

Jahresauswertung 2014 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.694
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15345-L96899-P46583

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
Thüringen

Jahresauswertung 2014
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.694
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15345-L96899-P46583

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
Thüringen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		24.227	8
dokumentierte PCI pro Jahr		9.682	8

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/21n3-KORO-PCI/52331							
QI 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie							
			54,61%	>= 20,87%	innerhalb	50,91%	10
2014/21n3-KORO-PCI/52256							
QI 2: Indikation zur isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund							
			25,69%	nicht definiert	-	30,28%	12

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 3: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI							
3a: 2014/21n3-KORO-PCI/52332							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"							
			90,08%	>= 78,26%	innerhalb	-	14
3b: 2014/21n3-KORO-PCI/52333							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt							
			94,73%	>= 89,09%	innerhalb	-	16
QI 4: MACCE							
4a: 2014/21n3-KORO-PCI/414							
MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,38%	nicht definiert	-	0,93%	18
4b: 2014/21n3-KORO-PCI/415							
MACCE bei PCI							
			4,03%	nicht definiert	-	3,40%	21
4c: 2014/21n3-KORO-PCI/2232							
MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts							
			10,95%	nicht definiert	-	10,56%	25

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus							
5a: 2014/21n3-KORO-PCI/416							
Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie							
			1,13%	nicht definiert	-	0,87%	27
5b: 2014/21n3-KORO-PCI/52341							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie							
			0,87	<= 2,56	innerhalb	-	29
5c: 2014/21n3-KORO-PCI/417							
Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI							
			3,04%	nicht definiert	-	2,63%	31
5d: 2014/21n3-KORO-PCI/52342							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI							
			0,90	<= 2,36	innerhalb	-	35
5e: 2014/21n3-KORO-PCI/2311							
Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz							
			0,76%	<= 4,21%	innerhalb	0,41%	40

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 6: Flächendosisprodukt							
6a: 2014/21n3-KORO-PCI/12774							
Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²							
			19,24%	<= 43,92%	innerhalb	21,32%	42
6b: 2014/21n3-KORO-PCI/12775							
Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²							
			24,63%	<= 54,02%	innerhalb	20,13%	42
6c: 2014/21n3-KORO-PCI/50749							
Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²							
			20,32%	<= 43,65%	innerhalb	20,66%	42
6d: 2014/21n3-KORO-PCI/12773							
Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts							
			0,46%	<= 1,70%	innerhalb	0,31%	46

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 7: Kontrastmittelmenge							
7a: 2014/21n3-KORO-PCI/51405							
Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml							
			3,99%	<= 18,12%	innerhalb	4,83%	48
7b: 2014/21n3-KORO-PCI/51406							
Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml							
			19,27%	<= 45,50%	innerhalb	12,94%	48
7c: 2014/21n3-KORO-PCI/51407							
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml							
			9,58%	<= 34,33%	innerhalb	10,06%	48

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

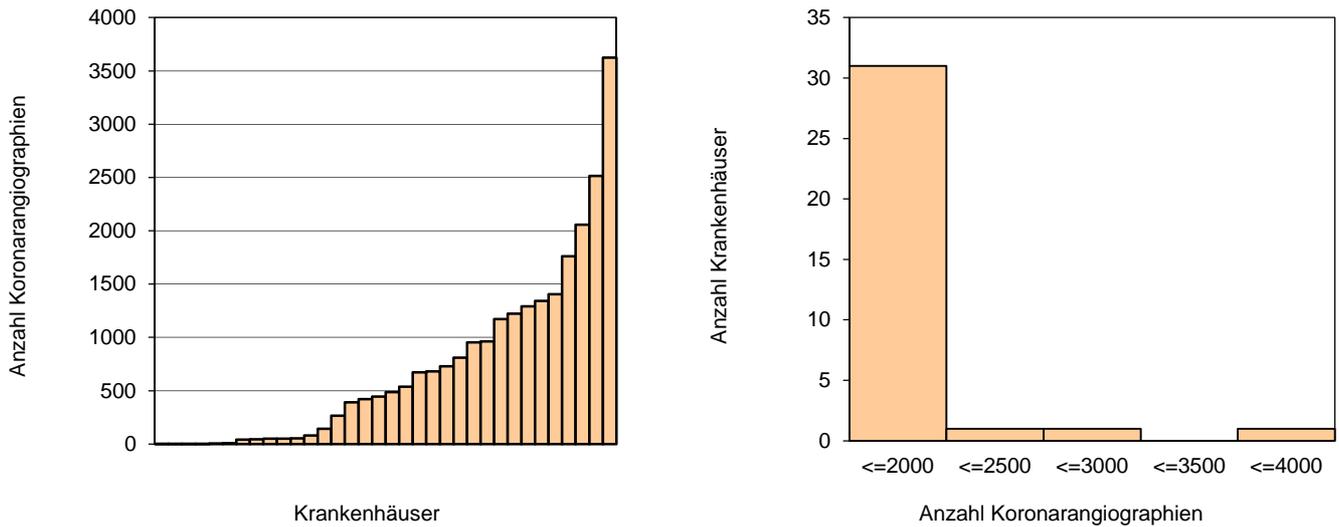
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			24.227	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			9.682	100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			23.540	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			9.226	100,00%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 34 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

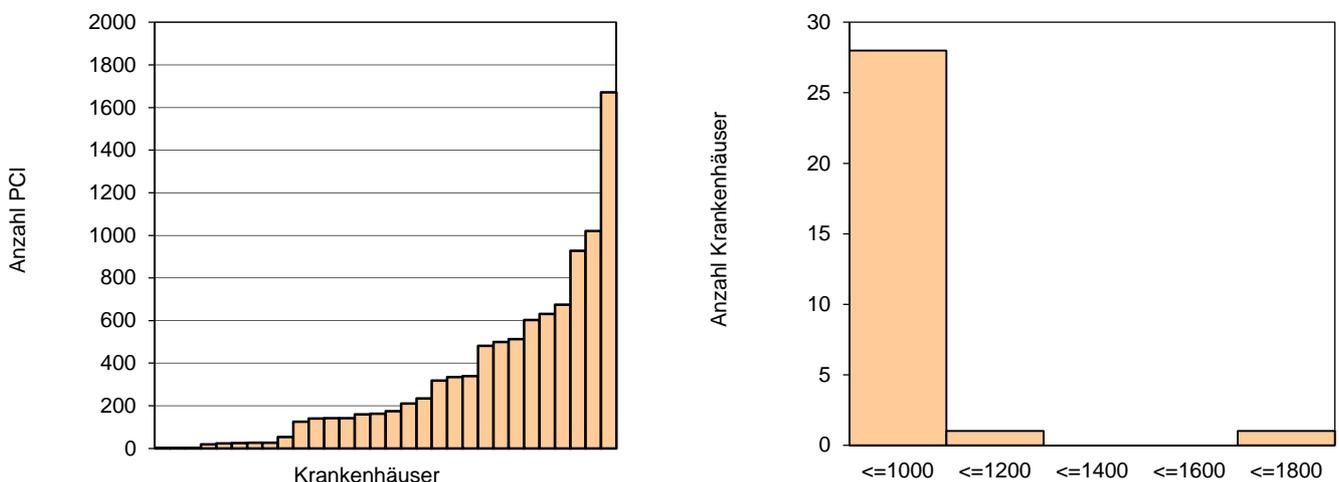


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	2,00	3,00	50,00	465,50	1.171,00	1.761,00	2.516,00	3.624,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/43868]:
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	1,00	11,00	27,00	168,00	500,00	801,00	1.021,00	1.671,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Qualitätsziel: Der Anteil angemessener Indikationsstellungen (objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen) bei Patienten mit elektiver, isolierter Koronarangiographie soll hoch sein

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom und ohne Patienten aus der Herzchirurgie oder mit Verlegung in die Herzchirurgie

Indikator-ID: 2014/21n3-KORO-PCI/52331

Referenzbereich: $\geq 20,87\%$ (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			6.667 / 9.460	70,48%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			6.485 / 9.460	68,55%
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			5.166 / 9.460	54,61%
Vertrauensbereich				53,60% - 55,61%
Referenzbereich		$\geq 20,87\%$		$\geq 20,87\%$

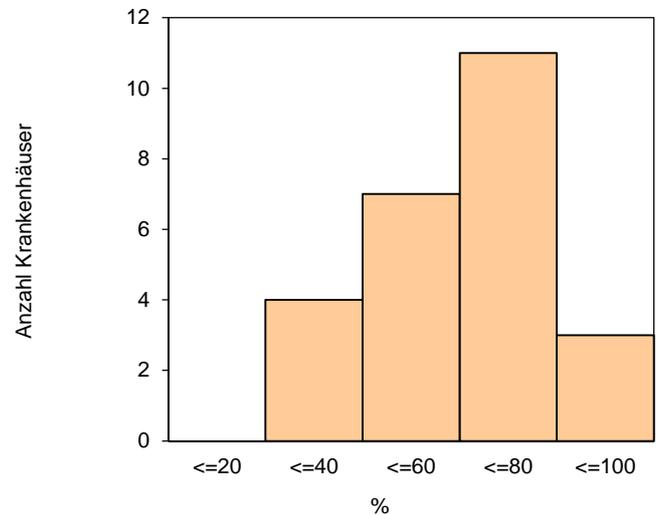
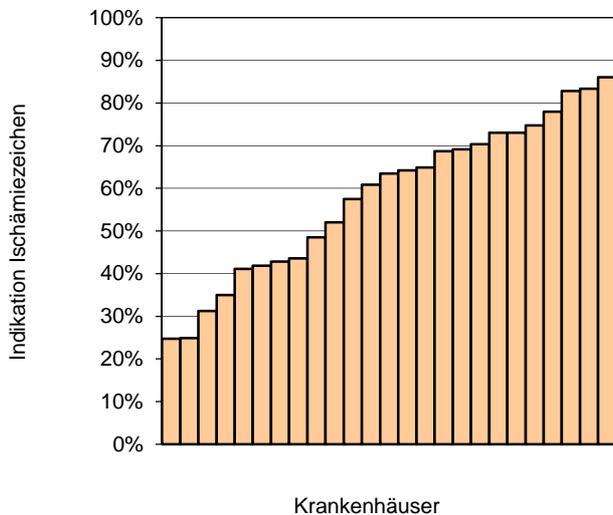
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			4.907 / 9.638	50,91%
Vertrauensbereich				49,91% - 51,91%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52331]:

Anteil von elektiven, isolierten Koronarangiographien bei Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen an allen isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation "bekannte KHK" oder "Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention" bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

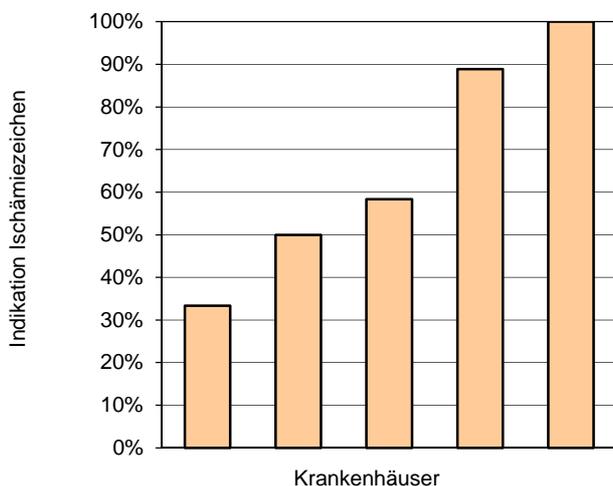
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,73	24,88	31,23	42,86	63,50	73,00	82,87	83,33	86,05

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33			50,00	58,33	88,89			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 2: Indikation zur isolierten Koronarangiographie:
 Anteil ohne pathologischen Befund**

Qualitätsziel: Der Anteil durchgeführter isolierter Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) an allen durchgeführten isolierten Koronarangiographien soll niedrig sein

Grundgesamtheit: Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) bei Patienten, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: 2014/21n3-KORO-PCI/52256

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.611 / 6.271	25,69%
Vertrauensbereich				24,62% - 26,79%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

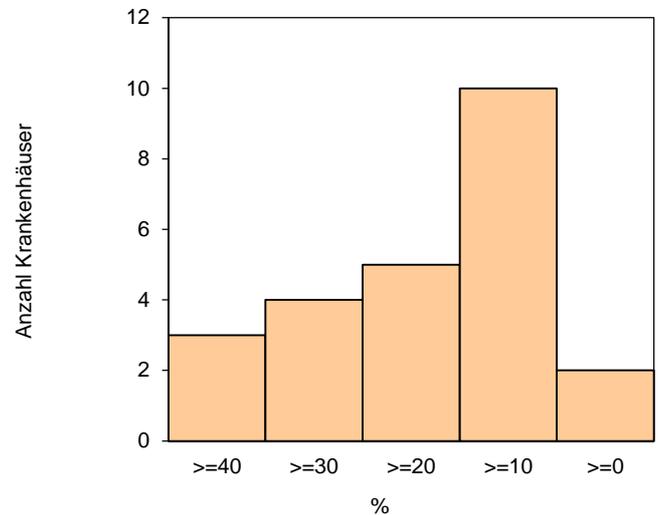
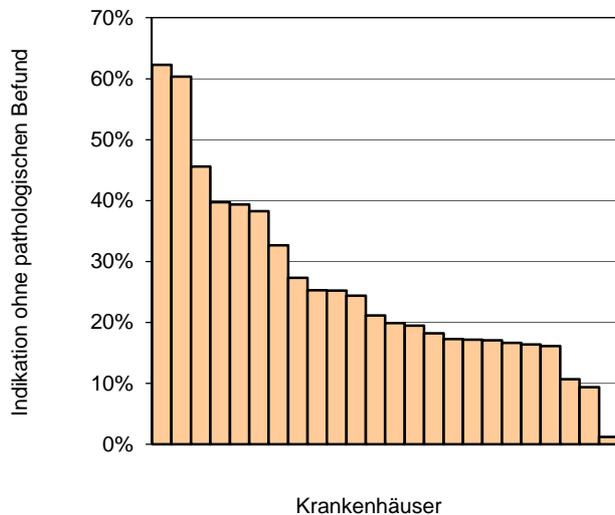
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.911 / 6.311	30,28%
Vertrauensbereich				29,16% - 31,43%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52256]:

Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK) an allen isolierten Koronarangiographien mit der Indikation "Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK" (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) bei Patienten, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

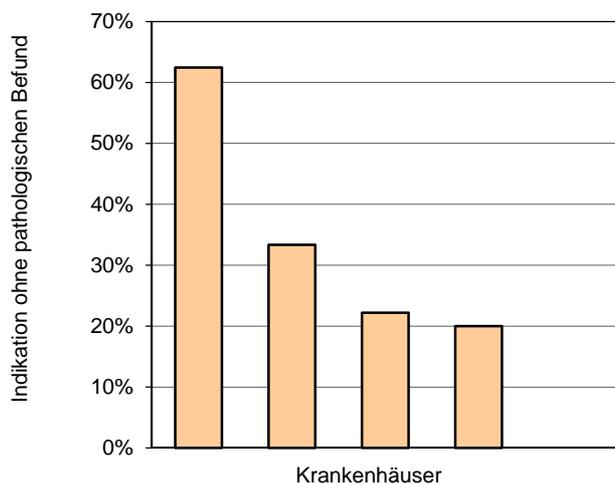
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,20	9,38	10,68	16,85	20,49	35,43	45,56	60,32	62,28

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			20,00	22,22	33,33			62,50

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Qualitätsziel: Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"

Grundgesamtheit: Alle PCI mit Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h nach Stellung der Diagnose"

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/21n3-KORO-PCI/52332

Referenzbereich: >= 78,26% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			1.081 / 1.200	90,08%
Vertrauensbereich				88,26% - 91,65%
Referenzbereich		>= 78,26%		>= 78,26%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

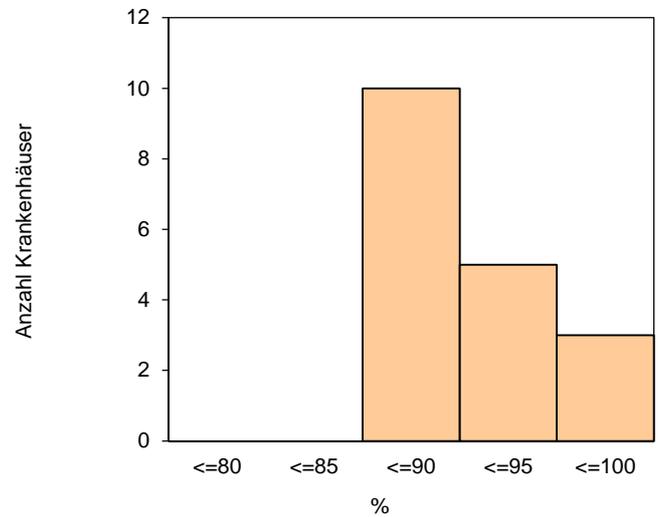
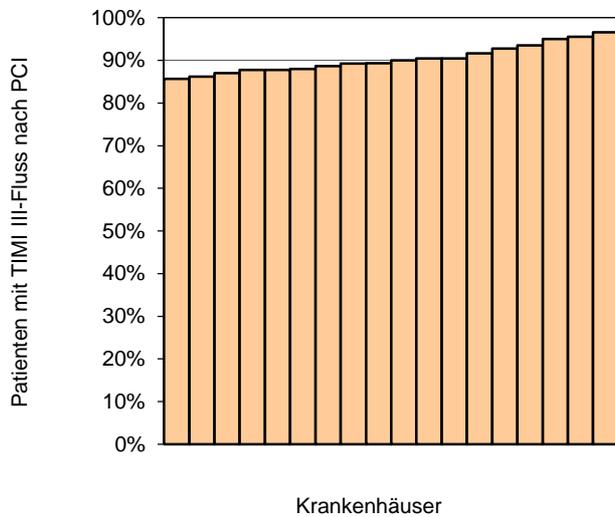
¹ Auf Grund eines neu eingeführten Datenfeldes im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52332]:

Anteil von Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI an allen PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24h“ nach Stellung der Diagnose

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

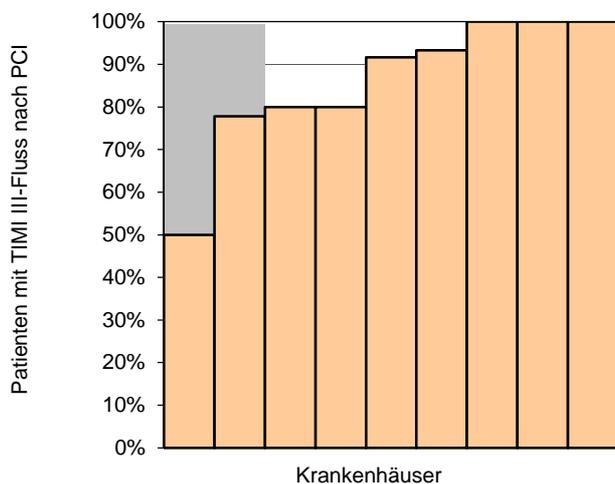
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,71		86,21	87,78	89,66	92,75	95,56		96,61

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00			80,00	91,67	100,00			100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI

Indikator-ID: (QI 3b): 2014/21n3-KORO-PCI/52333

Referenzbereich: >= 89,09% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

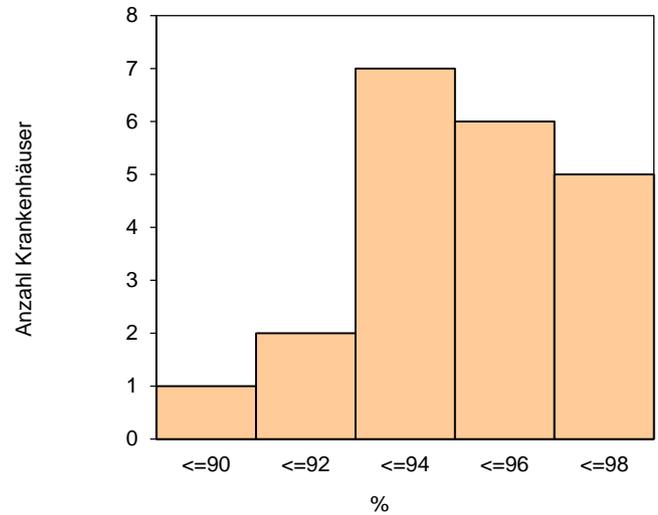
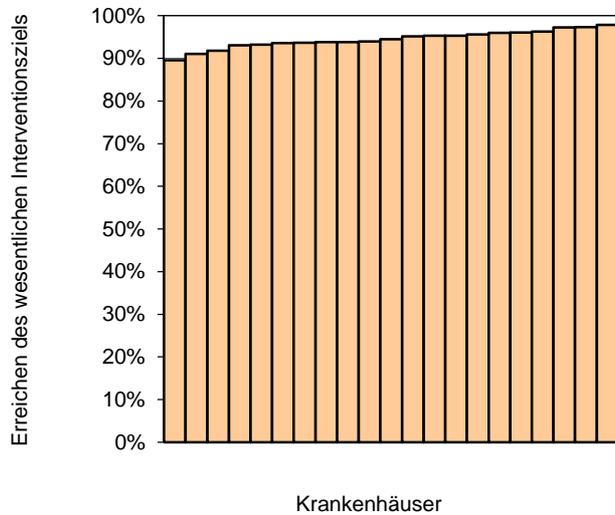
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			5.973 / 6.305	94,73%
Vertrauensbereich				94,16% - 95,26%
Referenzbereich		>= 89,09%		>= 89,09%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund geänderter Schlüsselwerte eines Datenfeldes im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

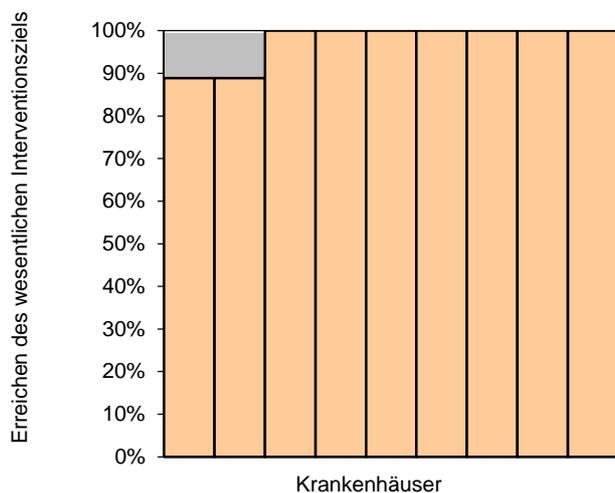
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52333]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,56	91,09	91,82	93,64	94,53	96,00	97,30	97,38	97,89

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,89			100,00	100,00	100,00			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: MACCE

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events)

Isolierte Koronarangiographie(n)

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris oder kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung
 Gruppe 3: Alle Patienten

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 4a): 2014/21n3-KORO-PCI/414

Referenzbereich: Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	113 / 2.517 4,49%	65 / 10.458 0,62%	189 / 13.720 1,38%
Vertrauensbereich			1,20% - 1,59%
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	58 / 975 5,95%	37 / 3.404 1,09%	97 / 4.559 2,13%
Patienten mit Diabetes mellitus	32 / 372 8,60%	13 / 1.119 1,16%	47 / 1.545 3,04%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	14 / 33 42,42%	2 / 5 40,00%	16 / 38 42,11%
Alter < 75 Jahre	55 / 1.542 3,57%	28 / 7.054 0,40%	92 / 9.161 1,00%
Patienten mit Diabetes mellitus	20 / 380 5,26%	9 / 1.755 0,51%	29 / 2.251 1,29%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	20 / 53 37,74%	1 / 11 9,09%	21 / 64 32,81%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	80 / 2.168 3,69%	36 / 10.037 0,36%	124 / 13.279 0,93%
Vertrauensbereich			0,78% - 1,11%

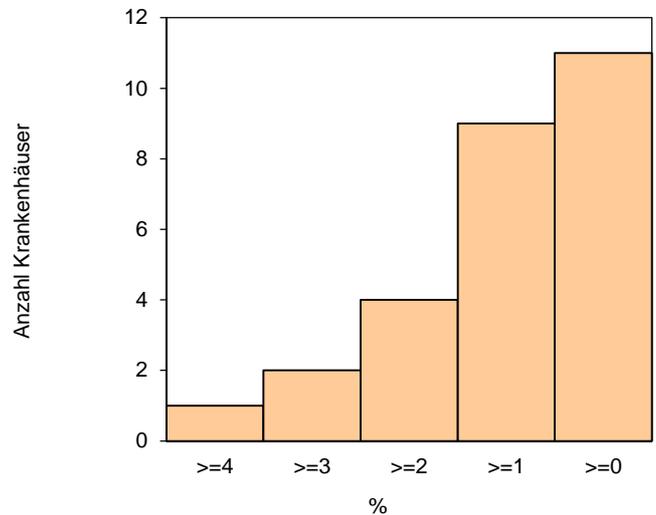
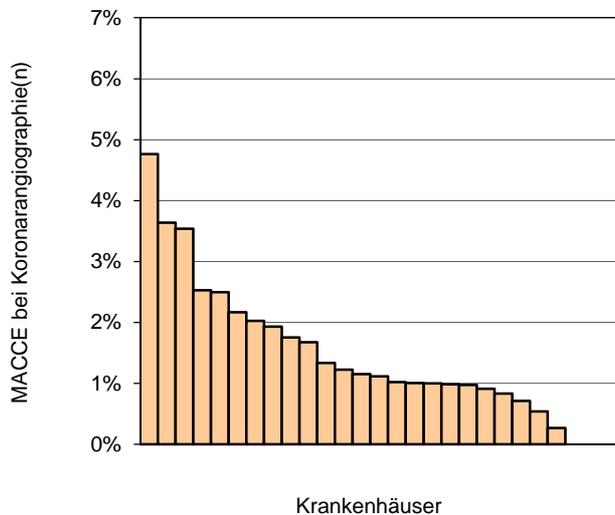
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/414]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

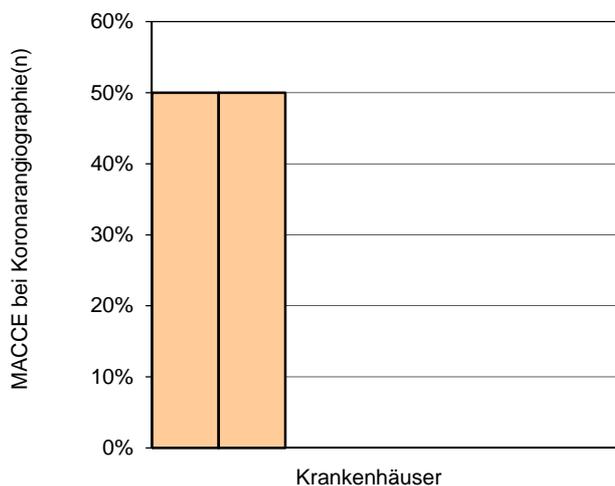
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,83	1,11	2,02	3,54	3,64	4,76

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	50,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Belastungsdyspnoe oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung
 Gruppe 3: Alle Patienten

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 4b): 2014/21n3-KORO-PCI/415

Referenzbereich: Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	293 / 4.187	79 / 4.871	373 / 9.252
Vertrauensbereich	7,00%	1,62%	4,03%
Referenzbereich			3,65% - 4,45%
			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	152 / 1.510	39 / 1.660	191 / 3.221
	10,07%	2,35%	5,93%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	74 / 649	15 / 746	89 / 1.409
	11,40%	2,01%	6,32%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	57 / 241	9 / 231	66 / 475
	23,65%	3,90%	13,89%
Patienten mit Niereninsuffizienz	80 / 693	24 / 767	104 / 1.479
	11,54%	3,13%	7,03%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 215	5 / 263	18 / 482
	6,05%	1,90%	3,73%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	54 / 104	2 / 3	56 / 107
	51,92%	66,67%	52,34%
Alter < 75 Jahre	141 / 2.677	40 / 3.211	182 / 6.031
	5,27%	1,25%	3,02%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	42 / 773	18 / 1.222	60 / 2.042
	5,43%	1,47%	2,94%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	48 / 321	12 / 362	60 / 693
	14,95%	3,31%	8,66%
Patienten mit Niereninsuffizienz	48 / 551	17 / 890	66 / 1.469
	8,71%	1,91%	4,49%
Patienten mit Z. n. Bypass	9 / 172	4 / 414	13 / 597
	5,23%	0,97%	2,18%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	57 / 150	0 / 4	57 / 154
	38,00%	0,00%	37,01%

¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	237 / 3.785	63 / 4.787	301 / 8.850
Vertrauensbereich	6,26%	1,32%	3,40%
			3,04% - 3,80%

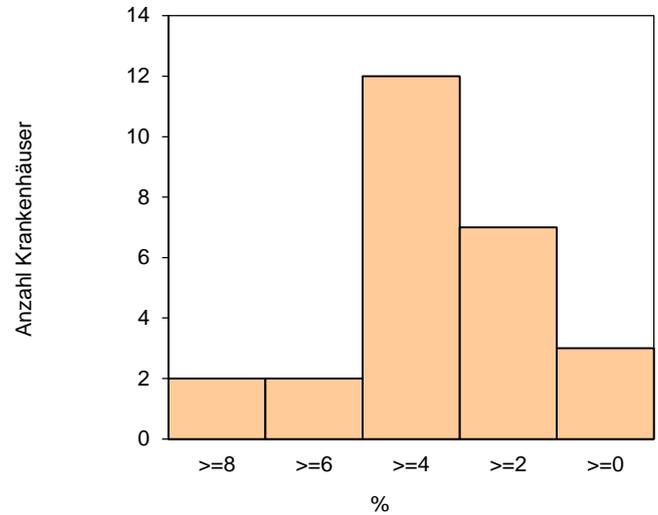
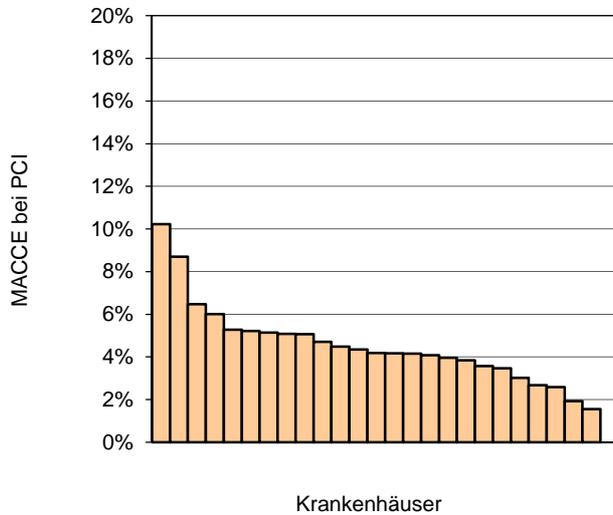
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/415]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

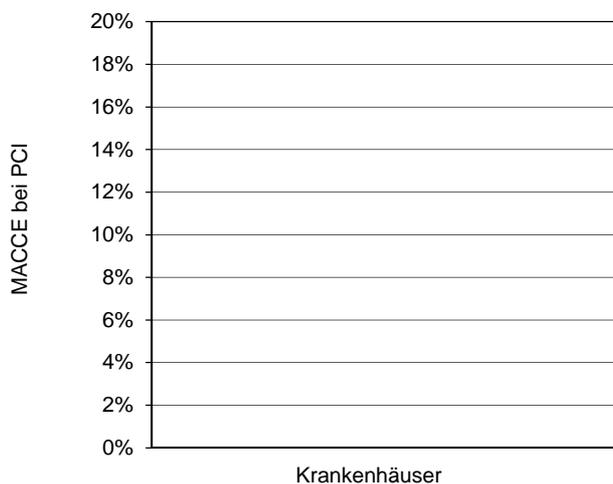
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,56	1,92	3,46	4,18	5,14	6,47	8,70	10,22

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarktes, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 4c): 2014/21n3-KORO-PCI/2232

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			146 / 1.333	10,95%
Vertrauensbereich				9,39% - 12,74%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			65 / 363	17,91%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			27 / 136	19,85%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			24 / 74	32,43%
Patienten mit Niereninsuffizienz			32 / 146	21,92%
Patienten mit Z. n. Bypass			1 / 15	6,67%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			28 / 54	51,85%
Alter < 75 Jahre			81 / 970	8,35%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			22 / 236	9,32%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			27 / 128	21,09%
Patienten mit Niereninsuffizienz			24 / 147	16,33%
Patienten mit Z. n. Bypass			3 / 28	10,71%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			41 / 106	38,68%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			143 / 1.354	10,56%
Vertrauensbereich				9,03% - 12,31%

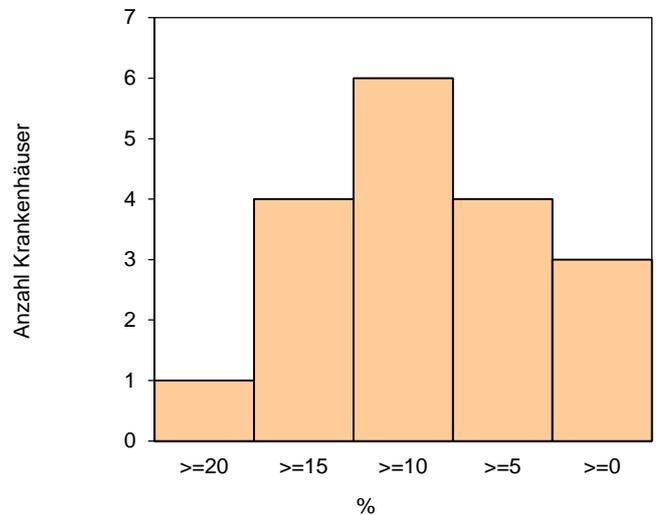
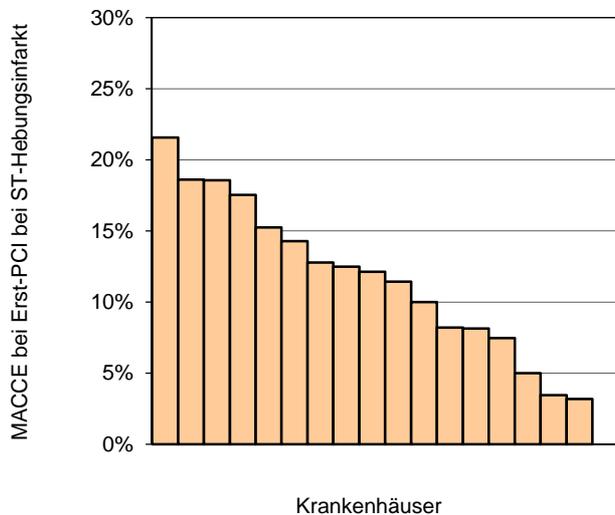
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/2232]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

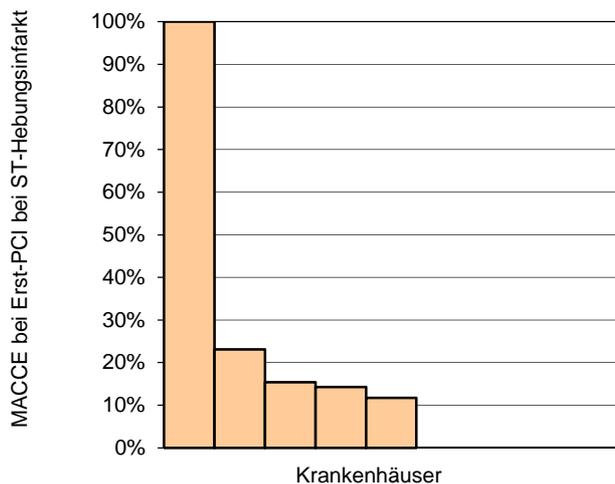
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		3,17	7,46	11,77	15,25	18,60		21,57

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	11,76	15,38			100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Isolierte Koronarangiographie(n)

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/21n3-KORO-PCI/416

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			155 / 13.720	1,13%
		nicht definiert		0,97% - 1,32% nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			15 / 144	10,42%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			56 / 1.774	3,16%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			84 / 11.802	0,71%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			36 / 102	35,29%

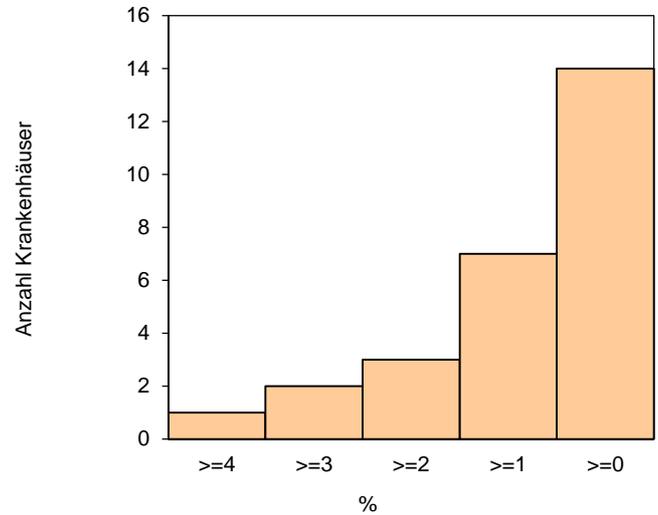
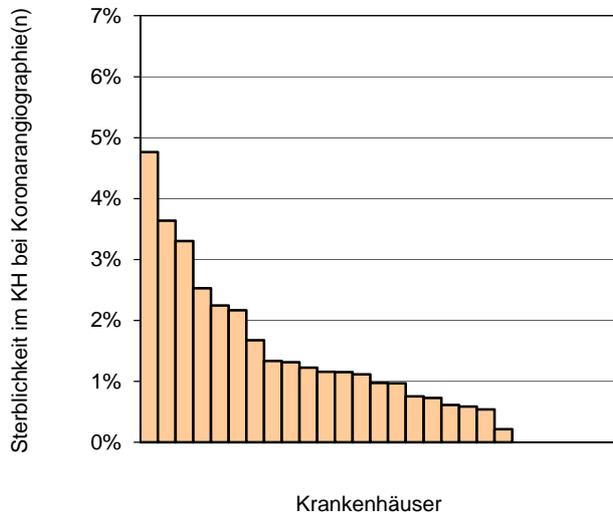
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			115 / 13.279	0,87%
				0,72% - 1,04%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/416]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor, postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund Tod an allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

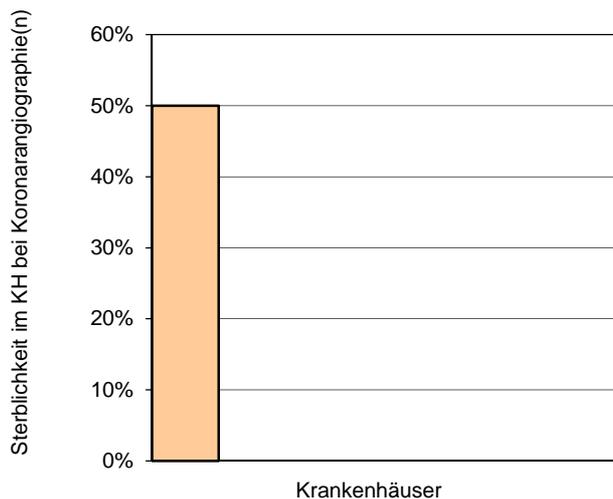
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,21	0,97	1,67	3,30	3,64	4,76

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
 bei isolierter Koronarangiographie**

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 52341, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 5b): 2014/21n3-KORO-PCI/52341

Referenzbereich: <= 2,56 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		152 / 13.687 1,11%
vorhergesagt (E) ¹		174,26 / 13.687 1,27%
O - E		-0,16%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score für QI-ID 52341.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E²		0,87
Vertrauensbereich		0,74 - 1,02
Referenzbereich	<= 2,56	<= 2,56

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

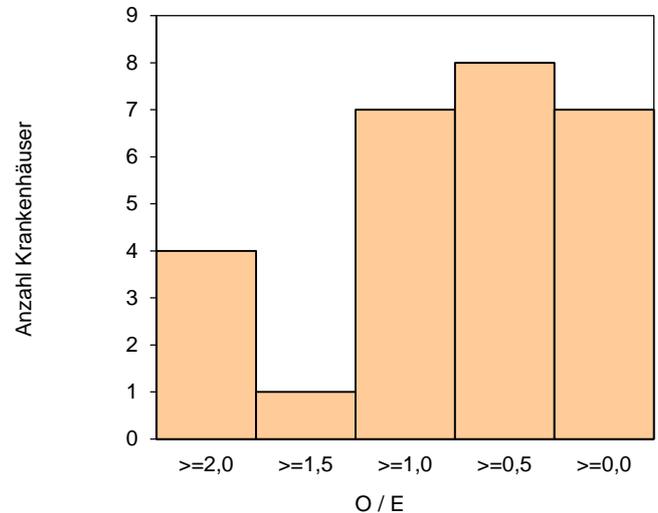
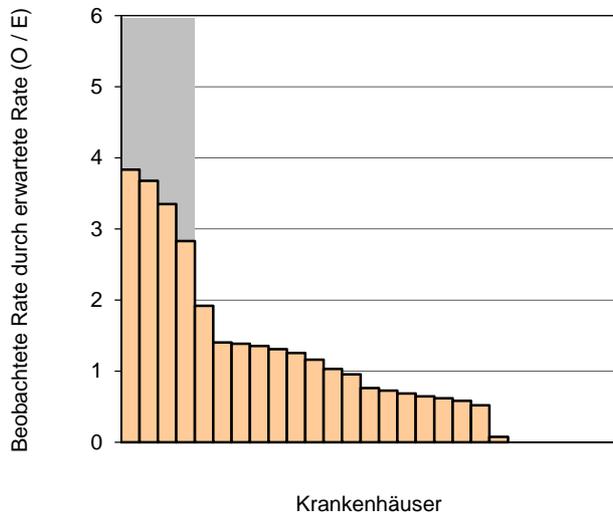
³ Auf Grund neu eingeführter Datenfelder (bzw. neuer Schlüsselwerte) im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52341]:

Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie und mit vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 52341, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

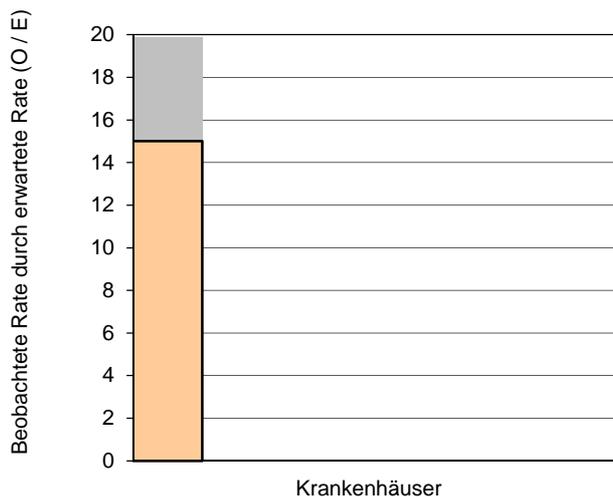
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,08	0,76	1,39	3,35	3,68	3,84

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			15,01

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 5c): 2014/21n3-KORO-PCI/417

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			281 / 9.252	3,04% 2,71% - 3,41% nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			28 / 72	38,89%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			253 / 9.180	2,76%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			137 / 1.357	10,10%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			111 / 2.880	3,85%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, sonstige)			33 / 5.015	0,66%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			103 / 249	41,37%

¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			233 / 8.850	2,63% 2,32% - 2,99%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			7 / 41	17,07%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			226 / 8.809	2,57%

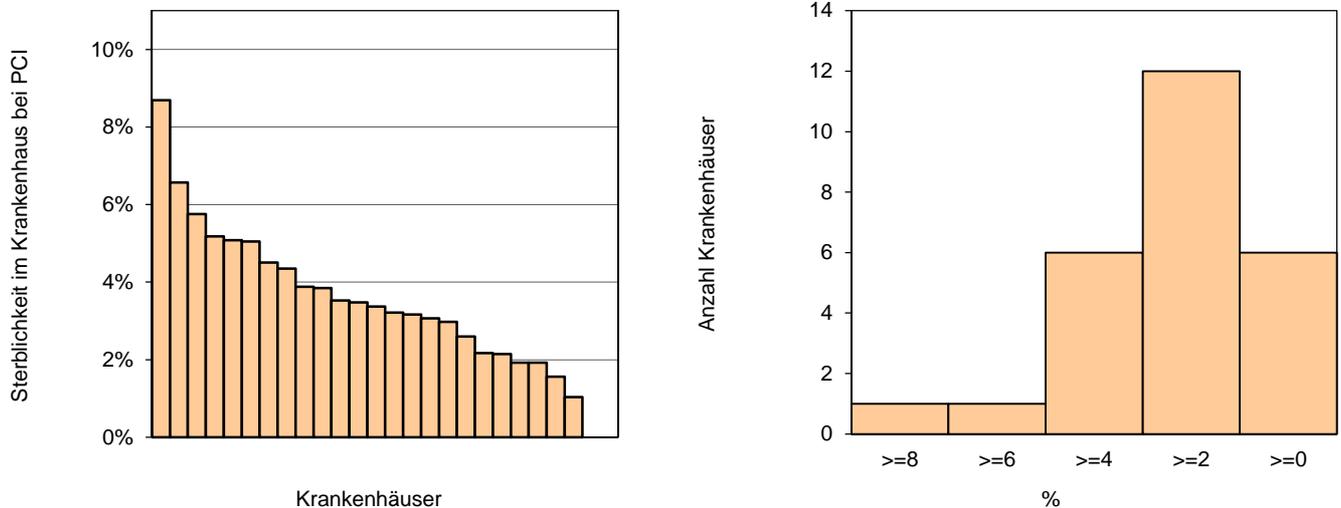
¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/417]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor, postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund Tod an allen Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

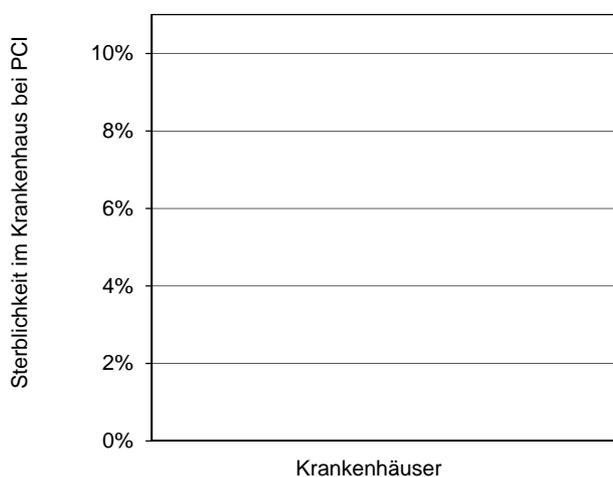
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,03	2,14	3,29	4,50	5,76	6,57	8,70

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score für QI-ID 52342, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 5d): 2014/21n3-KORO-PCI/52342

Referenzbereich: <= 2,36 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2014			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

Gesamt 2014			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	43,25 / 6.605 0,65%	33 / 6.605 0,50%	-0,16%
2 - < 4%	33,86 / 1.186 2,85%	35 / 1.186 2,95%	0,10%
4 - < 6%	22,77 / 463 4,92%	27 / 463 5,83%	0,91%
>= 6%	190,56 / 956 19,93%	166 / 956 17,36%	-2,57%
Gesamt	290,43 / 9.210 3,15%	261 / 9.210 2,83%	-0,32%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

Negative Werte bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet.

Positive Werte bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		261 / 9.210 2,83%
vorhergesagt (E) ¹		290,43 / 9.210 3,15%
O - E		-0,32%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für QI-ID 52342.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E²		0,90
Vertrauensbereich		0,80 - 1,01
Referenzbereich	<= 2,36	<= 2,36

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund neu eingeführter Datenfelder (bzw. neuer Schlüsselwerte) im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiblich			2.594 / 9.210	28,17%
Alter				
>= 58 - < 66 Jahre			1.715 / 9.210	18,62%
>= 66 - < 73 Jahre			1.860 / 9.210	20,20%
>= 73 - < 79 Jahre			2.303 / 9.210	25,01%
>= 79 Jahre			1.730 / 9.210	18,78%
Diabetes mellitus				
nicht insulinpflichtig			2.397 / 9.210	26,03%
insulinpflichtig			1.049 / 9.210	11,39%
Niereninsuffizienz				
dialysepflichtig			209 / 9.210	2,27%
nicht dialysepflichtig			2.739 / 9.210	29,74%
erste Prozedur				
Dringlichkeit der Prozedur				
dringend			2.078 / 9.210	22,56%
notfallmäßig			2.306 / 9.210	25,04%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
NYHA I			829 / 9.210	9,00%
NYHA II			2.676 / 9.210	29,06%
NYHA III			1.900 / 9.210	20,63%
NYHA IV ohne Schock			132 / 9.210	1,43%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn stabilisiert			117 / 9.210	1,27%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn hämo- dynamisch instabil			119 / 9.210	1,29%

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
erste PCI				
Indikation				
ACS ¹ ohne Myokardinfarkt			994 / 9.210	10,79%
ACS ¹ mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt			1.882 / 9.210	20,43%
ACS ¹ mit ST-Hebung bis 24h nach Stellung der Diagnose			1.135 / 9.210	12,32%
ACS ¹ mit ST-Hebung nach 24h nach Stellung der Diagnose			170 / 9.210	1,85%
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			774 / 9.210	8,40%
PCI an				
Hauptstamm			827 / 9.210	8,98%
LAD			3.680 / 9.210	39,96%
RCA			2.675 / 9.210	29,04%
besonderes Merkmal				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.019 / 9.210	21,92%
PCI eines Koronarbypasses			281 / 9.210	3,05%
PCI am ungeschützten Hauptstamm			233 / 9.210	2,53%
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			568 / 9.210	6,17%
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			44 / 9.210	0,48%
PCI an einer In-Stent Stenose			285 / 9.210	3,09%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Wechselwirkungen				
ACS ¹ mit ST-Hebung bei erster PCI und kardiogener Schock bei erster Prozedur			142 / 9.210	1,54%
ACS ¹ mit ST-Hebung und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			829 / 9.210	9,00%
kardiogener Schock bei erster Prozedur und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			146 / 9.210	1,59%

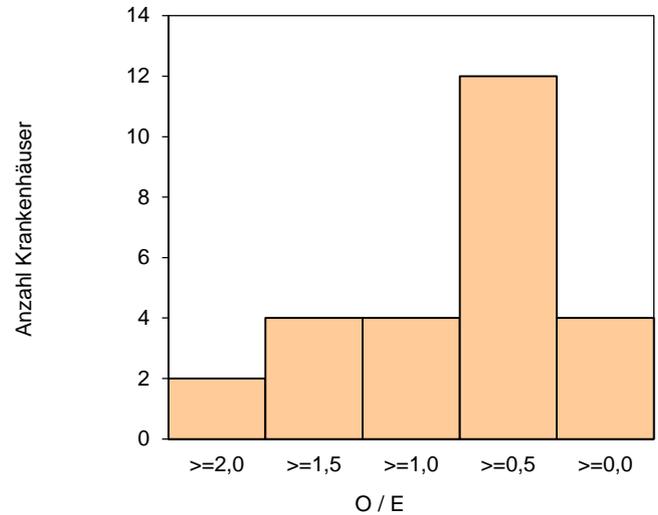
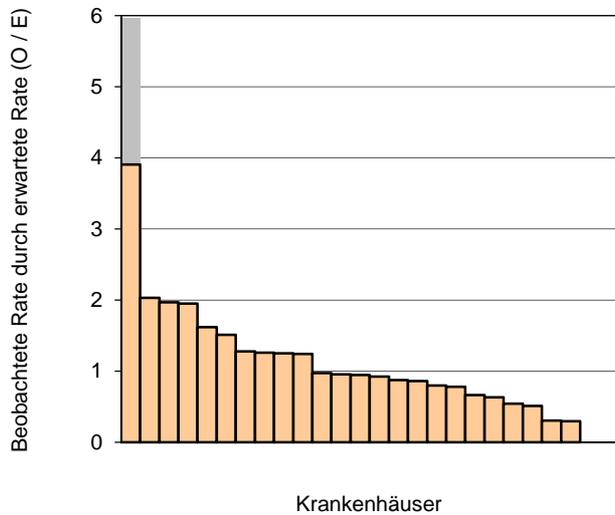
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5d, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52342]:

Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score für QI-ID 52342, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

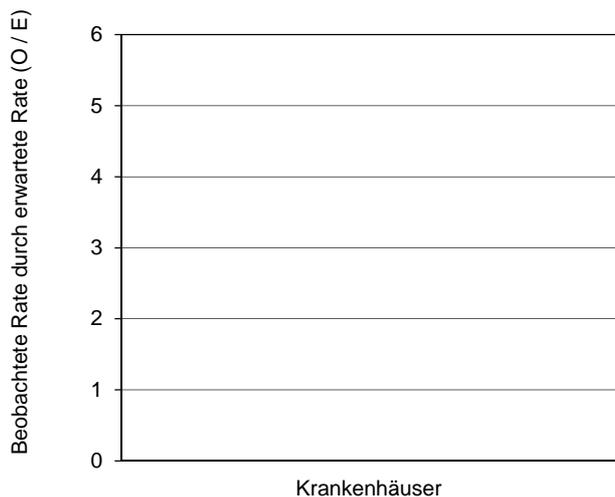
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,29	0,63	0,93	1,28	1,97	2,03	3,91

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5e): 2014/21n3-KORO-PCI/2311

Referenzbereich: <= 4,21 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			134 / 23.694	0,57%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			80 / 23.694	0,34%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			181 / 23.694	0,76%
Vertrauensbereich				0,66% - 0,88%
Referenzbereich		<= 4,21%		<= 4,21%

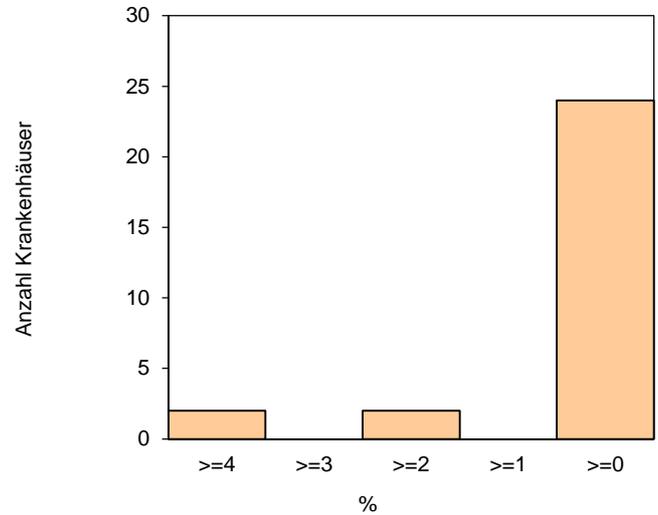
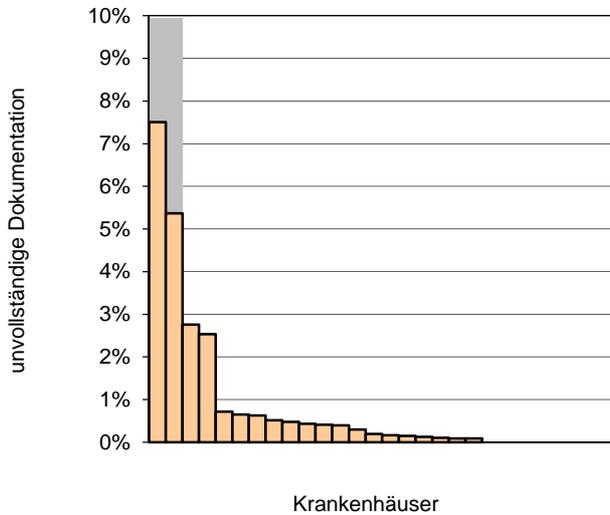
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			95 / 22.962	0,41%
Vertrauensbereich				0,34% - 0,51%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5e, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/2311]:

Anteil von Patienten mit unvollständigen Angaben zum Diabetes mellitus oder zur Niereninsuffizienz an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

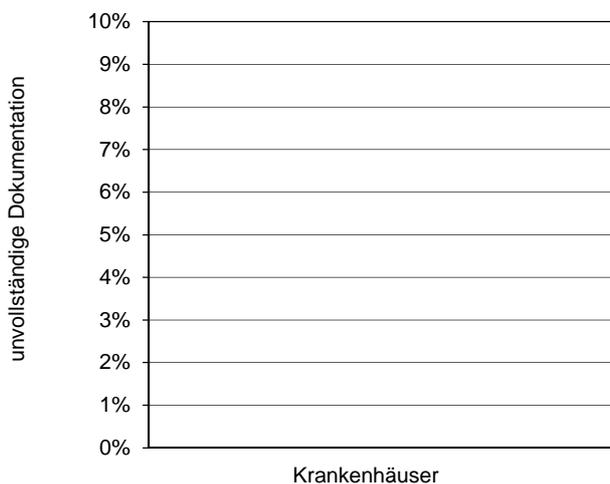
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,57	2,76	5,37	7,51

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 6a):	2014/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 6b):	2014/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 6c):	2014/21n3-KORO-PCI/50749	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 43,92% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 54,02% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 43,65% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

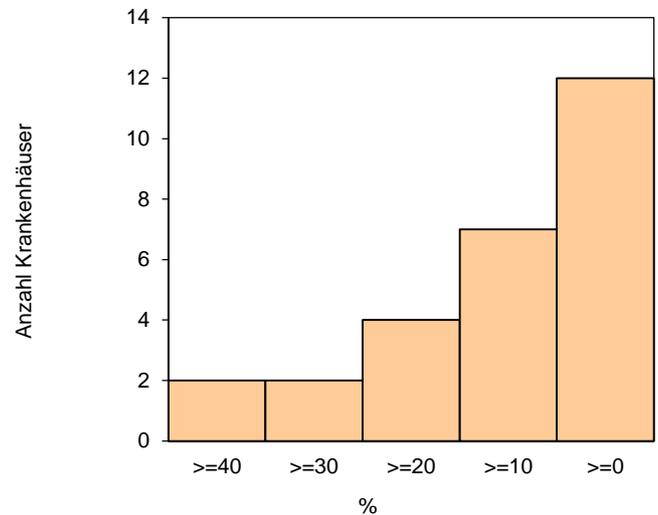
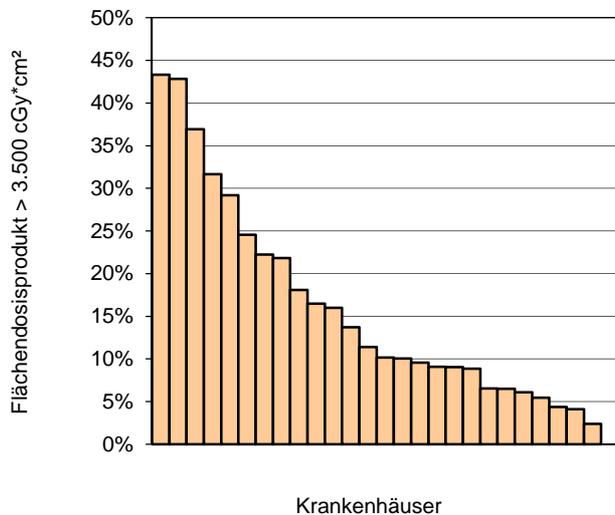
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			2.875 / 14.939	19,24%
Vertrauensbereich				18,62% - 19,88%
Referenzbereich		<= 43,92%		<= 43,92%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			115 / 467	24,63%
Vertrauensbereich				20,94% - 28,73%
Referenzbereich		<= 54,02%		<= 54,02%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.864 / 9.174	20,32%
Vertrauensbereich				19,51% - 21,15%
Referenzbereich		<= 43,65%		<= 43,65%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			3.107 / 14.575	21,32%
Vertrauensbereich				20,66% - 21,99%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			62 / 308	20,13%
Vertrauensbereich				16,03% - 24,96%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.837 / 8.892	20,66%
Vertrauensbereich				19,83% - 21,51%

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

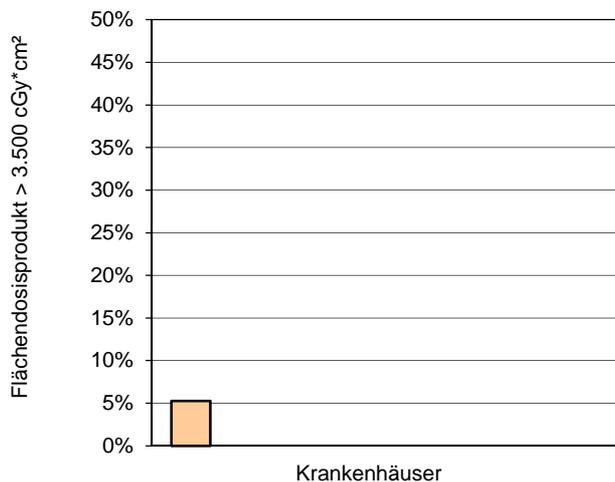
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12774]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm² an allen isolierten Koronarangiographien mit
 bekanntem Flächendosisprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,38	4,11	6,49	10,14	22,22	36,92	42,82	43,33

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

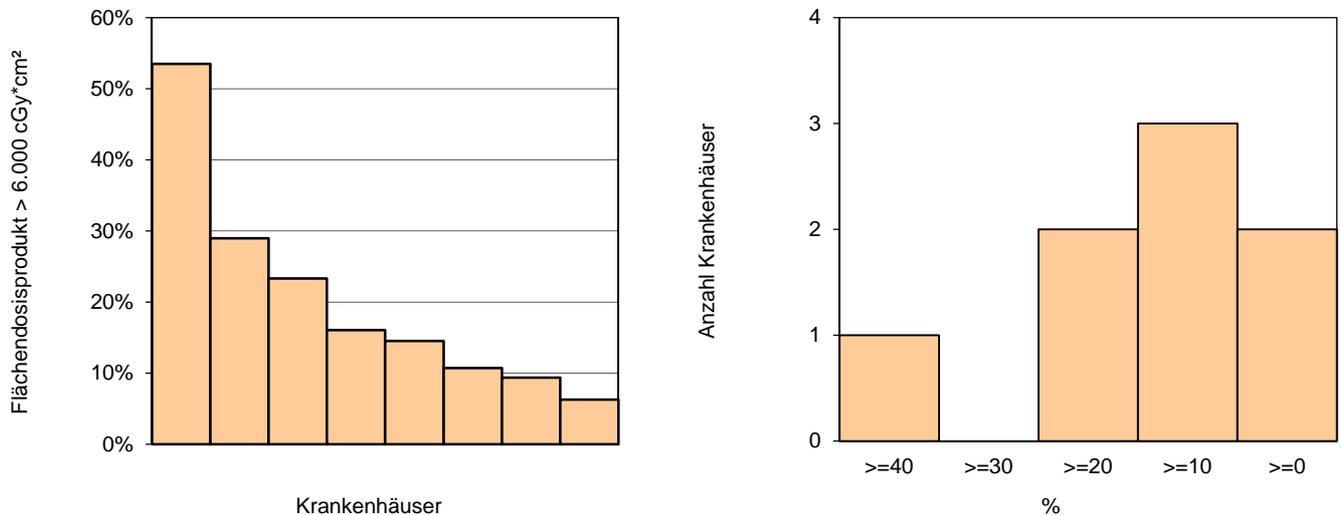


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			5,26

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

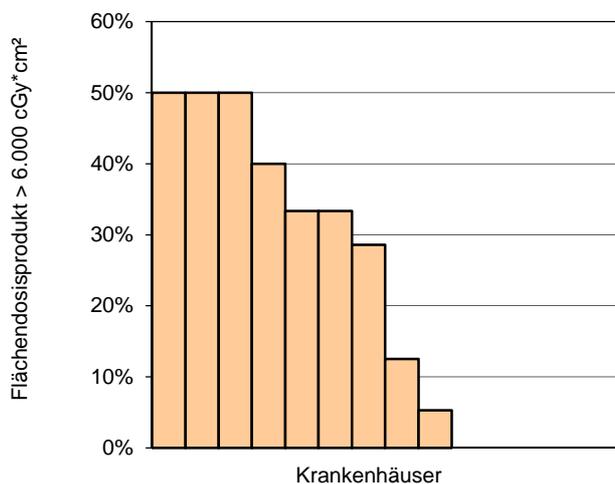
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,25			10,04	15,31	26,16			53,52

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

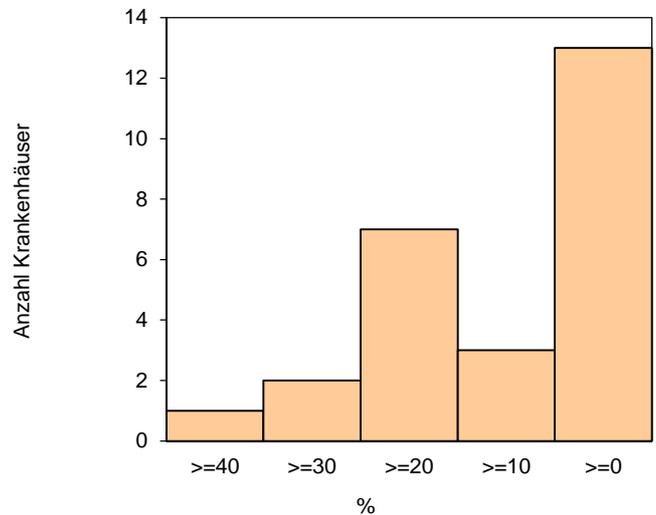
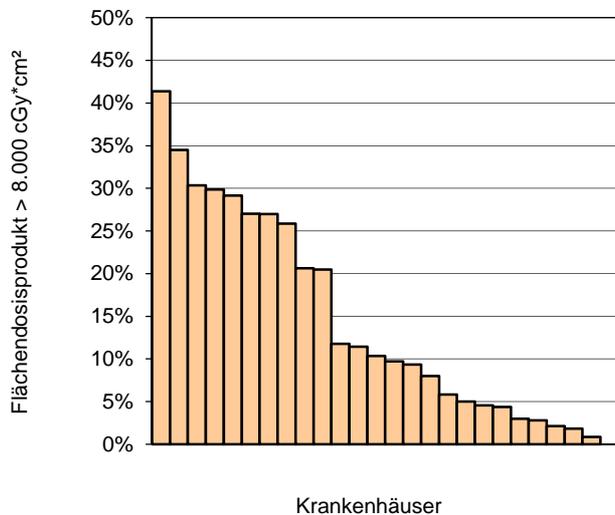


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	20,54	40,00	50,00		50,00

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

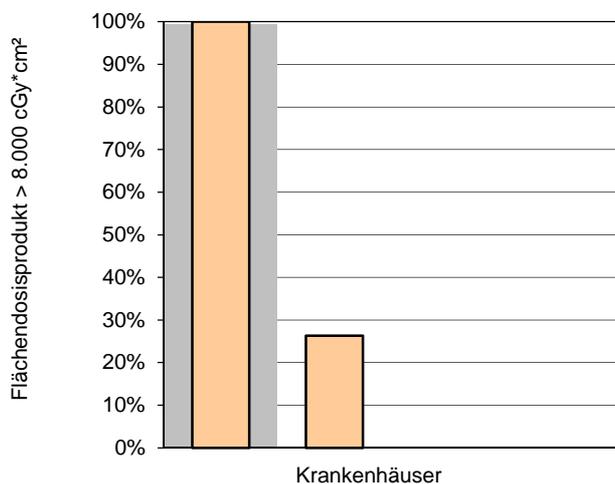
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem
 Flächendosisprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,85	1,82	4,38	10,03	26,97	30,34	34,49	41,40

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	13,16	63,16			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

Indikator-ID: (QI 6d): 2014/21n3-KORO-PCI/12773

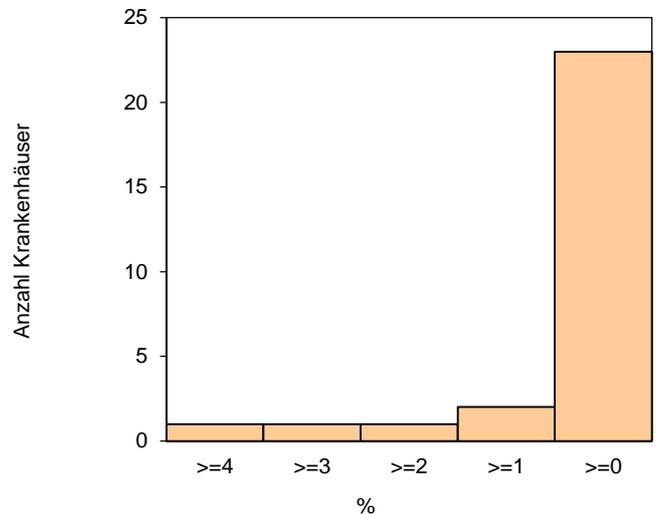
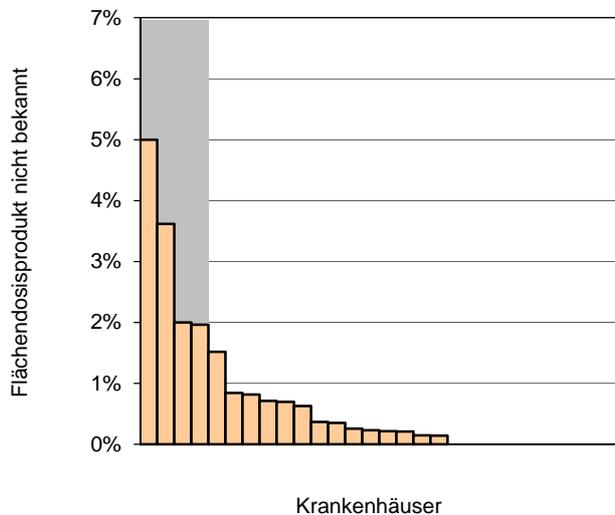
Referenzbereich: <= 1,70% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			114 / 24.694	0,46%
Vertrauensbereich				0,38% - 0,55%
Referenzbereich		<= 1,70%		<= 1,70%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			74 / 23.849	0,31%
Vertrauensbereich				0,25% - 0,39%

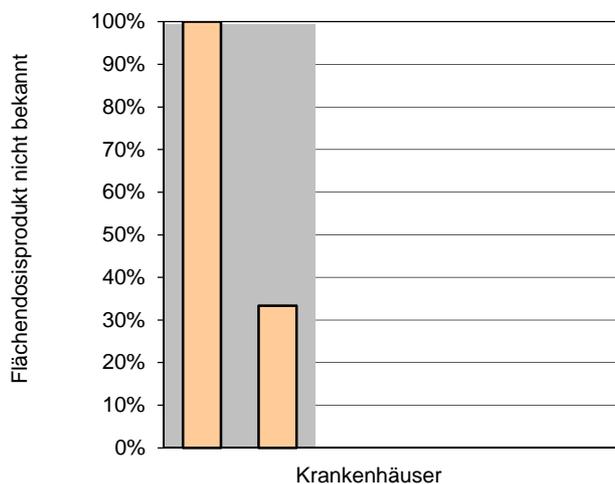
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,76	2,00	3,61	5,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	33,33			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien ¹	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI ¹	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 7a):	2014/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 7b):	2014/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 7c):	2014/21n3-KORO-PCI/51407	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 18,12% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 45,50% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 34,33% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

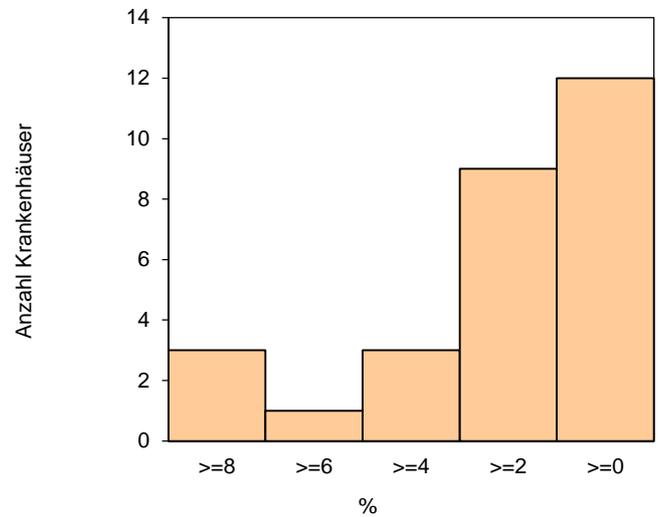
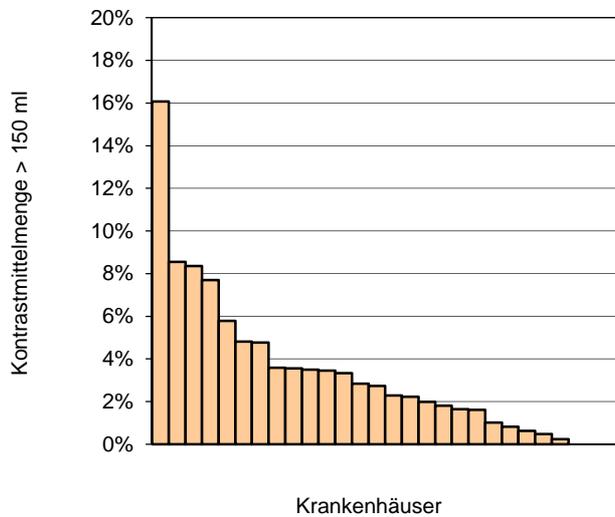
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			599 / 15.012	3,99%
Vertrauensbereich				3,69% - 4,32%
Referenzbereich		<= 18,12%		<= 18,12%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			90 / 467	19,27%
Vertrauensbereich				15,95% - 23,09%
Referenzbereich		<= 45,50%		<= 45,50%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			883 / 9.215	9,58%
Vertrauensbereich				9,00% - 10,20%
Referenzbereich		<= 34,33%		<= 34,33%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			706 / 14.623	4,83%
Vertrauensbereich				4,49% - 5,19%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			40 / 309	12,94%
Vertrauensbereich				9,65% - 17,15%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			897 / 8.917	10,06%
Vertrauensbereich				9,45% - 10,70%

¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einer Kontrastmittelmenge > 0 ml und < 1.000 ml.

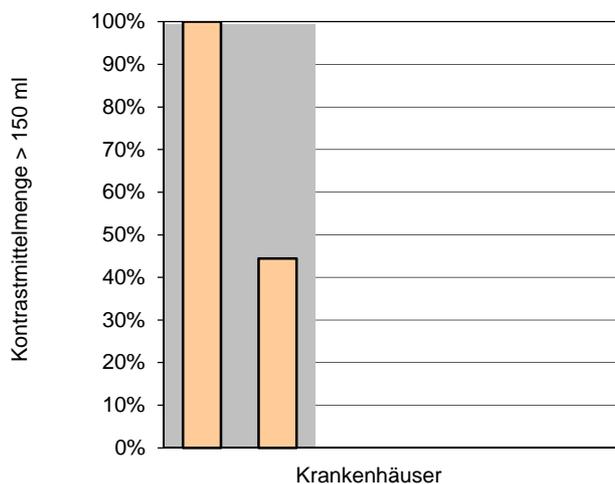
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,91	2,51	4,17	8,36	8,55	16,08

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

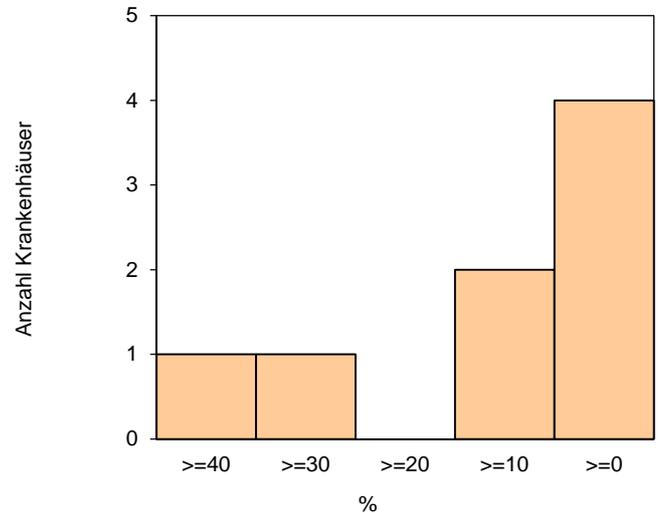
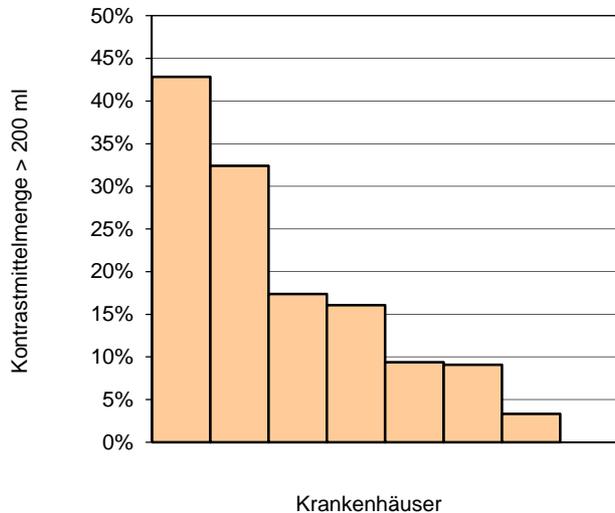


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	44,44			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

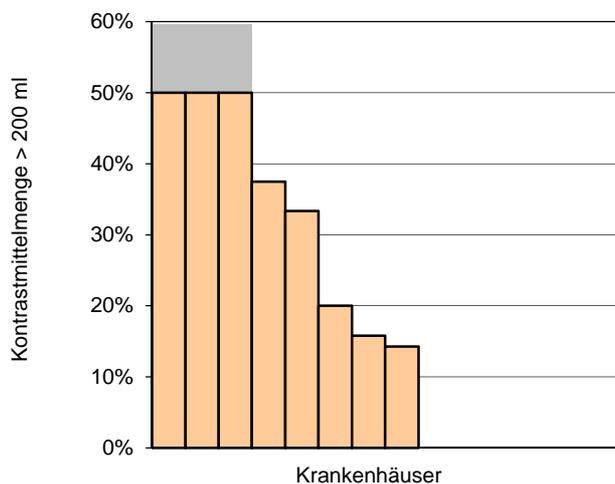
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			6,21	12,72	24,89			42,86

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

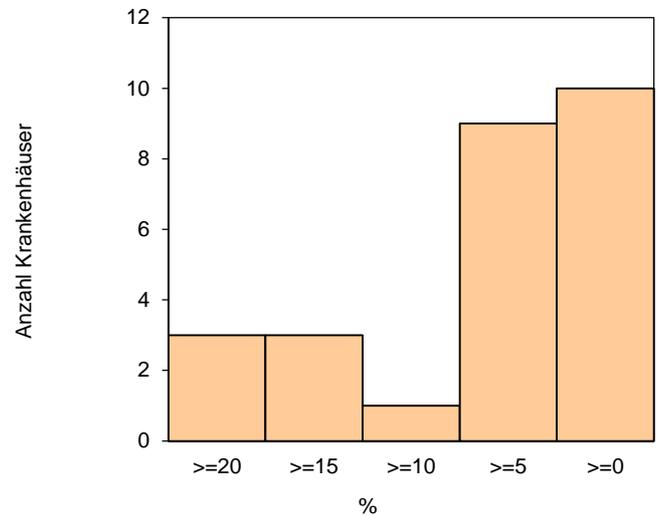
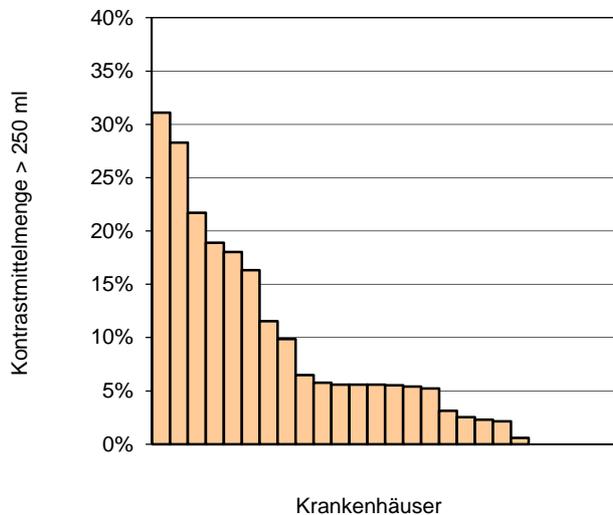


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	15,04	37,50	50,00		50,00

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

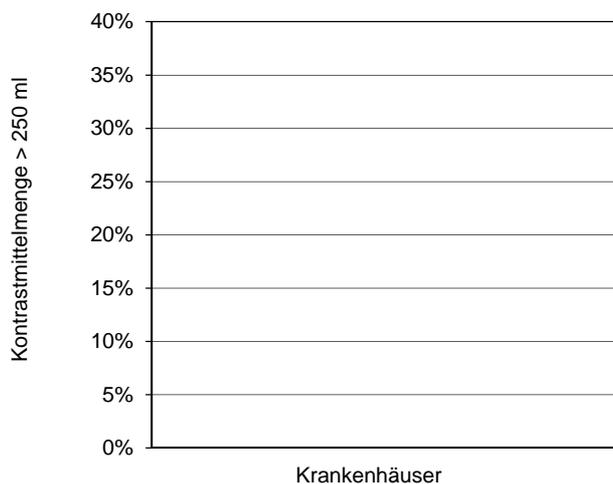
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,14	5,56	11,54	21,70	28,29	31,09

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.694
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15345-L96899-P46583

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
Thüringen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			6.455	27,24	6.089	26,52
2. Quartal			5.827	24,59	5.718	24,90
3. Quartal			5.870	24,77	5.626	24,50
4. Quartal			5.542	23,39	5.529	24,08
Gesamt			23.694	100,00	22.962	100,00
Verbringungsleistung (Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch)						
			1.796	7,58	5.423	23,62
Anzahl Prozeduren			24.694		23.849	
Anzahl PCI			9.682		9.226	
Anzahl Koronarangiographien			24.227		23.540	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
3	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
4	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
5	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
6	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
8	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	%
1				I10.00	5.215	22,01	-	-	-
2				I25.13	4.509	19,03	-	-	-
3				I25.11	3.819	16,12	-	-	-
4				I25.12	3.601	15,20	-	-	-
5				I25.10	3.045	12,85	-	-	-
6				I20.8	3.015	12,72	-	-	-
7				I21.4	2.687	11,34	-	-	-
8				E11.90	2.163	9,13	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			23.694		22.962	
18 – 29 Jahre			65 / 23.694	0,27	61 / 22.962	0,27
30 – 39 Jahre			204 / 23.694	0,86	208 / 22.962	0,91
40 – 49 Jahre			1.242 / 23.694	5,24	1.213 / 22.962	5,28
50 – 59 Jahre			3.933 / 23.694	16,60	3.885 / 22.962	16,92
60 – 69 Jahre			5.548 / 23.694	23,42	5.401 / 22.962	23,52
70 – 79 Jahre			9.321 / 23.694	39,34	9.118 / 22.962	39,71
>= 80 Jahre			3.381 / 23.694	14,27	3.076 / 22.962	13,40
Alter (Jahre)						
Median				71,00		70,00
Mittelwert				68,21		68,02
Geschlecht						
männlich			15.120	63,81	14.547	63,35
weiblich			8.574	36,19	8.415	36,65

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			12.913	54,50	12.434	54,15
ja			10.637	44,89	10.403	45,31
unbekannt			144	0,61	125	0,54
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			16.436	69,37	15.840	68,98
ja			7.141	30,14	7.002	30,49
unbekannt			117	0,49	120	0,52
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			21.417	90,39	20.775	90,48
ja			2.214	9,34	2.114	9,21
unbekannt			63	0,27	73	0,32
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			17.914	75,61	17.202	74,92
ja			3.314	13,99	3.066	13,35
fraglich			615	2,60	654	2,85
unbekannt			1.851	7,81	2.040	8,88
Diabetes mellitus						
nein			16.049	67,73	15.558	67,76
ja, nicht insulinpflichtig ¹			5.345	22,56	-	-
ja, insulinpflichtig ¹			2.166	9,14	-	-
unbekannt			134	0,57	62	0,27
Niereninsuffizienz						
nein			16.783	70,83	16.496	71,84
ja, dialysepflichtig			488	2,06	464	2,02
ja, nicht dialysepflichtig			6.343	26,77	5.944	25,89
unbekannt			80	0,34	58	0,25

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

Aktuelle kardiale Anamnese
 (vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			16.735	70,63	16.604	72,31
ja			6.959	29,37	6.358	27,69
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			5.197 / 16.735	31,05	4.924 / 16.604	29,66
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			1.964 / 16.735	11,74	1.482 / 16.604	8,93
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			5.887 / 16.735	35,18	5.579 / 16.604	33,60
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.687 / 16.735	22,03	3.713 / 16.604	22,36
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			4.357 / 16.735	26,04	3.306 / 16.604	19,91
ja			6.063 / 16.735	36,23	5.789 / 16.604	34,87
fraglich			2.991 / 16.735	17,87	2.604 / 16.604	15,68
unbekannt			3.324 / 16.735	19,86	4.905 / 16.604	29,54
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			4.688 / 16.735	28,01	5.697 / 16.604	34,31
ja			12.047 / 16.735	71,99	10.907 / 16.604	65,69

Prozedur

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.694		23.849	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			24.694		23.849	
Median				2,00		2,00
Mittelwert				6,31		4,53
Herzinsuffizienz (nach NYHA)¹						
nein			8.873	35,93	-	-
ja, NYHA I			2.011	8,14	-	-
ja, NYHA II			7.012	28,40	-	-
ja, NYHA III			5.753	23,30	-	-
ja, NYHA IV			1.045	4,23	-	-
wenn ja, NYHA IV						
kardiogener Schock¹						
nein			353 / 1.045	33,78	-	-
ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert			192 / 1.045	18,37	-	-
ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil			216 / 1.045	20,67	-	-
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			15.012	60,79	14.623	61,31
PCI			467	1,89	309	1,30
einzeitig Koronarangiographie und PCI			9.215	37,32	8.917	37,39
Dringlichkeit der Prozedur²						
elektiv			16.206	65,63	-	-
dringend			5.093	20,62	-	-
notfallmäßig			3.395	13,75	-	-
Nierenfunktion gemessen²						
nein			957	3,88	-	-
ja			23.737	96,12	-	-

¹ neue Schlüsselwerte in 2014

² neues Datenfeld in 2014

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			24.227		23.540	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			8.436	34,82	8.351	35,48
bekannte KHK			6.551	27,04	6.858	29,13
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) ¹			2.011	8,30	-	-
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) ¹			2.684	11,08	-	-
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.352	5,58	1.415	6,01
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			156	0,64	114	0,48
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			260	1,07	308	1,31
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			935	3,86	746	3,17
Vitium			1.610	6,65	1.472	6,25
Sonstige			232	0,96	157	0,67

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			24.227		23.540	
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			2.433	10,04	2.601	11,05
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			4.967	20,50	4.762	20,23
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			13.141	54,24	12.891	54,76
Kardiomyopathie			744	3,07	655	2,78
Herzklappenvitium			821	3,39	888	3,77
Aortenaneurysma			27	0,11	50	0,21
hypertensive Herzerkrankung			1.434	5,92	1.133	4,81
andere kardiale Erkrankung			660	2,72	560	2,38
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			567	2,34	459	1,95
medikamentös			10.980	45,32	10.729	45,58
interventionell			9.700	40,04	9.294	39,48
herzchirurgisch			2.199	9,08	2.274	9,66
Sonstige			781	3,22	784	3,33

Koronarangiographie (Fortsetzung)
OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
3	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion
4	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
5	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				1-275.0	14.963	61,76	1-275.0	12.674	53,84
2				1-275.2	5.035	20,78	1-275.2	6.498	27,60
3				1-279.0	2.038	8,41	1-279.0	1.960	8,33
4				1-275.4	1.882	7,77	1-275.4	1.894	8,05
5				1-275.5	1.812	7,48	1-275.5	1.801	7,65

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

PCI

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.682		9.226	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			4.147	42,83	3.942	42,73
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) ¹			1.050	10,84	-	-
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) ¹			1.976	20,41	-	-
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.200	12,39	1.317	14,27
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			201	2,08	98	1,06
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			830	8,57	1.052	11,40
Sonstige			278	2,87	215	2,33

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.682		9.226	
wenn akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)						
Door-to-Intervention- Zeit¹						
<= 30 Minuten			550 / 1.200	45,83	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			367 / 1.200	30,58	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			117 / 1.200	9,75	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			56 / 1.200	4,67	-	-
> 120 Minuten			110 / 1.200	9,17	-	-
Door-to-balloon-Zeit¹						
<= 30 Minuten			282 / 1.200	23,50	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			453 / 1.200	37,75	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			238 / 1.200	19,83	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			86 / 1.200	7,17	-	-
> 120 Minuten			141 / 1.200	11,75	-	-
Fibrinolyse vor der Prozedur						
nein			1.111 / 1.200	92,58	1.129 / 1.317	85,73
ja			69 / 1.200	5,75	102 / 1.317	7,74
unbekannt			20 / 1.200	1,67	86 / 1.317	6,53

¹ neues Datenfeld in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.682		9.226	
PCI an						
Hauptstamm ¹			866	8,94	-	-
LAD ¹			3.857	39,84	-	-
RCX ¹			2.147	22,18	-	-
RCA ¹			2.812	29,04	-	-
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			6.126	63,27	6.170	66,88
ja			3.556	36,73	3.056	33,12
wenn ja						
besonderes Merkmal (Mehrfachnennungen möglich)						
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.159 / 3.556	60,71	2.118 / 3.056	69,31
PCI eines Koronarbypasses			292 / 3.556	8,21	363 / 3.056	11,88
PCI am ungeschützten Hauptstamm			257 / 3.556	7,23	202 / 3.056	6,61
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			596 / 3.556	16,76	589 / 3.056	19,27
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			48 / 3.556	1,35	50 / 3.056	1,64
PCI an einer In-Stent Stenose ¹			292 / 3.556	8,21	-	-
sonstiges ¹			207 / 3.556	5,82	-	-
Stent(s) implantiert						
nein			1.181	12,20	1.231	13,34
ja			8.501	87,80	7.995	86,66

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.682		9.226	
wenn Indikation zur PCI: stabile Angina pectoris (nach CCS) oder akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) oder prognostische Indikation oder stumme Ischämie oder Sonstige						
Wesentliches Inter- ventionsziel erreicht¹ (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allge- meinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			295 / 6.305	4,68	256 / 5.209	4,91
ja			5.973 / 6.305	94,73	4.925 / 5.209	94,55
fraglich			37 / 6.305	0,59	28 / 5.209	0,54
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)						
wesentliches Inter- ventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)²						
TIMI 0			129 / 3.377	3,82	-	-
TIMI I			162 / 3.377	4,80	-	-
TIMI II			135 / 3.377	4,00	-	-
TIMI III			2.951 / 3.377	87,39	-	-

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten abweichen.

² neues Datenfeld in 2014

PCI (Fortsetzung)
OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie
2	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
3	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
4	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker
5	8-837.k0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				8-837.00	7.490	77,36	8-837.00	7.110	77,06
2				8-837.m0	3.809	39,34	8-837.m0	3.380	36,64
3				8-837.m1	1.432	14,79	8-837.k0	1.656	17,95
4				8-83b.c6	1.328	13,72	8-837.m1	1.150	12,46
5				8-837.k0	1.155	11,93	8-83b.c6	1.106	11,99

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.694		23.849	
Flächendosisprodukt bekannt						
nein			114	0,46	74	0,31
ja			24.580	99,54	23.775	99,69
wenn ja						
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm ²)			24.556		23.757	
Median				2.336,50		2.447,00
Mittelwert				3.680,36		3.868,79
Durchleuchtungszeit¹ (min)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)			24.547		23.764	
Median				5,00		5,00
Mittelwert				7,80		7,87
applizierte Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			24.694		23.849	
Median				80,00		90,00
Mittelwert				105,70		107,35

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.694		23.849	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			24.385	98,75	23.516	98,60
ja			309	1,25	333	1,40
wenn ja						
Intraprozedural auftretende Ereignisse <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			54 / 309	17,48	48 / 333	14,41
TIA/Schlaganfall			18 / 309	5,83	9 / 333	2,70
Exitus im Herzkatheterlabor			42 / 309	13,59	32 / 333	9,61
sonstiges			214 / 309	69,26	216 / 333	64,86

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt						
nein ¹			15.076	63,63	22.937	99,89
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			45	0,19	20	0,09
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,03	5	0,02
fehlende Werte ²			8.567	36,16	-	-
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall						
nein ¹			14.598	61,61	22.941	99,91
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			30	0,13	14	0,06
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			9	0,04	7	0,03
fehlende Werte ²			9.057	38,22	-	-
postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß³						
nein			14.583	61,55	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			25	0,11	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,02	-	-
fehlende Werte			9.081	38,33	-	-
postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation³						
nein			14.585	61,56	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			18	0,08	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,01	-	-
fehlende Werte			9.089	38,36	-	-

¹ Wegen Änderung der Spezifikation sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

² Wegen Änderung der Felddefinition können Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

³ neues Datenfeld in 2014

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle¹						
nein			14.545	61,39	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			55	0,23	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,03	-	-
fehlende Werte			9.088	38,36	-	-
wenn ja						
Therapie der Blutung an der Punktionsstelle¹ <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Thrombininjektion			20 / 61	32,79	-	-
Transfusion			13 / 61	21,31	-	-
chirurgische Intervention an der Punktionsstelle			31 / 61	50,82	-	-
Gefäßthrombose (punktionsnah)¹						
nein			14.350	60,56	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,03	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			1	0,00	-	-
fehlende Werte			9.337	39,41	-	-
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)¹						
nein			14.355	60,58	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			44	0,19	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			34	0,14	-	-
fehlende Werte			9.261	39,09	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse						
nein ¹			14.293	60,32	22.870	99,60
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			170	0,72	70	0,30
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			62	0,26	22	0,10
fehlende Werte ²			9.169	38,70	-	-
Tod						
nein ¹			14.400	60,77	22.624	98,53
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			168	0,71	110	0,48
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			212	0,89	228	0,99
fehlende Werte ²			8.914	37,62	-	-
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/ überwiesen?						
nein ¹			14.166 / 23.694	59,79	22.129 / 22.962	96,37
ja			722 / 23.694	3,05	833 / 22.962	3,63
fehlende Werte ²			8.806 / 23.694	37,17	-	-

¹ Wegen Änderung der Spezifikation sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

² Wegen Änderung der Felddefinition können Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.694		22.962	
01: regulär beendet			20.438	86,26	18.690	81,40
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			473	2,00	778	3,39
03: aus sonstigen Gründen			123	0,52	105	0,46
04: gegen ärztlichen Rat			139	0,59	129	0,56
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1.327	5,60	1.284	5,59
07: Tod			464	1,96	370	1,61
08: Verlegung nach §14			38	0,16	76	0,33
09: in Rehabilitationseinrichtung			484	2,04	1.373	5,98
10: in Pflegeeinrichtung			165	0,70	110	0,48
11: in Hospiz			1	0,00	3	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,00	3	0,01
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			22	0,09	16	0,07
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,02	8	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			15	0,06	17	0,07
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|--|---|

² neuer Schlüsselwert in 2014

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) Risikoadjustierung

**Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert.
Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.**

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

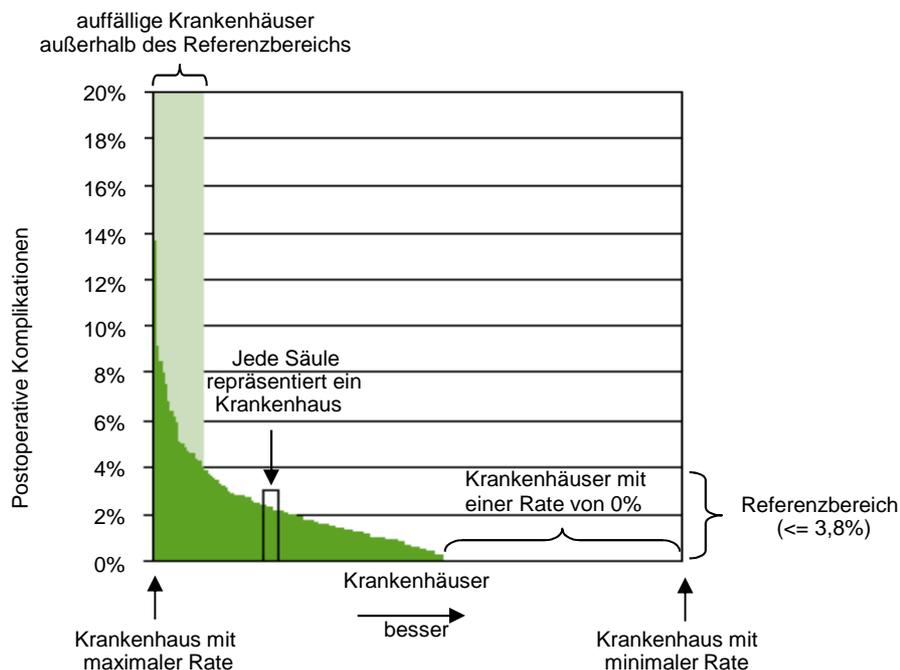
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

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

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

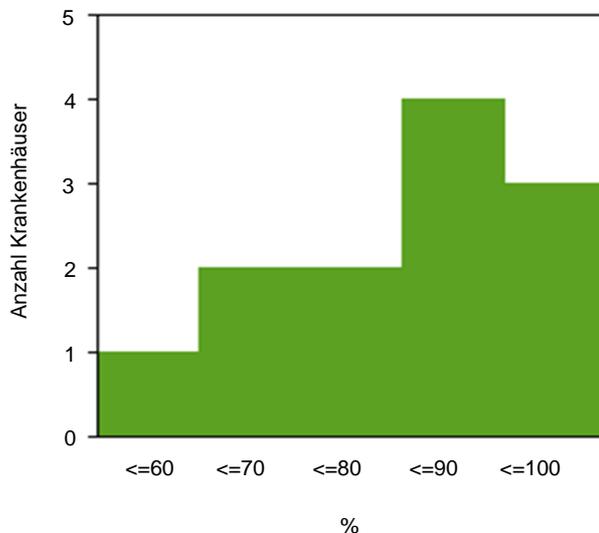
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
 Mögliche Klasseneinteilung:

- 1. Klasse: <= 60%
- 2. Klasse: > 60% bis <= 70%
- 3. Klasse: > 70% bis <= 80%
- 4. Klasse: > 80% bis <= 90%
- 5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

8. Glossar

Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.