

Jahresauswertung 2015
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.444
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16127-L101907-P49100

Jahresauswertung 2015
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.444
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16127-L101907-P49100

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		23.814	8
dokumentierte PCI pro Jahr		9.664	8

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/21n3-KORO-PCI/52331							
QI 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie							
			58,96%	>= 24,18%	innerhalb	54,61%	10
2015/21n3-KORO-PCI/52256							
QI 2: Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund							
			26,43%	nicht definiert	-	25,69%	12

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 3: Erreichen des Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI							
3a: 2015/21n3-KORO-PCI/52332							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"							
			90,21%	>= 80,56%	innerhalb	90,08%	14
3b: 2015/21n3-KORO-PCI/52333							
Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt							
			95,53%	>= 89,75%	innerhalb	94,73%	16
QI 4: MACCE							
4a: 2015/21n3-KORO-PCI/414							
MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,31%	nicht definiert	-	1,38%	18
4b: 2015/21n3-KORO-PCI/52524							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			0,84	<= 2,30	innerhalb	0,91	21

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
4c: 2015/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			4,23%	nicht definiert	-	4,03%	23
4d: 2015/21n3-KORO-PCI/52529 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei PCI			1,03	<= 2,07	innerhalb	1,01	27
4e: 2015/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			11,36%	nicht definiert	-	10,95%	29
QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus							
5a: 2015/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,12%	nicht definiert	-	1,13%	31
5b: 2015/21n3-KORO-PCI/52341 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,83	<= 2,38	innerhalb	0,86	33
5c: 2015/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			3,15%	nicht definiert	-	3,04%	35

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
5d: 2015/21n3-KORO-PCI/52342 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			0,97	<= 2,05	innerhalb	0,91	39
5e: 2015/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Nieren- insuffizienz			0,18%	<= 1,21%	innerhalb	0,76%	44
QI 6: Dosisflächenprodukt							
6a: 2015/21n3-KORO-PCI/12774 Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²			17,00%	<= 40,38%	innerhalb	19,24%	46
6b: 2015/21n3-KORO-PCI/12775 Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²			26,72%	<= 51,89%	innerhalb	24,63%	46
6c: 2015/21n3-KORO-PCI/50749 Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²			17,92%	<= 40,55%	innerhalb	20,32%	46

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
6d: 2015/21n3-KORO-PCI/12773 Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts			0,27%	<= 1,29%	innerhalb	0,46%	50
QI 7: Kontrastmittelmenge							
7a: 2015/21n3-KORO-PCI/51405 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			4,66%	<= 17,00%	innerhalb	3,99%	52
7b: 2015/21n3-KORO-PCI/51406 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			21,61%	<= 46,94%	innerhalb	19,27%	52
7c: 2015/21n3-KORO-PCI/51407 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			10,89%	<= 33,22%	innerhalb	9,58%	52

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

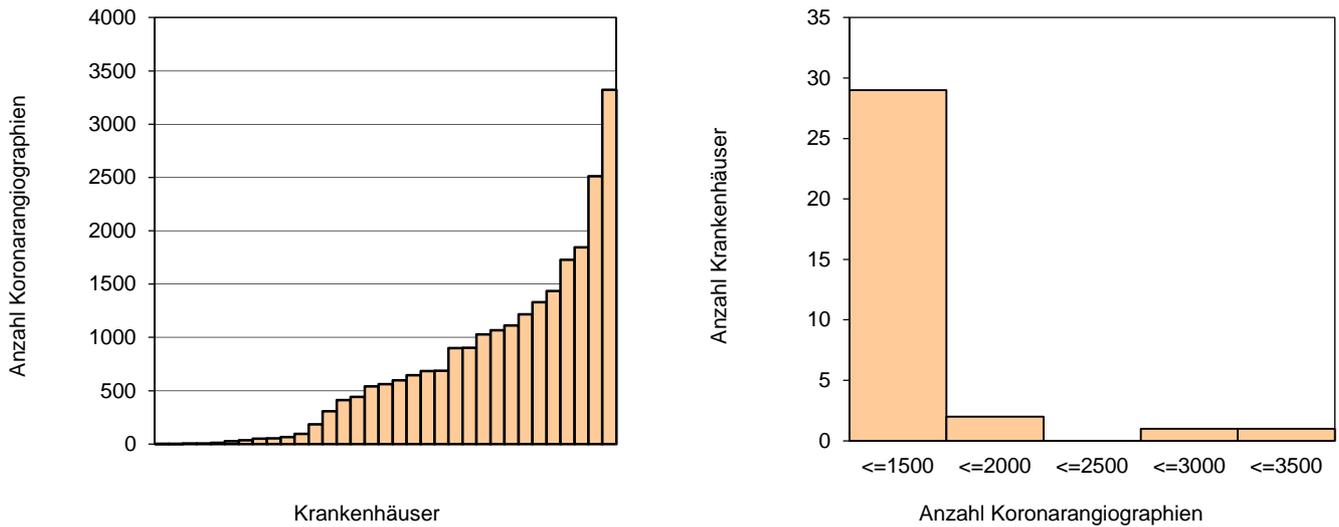
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			23.814	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			9.664	100,00%

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

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

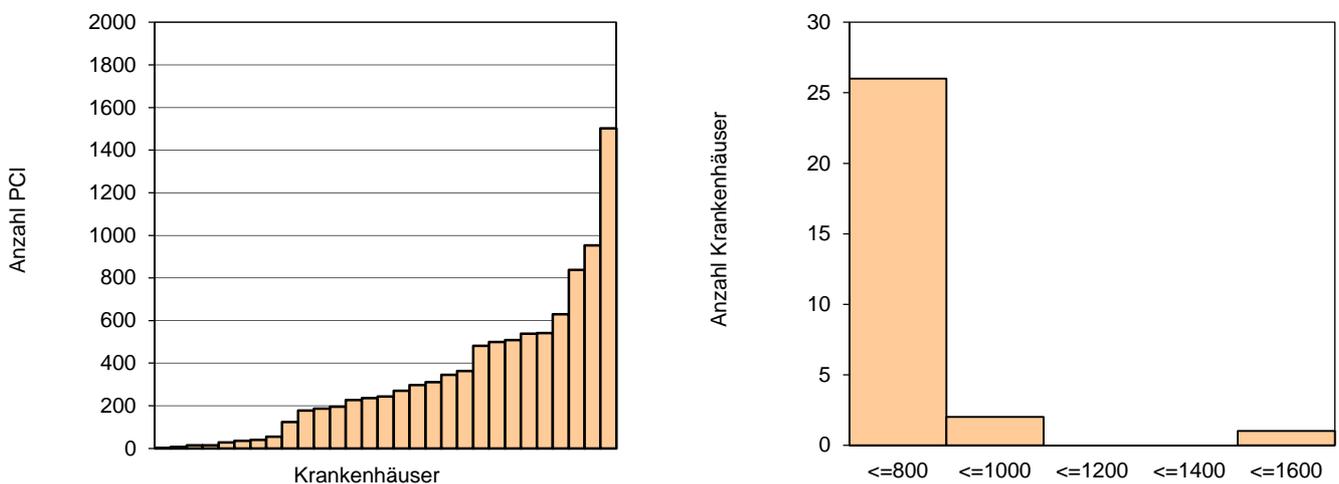


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	2,00	5,00	53,00	562,00	1.068,00	1.729,00	2.512,00	3.323,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/43868]:
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,00	7,00	14,00	55,00	243,00	499,00	838,00	953,00	1.503,00

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 isolierten 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: 2015/21n3-KORO-PCI/52331

Referenzbereich: >= 24,18% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			6.372 / 9.003	70,78%
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			5.308 / 9.003	58,96%
Vertrauensbereich				57,94% - 59,97%
Referenzbereich		>= 24,18%		>= 24,18%

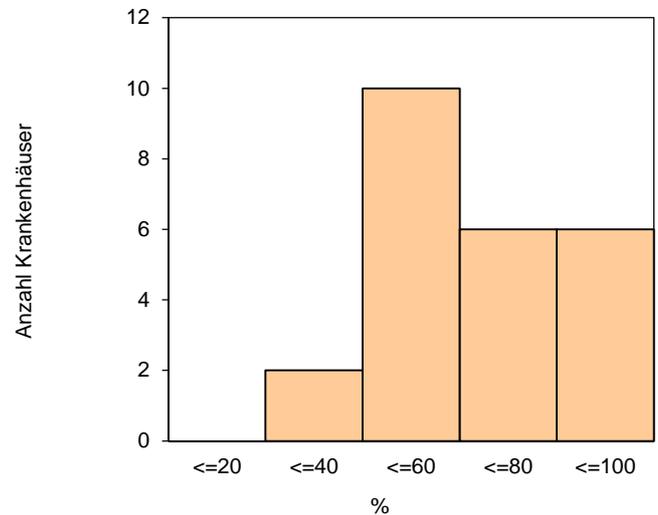
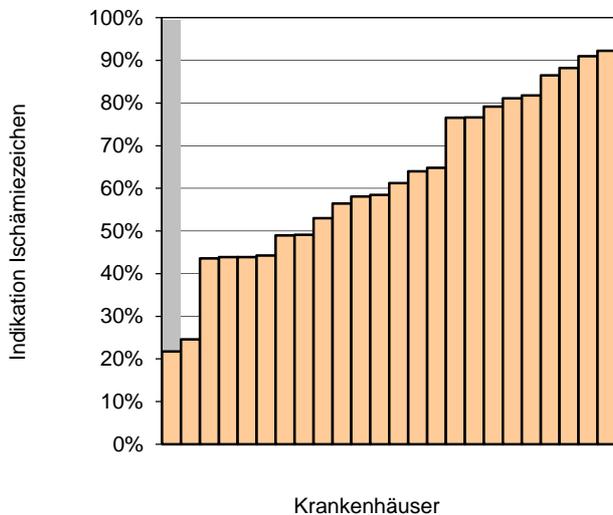
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			5.166 / 9.460	54,61%
Vertrauensbereich				53,60% - 55,61%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/21n3-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:

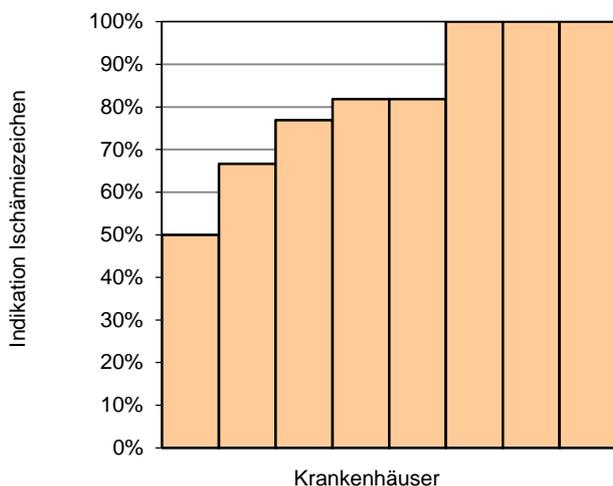
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,77	24,55	43,56	46,61	59,83	80,14	88,21	91,01	92,24

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 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			71,79	81,82	100,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Der Anteil elektiver, isolierter Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) an allen elektiven, 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: 2015/21n3-KORO-PCI/52256

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.559 / 5.899	26,43%
Vertrauensbereich				25,32% - 27,57%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

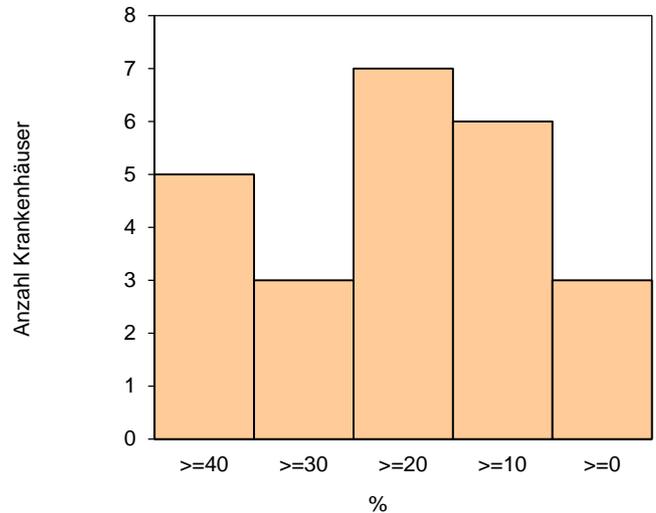
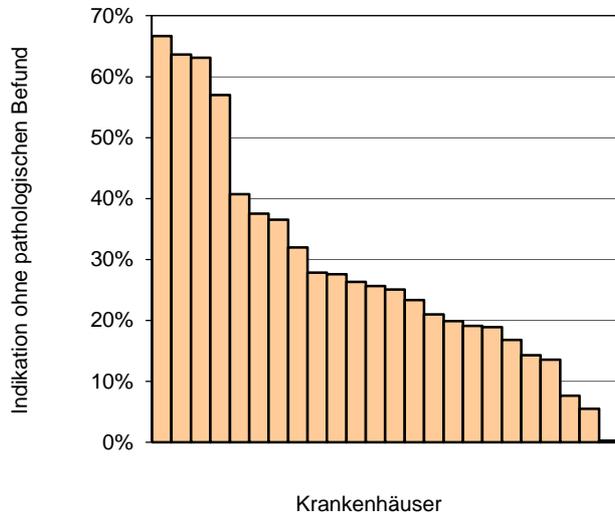
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.611 / 6.271	25,69%
Vertrauensbereich				24,62% - 26,79%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/21n3-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:

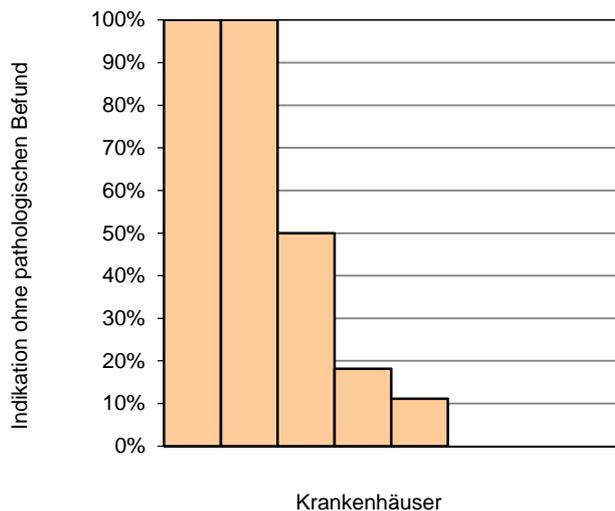
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,23	5,48	7,65	17,84	25,36	37,00	63,11	63,64	66,67

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 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	14,65	75,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Erreichen des Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI

Qualitätsziel: Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Rekanalisations- bzw. 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): 2015/21n3-KORO-PCI/52332

Referenzbereich: >= 80,56% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			1.097 / 1.216	90,21%
Vertrauensbereich				88,41% - 91,76%
Referenzbereich		>= 80,56%		>= 80,56%

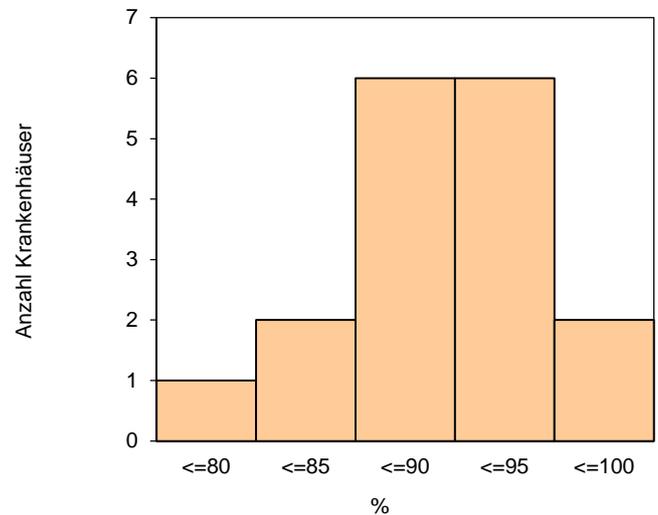
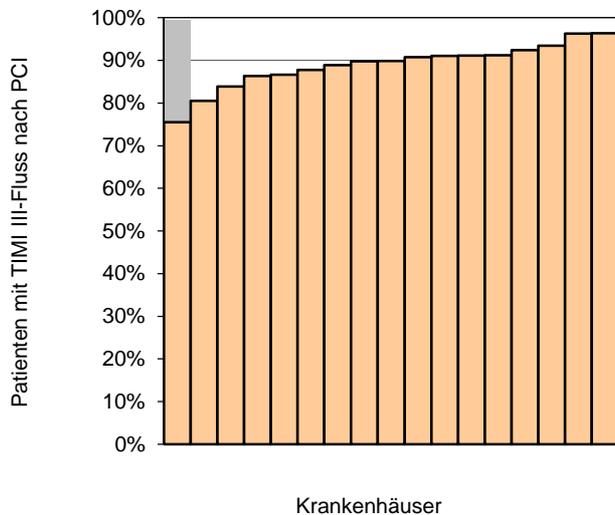
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			1.081 / 1.200	90,08%
Vertrauensbereich				88,26% - 91,65%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/21n3-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:

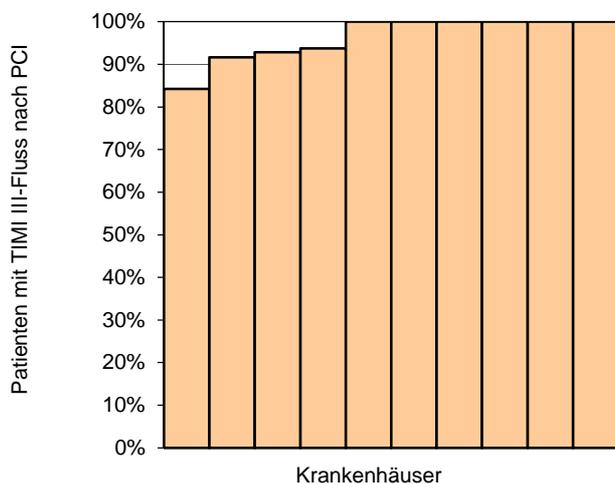
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,47		80,56	86,67	89,86	91,18	96,26		96,36

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,21		87,94	92,86	100,00	100,00	100,00		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt

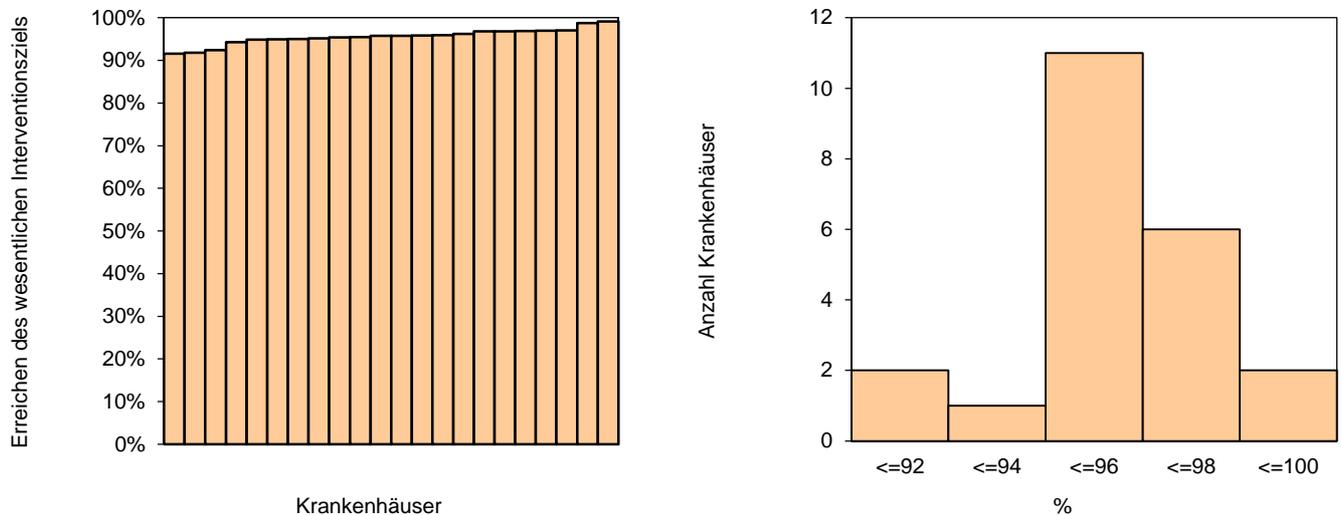
Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI
Indikator-ID: (QI 3b): 2015/21n3-KORO-PCI/52333
Referenzbereich: >= 89,75% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			5.808 / 6.080	95,53%
Vertrauensbereich				94,98% - 96,02%
Referenzbereich		>= 89,75%		>= 89,75%

Vorjahresdaten	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%

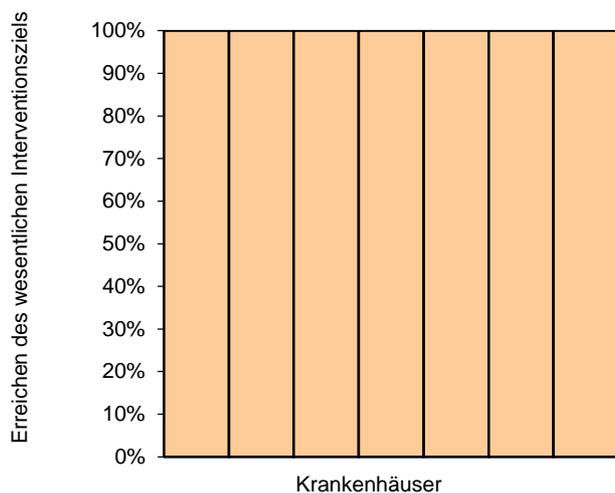
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52333]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,59	91,82	92,40	94,92	95,78	96,79	97,06	98,80	99,12

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
	100,00			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)

MACCE bei isolierter Koronarangiographie

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 objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung
 Gruppe 3: Alle Patienten

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 4a): 2015/21n3-KORO-PCI/414

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

	Krankenhaus 2015		
	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 koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	110 / 2.480 4,44%	34 / 7.757 0,44%	171 / 13.067 1,31%
Vertrauensbereich Referenzbereich			1,13% - 1,52% nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	63 / 974 6,47%	21 / 2.609 0,80%	99 / 4.569 2,17%
Patienten mit Diabetes mellitus	34 / 346 9,83%	10 / 843 1,19%	49 / 1.502 3,26%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	21 / 38 55,26%	1 / 1 100,00%	22 / 43 51,16%
Alter < 75 Jahre	47 / 1.506 3,12%	13 / 5.148 0,25%	72 / 8.498 0,85%
Patienten mit Diabetes mellitus	15 / 364 4,12%	6 / 1.247 0,48%	25 / 2.060 1,21%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	13 / 62 20,97%	1 / 7 14,29%	16 / 78 20,51%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	113 / 2.517 4,49%	46 / 8.080 0,57%	189 / 13.720 1,38%
Vertrauensbereich			1,20% - 1,59%

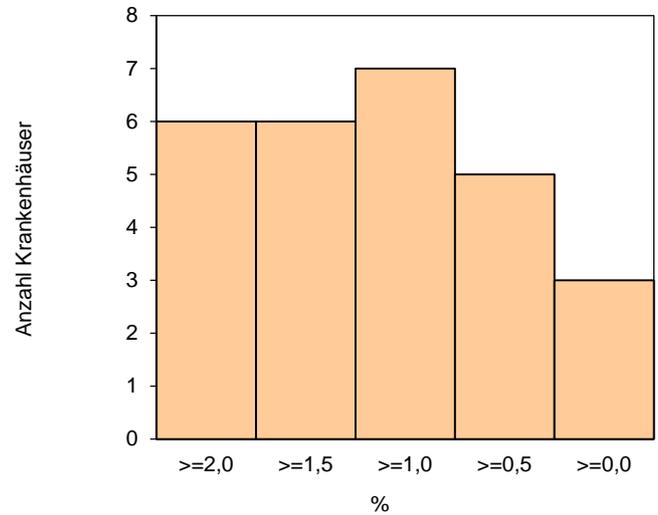
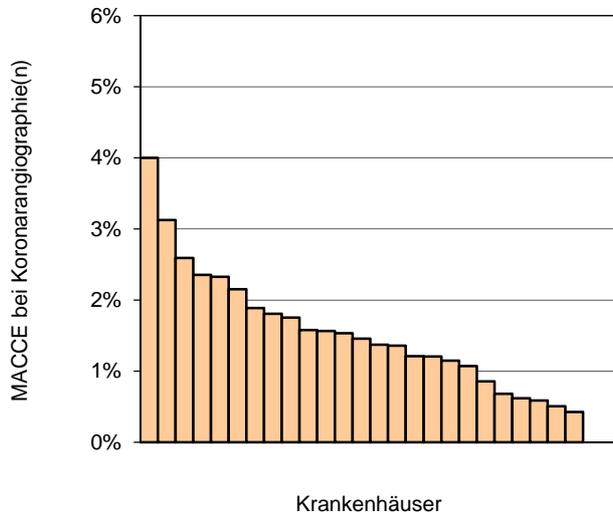
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2015/21n3-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:

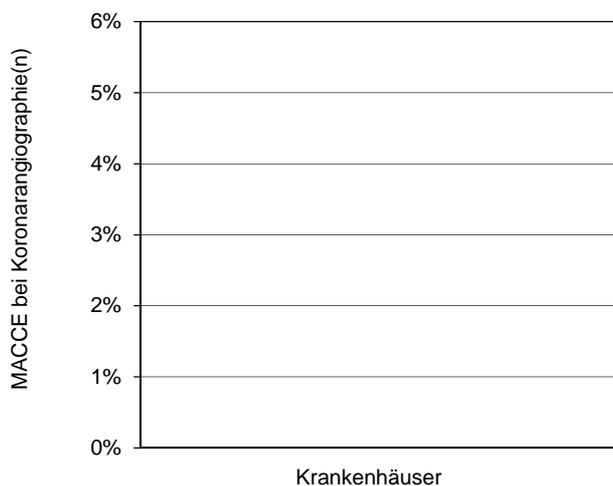
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,42	0,68	1,37	1,89	2,59	3,13	4,00

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	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum MACCE-Score für QI-ID 52524, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 4b): 2015/21n3-KORO-PCI/52524

Referenzbereich: <= 2,30 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		171 / 13.067 1,31%
vorhergesagt (E) ¹		204,15 / 13.067 1,56%
O - E		-0,25%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit MACCE³ bei isolierter Koronarangiographie, risikoadjustiert nach logistischem MACCE³-Score für QI-ID 52524.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,84
Vertrauensbereich		0,72 - 0,97
Referenzbereich	<= 2,30	<= 2,30

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE³ zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE³ bei isolierter Koronarangiographie
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE³ kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

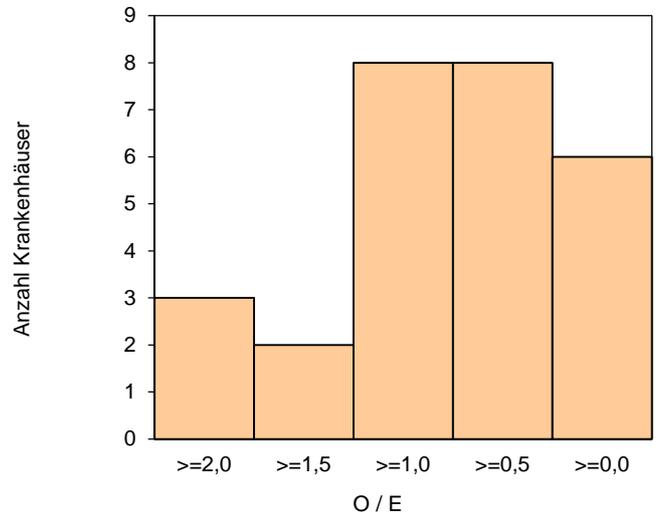
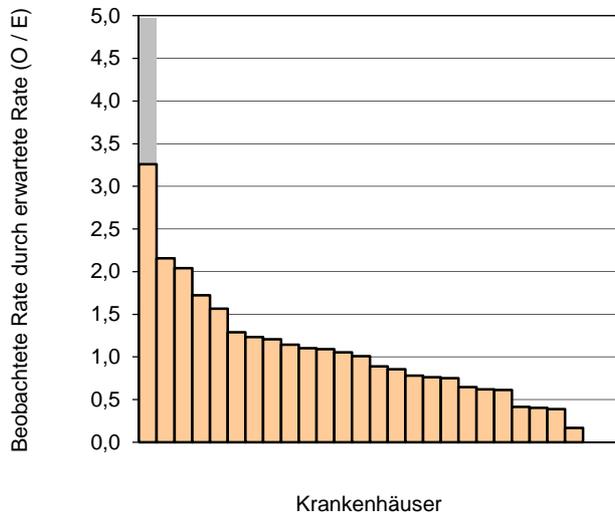
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE³ ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE³ ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		189 / 13.720 1,38%
vorhergesagt (E)		207,62 / 13.720 1,51%
O - E		-0,14%
O / E		0,91
Vertrauensbereich		0,79 - 1,05

³ 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.

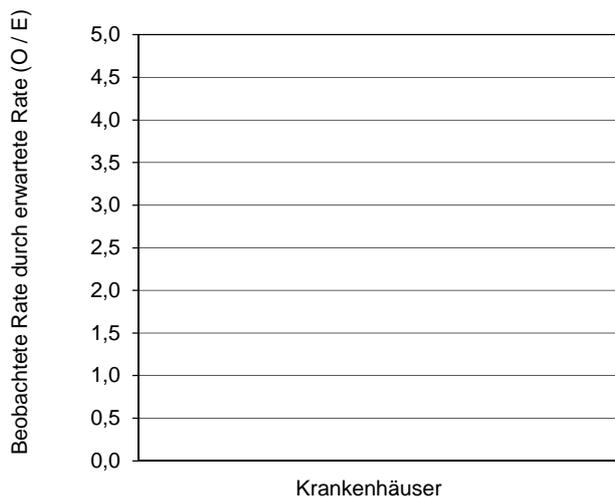
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52524]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit MACCE bei isolierter Koronarangiographie**

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	0,17	0,61	0,89	1,23	2,04	2,16	3,26

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

MACCE bei 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 objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung Gruppe 3: Alle Patienten
Indikator-ID:	Gruppe 3 (QI 4c): 2015/21n3-KORO-PCI/415
Referenzbereich:	Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		
	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 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	303 / 4.135	72 / 4.477	390 / 9.228
Vertrauensbereich	7,33%	1,61%	4,23%
Referenzbereich			3,83% - 4,66%
			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	184 / 1.604	34 / 1.621	227 / 3.492
	11,47%	2,10%	6,50%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	92 / 645	18 / 694	112 / 1.453
	14,26%	2,59%	7,71%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	62 / 256	5 / 208	70 / 515
	24,22%	2,40%	13,59%
Patienten mit Niereninsuffizienz	120 / 795	24 / 793	149 / 1.709
	15,09%	3,03%	8,72%
Patienten mit Z. n. Bypass	12 / 172	8 / 263	20 / 466
	6,98%	3,04%	4,29%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	62 / 115	0 / 5	63 / 121
	53,91%	0,00%	52,07%
Alter < 75 Jahre	119 / 2.531	38 / 2.856	163 / 5.736
	4,70%	1,33%	2,84%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	54 / 725	13 / 975	69 / 1.815
	7,45%	1,33%	3,80%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	47 / 286	3 / 273	54 / 631
	16,43%	1,10%	8,56%
Patienten mit Niereninsuffizienz	56 / 524	13 / 782	71 / 1.405
	10,69%	1,66%	5,05%
Patienten mit Z. n. Bypass	12 / 182	6 / 305	19 / 518
	6,59%	1,97%	3,67%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	44 / 128	0 / 2	45 / 132
	34,38%	0,00%	34,09%

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 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	293 / 4.187	73 / 4.478	373 / 9.252
Vertrauensbereich	7,00%	1,63%	4,03% 3,65% - 4,45%

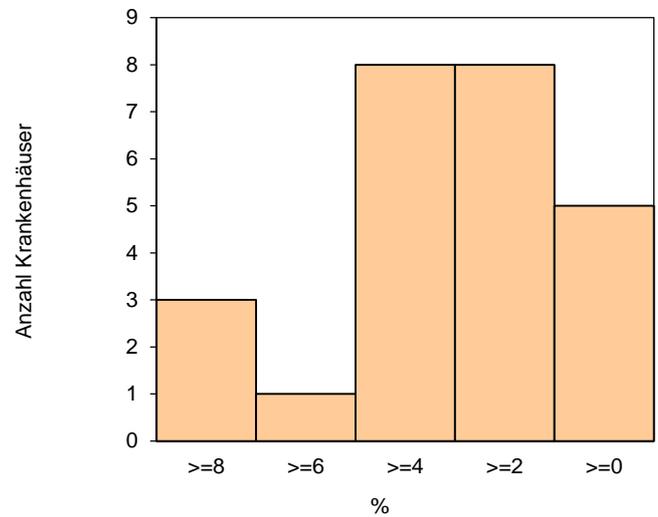
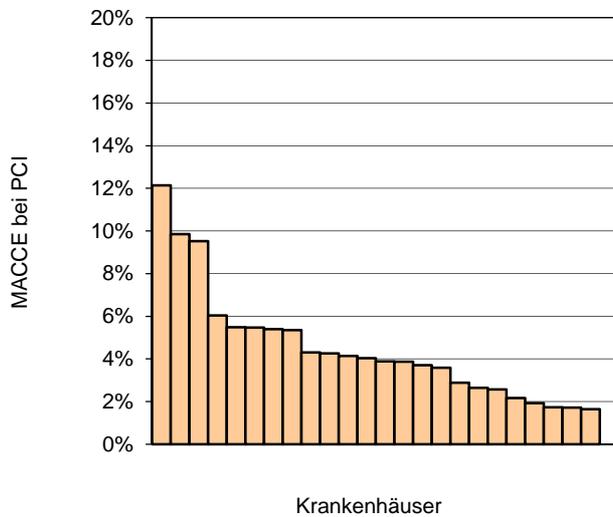
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2015/21n3-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:

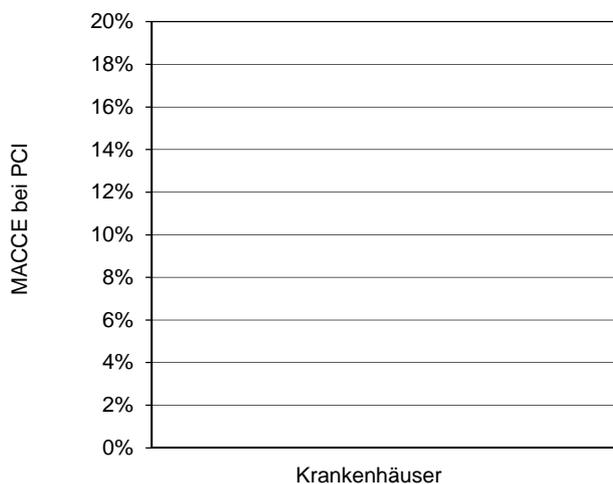
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,64	1,71	2,56	3,88	5,40	9,52	9,86	12,14

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 MACCE bei PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum MACCE-Score für QI-ID 52529, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Indikator-ID: (QI 4d): 2015/21n3-KORO-PCI/52529

Referenzbereich: <= 2,07 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		390 / 9.228 4,23%
vorhergesagt (E) ¹		378,20 / 9.228 4,10%
O - E		0,13%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI, risikoadjustiert nach logistischem MACCE³-Score für QI-ID 52529.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		1,03
Vertrauensbereich		0,94 - 1,14
Referenzbereich	<= 2,07	<= 2,07

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE³ zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE³ bei PCI ist 20% größer als erwartet.

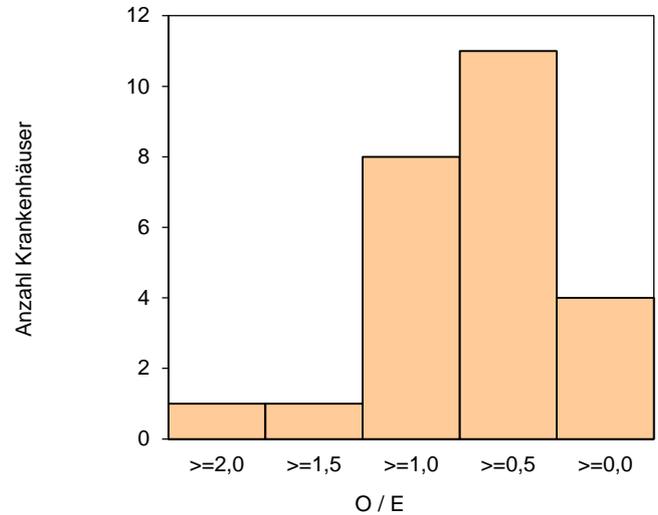
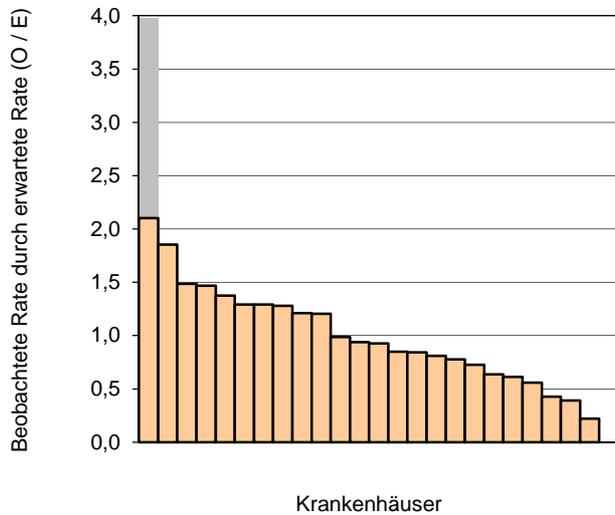
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE³ bei PCI ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		373 / 9.252 4,03%
vorhergesagt (E)		370,35 / 9.252 4,00%
O - E		0,03%
O / E		1,01
Vertrauensbereich	0,94 - 1,14	0,91 - 1,11

³ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

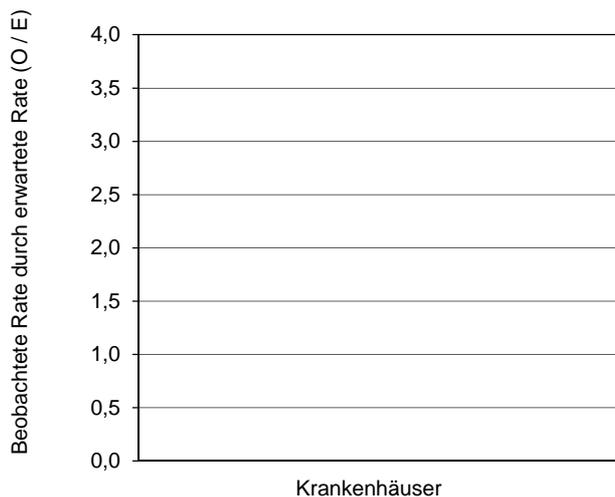
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4d, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52529]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit MACCE bei PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 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	0,22	0,39	0,64	0,93	1,29	1,49	1,85	2,10

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.

MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts

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

Indikator-ID: (QI 4e): 2015/21n3-KORO-PCI/2232

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			151 / 1.329	11,36%
Vertrauensbereich				9,77% - 13,18%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			97 / 418	23,21%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			43 / 152	28,29%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			28 / 68	41,18%
Patienten mit Niereninsuffizienz			56 / 177	31,64%
Patienten mit Z. n. Bypass			3 / 17	17,65%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			36 / 61	59,02%
Alter < 75 Jahre			54 / 911	5,93%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			20 / 222	9,01%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			22 / 100	22,00%
Patienten mit Niereninsuffizienz			23 / 123	18,70%
Patienten mit Z. n. Bypass			1 / 16	6,25%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			25 / 82	30,49%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			146 / 1.333	10,95%
Vertrauensbereich				9,39% - 12,74%

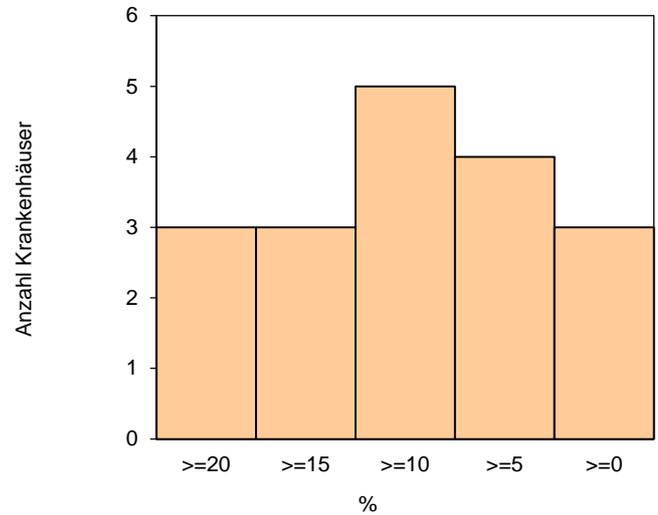
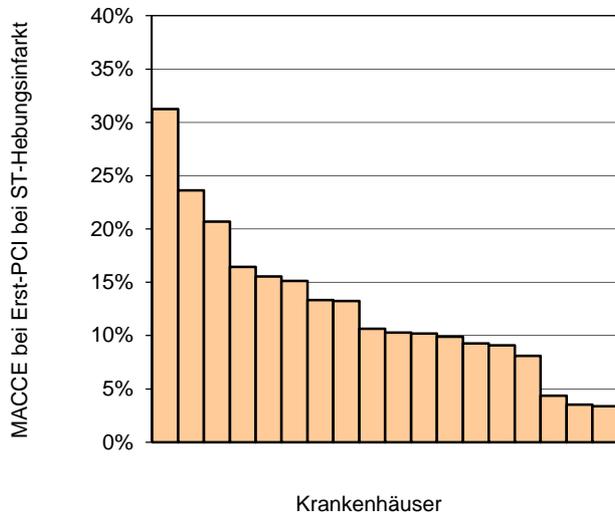
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4e, Indikator-ID 2015/21n3-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:

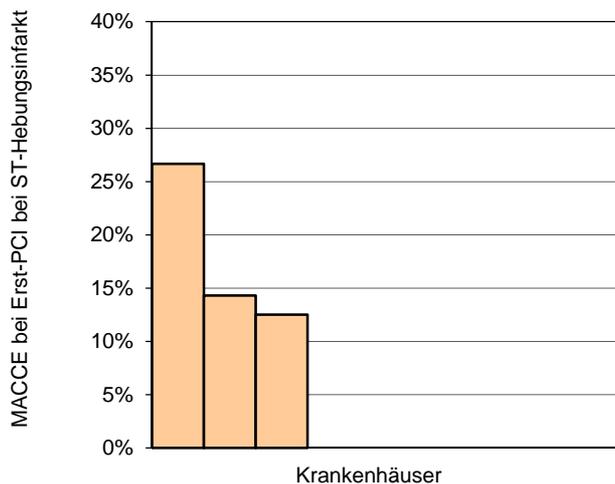
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,38		3,51	9,09	10,47	15,56	23,64		31,25

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	0,00	12,50			26,67

6 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): 2015/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			146 / 13.067	1,12%
		nicht definiert		0,95% - 1,31%
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				nicht definiert
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			19 / 146	13,01%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			62 / 1.874	3,31%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			65 / 11.048	0,59%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			38 / 120	31,67%

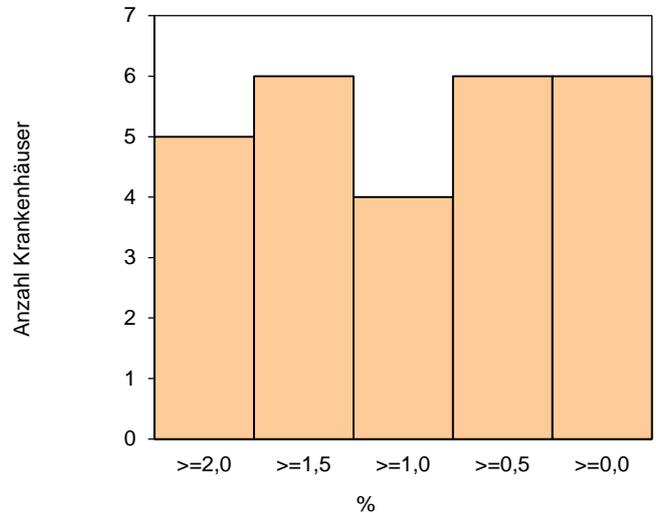
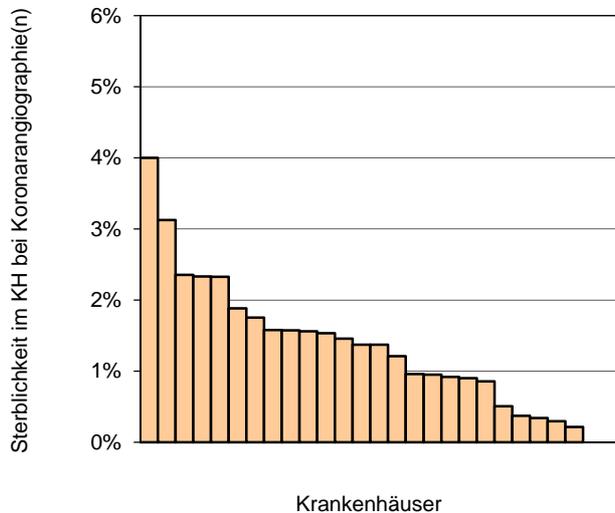
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			155 / 13.720	1,13%
				0,97% - 1,32%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2015/21n3-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:

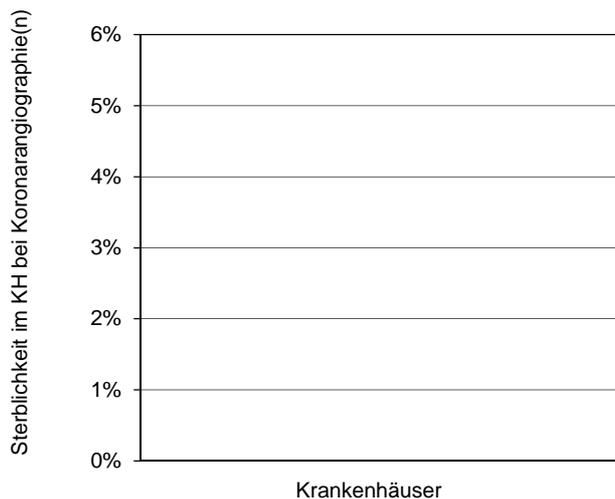
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,21	0,51	1,37	1,75	2,35	3,13	4,00

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	0,00			0,00

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): 2015/21n3-KORO-PCI/52341

Referenzbereich: <= 2,38 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		146 / 13.067 1,12%
vorhergesagt (E) ¹		174,90 / 13.067 1,34%
O - E		-0,22%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E²		0,83
Vertrauensbereich		0,71 - 0,98
Referenzbereich	<= 2,38	<= 2,38

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 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		155 / 13.720 1,13%
vorhergesagt (E)		179,20 / 13.720 1,31%
O - E		-0,18%
O / E		0,86
Vertrauensbereich		0,74 - 1,01

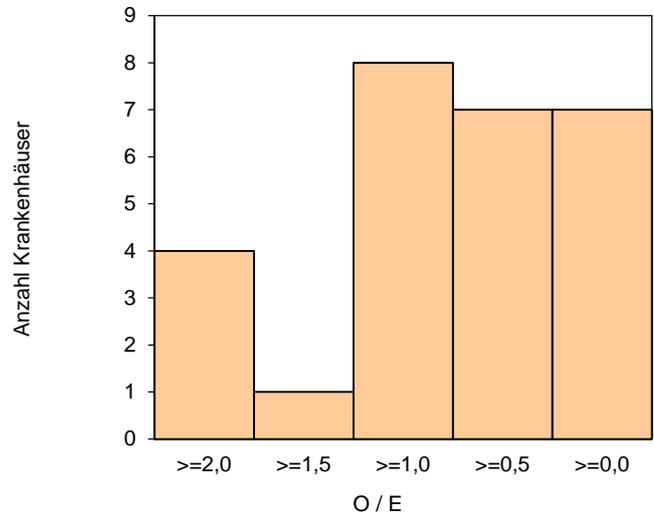
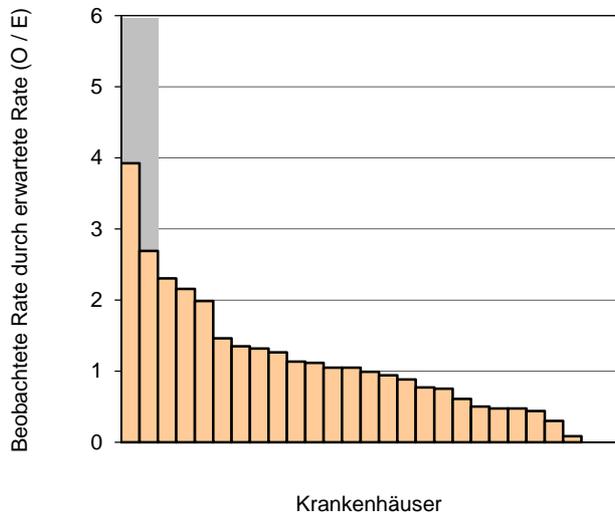
³ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2015/21n3-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:

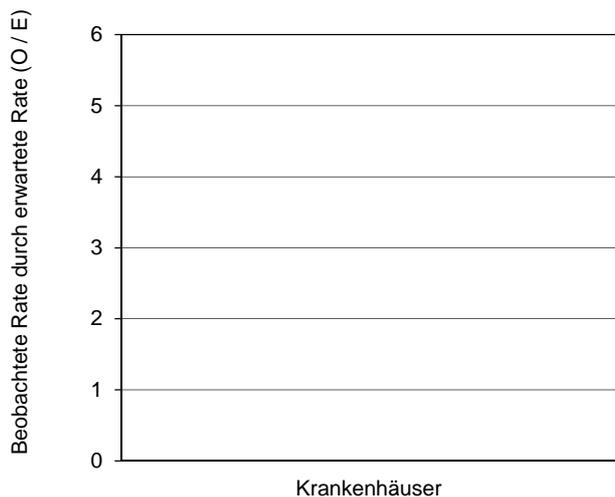
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,08	0,48	0,99	1,35	2,31	2,69	3,93

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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

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): 2015/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			291 / 9.228	3,15% 2,82% - 3,53% nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			7 / 33	21,21%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			284 / 9.195	3,09%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			140 / 1.350	10,37%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			119 / 2.925	4,07%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, sonstige)			32 / 4.953	0,65%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			97 / 247	39,27%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			281 / 9.252	3,04% 2,71% - 3,41%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			28 / 72	38,89%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			253 / 9.180	2,76%

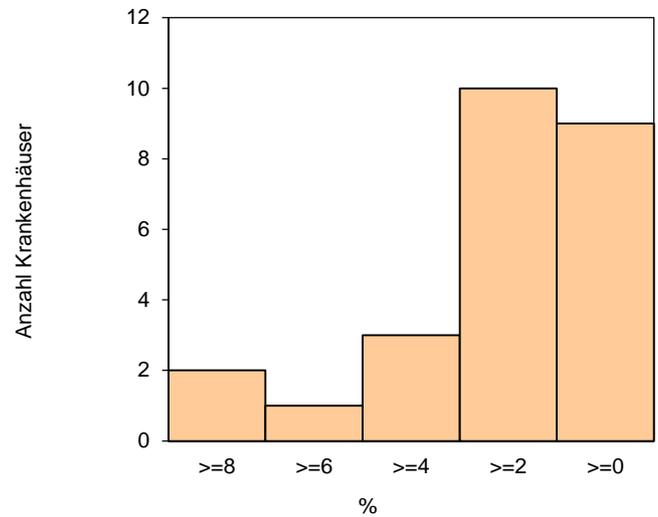
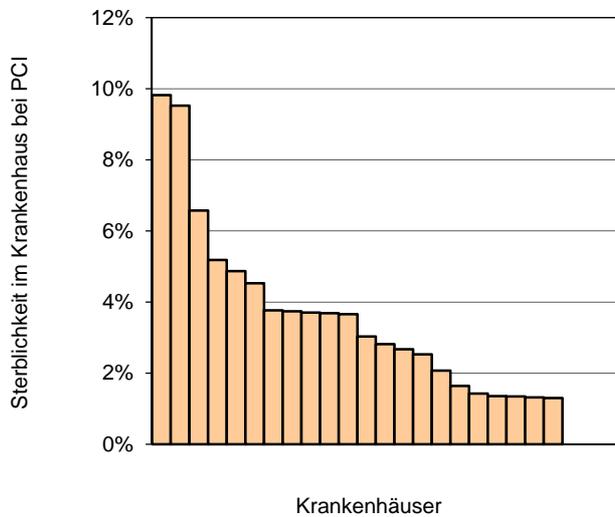
¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2015/21n3-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:

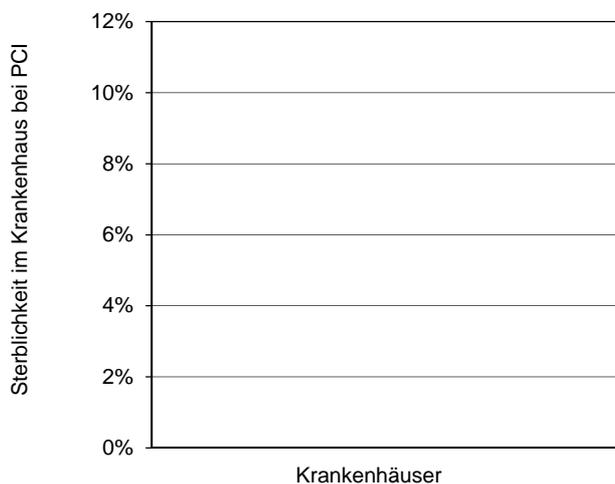
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,35	2,82	3,76	6,57	9,52	9,83

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): 2015/21n3-KORO-PCI/52342

Referenzbereich: <= 2,05 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2015			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

Gesamt 2015			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	43,85 / 6.616 0,66%	45 / 6.616 0,68%	0,02%
2 - < 4%	32,56 / 1.137 2,86%	27 / 1.137 2,37%	-0,49%
4 - < 6%	23,14 / 471 4,91%	26 / 471 5,52%	0,61%
>= 6%	201,29 / 1.004 20,05%	193 / 1.004 19,22%	-0,83%
Gesamt	300,83 / 9.228 3,26%	291 / 9.228 3,15%	-0,11%

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 2015	Gesamt 2015
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		291 / 9.228 3,15%
vorhergesagt (E) ¹		300,83 / 9.228 3,26%
O - E		-0,11%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E²		0,97
Vertrauensbereich		0,86 - 1,08
Referenzbereich	<= 2,05	<= 2,05

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 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		281 / 9.252 3,04%
vorhergesagt (E)		307,87 / 9.252 3,33%
O - E		-0,29%
O / E		0,91
Vertrauensbereich		0,81 - 1,02

³ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen.

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiblich			2.658 / 9.228	28,80%
Alter				
>= 58 - < 66 Jahre			1.740 / 9.228	18,86%
>= 66 - < 73 Jahre			1.662 / 9.228	18,01%
>= 73 - < 79 Jahre			2.385 / 9.228	25,85%
>= 79 Jahre			1.865 / 9.228	20,21%
Diabetes mellitus				
nicht insulinpflichtig			2.034 / 9.228	22,04%
insulinpflichtig			1.234 / 9.228	13,37%
Niereninsuffizienz				
dialysepflichtig			188 / 9.228	2,04%
nicht dialysepflichtig			2.926 / 9.228	31,71%
erste Prozedur				
Dringlichkeit der Prozedur				
dringend			2.181 / 9.228	23,63%
notfallmäßig			2.224 / 9.228	24,10%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
NYHA I			928 / 9.228	10,06%
NYHA II			3.265 / 9.228	35,38%
NYHA III			2.095 / 9.228	22,70%
NYHA IV ohne Schock			155 / 9.228	1,68%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn stabilisiert			131 / 9.228	1,42%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn hämo- dynamisch instabil			116 / 9.228	1,26%

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
erste PCI				
Indikation				
ACS ¹ ohne Myokardinfarkt			749 / 9.228	8,12%
ACS ¹ mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt			2.120 / 9.228	22,97%
ACS ¹ mit ST-Hebung bis 24h nach Stellung der Diagnose			1.178 / 9.228	12,77%
ACS ¹ mit ST-Hebung nach 24h nach Stellung der Diagnose			151 / 9.228	1,64%
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			869 / 9.228	9,42%
PCI an				
Hauptstamm			345 / 9.228	3,74%
LAD			4.279 / 9.228	46,37%
RCA			3.206 / 9.228	34,74%
besonderes Merkmal				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			1.980 / 9.228	21,46%
PCI eines Koronarbypasses			271 / 9.228	2,94%
PCI am ungeschützten Hauptstamm			230 / 9.228	2,49%
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			555 / 9.228	6,01%
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			32 / 9.228	0,35%
PCI an einer In-Stent Stenose			427 / 9.228	4,63%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Wechselwirkungen				
ACS ¹ mit ST-Hebung bei erster PCI und kardiogener Schock bei erster Prozedur			141 / 9.228	1,53%
ACS ¹ mit ST-Hebung und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			826 / 9.228	8,95%
kardiogener Schock bei erster Prozedur und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			137 / 9.228	1,48%

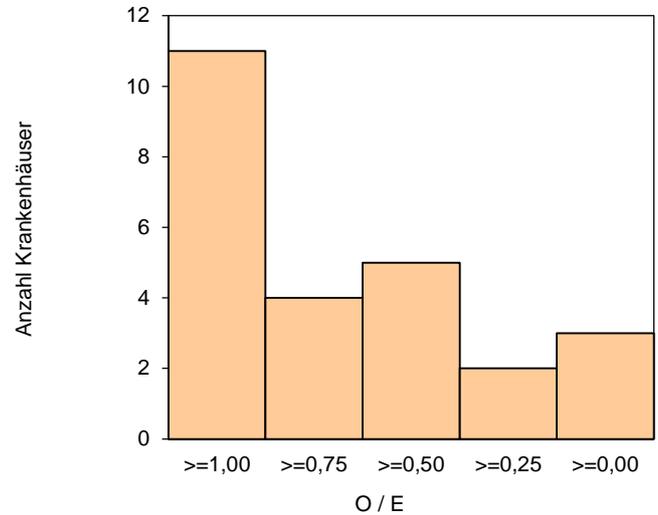
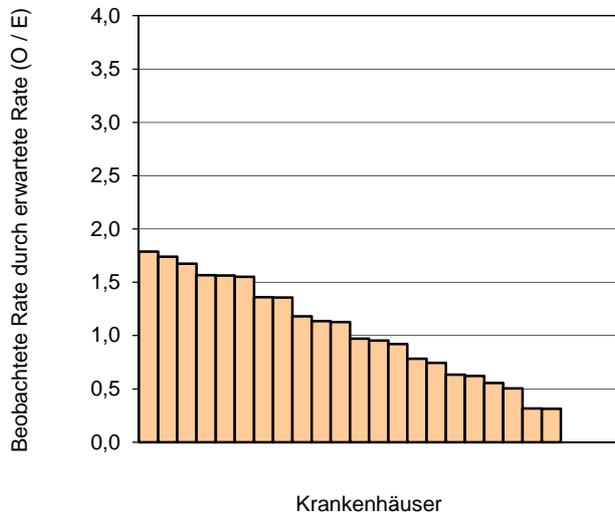
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5d, Indikator-ID 2015/21n3-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:

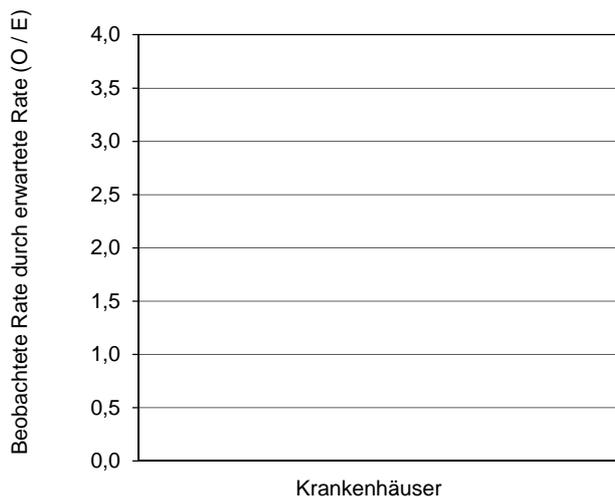
25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,56	0,95	1,36	1,68	1,74	1,79

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.

Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5e): 2015/21n3-KORO-PCI/2311

Referenzbereich: <= 1,21 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			28 / 23.444	0,12%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			29 / 23.444	0,12%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			43 / 23.444	0,18%
Vertrauensbereich				0,14% - 0,25%
Referenzbereich		<= 1,21%		<= 1,21%

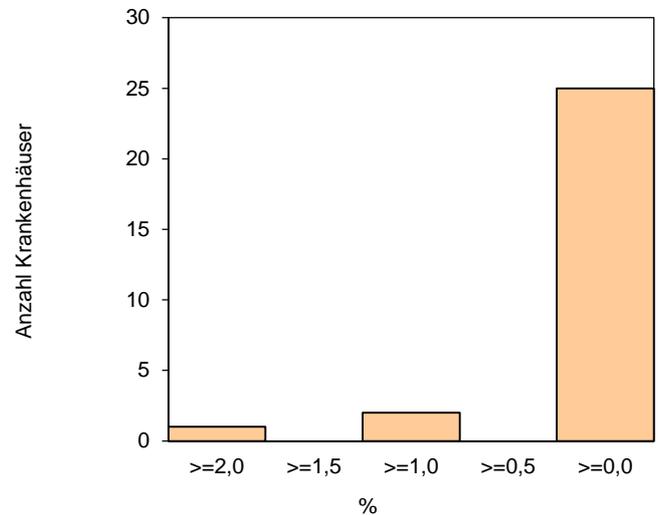
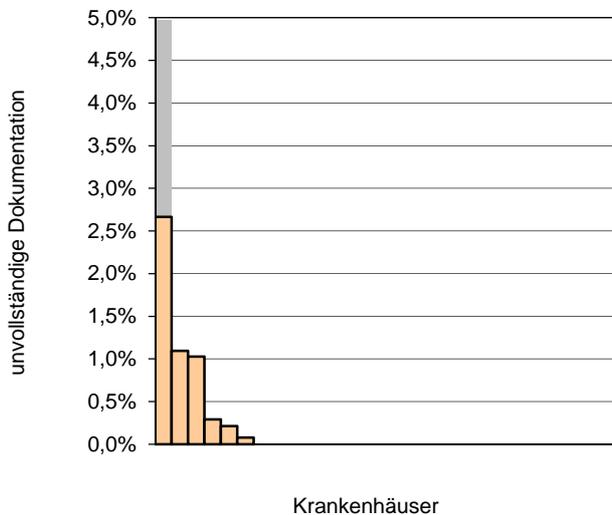
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			181 / 23.694	0,76%
Vertrauensbereich				0,66% - 0,88%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5e, Indikator-ID 2015/21n3-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:

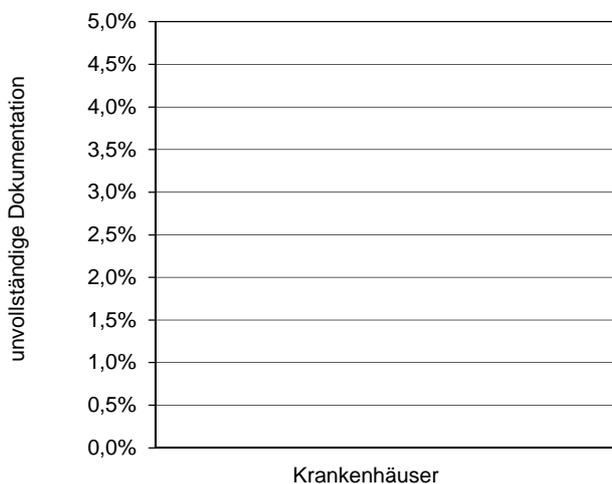
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	1,09	2,66

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			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Dosisflächenprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Dosisflächenprodukt		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 6a):	2015/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 6b):	2015/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 6c):	2015/21n3-KORO-PCI/50749	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 40,38% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 51,89% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 40,55% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm ²			2.500 / 14.704	17,00%
Vertrauensbereich				16,40% - 17,62%
Referenzbereich		<= 40,38%		<= 40,38%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm ²			159 / 595	26,72%
Vertrauensbereich				23,32% - 30,42%
Referenzbereich		<= 51,89%		<= 51,89%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.621 / 9.047	17,92%
Vertrauensbereich				17,14% - 18,72%
Referenzbereich		<= 40,55%		<= 40,55%

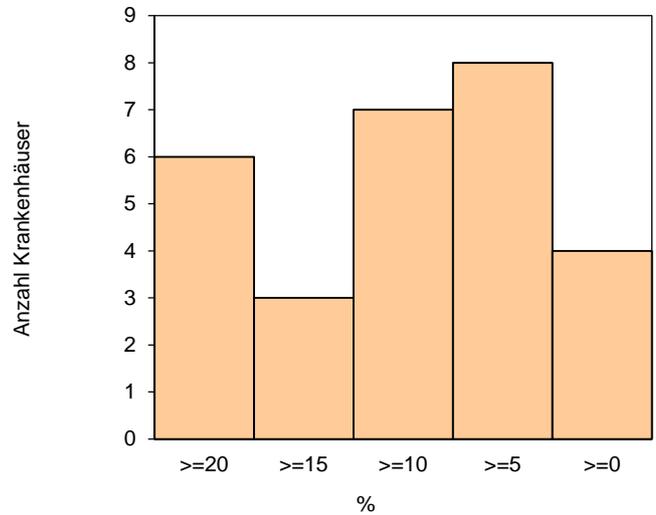
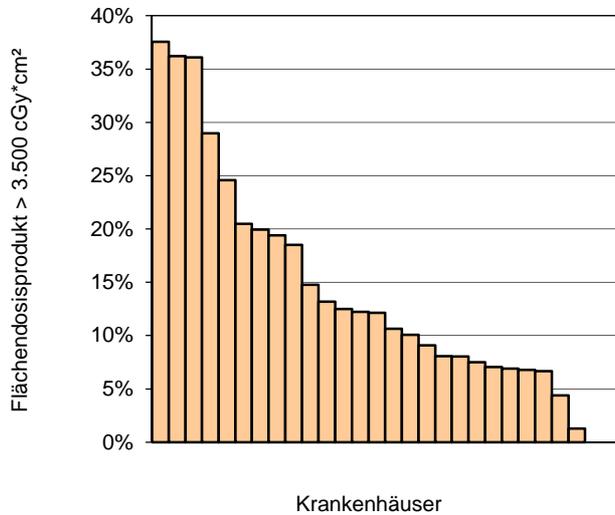
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm ²			2.875 / 14.939	19,24%
Vertrauensbereich				18,62% - 19,88%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm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

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12774]:

Anteil von Koronarangiographien mit einem Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosisflächenprodukt

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

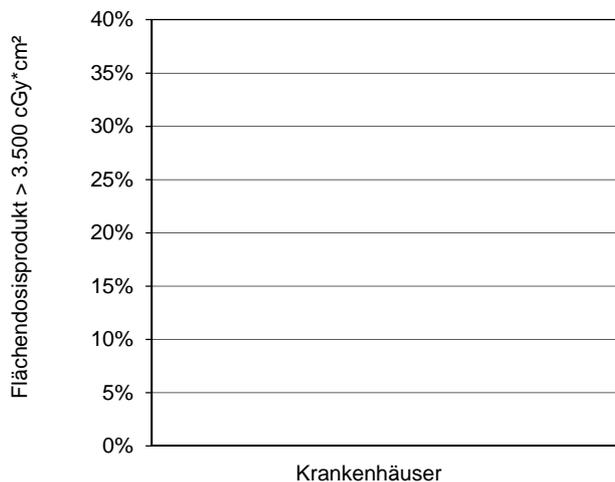
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,28	6,98	11,39	19,66	36,08	36,21	37,56

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

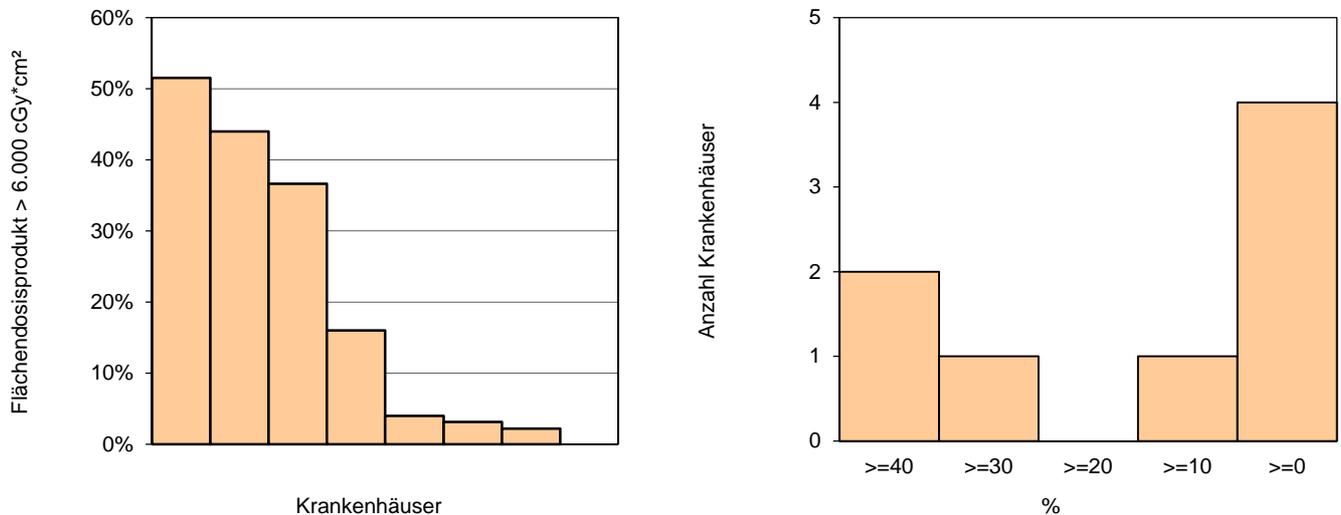


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

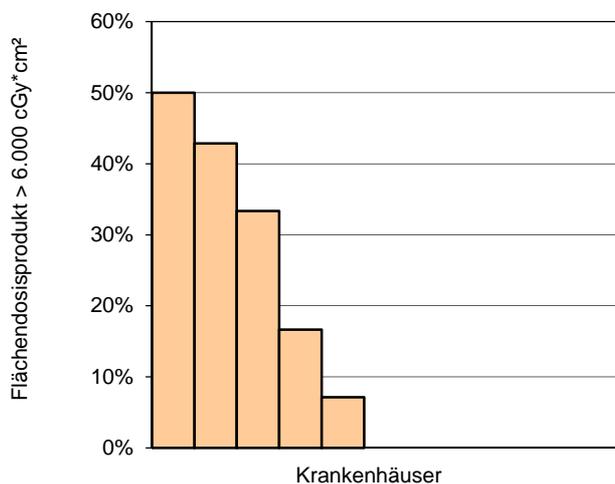
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt**

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			2,65	10,00	40,32			51,56

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

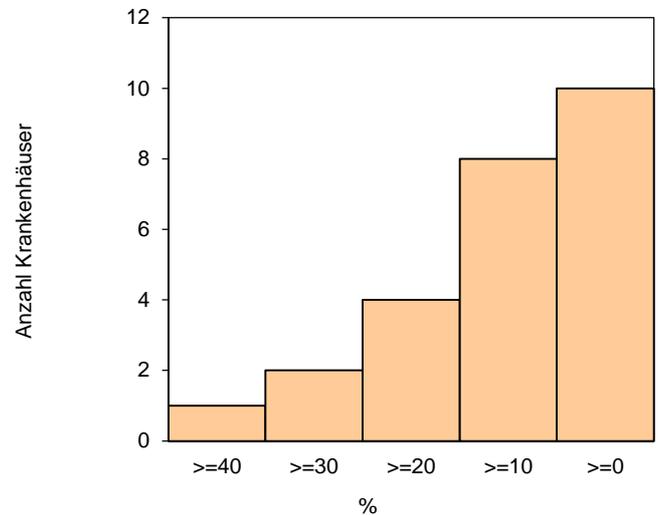
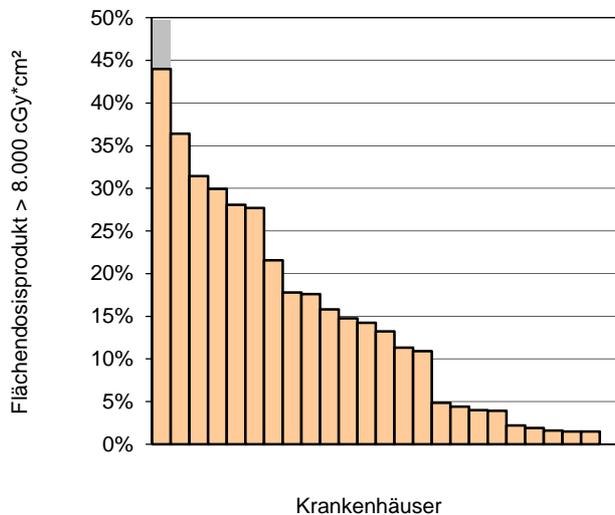


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	33,33	42,86		50,00

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

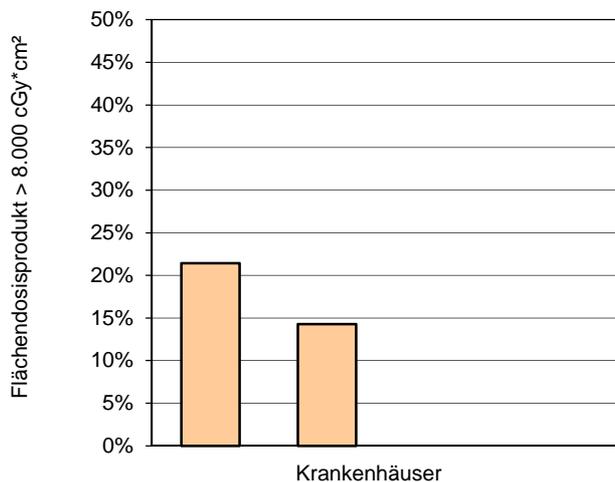
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt**

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
	0,00	1,48	1,50	3,93	13,24	21,56	31,43	36,41	43,98

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	7,14	17,86			21,43

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

Indikator-ID: (QI 6d): 2015/21n3-KORO-PCI/12773

Referenzbereich: <= 1,29% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

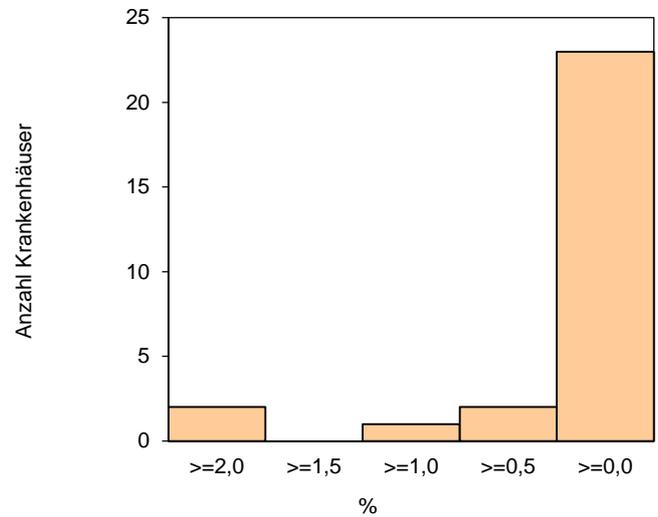
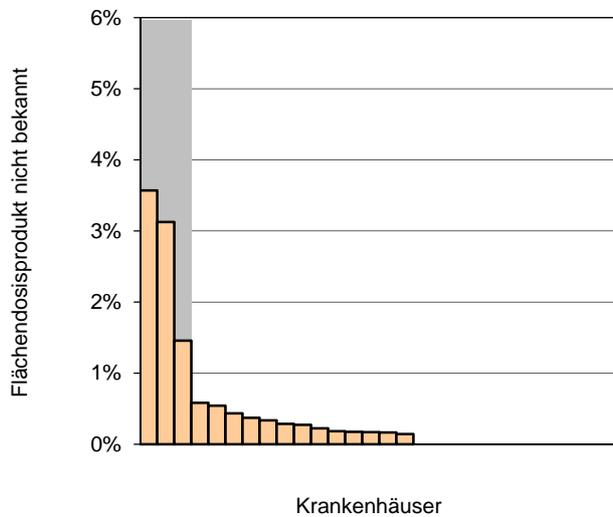
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			65 / 24.411	0,27%
Vertrauensbereich				0,21% - 0,34%
Referenzbereich		<= 1,29%		<= 1,29%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			114 / 24.694	0,46%
Vertrauensbereich				0,38% - 0,55%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Dosisflächenprodukt nicht bekannt“**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

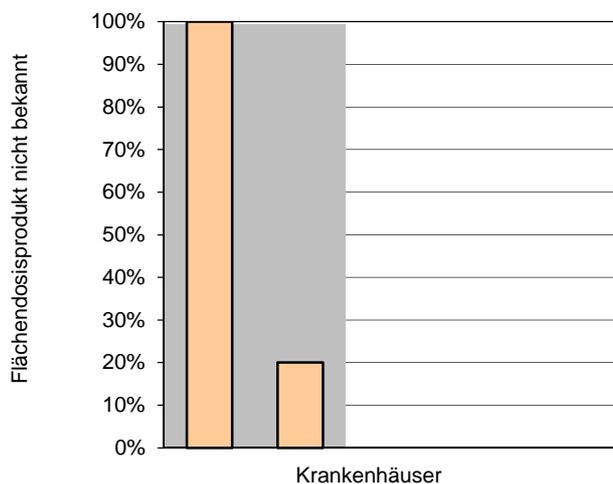
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,35	1,46	3,13	3,57

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			0,00	0,00	20,00			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):	2015/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 7b):	2015/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 7c):	2015/21n3-KORO-PCI/51407	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 17,00% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 46,94% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 33,22% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

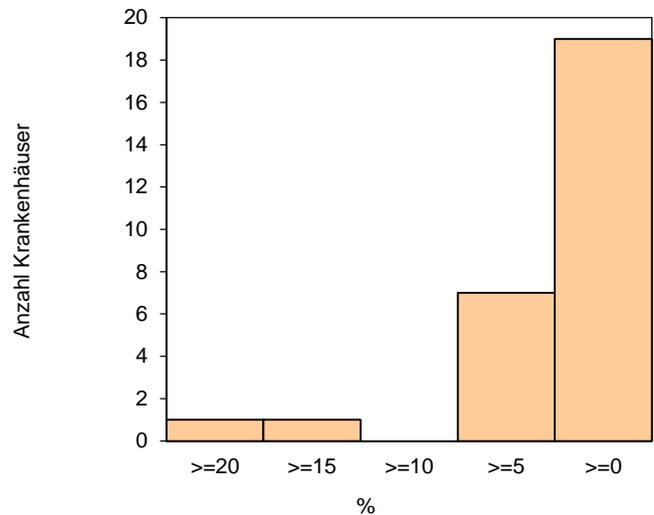
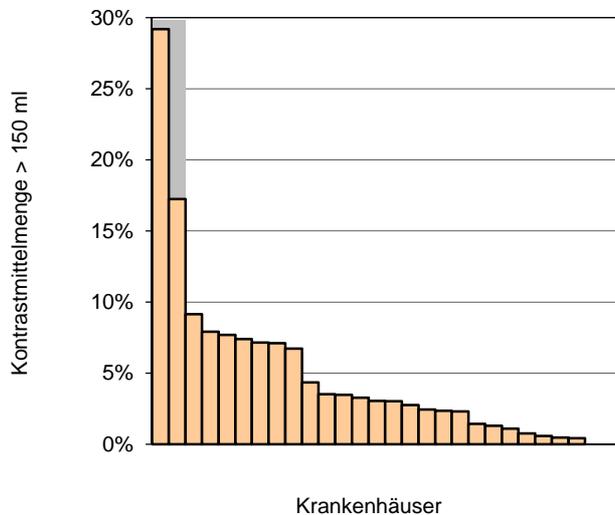
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			687 / 14.747	4,66%
Vertrauensbereich				4,33% - 5,01%
Referenzbereich		<= 17,00%		<= 17,00%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			129 / 597	21,61%
Vertrauensbereich				18,49% - 25,09%
Referenzbereich		<= 46,94%		<= 46,94%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			987 / 9.067	10,89%
Vertrauensbereich				10,26% - 11,54%
Referenzbereich		<= 33,22%		<= 33,22%

Vorjahresdaten	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%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			90 / 467	19,27%
Vertrauensbereich				15,95% - 23,09%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			883 / 9.215	9,58%
Vertrauensbereich				9,00% - 10,20%

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

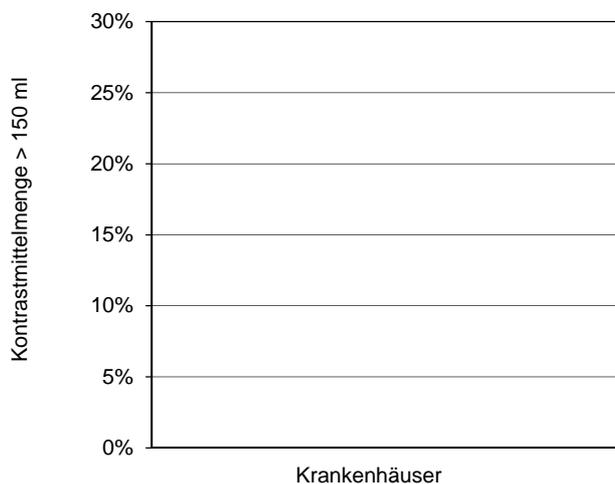
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

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	0,42	1,19	3,03	7,13	9,14	17,24	29,20

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



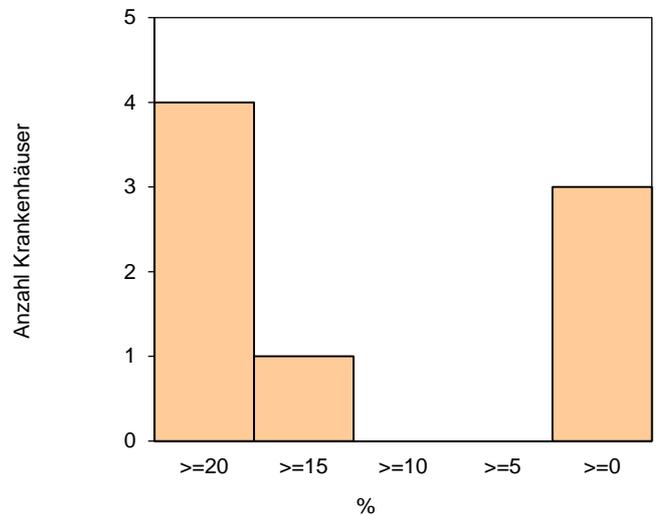
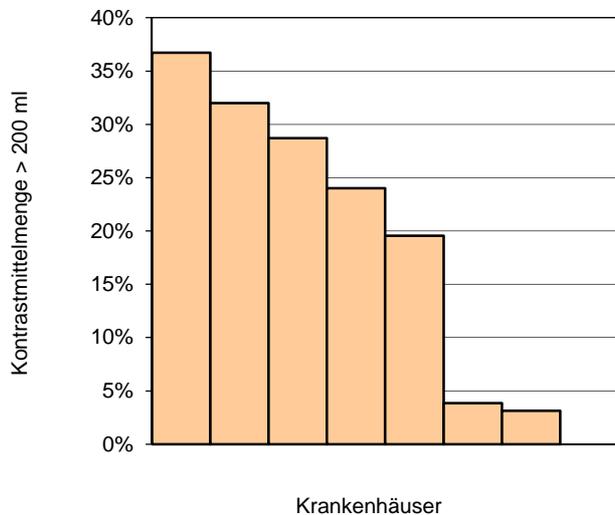
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

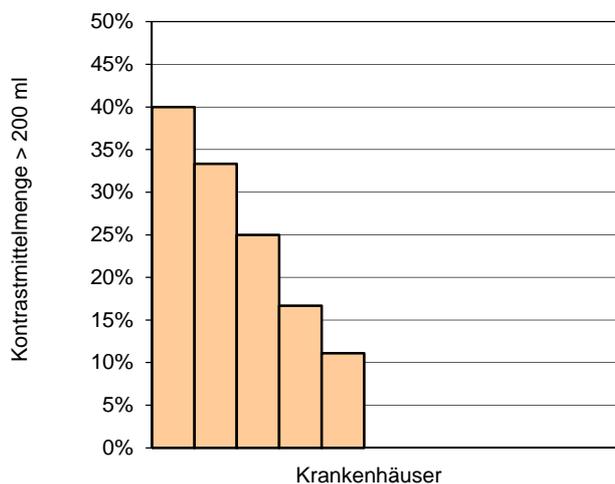
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			3,49	21,78	30,36			36,72

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

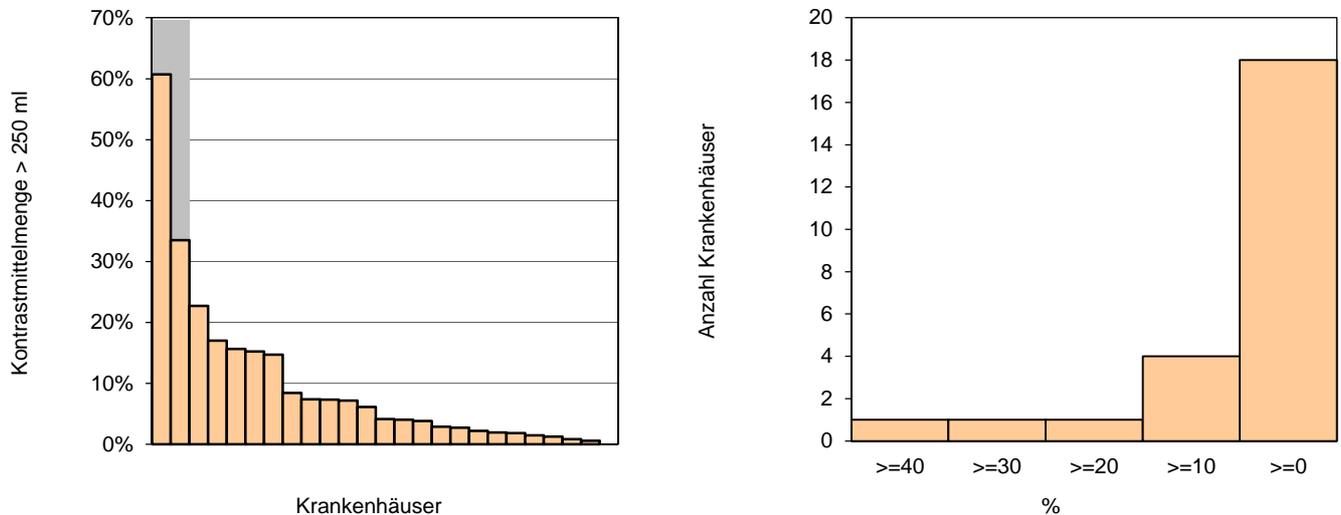


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	25,00	33,33		40,00

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

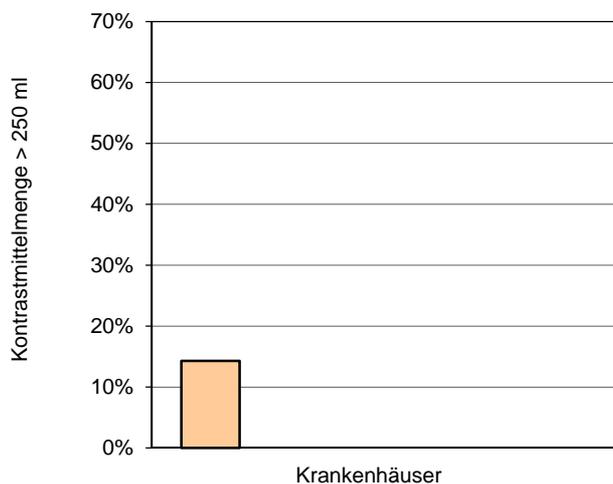
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,57	0,81	1,91	4,14	14,70	22,69	33,49	60,68

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	7,14			14,29

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 33
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.444
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16127-L101907-P49100

Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			6.344	27,06	6.455	27,24
2. Quartal			5.897	25,15	5.827	24,59
3. Quartal			5.396	23,02	5.870	24,77
4. Quartal			5.807	24,77	5.542	23,39
Gesamt			23.444	100,00	23.694	100,00
Verbringungsleistung (Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch)						
			1.768	7,54	1.796	7,58
Anzahl Prozeduren			24.411		24.694	
Anzahl PCI			9.664		9.682	
Anzahl Koronarangiographien			23.814		24.227	

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
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	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
7	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				I25.13	4.772	20,35	I10.00	5.215	22,01
2				I10.00	4.576	19,52	I25.13	4.509	19,03
3				I25.11	3.785	16,14	I25.11	3.819	16,12
4				I25.12	3.727	15,90	I25.12	3.601	15,20
5				I25.10	3.093	13,19	I25.10	3.045	12,85
6				I21.4	2.925	12,48	I20.8	3.015	12,72
7				I20.8	2.656	11,33	I21.4	2.687	11,34
8				I50.13	2.386	10,18	E11.90	2.163	9,13

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			23.444		23.694	
18 – 29 Jahre			56 / 23.444	0,24	65 / 23.694	0,27
30 – 39 Jahre			219 / 23.444	0,93	204 / 23.694	0,86
40 – 49 Jahre			1.172 / 23.444	5,00	1.242 / 23.694	5,24
50 – 59 Jahre			3.782 / 23.444	16,13	3.933 / 23.694	16,60
60 – 69 Jahre			5.578 / 23.444	23,79	5.548 / 23.694	23,42
70 – 79 Jahre			9.003 / 23.444	38,40	9.321 / 23.694	39,34
>= 80 Jahre			3.634 / 23.444	15,50	3.381 / 23.694	14,27
Alter (Jahre)						
Median				71,00		71,00
Mittelwert				68,46		68,21
Geschlecht						
männlich			14.996	63,97	15.120	63,81
weiblich			8.448	36,03	8.574	36,19

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			12.655	53,98	12.913	54,50
ja			10.583	45,14	10.637	44,89
unbekannt			206	0,88	144	0,61
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			16.091	68,64	16.436	69,37
ja			7.188	30,66	7.141	30,14
unbekannt			165	0,70	117	0,49
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			21.240	90,60	21.417	90,39
ja			2.115	9,02	2.214	9,34
unbekannt			89	0,38	63	0,27
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			17.418	74,30	17.914	75,61
ja			3.219	13,73	3.314	13,99
fraglich			562	2,40	615	2,60
unbekannt			2.245	9,58	1.851	7,81
Diabetes mellitus						
nein			16.192	69,07	16.049	67,73
ja, nicht insulinpflichtig			4.523	19,29	5.345	22,56
ja, insulinpflichtig			2.701	11,52	2.166	9,14
unbekannt			28	0,12	134	0,57
Niereninsuffizienz						
nein			16.209	69,14	16.783	70,83
ja, dialysepflichtig			437	1,86	488	2,06
ja, nicht dialysepflichtig			6.769	28,87	6.343	26,77
unbekannt			29	0,12	80	0,34

Aktuelle kardiale Anamnese
 (vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			16.476	70,28	16.735	70,63
ja			6.968	29,72	6.959	29,37
wenn nein: andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			5.106 / 16.476	30,99	5.197 / 16.735	31,05
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			1.973 / 16.476	11,97	1.964 / 16.735	11,74
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			5.888 / 16.476	35,74	5.887 / 16.735	35,18
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.509 / 16.476	21,30	3.687 / 16.735	22,03
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere nicht- invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung)						
nein			3.789 / 16.476	23,00	4.357 / 16.735	26,04
ja			6.239 / 16.476	37,87	6.063 / 16.735	36,23
fraglich			3.171 / 16.476	19,25	2.991 / 16.735	17,87
unbekannt			3.277 / 16.476	19,89	3.324 / 16.735	19,86

Prozedur

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.411		24.694	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)						
Median				2,00		2,00
Mittelwert				4,62		6,31
Herzinsuffizienz (nach NYHA)						
nein			6.511	26,67	8.873	35,93
ja, NYHA I			2.551	10,45	2.011	8,14
ja, NYHA II			8.159	33,42	7.012	28,40
ja, NYHA III			6.090	24,95	5.753	23,30
ja, NYHA IV			1.100	4,51	1.045	4,23
wenn ja, NYHA IV						
kardiogener Schock						
nein			443 / 1.100	40,27	353 / 1.045	33,78
ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert			231 / 1.100	21,00	192 / 1.045	18,37
ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil			190 / 1.100	17,27	216 / 1.045	20,67
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			14.747	60,41	15.012	60,79
PCI			597	2,45	467	1,89
einzeitig Koronarangiographie und PCI			9.067	37,14	9.215	37,32
Dringlichkeit der Prozedur						
elektiv			16.112	66,00	16.206	65,63
dringend			5.002	20,49	5.093	20,62
notfallmäßig			3.297	13,51	3.395	13,75
Nierenfunktion gemessen						
nein			720	2,95	957	3,88
ja			23.691	97,05	23.737	96,12

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			23.814		24.227	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			8.091	33,98	8.436	34,82
bekannte KHK			6.447	27,07	6.551	27,04
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			1.601	6,72	2.011	8,30
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			3.187	13,38	2.684	11,08
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.339	5,62	1.352	5,58
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			172	0,72	156	0,64
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			201	0,84	260	1,07
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			957	4,02	935	3,86
Vitium			1.625	6,82	1.610	6,65
Sonstige			194	0,81	232	0,96

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			23.814		24.227	
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			2.391	10,04	2.433	10,04
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			5.075	21,31	4.967	20,50
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			12.899	54,17	13.141	54,24
Kardiomyopathie			680	2,86	744	3,07
Herzklappenvitium			791	3,32	821	3,39
Aortenaneurysma			19	0,08	27	0,11
hypertensive Herzerkrankung			1.294	5,43	1.434	5,92
andere kardiale Erkrankung			665	2,79	660	2,72
Therapieempfehlung bezüglich des Koronarbefundes / der KHK nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			861	3,62	567	2,34
nur medikamentös			11.008	46,22	10.980	45,32
interventionell			9.808	41,19	9.700	40,04
herzchirurgisch			2.137	8,97	2.199	9,08

Koronarangiographie (Fortsetzung) OPS 2015¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

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	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
4	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
5	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion

OPS 2015

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				1-275.0	15.486	65,03	1-275.0	14.963	61,76
2				1-275.2	3.942	16,55	1-275.2	5.035	20,78
3				1-275.4	2.038	8,56	1-279.0	2.038	8,41
4				1-275.5	1.787	7,50	1-275.4	1.882	7,77
5				1-279.0	1.725	7,24	1-275.5	1.812	7,48

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2014 und OPS 2015 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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.664		9.682	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			4.020	41,60	4.147	42,83
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			805	8,33	1.050	10,84
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			2.205	22,82	1.976	20,41
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.216	12,58	1.200	12,39
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			163	1,69	201	2,08
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			940	9,73	830	8,57
Sonstige			315	3,26	278	2,87

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.664		9.682	
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI)						
Hauptdiagnose STEMI¹			1.283 / 1.379	93,04	-	-
wenn ja:						
Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt¹						
nein			118 / 1.283	9,20	-	-
ja			1.165 / 1.283	90,80	-	-
wenn ja:						
Door-to-balloon-Zeit²						
gültige Angaben			1.163 / 1.165	99,83	-	-
<= 30 Minuten			263 / 1.163	22,61	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			384 / 1.163	33,02	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			227 / 1.163	19,52	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			111 / 1.163	9,54	-	-
> 120 Minuten			178 / 1.163	15,31	-	-
Fibrinolyse vor der Prozedur³						
nein			1.307 / 1.379	94,78	1.111 / 1.401	79,30
ja			66 / 1.379	4,79	69 / 1.401	4,93
unbekannt			6 / 1.379	0,44	20 / 1.401	1,43

¹ neues Datenfeld in 2015

² Aufgrund von Änderungen in der Spezifikation können die Vorjahresergebnisse nicht dargestellt werden. Gültige Angaben entsprechen den Dokumentationen mit Datum des Door- und Balloon-Zeitpunktes im Erfassungsjahr.

³ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten abweichen.

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.664		9.682	
PCI an¹						
Hauptstamm			384	3,97	866	8,94
LAD			4.458	46,13	3.857	39,84
RCX			2.834	29,33	2.147	22,18
RCA			3.353	34,70	2.812	29,04
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			6.127	63,40	6.126	63,27
ja			3.537	36,60	3.556	36,73
wenn ja						
besonderes Merkmal (Mehrfachnennungen möglich)						
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.088 / 3.537	59,03	2.159 / 3.556	60,71
PCI eines Koronarbypasses			278 / 3.537	7,86	292 / 3.556	8,21
PCI am ungeschützten Hauptstamm			256 / 3.537	7,24	257 / 3.556	7,23
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			584 / 3.537	16,51	596 / 3.556	16,76
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			34 / 3.537	0,96	48 / 3.556	1,35
PCI an einer In-Stent Stenose			439 / 3.537	12,41	292 / 3.556	8,21
sonstiges			197 / 3.537	5,57	207 / 3.556	5,82
Stent(s) implantiert						
nein			922	9,54	1.181	12,20
ja			8.742	90,46	8.501	87,80

¹ Wegen Änderung der Spezifikation sind im Auswertungsjahr 2015 Mehrfachnennungen möglich, daher können die Werte vom Auswertungsjahr 2014 abweichen.

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			9.664		9.682	
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 erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allge- meinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			237 / 6.080	3,90	295 / 6.305	4,68
ja			5.808 / 6.080	95,53	5.973 / 6.305	94,73
fraglich			35 / 6.080	0,58	37 / 6.305	0,59
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (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 / NSTEMI (nach TIMI)						
TIMI 0			88 / 3.584	2,46	129 / 3.377	3,82
TIMI I			68 / 3.584	1,90	162 / 3.377	4,80
TIMI II			156 / 3.584	4,35	135 / 3.377	4,00
TIMI III			3.272 / 3.584	91,29	2.951 / 3.377	87,39

PCI (Fortsetzung)
OPS 2015¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

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	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer

OPS 2015

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				8-837.00	7.241	74,93	8-837.00	7.490	77,36
2				8-837.m0	4.260	44,08	8-837.m0	3.809	39,34
3				8-837.m1	1.558	16,12	8-837.m1	1.432	14,79
4				8-83b.c6	1.490	15,42	8-83b.c6	1.328	13,72
5				8-83b.0c	1.358	14,05	8-837.k0	1.155	11,93

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2014 und OPS 2015 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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.411		24.694	
Dosisflächenprodukt bekannt						
nein			65	0,27	114	0,46
ja			24.346	99,73	24.580	99,54
wenn ja						
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)¹						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm ²)			24.346		24.580	
Median				2.178,00		2.339,00
Mittelwert				3.495,29		3.746,13
applizierte Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			24.411		24.694	
Median				80,00		80,00
Mittelwert				107,37		105,70

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

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			24.411		24.694	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			24.106	98,75	24.385	98,75
ja			305	1,25	309	1,25
wenn ja						
Intraprozedural auftretende Ereignisse (Mehrfachnennungen möglich)						
koronarer Verschluss			69 / 305	22,62	54 / 309	17,48
TIA/Schlaganfall			13 / 305	4,26	18 / 309	5,83
Exitus im Herzkatheterlabor			46 / 305	15,08	42 / 309	13,59
sonstige			198 / 305	64,92	214 / 309	69,26

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt¹						
nein			23.412	99,86	15.076	63,63
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			24	0,10	45	0,19
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			8	0,03	6	0,03
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall¹						
nein			23.401	99,82	14.598	61,61
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			33	0,14	30	0,13
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			10	0,04	9	0,04
postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß¹						
nein			23.421	99,90	14.583	61,55
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			13	0,06	25	0,11
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			10	0,04	5	0,02

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
postprozedurale Verletzung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation¹						
nein			23.391	99,77	14.585	61,56
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			49	0,21	18	0,08
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			4	0,02	2	0,01
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle¹						
nein			23.376	99,71	14.545	61,39
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			49	0,21	55	0,23
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			19	0,08	6	0,03
wenn ja						
Therapie der Blutung an der Punktionsstelle (Mehrfachnennungen möglich)						
Thrombininjektion			18 / 68	26,47	20 / 61	32,79
Transfusion			21 / 68	30,88	13 / 61	21,31
chirurgische Intervention an der Punktionsstelle			35 / 68	51,47	31 / 61	50,82
Gefäßthrombose (punktionnah)¹						
nein			23.439	99,98	14.350	60,56
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			5	0,02	6	0,03
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			0	0,00	1	0,00

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)¹						
nein			23.338	99,55	14.355	60,58
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			69	0,29	44	0,19
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			37	0,16	34	0,14
sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse¹						
nein			23.196	98,94	14.293	60,32
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			140	0,60	170	0,72
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			108	0,46	62	0,26
Tod¹						
nein			23.023	98,20	14.400	60,77
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			187	0,80	168	0,71
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			234	1,00	212	0,89
Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde er elektiv dorthin verlegt / überwiesen?						
nein			19.255	82,13	14.166	59,79
ja			1.149	4,90	722	3,05
fehlende Werte			3.040	12,97	8.806	37,17

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.444		23.694	
01: regulär beendet			20.316	86,66	20.438	86,26
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			408	1,74	473	2,00
03: aus sonstigen Gründen			139	0,59	123	0,52
04: gegen ärztlichen Rat			167	0,71	139	0,59
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1.145	4,88	1.327	5,60
07: Tod			454	1,94	464	1,96
08: Verlegung nach §14			71	0,30	38	0,16
09: in Rehabilitationseinrichtung			522	2,23	484	2,04
10: in Pflegeeinrichtung			174	0,74	165	0,70
11: in Hospiz			4	0,02	1	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			6	0,03	1	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			14	0,06	22	0,09
15: gegen ärztlichen Rat			6	0,03	4	0,02
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			14	0,06	15	0,06
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			3	0,01	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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 2015 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

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 2015.

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 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 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.

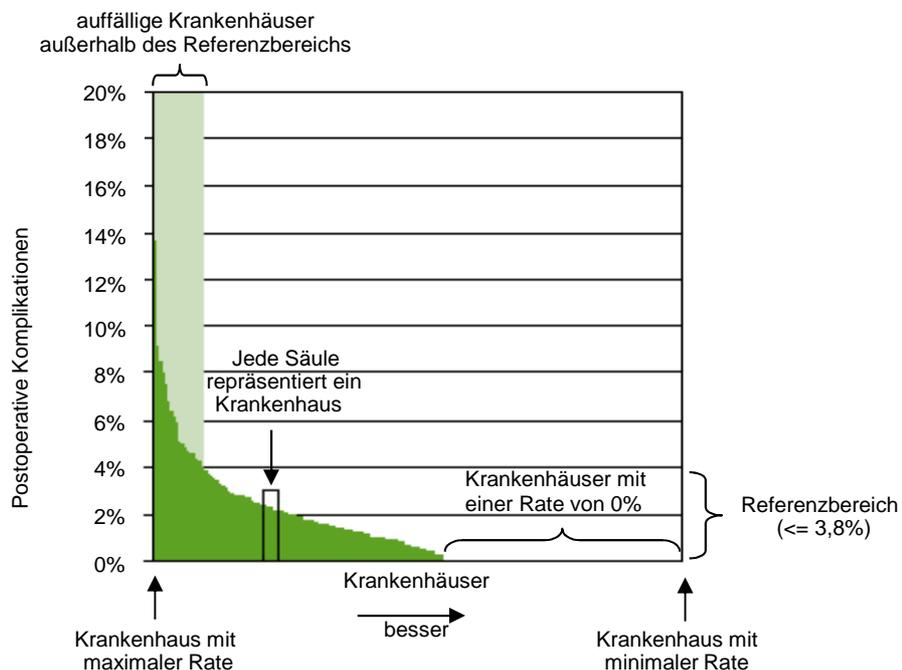
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

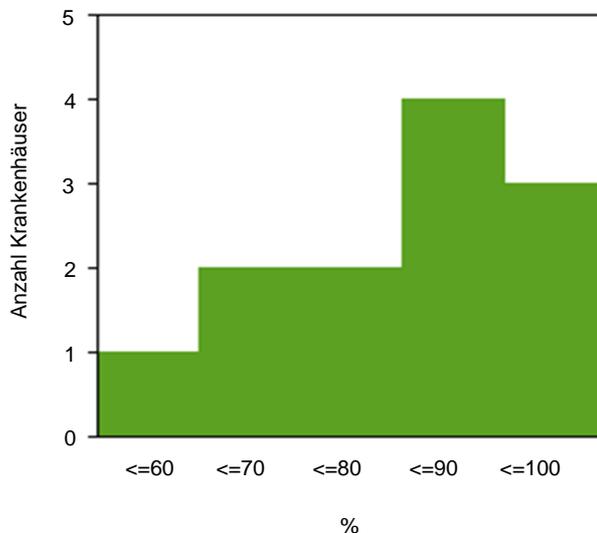
Beispiel:

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 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

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.