA, Hertzner NR, Leppo JA, Ryan T, Schlant RC, Spencer WH, 3rd, Spittell JA, Jr., Twiss RD,

- 59 Maack, C./u.a.: Perioperative Risik..., 2005, S. 11

● 27% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

73



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Textstelle (Prüfdokument) S. 56

1 Almanaseer Y, Mukherjee D, Kline-Rogers EM, et al. [Implementation of the ACC/AHA guidelines](#) for preoperative cardiac risk assessment in a

Textstelle (Originalquellen)

Editor, Puesta al día en Urgencias, Emergencias, y ²⁰⁰⁶ Catastrofes, Cadiz, Spain, 2001-2002 ²⁰⁰⁶ Steering Committee, CRUSADE, Can Rapid Stratification of Unstable ²⁰⁰⁶ Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early [Implementation of the ²⁰⁰⁶ ACC/AHA Guidelines](#); The CRUSADE National Quality Improvement Initiative, ²⁰⁰⁶ and the Duke Clinical Research Institute, April 2001-2002 ²⁰⁰⁶ Committee on Critical Care & Resuscitation in Space, Center for ²⁰⁰⁶ Advanced Space Studies,

- 60 Judith E. Tintinalli, MD, MS, FACEP..., 1991, S.

● 6% Einzelplagiatswahrscheinlichkeit

TextService
Prüfbericht

11349

09.05.2021

74



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Quellenverzeichnis

- 1 Mörgeli, Thomas (Hrsg.): 150 Jahre Anästhesie, 1996
https://sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/sgar-ssar/public/SGAR/Geschichte/Ausstellungskatalog_1996.pdf
- 2 Historical Vignettes, 1993
http://www.massgeneral.org/neurosurgery/assets/pdf/history_Neurosurgery%20JNS.pdf
- 3 DGAI: Legenden zu den Anästhesieauswertungen, 2006
<https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/44qualitaetssicherung/dgai.pdf>
- 4 Morawietz, Henning: Mechanosensitive Genexpression und oxidativer Streß in Gefäßzellen, 2001
<http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/habil-online/01/01H181/habil.pdf>
- 5 ÖÄK: Anaesthesiologie und Intensivmedizin, 2002
<https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/facharztpdfs1/Anaesthesiologie/Anaesthesiologie.pdf>
- 6 Bick, Alexander: Entscheidungskriterien vor radikaler Prostatektomie, 2006
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000002486/2_kapitel2.pdf
- 7 Turin, Anna: Minderwuchs nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation Evaluation von sicheren und möglichen Ursachen unter präventiven Aspekten, 2007
<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-6518>
- 8 Kieber, Thomas: Clonidin als Adjuvans zur perioperativen Stressabschirmung während mikrolaryngoskopischer und panendoskopischer Eingriffe in der HNO, 2003
https://bibliographie.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/44409/pdf/kieber_diss.pdf
- 9 Heid, Veronika: Veränderungen der QTc-Zeit im Rahmen der Klinischen Routinebehandlung schizophrener Patienten mit Neuroleptika, 2006
http://edoc.ub.uni-muenchen.de/6690/1/Heid_Veronika.pdf
- 10 HAI: Abstractband vom Hauptstadtkongress für Anästhesie und Intensivmedizin, 2004
http://www.nhs-mv.uni-greifswald.de/intensiv/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/alpha/archiv/2004/alph
- 11 Jost, Andreas: Inzidenz und Risikofaktoren für hypotensive Episoden nach Anlage rückenmarksnaher Regionalanästhesien. Analysen mit einem Anästhesie-Informations-Management-System, 2004
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2004/1658/pdf/JostAndreas-2004-07-19.pdf>
- 12 Brammen, Dominik: Ermittlung, Beschreibung und Bewertung der medikamentösen Therapie einer Operativen Intensivstation einschließlich der detaillierten Analyse der Antibiotikatherapie mit Hilfe eines Patienten-Daten-Management-Systems, 2005
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2391/pdf/BrammenDominik-2005-08-24.pdf>
- 13 Virabyan, Tsovinar: Erhöhter Body-Mass-Index und perioperatives Risiko von Patienten mit nicht-herzchirurgischen Operationen, 2004
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/1966/pdf/VirabyanTsovinar-2004-09-29.pdf>

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
75



Quellenverzeichnis

- 14 Hessisches Ärzteblatt 11/2006, 2006
https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2006/HAEBL_11_2006.pdf
- 15 Herzog, Esther: Relationale Datenbank für einen Zugführer der Schweizer Armee, 2004
https://diuf.unifr.ch/main/is/sites/diuf.unifr.ch.main.is/files/file/studentprojects/S-2004_Esther_Herzog
- 16 Breitenfellner, Gerhard: Datenbankmodellierung, 2006
<http://www.breitenfellner.info/klassenbereich/download/damo.pdf>
- 17 DEGRO: Radioonkologie 2007. Zielgerichtet auf ein Leben mit Qualität, 2007
https://www.researchgate.net/profile/Sergey_Tokalov/publication/259921733_Comparative_examination_of_diff
- 18 Aronson, Wendy Lynn: VARIABILITY IN THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) PHYSICAL STATUS (PS) CLASSIFICATION SCALE, 2000
<http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a372352.pdf>
- 19 Steiner, Martin: Langzeitergebnisse nach radiologischen Interventionen der Becken-und Beinarterien, 2003
<https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/files/709/Langzeitergebnisse.pdf>
- 20 Einsatz von Patienten-Daten-Management-Systemen in der Intensivmedizin. Eine Stuserhebung, 2006
<http://www.gmds2006.imise.uni-leipzig.de/Vortraege/285.pdf>
- 21 Röhrig, Rainer: Inzidenz und Prädiktion computergestützt detektierter intraoperativer kardiovaskulärer Ereignisse bei nicht-kardiochirurgischen Eingriffen , 2003
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2003/1187/pdf/RoehrigRainer-2003-07-29.pdf>
- 22 Sciuk, Gregor: Computergestützte Dokumentation in einer Operativen Tagesklinik mit ..., 2002
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2003/1026/pdf/SciukGregor-2003-01-24.pdf>
- 23 Augmented Reality als haptische Benutzungsschnittstelle zur kooperativen Arbeit mit Visualisierungen, 2004
https://www.cs.uni-paderborn.de/fileadmin/Informatik/AG-Domik/publications/Augmented_Reality_als_haptisch
- 24 Quinzio, Lorenzo: Einführung der computergestützten Anästhesie-Dokumentation am, 2003
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2003/1336/pdf/QuinzioLorenzo-2003-12-09.pdf>
- 25 Dehne, M. G., Junger, A., Hartmann, B., Quinzio, L., Röhrig, R., Benson, M., Hempelmann, G. (2005). Serum creatinine and perioperative outcome - a matched-pairs approach using computerised anaesthesia records. European Journal of Anaesthesiology, 22(2),, 2005
- 26 Deurenberg, P./u.a.: Body mass index and percent body fat. A meta analysis among different ethnic groups, 1998
http://www.researchgate.net/publication/40138309_Body_mass_index_and_percent_body_fat_a_meta_analysis_amo
- 27 Evaluierung unterschiedlicher Methoden zur Überwachung der Splanchnikusperfusion, 2003
https://www.researchgate.net/profile/Dirk_Schramm/publication/29826779_Evaluierung_unterschiedlicher_Meth

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
76

Quellenverzeichnis

- 28 Vogt, Hannelore: Zum Einfluß von Dexmedetomidin auf die Hämodynamik und Analgesie bei Allgemeinanästhesien in der Gefäßchirurgie, 2001
<http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2001/702/pdf/dissertation.pdf>
- 29 Der Lipidreport 2/2002, 2002
<https://www.dialysefrankfurt.de/sites/data/all/Lipidverfahren.pdf>
- 30 Storm, Christian: Messung von Phospholipase D Metaboliten bei Notfall- und Intensivpatienten mit akutem Koronarsyndrom unter besonderer Berücksichtigung der Therapie mit GPIIb/IIIa-Antagonisten, 2004
<http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/storm-christian-2004-10-29/PDF/Storm.pdf>
- 31 Röhrig, Rainer/u.a.: The Incidence and Prediction of Automatically Detected Intraoperative Cardiovascular Events in Noncardiac Surgery, 2004
<http://www.anesthesia-analgesia.org/content/98/3/569.full>
- 32 A/B/U/Z Spezifische Infektionen C/D Neubildungen D Blut, 0000
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/ICD_10_Kodierrichtlinien/2016/Chirurgie_Thesaurus_Ki
- 33 Kolorektales Karzinom III. Daten zur Pathologie, 2005
https://eliph.klinikum.uni-heidelberg.de/pdf/C17_3.pdf
- 34 Besser, David: Fast track Verfahren bei herzchirurgischen Patienten, 2006
<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-4783>
- 35 Ninnemann, Susanne: Untersuchung des Einflusses des Thrombozytenaggregationshemmersabciximab auf die transiente rotablationsinduzierte Hypoperfusion mittels Single Photonen Emissions Tomographie, 2001
http://publications.rwth-aachen.de/record/61500/files/Ninnemann_Susanne.pdf
- 36 Kortenbruck, Günter: Analyse der RNA Editierung an der Q/R-Stelle der Glutamat-Rezeptoruntereinheiten GluR 2, GluR 5 und GluR 6 im chronisch epileptischen Hirngewebe des , 2003
http://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/1110ddb1-bc8f-4ab9-a1a0-ee68be25d2c7/QR_Editierung.pdf
- 37 Thoennissen, Nils H.: Detektion mikroembolischer Signale mittels transkranieller Dopplersonographie bei Patienten mit künstlichem linksventrikulären Kontraktionsersatz vom Typ DeBaKey , 2005
- 38 Hagenah, Jörg/Meulemann, Heiner (Hrsg.): Untersuchungen zum Fernsehen, 2007
<http://www.mfz.uni-koeln.de/assets/files/Band1Fernsehen.pdf>
- 39 Hasenäcker, Miriam-Elisa: Supplementierung der parenteralen Ernährungstherapie mit Glutamin bei Patienten mit akutem Nierenversagen, 2004
http://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/52ffcd59-85ee-44f6-aa04-658a351ba3ff/diss_hasenaecker
- 40 M. Benson, A. Junger, L. Quinzio, C. Fuchs, S. Böttger, G. Hempelmann Evaluierung von Prädiktoren einer schwierigen Laryngoskopie mit einem Anästhesie-InformationManagement-System (AIMS) , 2000

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
77

Quellenverzeichnis

- 41 ... einem Tiermodell für Proliferative Diabetische Retinopathie, 2006
http://m.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Kongresse/Kongress-Archiv/41_2006_Abstracts_Poster.pdf
- 42 Abeln, Andreas: Kardiovaskuläres Risikoprofil bei Typ I- und Typ II-Diabetikern zu Beginn einer Nierenersatztherapie, 2001
<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2332/332.pdf>
- 43 Lamskemper, Dirk: Analyse der ureterorenoskopischen Steintherapie von 1998 bis 2004 unter Berücksichtigung verwendeter Ureteroskope, der Harnleiterkatheterisierung sowie , 2006
http://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/e33fbc9d-ec3b-438f-bde0-a54de3f02838/diss_lamskemper.p
- 44 Sinzker, Wolfgang: Langzeitwirkungen von Fremdkörpern auf das respiratorische System bei Kindern, 2005
http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4652/1/Sinzker_Wolfgang.pdf
- 45 Zentner, Annette/u.a.: Methoden zur vergleichenden Bewertung pharmazeutischer Produkte, 2005
https://www.wm.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2005_publications/2005.zentner_hta122_de.pdf
- 46 Cuneo, Alessandro: Antithrombotische Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern, 2004
<http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2004/1875/pdf/CuneoAlessandro-2004-11-11.pdf>
- 47 Schumann, Matthias (Hrsg.): Rating, Ratingsysteme und ratingbasierte Kreditrisikoquantifizierung, 2006
http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/serien/lm/arbeitsberichte_wi2/2006_17.pdf
- 48 St. Bernward Krankenhaus: Qualitätsbericht, 2004
<https://www.krankenhaus.de/fileadmin/dms/pdf/174/174-2004-2.pdf>
- 49 ebook, 0000
- 50 Mechanische Herzunterstützung mit der intraaortalen Ballonpumpe, 2001
<http://data.aerzteblatt.org/pdf/98/41/a2653.pdf>
- 51 Braun, Helge Reinhold: /Hartmann, B./u.a.: Intra-operative tachycardia and peri-operative outcome, Langenbecks Arch Surg 2003 Nr. 388: S. 255-260, 2003
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12920601>
Worte: 150 (von 9.554) = 2 %
- 52 Klasen, J., Junger, A., Hartmann, B., Jost, A., Benson, M., Virabjan, T., Hempelmann, G. (2004). Increased Body Mass Index and Peri-operative Risk in Patients Undergoing Non-cardiac Surgery. Obesity Surgery, 14(2), 275-281. , 2004
- 53 M. Benson, A. Junger, A. Junger, C. Fuchs, L. Quinzio, G. Sciuk, A. Jost, R. Röhrig, A. Banzhaf, G. Hempelmann Patienten-Daten-Management-Systeme in der Anästhesie und Intensivmedizin , 2003
https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2003/02-2003/2003_Feb_105-123%20Beitrag%20Benson.pdf
- 54 The surgical infection prevention and surgical care improvement projects: promises and pitfalls, 2006
<http://generalsurgerynews.com/download/037gsnsc2006.pdf>

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
78

Quellenverzeichnis

- 55 class gs ctg2 von uni-duesseldorf.deuni-duesseldorf.de Neue Aspekte der Kreislaufregulation bei unterschiedlichen Anaesthesieverfahren, 2005
<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3044/1044.pdf>
- 56 Propofol ketamine with bispectral (BIS) index monitoring, 0000
<http://library.tma.uz/syllabus/TTA%20Lor%20eModul/8.%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BC%D0%B0%20%D>
- 57 Junger, A., Benson, M., Quinzio, L., Jost, A., Veit, C., Klöss, T., Hempelmann, G. (1999). Qualitätsdokumentation mit einem Anästhesie-Informationen-Management-System (AIMS). Der Anaesthesist, 48(8), 523-532., 1999
- 58 The New Onset of Atrial Arrhythmias Following Major Noncardiothoracic Surgery Is Associated With Increased Mortality, 1998
<http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1073238>
- 59 Maack, C./u.a.: Perioperative Risikoevaluierung des alternden Mannes, 2005
https://www.researchgate.net/profile/Michael_Boehm6/publication/242740456_Periooperative_Risikoevaluierung
- 60 Judith E. Tintinalli, MD, MS, FACEP Abridged Curriculum Vitae Personal Information, 1991
http://sph.unc.edu/files/2014/07/tintinalli_hpmcv.pdf

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
79



ProfNet

Institut für Internet-Marketing

Glossar

- Ähnlichkeitsfehler Indizien auf mangelhafte Zitierung von inhaltlichen Übernahmen.
- Ampel Entsprechend der Gesamtwahrscheinlichkeit wird ein Rating der Schwere durch die Ampelfarbe berechnet: grün (bis 19 %) = wenige Indizien unterhalb der Bagatellschwelle; gelb (20 bis 49 %) - deutliche Indizien enthalten, die eine Plagiatsbegutachtung durch den Prüfer notwendig machen; rot (ab 50 %) = Plagiate liegen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit vor, die eine Täuschungsabsicht dokumentieren. Bei publizierten Dissertationen sollte ein offizielles Verfahren zur Prüfung und/oder zum Entzug des Dokortitels eröffnet werden.
- Anteil Fremdtex te (brutto) Anteil aller durch die Software automatisch gefundenen Bestandteile aus anderen Texten am Prüftext (von mindestens 7 Wörtern) in Prozent und Anzahl der Wörter gemessen. Dabei wird noch keine Interpretation auf Plagiatsindizien oder korrekte Übernahmen (z.B. Zitat, Literaturquelle) vorgenommen.
- Anzahl Fremdtext (netto) Anteil aller durch die Software automatisch gefundenen und als Plagiatsindizien interpretierten Bestandteile aus anderen Texten am Prüftext (von mindestens 7 Wörtern) in Prozent und Anzahl der Wörter gemessen.
- Bauernopfer Fehlende Quellenangabe bei einer inhaltlichen oder wörtlichen Textübernahme, wobei die Originalquelle an anderer Stelle des Textes (außerhalb des Absatzes, des Satzes, des Halbsatzes oder des Wortes) angegeben wird.
- Compilation Zusammensetzen des Textes als "Patchwork" aus verschiedenen nicht oder unzureichend zitierten Quellen.
- Eigenplagiat Inhaltliche oder wörtliche Übernahme eines eigenen Textes des Autors ohne oder mit unzureichender Kennzeichnung des Autors. Auch wenn hier nur eigene Texte und Gedanken übernommen werden, handelt es sich um eine Täuschung. Die Prüfer oder Leser gehen davon aus, dass es sich hier um neue Texte und Gedanken des Autors handelt.
- Einzelplagiatswahrscheinlichkeit Grobe Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Plagiats des einzelnen Treffers (oder der Treffer) auf einer Seite im Prüfbericht.

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
80

Glossar

- **Gesamtplagiatswahrscheinlichkeit** Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von Plagiaten durch Verknüpfung der Indizienanzahl, des Netto-Fremdtextanteils und der Schwere der einzelnen Plagiatsindizien.
- **Ghostwritersuche** Über den statistischen Vergleich der Texte (Stilometrie) wird eine Wahrscheinlichkeit berechnet, ob die Texte von demselben Autor stammen.
- **Indizien** Dieser Prüfbericht gibt nur die von der Software automatisch ermittelten Indizien auf eine bestimmte Plagiatsart wieder. Die Feststellung eines Plagiats kann nur durch den Gutachter erfolgen.
- **Literaturanalyse** Die im Prüftext enthaltenen Literatureinträge im Literaturverzeichnis werden analysiert: Wird die Quelle im Text zitiert? Handelt es sich um eine wissenschaftliche Quelle? Wie alt sind die Quellen?
- **Mischplagiat - eine Quelle** Der Text wird hierbei aus verschiedenen Versatzstücken einer einzigen Quelle zusammengesetzt, also gemischt.
- **Mischplagiat - mehrere Quellen** Der Text wird hierbei aus verschiedenen Versatzstücken aus verschiedenen Quellen zusammengesetzt, also gemischt.
- **Phrase** Die übernommenen Textstellen stellen allgemeintypische oder fachspezifische Wortkombinationen der deutschen Sprache dar, die viele Autoren üblicherweise verwenden. Solche Übernahmen gelten nicht als Plagiate.
- **Plagiat** Übernahme von Leistungen wie Ideen, Daten oder Texten von anderen - ohne vollständige oder ausreichende Angabe der Originalquelle.
- **Plagiatsanalyse** Gefundene gleiche Textstellen (= Treffer) werden durch die Software automatisch auf spezifische Plagiatsindizien analysiert.
- **Plagiatssuche** Mit Hilfe von Suchmaschinen wird im Internet, in der Nationalbibliothek und im eigenen Dokumentenbestand nach Originalquellen mit gleichen oder ähnlichen Textstellen gesucht. Diese Quellen werden alle vollständig Wort für Wort mit

TextService
Prüfbericht
11349
09.05.2021
81

Glossar

- dem Prüftext verglichen. Plagiatsindizes werden für Textstellen ab 7 Wörtern berechnet.
- **Plagiatswahrscheinlichkeit**

Grobe Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Plagiaten auf der Basis der Plagiatsindizes. Die Ampel zeigt drei Ergebnisse an: grün - keine Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Plagiaten und somit keine weitere Überprüfung notwendig, gelb - mögliches Vorliegen eines Plagiaten und somit eine weitere Überprüfung empfohlen, rot - hohe Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Plagiaten und somit weitere Überprüfung unbedingt notwendig.
- **Stilometrie**

Texte werden dabei einzeln nach statistischen Kennzahlen (z.B. durchschnittliche Länge der Wörter, Häufigkeit bestimmter Wörter) analysiert. Sind diese Kennzahlen für zwei Texte ähnlich, liegt hier statistisch der gleiche "Stil" und somit mit hoher Sicherheit der selbe Autor vor.
- **Teilplagiat**

Ein Textbestandteil einer Quelle wurde vollständig ohne ausreichende Zitierung kopiert.
- **Textanalyse**

Der einzelne Text wird durch die Software automatisch für sich allein analysiert, z.B. nach statistischen Kennzahlen, benutzter Literatur, Rechtschreibfehlern oder Bestandteilen. Je nach Stand der Softwareentwicklung sind die absoluten Ergebnisse (z.B. Erkennung von Abbildungen, Fußnoten, Tabellen, Zitaten) im einzelnen eingeschränkt aussagefähig. Aufgrund der immer für alle Texte durchgeführten Analysen sind die relativen Unterschiede zwischen den Spalten (z.B. Diplomarbeit vs. Dissertation) uneingeschränkt aussagefähig.
- **Textvergleich**

Jeder Text wird mit anderen älteren Texten vollständig verglichen. Gefundene gleiche Textstellen werden in einem weiteren Schritt z.B. auf Plagiatsindizes hin untersucht.
- **Übersetzungsplagiat**

Nutzung eines fremdsprachigen Textes durch Übersetzung.
- **Verschleierung**

Ein Text wird ohne eindeutige Kennzeichnung (i.d.R. durch Anführungszeichen) Wort für Wort übernommen, aber mit Angabe der Quelle in der Fußnote. Dadurch wird der Prüfer getäuscht, der von einer nur inhaltlichen Übernahme ausgeht

- Vollplagiat
muss.
Der gesamte Text wird vollständig ohne Zitierung kopiert.
- Zitat - wörtlich
Übernommener Text wird z.B. mit Anführungszeichen korrekt dargestellt. Dieses wörtliche Zitat darf keine Veränderungen, Ergänzungen oder Auslassungen enthalten. Fehlt für das Zitat nach der Plagiatssuche ein Nachweis in einer Originalquelle, so wird der Treffer als "Zitat-wörtlich-im Text" bezeichnet.
- Zitat - wörtlich - Veränderung
Einzelne Wörter einer korrekt gekennzeichneten wörtlichen Übernahme werden verändert oder weggelassen, ohne dass der Sinn verändert wird. Z.B.: "Unternehmung" wird durch "Unternehmen" ersetzt.
- Zitat - wörtlich - Verdrehung
In dem korrekt gekennzeichneten übernommenen wörtlichen Text wird der Sinn durch Austausch einzelner Wörter deutlich verändert. Beispiel: "überentwickelten" statt "unterentwickelten".
- Zitierungsfehler
Arbeitsbezeichnung für eine wörtliche Textübernahme, die nur als inhaltliche Textübernahme (Paraphrase) gekennzeichnet wird.

