

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27  
Anzahl Datensätze Gesamt: 22.962  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14106-L89491-P43531

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27  
Anzahl Datensätze Gesamt: 22.962  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14106-L89491-P43531

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Fälle Gesamt	Seite
<b>Anzahl dokumentierter Prozeduren</b>			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		23.540	9
dokumentierte PCI pro Jahr		9.226	9

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>2013/21n3-KORO-PCI/399</b>							
<b>QI 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie</b>							
			93,3%	>= 80,0%	innerhalb	93,2%	11
<b>QI 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie</b>							
2a: 2013/21n3-KORO-PCI/2061							
Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie							
			41,2%	nicht definiert	-	40,4%	15

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2b: 2013/21n3-KORO-PCI/50750 Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie			41,2%	nicht definiert	-	40,4%	15
2013/21n3-KORO-PCI/2062 <b>QI 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen</b>			3,5%	<= 10,0%	innerhalb	3,8%	18
<b>QI 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI</b>							
4a: 2013/21n3-KORO-PCI/2063 Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"			95,4%	>= 85,0%	innerhalb	94,4%	20
4b: 2013/21n3-KORO-PCI/2064 Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI			94,6%	>= 85,0%	innerhalb	94,0%	20

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 5: MACCE</b>							
5a: 2013/21n3-KORO-PCI/414 MACCE bei isolierter Koronarangiographie			1,0%	<= 3,5%	innerhalb	1,2%	23
5b: 2013/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			3,5%	<= 6,8%	innerhalb	3,5%	26
5c: 2013/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			10,5%	<= 17,1%	innerhalb	9,9%	30
<b>QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>							
6a: 2013/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			0,9%	nicht definiert	-	0,9%	32
6b: 2013/21n3-KORO-PCI/50829 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,80	<= 2,35	innerhalb	0,92	34
6c: 2013/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			2,6%	nicht definiert	-	2,9%	36

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
6d: 2013/21n3-KORO-PCI/11863 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			1,18	<= 2,19	innerhalb	1,24	40
6e: 2013/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz			0,4%	nicht definiert	-	0,5%	43
<b>QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)</b>							
7a: 2013/21n3-KORO-PCI/419 Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie			3,0	<= 5,0	innerhalb	2,9	45
7b: 2013/21n3-KORO-PCI/2073 Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI			10,0	<= 12,0	innerhalb	9,6	45

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 8: Flächendosisprodukt</b>							
8a: 2013/21n3-KORO-PCI/12774							
Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>							
			21,3%	<= 47,2%	innerhalb	22,9%	48
8b: 2013/21n3-KORO-PCI/12775							
Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>							
			19,9%	<= 57,3%	innerhalb	20,8%	48
8c: 2013/21n3-KORO-PCI/50749							
Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>							
			20,5%	<= 46,1%	innerhalb	20,4%	48
8d: 2013/21n3-KORO-PCI/12773							
Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts							
			0,3%	<= 0,9%	innerhalb	0,2%	52

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 9: Kontrastmittelmenge</b>							
9a: 2013/21n3-KORO-PCI/51405							
Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml							
			4,8%	<= 19,7%	innerhalb	4,8%	54
9b: 2013/21n3-KORO-PCI/51406							
Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml							
			12,9%	<= 50,7%	innerhalb	13,3%	54
9c: 2013/21n3-KORO-PCI/51407							
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml							
			10,1%	<= 35,7%	innerhalb	9,7%	54

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

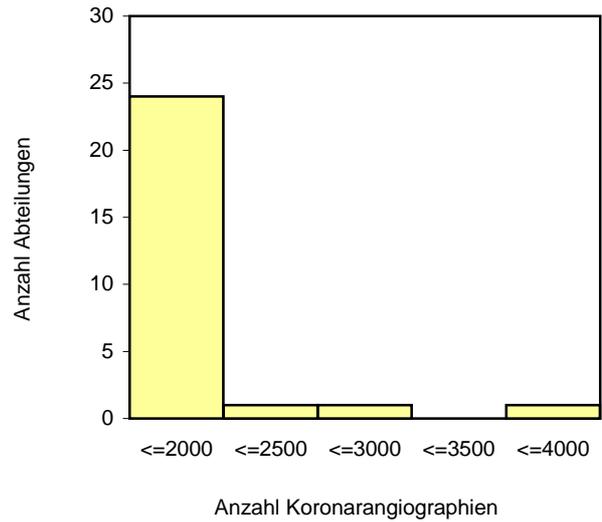
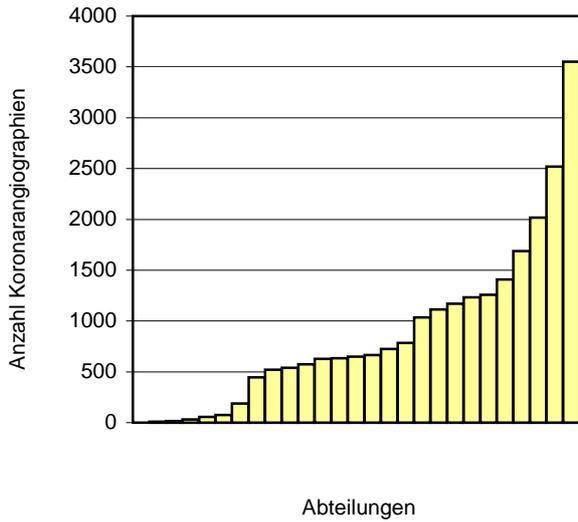
### Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			23.540	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			9.226	100,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			24.245	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			9.270	100,0%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/43867]:  
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

**Abteilungen mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**  
 27 Abteilungen haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

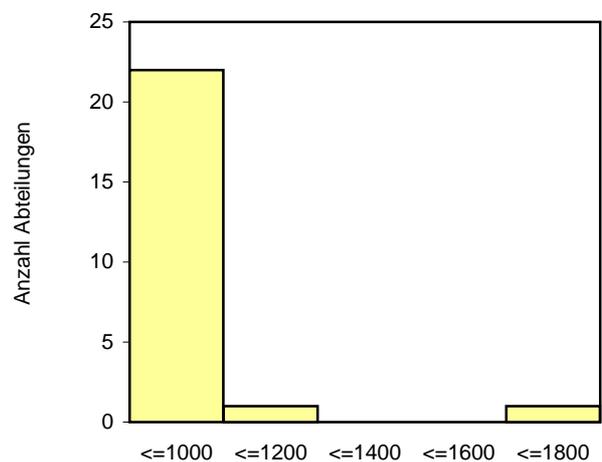
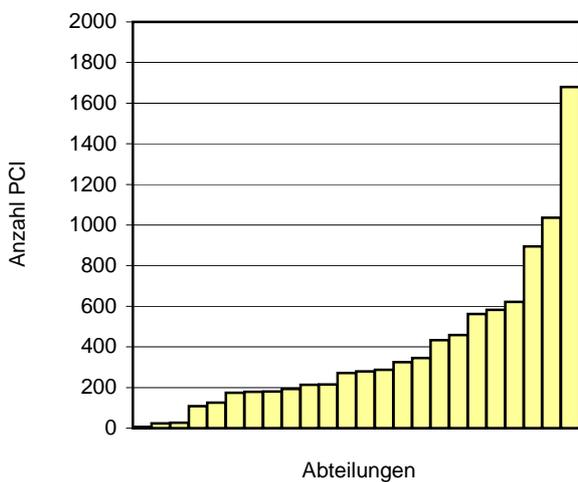


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1	10	16	189	648	1.233	2.017	2.520	3.552

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/43868]:  
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

**Abteilungen mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Abteilungen haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7	24	27	177	276	510	895	1.036	1.680

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie

**Qualitätsziel:** Möglichst oft Ischämiezeichen bei führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“, d.h. die Indikation sollte durch Klinik und Befunde gestützt werden

**Grundgesamtheit:** Alle Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom

**Indikator-ID:** 2013/21n3-KORO-PCI/399

**Referenzbereich:** >= 80,0% (Toleranzbereich)

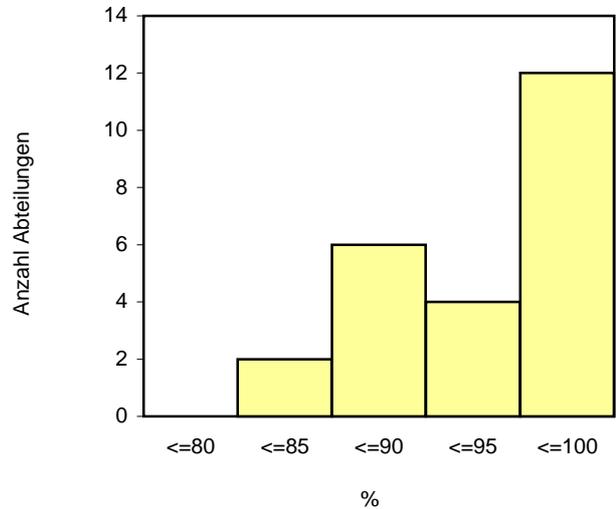
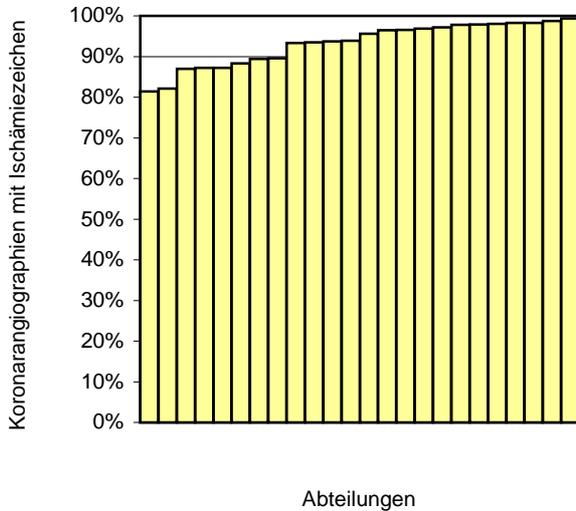
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			10.982 / 14.516	75,7%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			9.080 / 14.516	62,6%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.442 / 14.516	37,5%
mit stabiler Angina pectoris <b>oder</b> mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe <b>oder</b> mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			13.547 / 14.516	93,3%
Vertrauensbereich				92,9% - 93,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris <b>oder</b> mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe <b>oder</b> mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			14.044 / 15.068	93,2%
Vertrauensbereich				92,8% - 93,6%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/399]:**

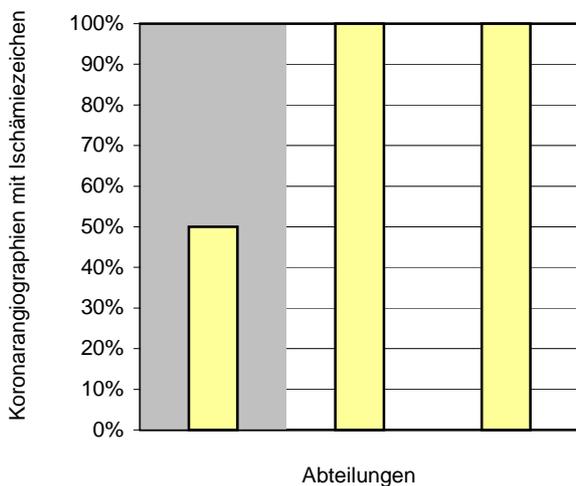
**Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) an allen Patienten ohne akutes Koronarsyndrom und mit Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,4	82,1	87,0	88,9	94,7	97,8	98,3	98,8	99,4

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0				100,0				100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikatorengruppe 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie

**Qualitätsziel:** Möglichst oft ein angemessener „Mix“ der Therapieempfehlungen in Abhängigkeit von der Indikation

**Grundgesamtheit:** Alle Koronarangiographien mit führender Indikation  
 Gruppe 1: „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“  
 Gruppe 2: „bekannte KHK“  
 Gruppe 3: „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“  
 Gruppe 4: „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“

**Indikator-ID:** Gruppe 4 (QI 2a): seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 2013/21n3-KORO-PCI/2061  
 (QI 2b): häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 2013/21n3-KORO-PCI/50750

**Referenzbereich:** Gruppe 4: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.  
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 1</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			1.732 / 8.351	20,7%
herzchirurgisch			574 / 8.351	6,9%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			2.368 / 8.351	28,4%
keine			360 / 8.351	4,3%
medikamentös			5.398 / 8.351	64,6%
Sonstige			287 / 8.351	3,4%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 2</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "bekannte KHK"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			3.536 / 6.858	51,6%
herzchirurgisch			267 / 6.858	3,9%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.926 / 6.858	57,2%
keine			39 / 6.858	0,6%
medikamentös			2.816 / 6.858	41,1%
Sonstige			200 / 6.858	2,9%
<b>Gruppe 3</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			98 / 308	31,8%
herzchirurgisch			7 / 308	2,3%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			106 / 308	34,4%
keine			0 / 308	0,0%
medikamentös			202 / 308	65,6%
Sonstige			1 / 308	0,3%

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 4</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			5.366 / 15.517	34,6%
herzchirurgisch			848 / 15.517	5,5%
<b>seltene Empfehlung<sup>1</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.400 / 15.517	41,2%
Vertrauensbereich				40,5% - 42,0%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
<b>häufige Empfehlung<sup>1</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.400 / 15.517	41,2%
Vertrauensbereich				40,5% - 42,0%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
keine			399 / 15.517	2,6%
medikamentös			8.416 / 15.517	54,2%
Sonstige			488 / 15.517	3,1%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 4</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
<b>seltene Empfehlung<sup>2</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.501 / 16.101	40,4%
Vertrauensbereich				39,6% - 41,1%
<b>häufige Empfehlung<sup>2</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.501 / 16.101	40,4%
Vertrauensbereich				39,6% - 41,1%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

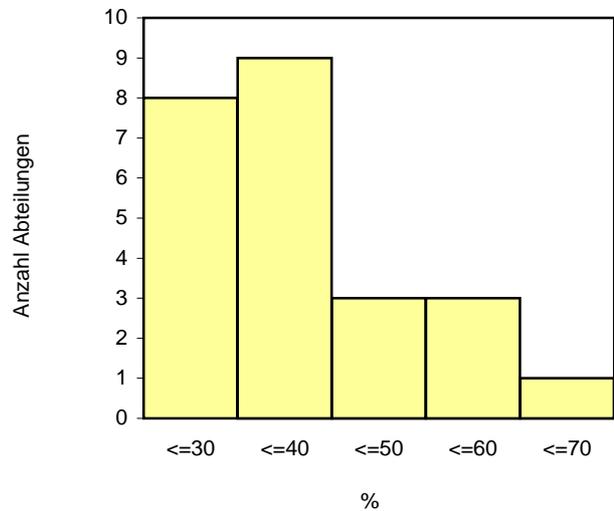
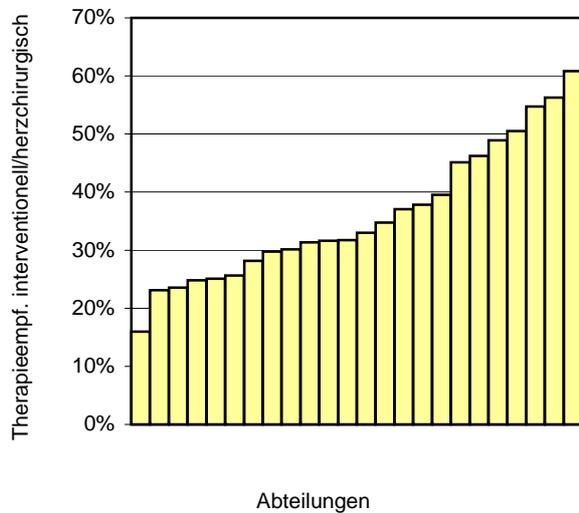
<sup>2</sup> Die Berechnung des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/2061 (2a) sowie des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/50750 (2b) erfolgt mit identischen Rechenregeln, sodass dieselben Ergebnisse dargestellt werden.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2061]:**

**Anteil von Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ oder anschließende PCI im selben Aufenthalt an allen Koronarangiographien mit führender Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

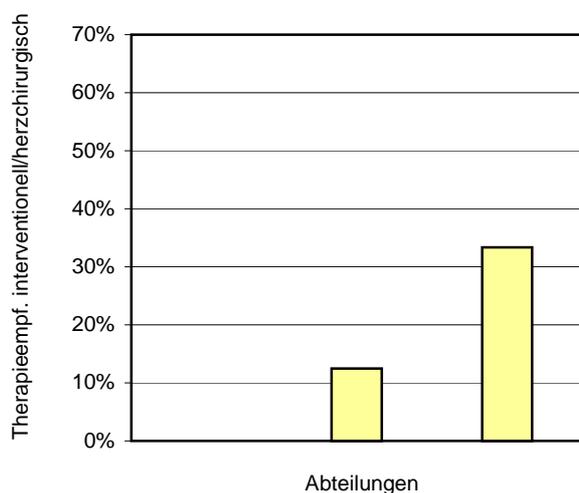
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,0	23,1	23,5	26,9	32,4	45,7	54,7	56,3	60,8

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				33,3

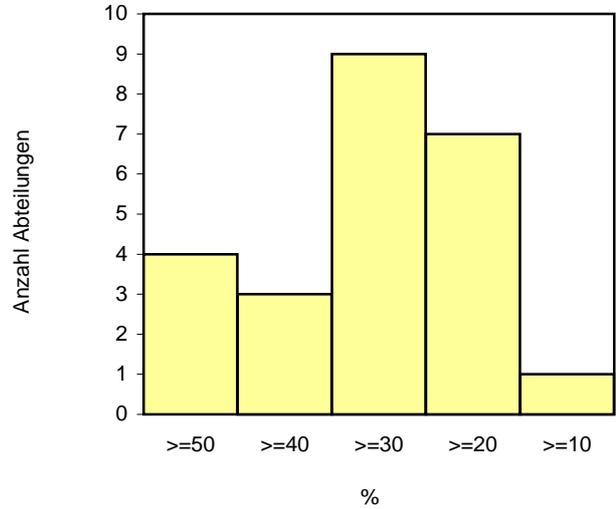
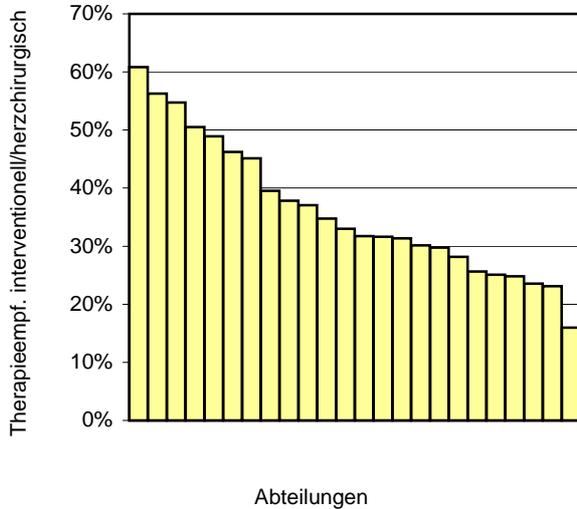
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50750]:**

**Anteil von Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ oder anschließende PCI im selben Aufenthalt an allen Koronarangiographien mit führender Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

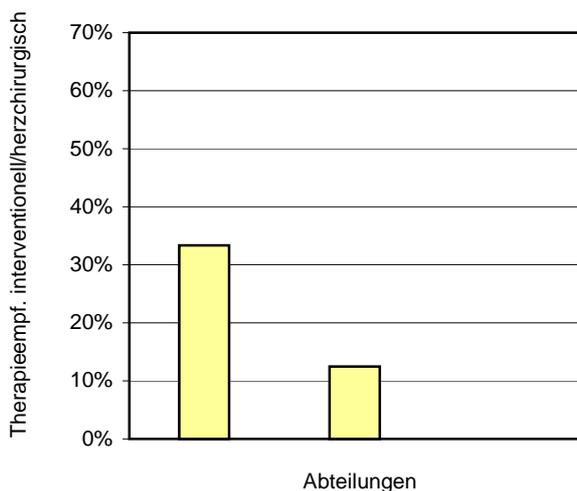
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,0	23,1	23,5	26,9	32,4	45,7	54,7	56,3	60,8

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				33,3

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen

**Qualitätsziel:** Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

**Grundgesamtheit:** Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

**Indikator-ID:** 2013/21n3-KORO-PCI/2062

**Referenzbereich:** <= 10,0% (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> <b>ohne</b> stabile Angina pectoris nach CCS, <b>ohne</b> Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
<b>bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			77 / 5.009	1,5%
<b>ohne Prüfung</b> auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			98 / 5.009	2,0%
<b>ohne Nachweis</b> von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. <b>ohne Prüfung</b> <b>oder bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen)			175 / 5.009	3,5%
Vertrauensbereich				3,0% - 4,0%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

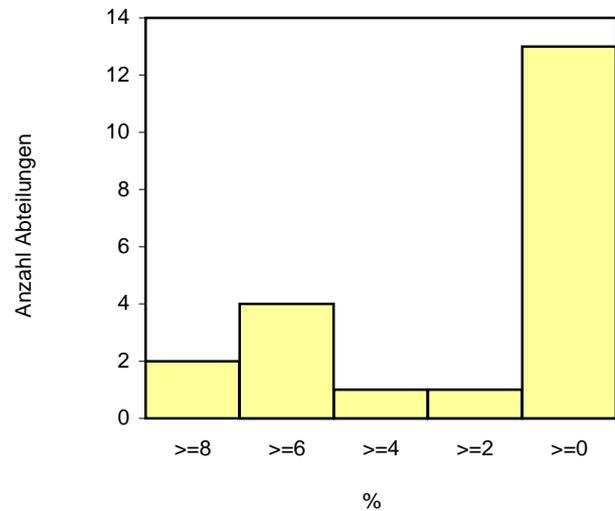
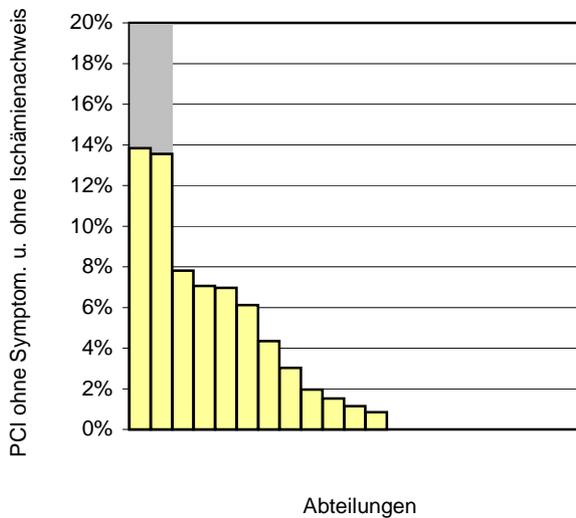
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> <b>ohne</b> stabile Angina pectoris nach CCS, <b>ohne</b> Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
<b>ohne Nachweis</b> von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. <b>ohne Prüfung</b> <b>oder bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen)			187 / 4.925	3,8%
Vertrauensbereich				3,3% - 4,4%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2062]:**

**Anteil von PCI bei Patienten ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung an allen PCI ohne akutes Koronarsyndrom**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

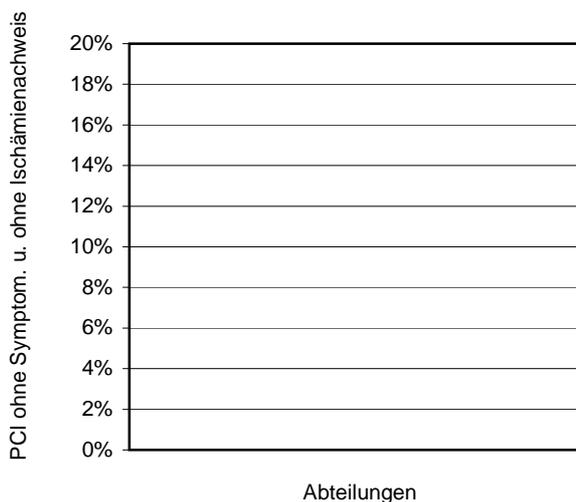
21 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	6,1	7,8	13,6	13,8

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

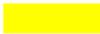
3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1: Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose Gruppe 2: Alle PCI
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 4a): 2013/21n3-KORO-PCI/2063 Gruppe 2 (QI 4b): 2013/21n3-KORO-PCI/2064
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: >= 85,0% (Toleranzbereich) Gruppe 2: >= 85,0% (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	 94,1% >= 85,0%	 94,6% >= 85,0%

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	1.256 / 1.317 95,4% 94,1% - 96,4% >= 85,0%	8.732 / 9.226 94,6% 94,2% - 95,1% >= 85,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	 93,1%	 93,5%

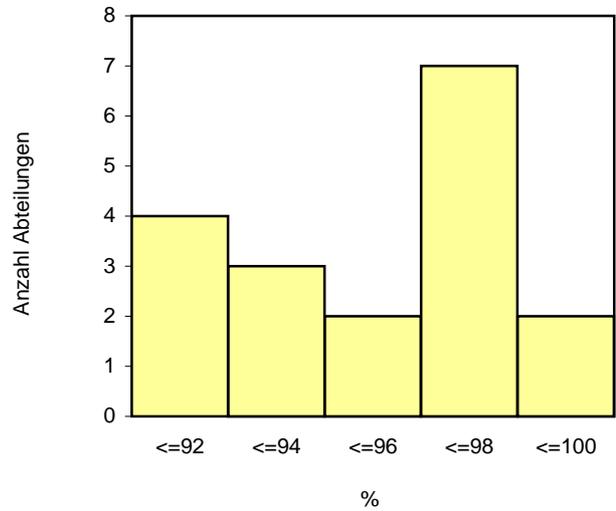
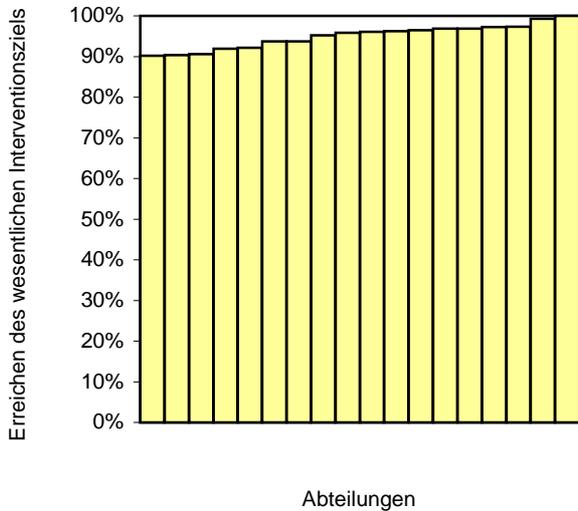
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	1.274 / 1.349 94,4% 93,1% - 95,5%	8.710 / 9.270 94,0% 93,5% - 94,4%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2063]:**

**Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

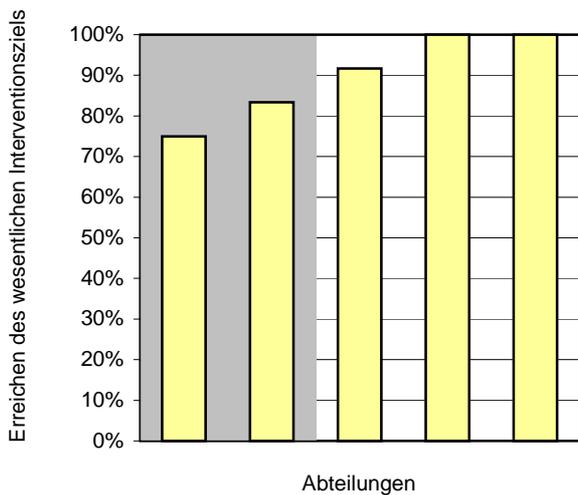
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,2		90,3	92,2	95,9	96,9	99,3		100,0

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

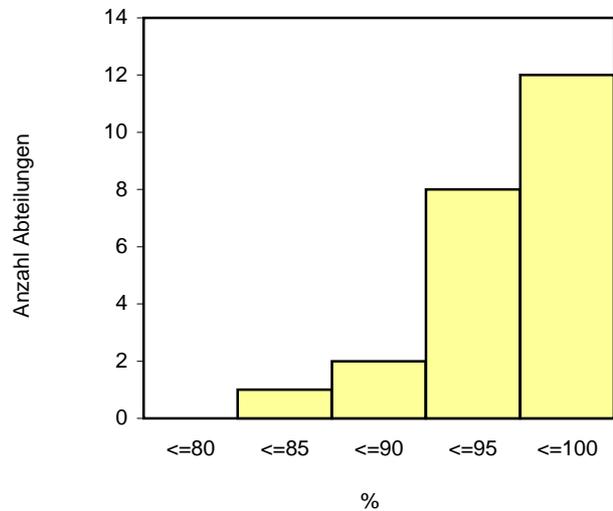
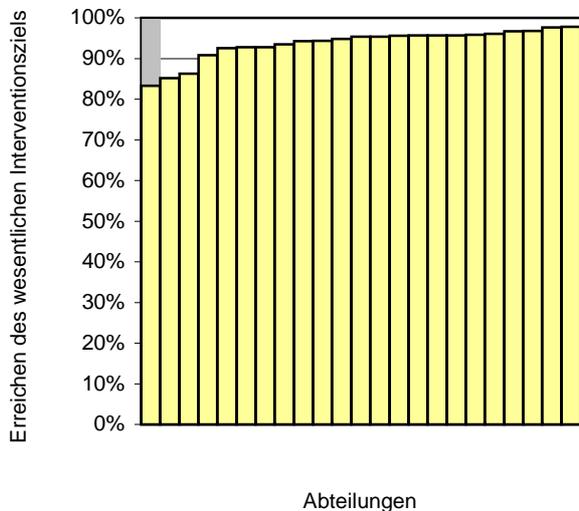


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0			83,3	91,7	100,0			100,0

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

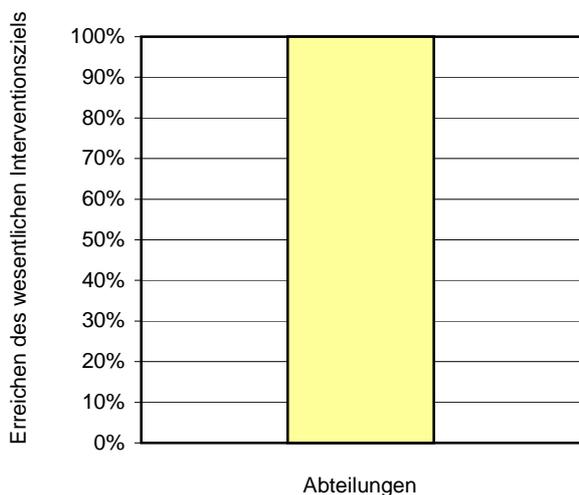
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2064]:  
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3	85,2	86,2	92,8	95,3	95,8	96,8	97,6	97,8

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikatorengruppe 5: MACCE

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

### Isolierte Koronarangiographie(n)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)  
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom  
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris  
 oder kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe  
 oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung  
 Gruppe 3: Alle Patienten

**Indikator-ID:** Gruppe 3 (QI 5a): 2013/21n3-KORO-PCI/414

**Referenzbereich:** Gruppe 3: <= 3,5% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,5%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

<sup>1</sup> 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 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	86 / 2.507 3,4%	48 / 10.593 0,5%	142 / 14.018 1,0%
Vertrauensbereich			0,9% - 1,2%
Referenzbereich			<= 3,5%
Alter >= 75 Jahre	42 / 900 4,7%	24 / 3.261 0,7%	70 / 4.374 1,6%
Patienten mit Diabetes mellitus	21 / 357 5,9%	13 / 1.158 1,1%	36 / 1.586 2,3%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	9 / 32 28,1%	0 / 1 0,0%	9 / 34 26,5%
Alter < 75 Jahre	44 / 1.607 2,7%	24 / 7.332 0,3%	72 / 9.644 0,7%
Patienten mit Diabetes mellitus	21 / 428 4,9%	10 / 1.911 0,5%	31 / 2.492 1,2%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	16 / 53 30,2%	0 / 14 0,0%	16 / 67 23,9%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	109 / 2.673 4,1%	52 / 11.061 0,5%	170 / 14.673 1,2%
Vertrauensbereich			1,0% - 1,3%

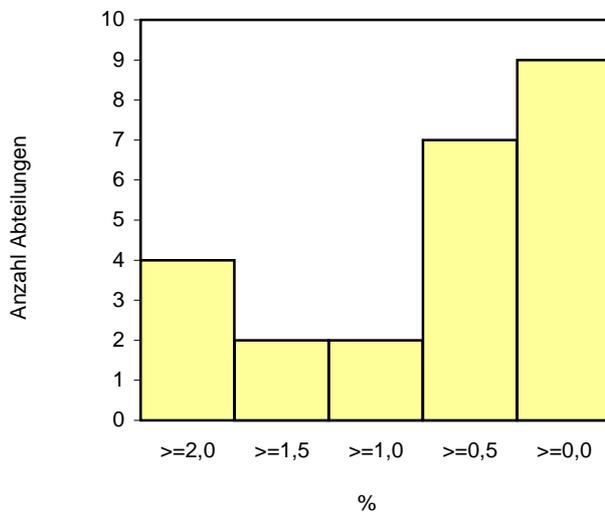
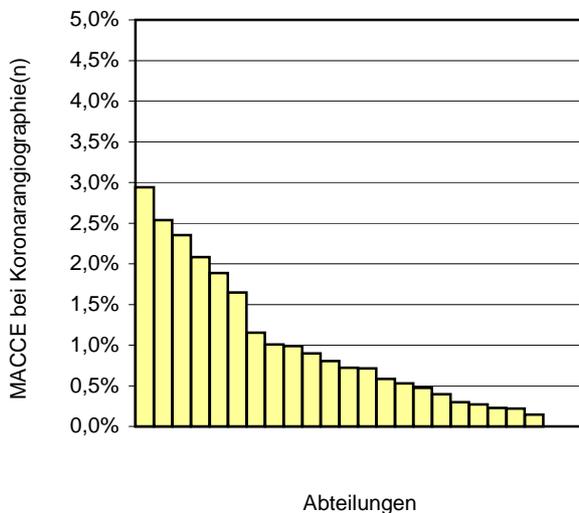
<sup>1</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/414]:**

**Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

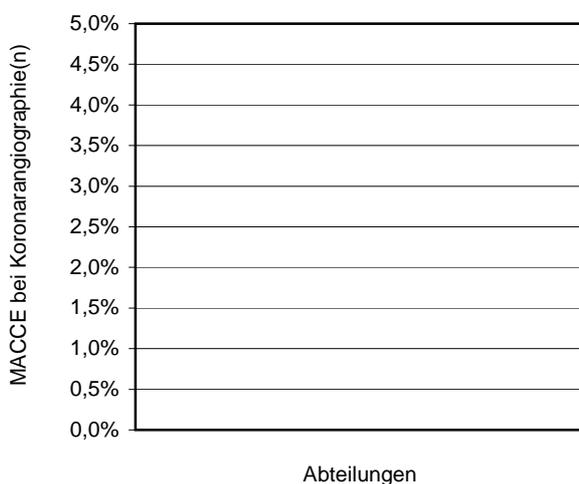
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	1,4	2,4	2,5	2,9

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**PCI**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)  
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom  
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Belastungsdyspnoe  
 oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung  
 Gruppe 3: Alle Patienten

**Indikator-ID:** Gruppe 3 (QI 5b): 2013/21n3-KORO-PCI/415

**Referenzbereich:** Gruppe 3: <= 6,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,8%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

<sup>1</sup> 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 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	244 / 3.851 6,3%	66 / 4.875 1,4%	312 / 8.944 3,5%
Vertrauensbereich			3,1% - 3,9%
Referenzbereich			<= 6,8%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>	128 / 1.358 9,4%	33 / 1.665 2,0%	162 / 3.078 5,3%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	62 / 611 10,1%	11 / 695 1,6%	73 / 1.320 5,5%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	49 / 252 19,4%	1 / 201 0,5%	50 / 457 10,9%
Patienten mit Niereninsuffizienz	68 / 668 10,2%	15 / 725 2,1%	83 / 1.410 5,9%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 163 8,0%	1 / 281 0,4%	14 / 447 3,1%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	43 / 98 43,9%	0 / 0	43 / 98 43,9%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>	116 / 2.493 4,7%	33 / 3.210 1,0%	150 / 5.866 2,6%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	52 / 747 7,0%	7 / 1.147 0,6%	60 / 1.944 3,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	50 / 315 15,9%	8 / 343 2,3%	58 / 664 8,7%
Patienten mit Niereninsuffizienz	51 / 527 9,7%	11 / 815 1,3%	62 / 1.370 4,5%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 169 7,7%	7 / 438 1,6%	20 / 620 3,2%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	53 / 137 38,7%	0 / 2 0,0%	53 / 139 38,1%

<sup>1</sup> 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.

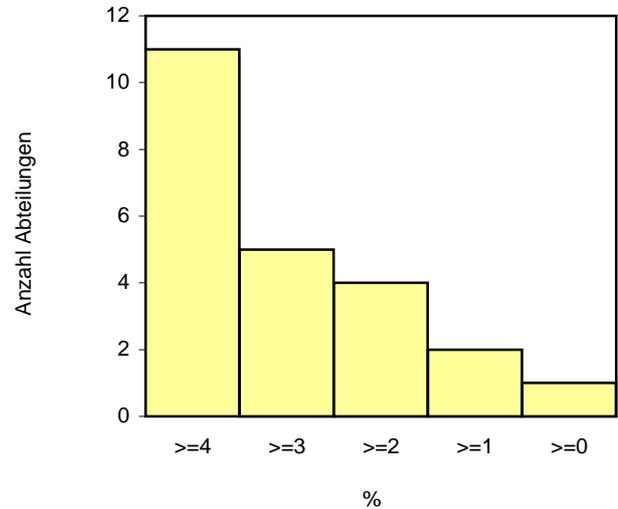
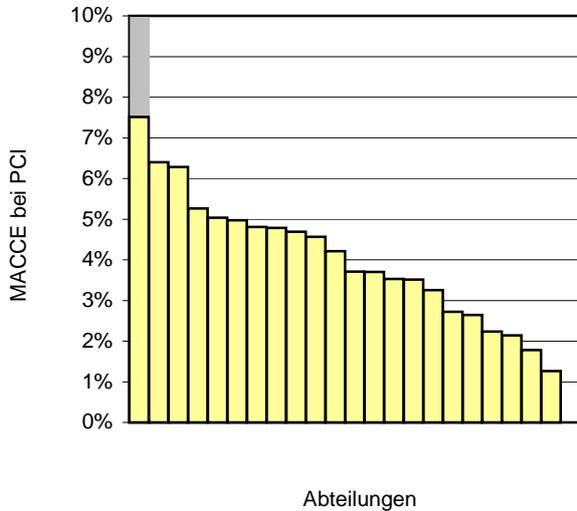
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	245 / 3.948	66 / 4.807	312 / 8.972
Vertrauensbereich	6,2%	1,4%	3,5%
			3,1% - 3,9%

<sup>1</sup> 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.

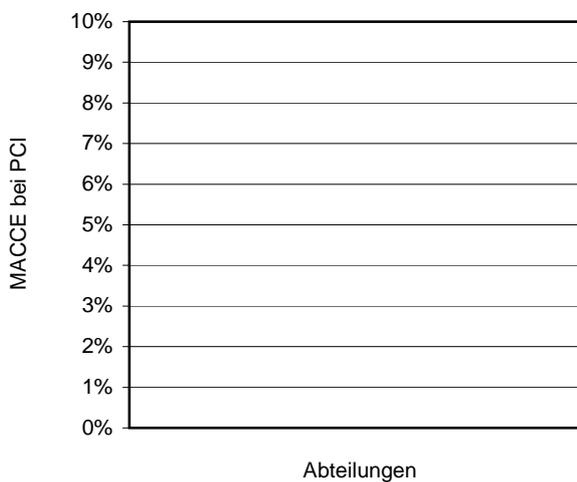
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/415]:  
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	1,3	1,8	2,6	3,7	5,0	6,3	6,4	7,5

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarktes

**Indikator-ID:** (QI 5c): 2013/21n3-KORO-PCI/2232

**Referenzbereich:** <= 17,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

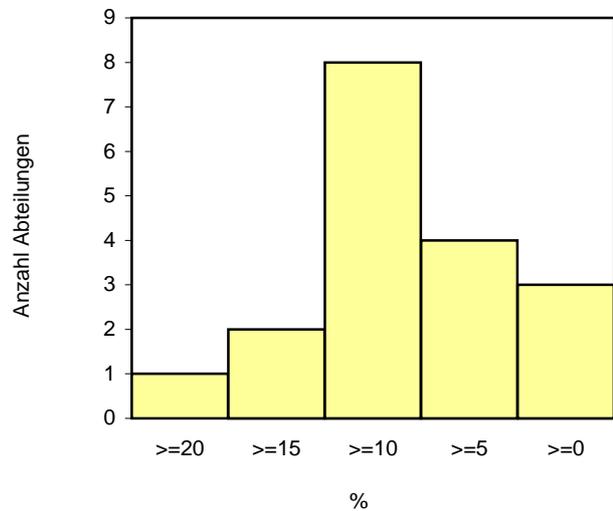
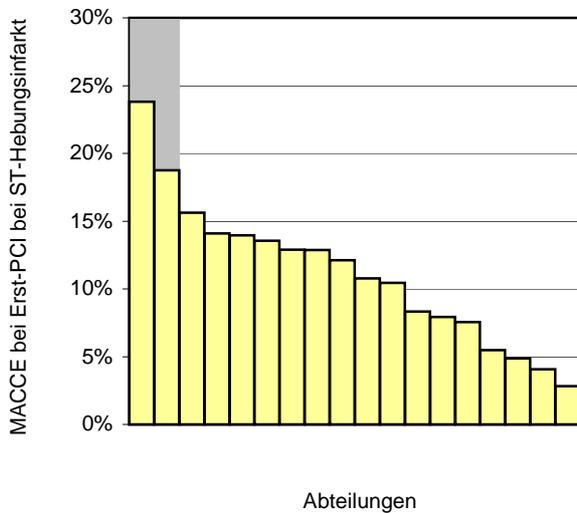
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			145 / 1.384	10,5%
Vertrauensbereich				9,0% - 12,2%
Referenzbereich		<= 17,1%		<= 17,1%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			75 / 383	19,6%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			36 / 143	25,2%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			30 / 88	34,1%
Patienten mit Niereninsuffizienz			37 / 153	24,2%
Patienten mit Z. n. Bypass			5 / 19	26,3%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			29 / 59	49,2%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			70 / 1.001	7,0%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			33 / 234	14,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			32 / 143	22,4%
Patienten mit Niereninsuffizienz			34 / 162	21,0%
Patienten mit Z. n. Bypass			5 / 22	22,7%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			36 / 90	40,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			144 / 1.448	9,9%
Vertrauensbereich				8,5% - 11,6%

<sup>1</sup> 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.

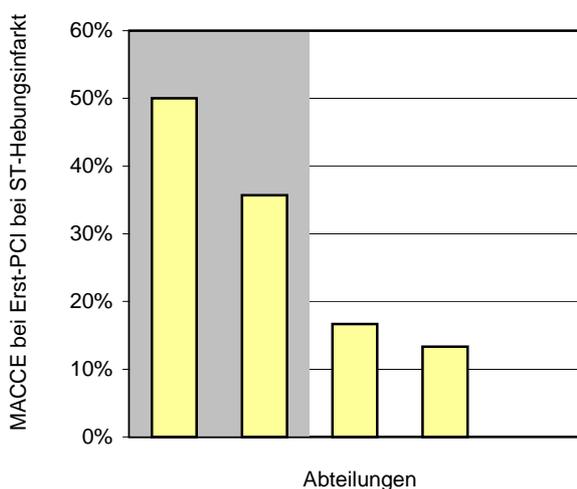
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2232]:  
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,8		4,1	7,5	11,4	14,0	18,8		23,8

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			13,3	16,7	35,7			50,0

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikatorengruppe 6: 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 6a): 2013/21n3-KORO-PCI/416

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			115 / 13.279	0,9%
		nicht definiert		0,7% - 1,0% nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			9 / 115	7,8%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			47 / 1.532	3,1%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			59 / 11.632	0,5%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			23 / 84	27,4%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			131 / 13.866	0,9%
				0,8% - 1,1%

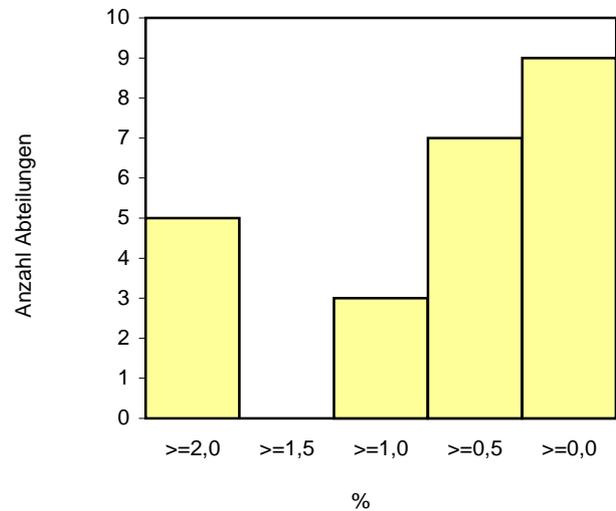
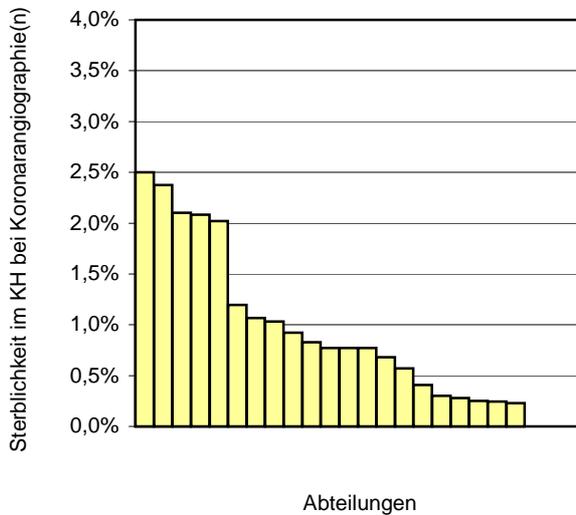
<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/416]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

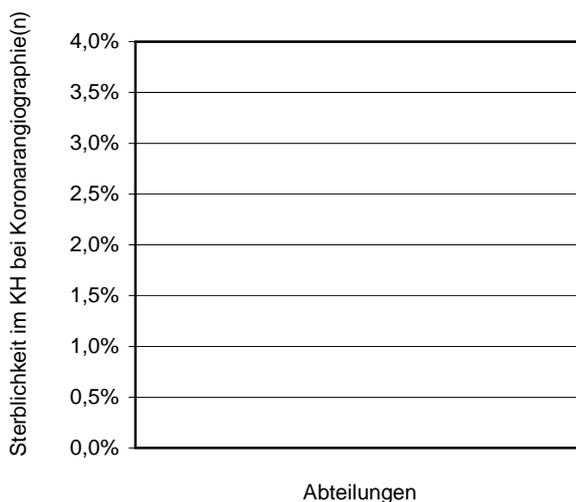
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	1,1	2,1	2,4	2,5

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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 50829, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 6b): 2013/21n3-KORO-PCI/50829

**Referenzbereich:** <= 2,35 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>		
beobachtet (O)		100 / 12.302 0,81%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		124,35 / 12.302 1,01%
O - E		-0,20%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score für QI-ID 50829.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
<b>O / E<sup>2</sup></b>		0,80
<b>Vertrauensbereich</b>		0,66 - 0,98
<b>Referenzbereich</b>	<= 2,35	<= 2,35

<sup>2</sup> 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.

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		117 / 12.960 0,90%
vorhergesagt (E)		127,51 / 12.960 0,98%
O - E		-0,08%
O / E		0,92
Vertrauensbereich		0,77 - 1,10

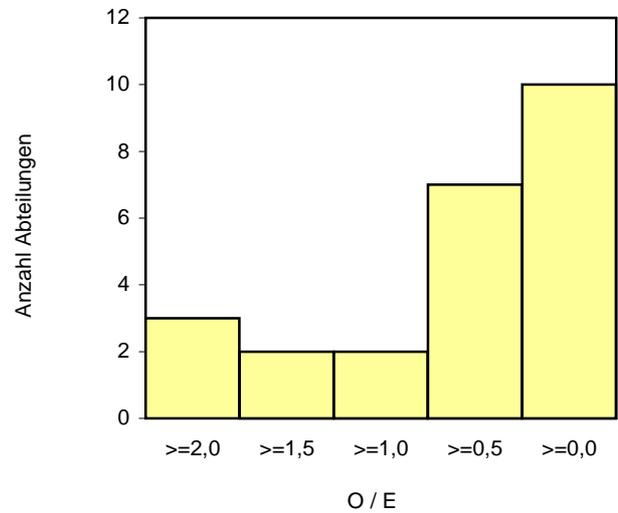
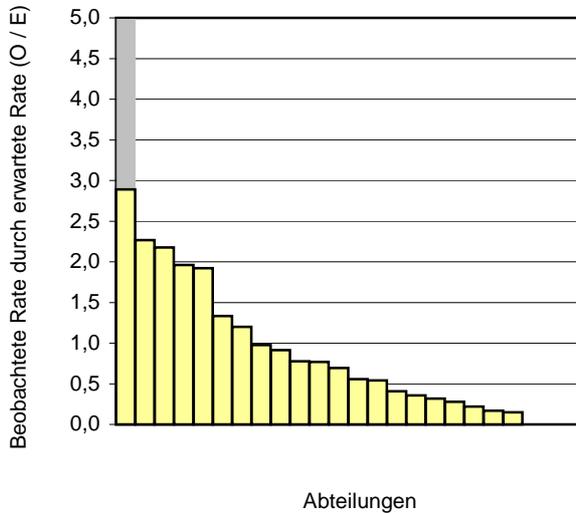
<sup>3</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50829]:**

**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 50829, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

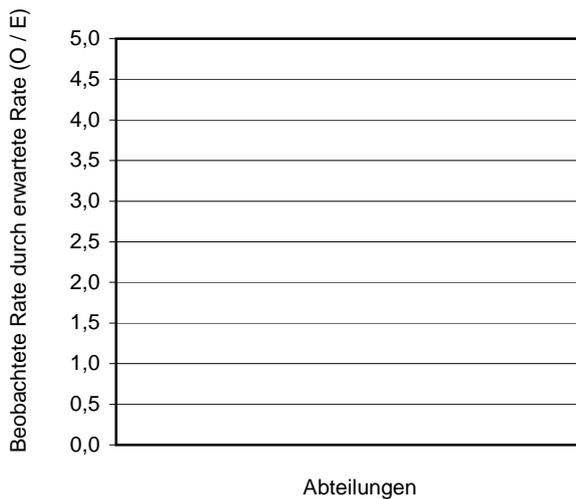
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,25	0,63	1,27	2,18	2,27	2,89

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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 6c): 2013/21n3-KORO-PCI/417

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			233 / 8.850	2,6% 2,3% - 3,0%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>1</sup> Dokumentation			7 / 41	17,1%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			226 / 8.809	2,6%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			136 / 1.372	9,9%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			78 / 2.499	3,1%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			19 / 4.979	0,4%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			88 / 225	39,1%

<sup>1</sup> bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			253 / 8.864	2,9% 2,5% - 3,2%
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>2</sup> Dokumentation			10 / 57	17,5%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			243 / 8.807	2,8%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

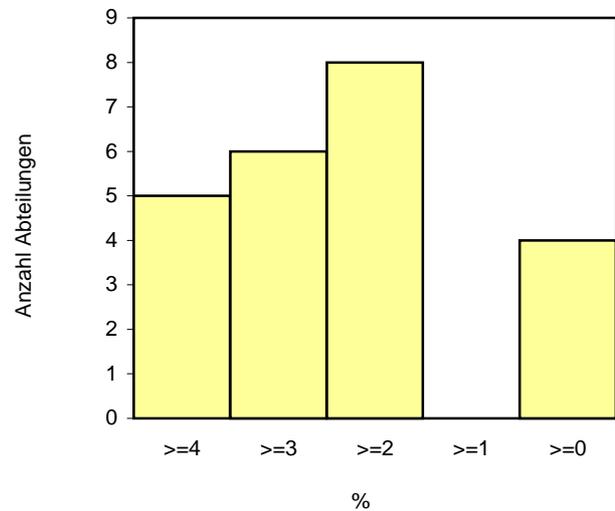
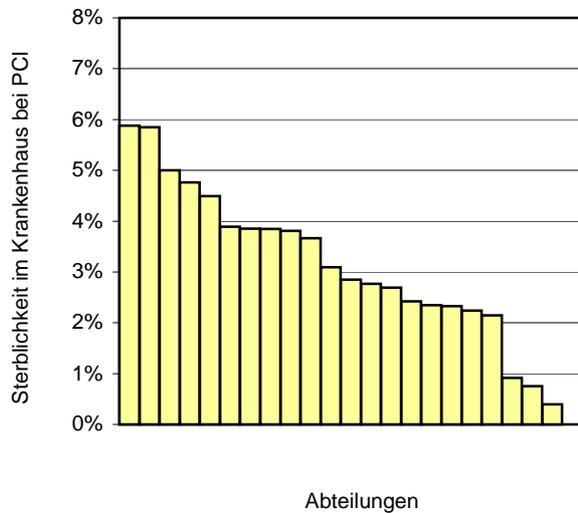
<sup>2</sup> bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/417]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

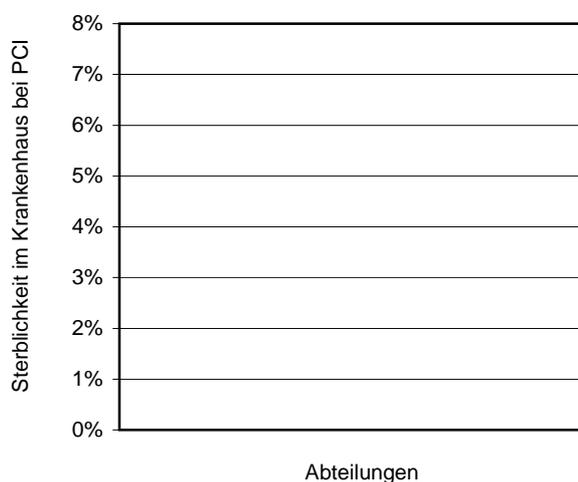
23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,4	0,8	2,2	2,8	3,9	5,0	5,8	5,9

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen 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 11863, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 6d): 2013/21n3-KORO-PCI/11863

**Referenzbereich:** <= 2,19 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Abteilung 2013			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
<b>Gesamt</b>			

Gesamt 2013			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	40,39 / 6.554 0,62%	40 / 6.554 0,61%	-0,01%
2 - < 4%	30,91 / 1.146 2,70%	40 / 1.146 3,49%	0,79%
4 - < 6%	18,36 / 378 4,86%	23 / 378 6,08%	1,23%
>= 6%	102,50 / 731 14,02%	123 / 731 16,83%	2,80%
<b>Gesamt</b>	192,16 / 8.809 2,18%	226 / 8.809 2,57%	0,38%

<sup>1</sup> E = erwartet

<sup>2</sup> O = observiert

<sup>3</sup> 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.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>		
beobachtet (O)		226 / 8.809 2,57%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		192,16 / 8.809 2,18%
O - E		0,38%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für QI-ID 11863.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E <sup>2</sup>		1,18
Vertrauensbereich		1,03 - 1,34
Referenzbereich	<= 2,19	<= 2,19

<sup>2</sup> 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

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		243 / 8.807 2,76%
vorhergesagt (E)		196,70 / 8.807 2,23%
O - E		0,53%
O / E		1,24
Vertrauensbereich		1,09 - 1,40

<sup>3</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Häufigkeit Risikofaktor	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			5.658 / 8.809	64,2%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			188 / 8.809	2,1%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			2.560 / 8.809	29,1%
Diabetes mellitus			3.223 / 8.809	36,6%
Weiblich			2.592 / 8.809	29,4%
Herzinsuffizienz			1.251 / 8.809	14,2%
Kardiogener Schock			220 / 8.809	2,5%
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung			1.349 / 8.809	15,3%
ACS <sup>1</sup> ohne ST-Hebung			2.488 / 8.809	28,2%
PCI am Hauptstamm			184 / 8.809	2,1%
PCI am letzten Gefäß			46 / 8.809	0,5%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			1.981 / 8.809	22,5%

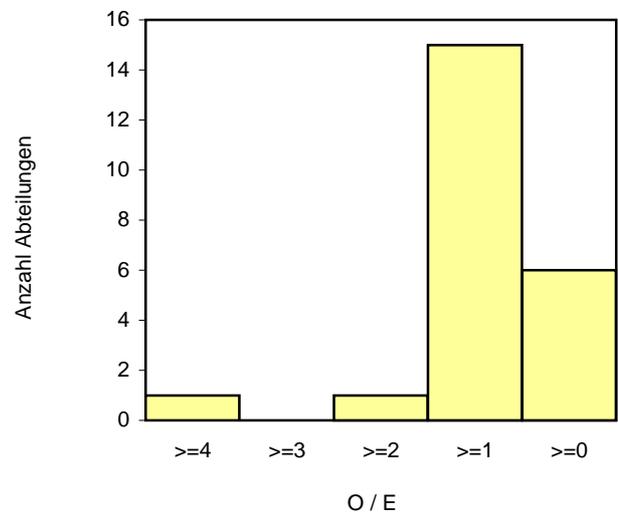
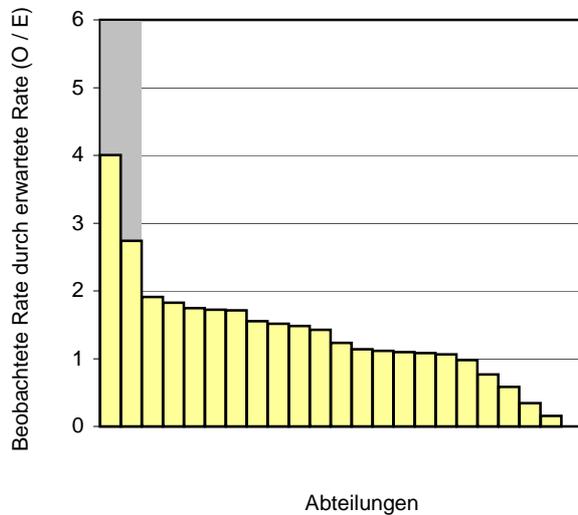
<sup>1</sup> ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/11863]:**

**Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score zum PCI-Score für QI-ID 11863, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

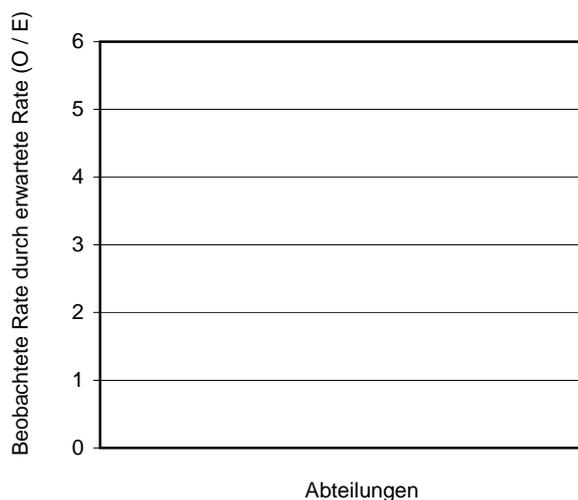
23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,16	0,35	0,98	1,23	1,72	1,91	2,74	4,00

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Dokumentationsqualität**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 6e): 2013/21n3-KORO-PCI/2311

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			62 / 22.962	0,3%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			58 / 22.962	0,3%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			95 / 22.962	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			122 / 23.645	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,6%

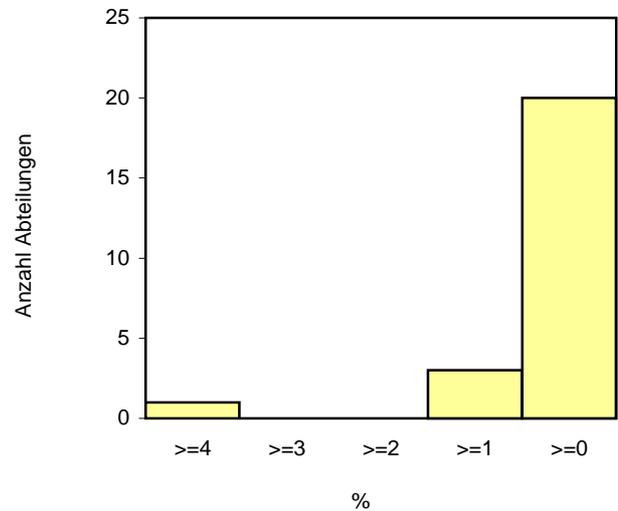
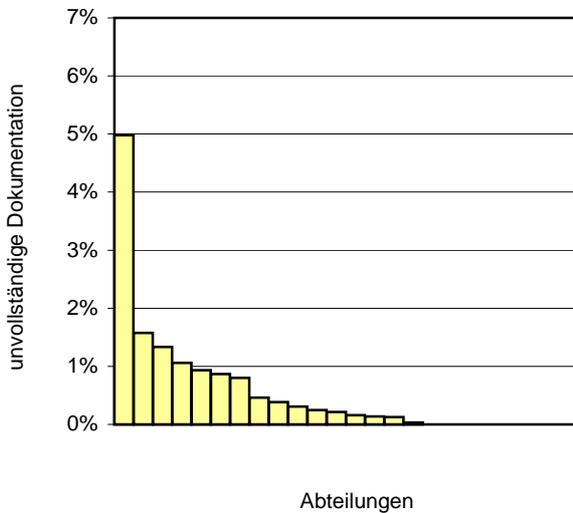
<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6e, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2311]:**

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

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

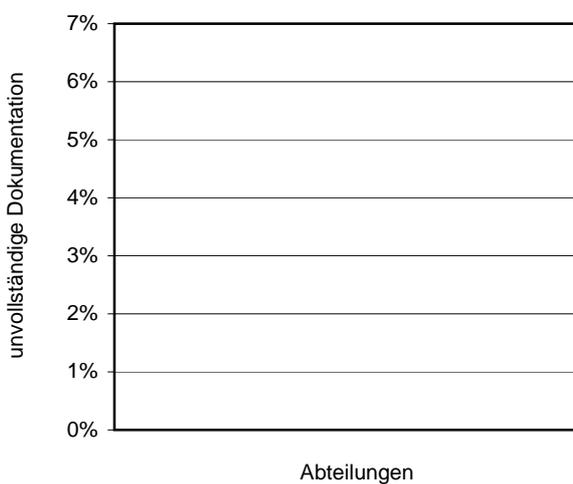
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8	1,3	1,6	5,0

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 7: Durchleuchtungsdauer

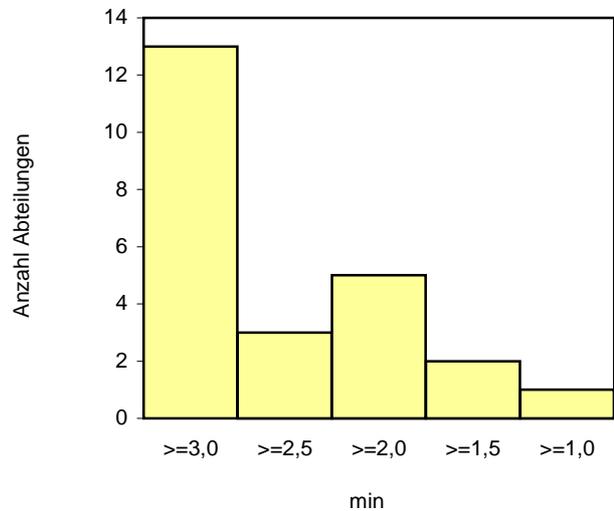
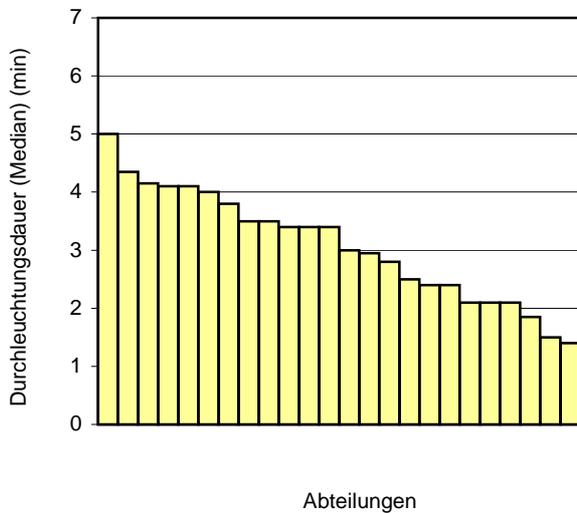
<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1: Alle isolierten Koronarangiographien Gruppe 2: Alle PCI
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 7a): 2013/21n3-KORO-PCI/419 Gruppe 2 (QI 7b): 2013/21n3-KORO-PCI/2073
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: <= 5,0 min (Toleranzbereich) Gruppe 2: <= 12,0 min (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Durchleuchtungsdauer (min)</b>				
Mittelwert			4,7	13,0
Median			3,0	10,0
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 12,0 min	<= 5,0 min	<= 12,0 min

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Durchleuchtungsdauer (min)</b>				
Mittelwert			4,6	12,6
Median			2,9	9,6

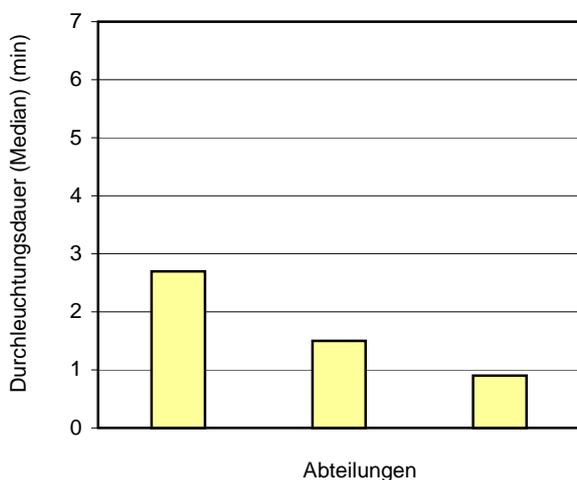
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/419]:  
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen isolierten Koronarangiographien**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,4	1,5	1,9	2,3	3,2	3,9	4,2	4,4	5,0

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

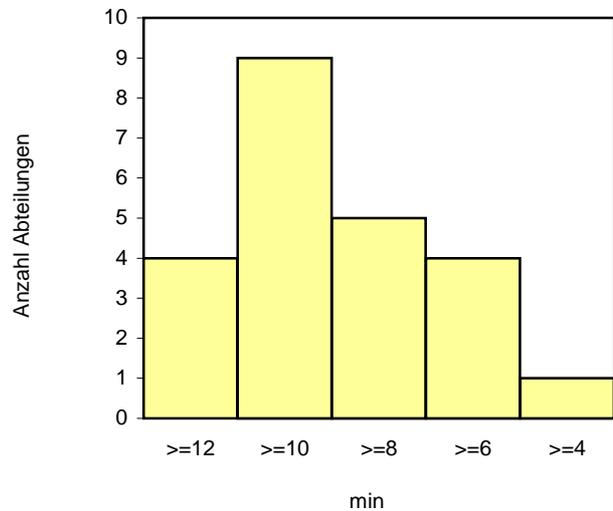
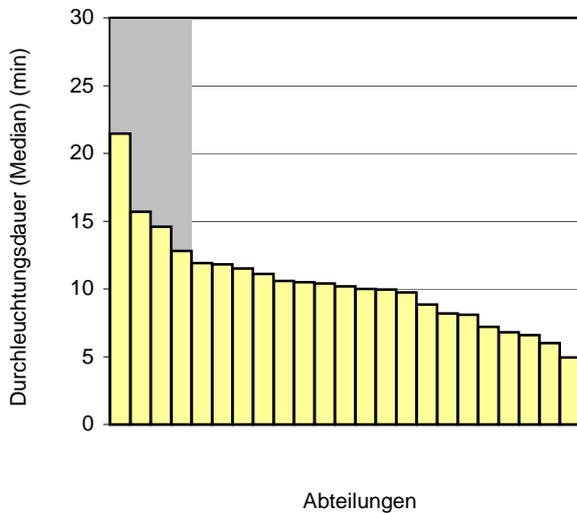


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,9				1,5				2,7

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

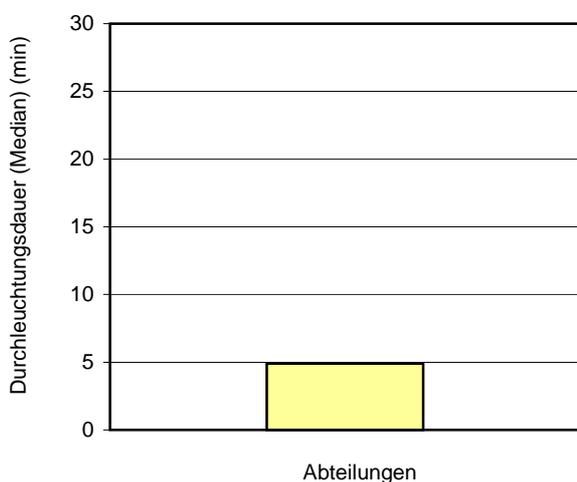
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2073]:  
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,0	6,0	6,6	8,1	10,2	11,8	14,6	15,7	21,5

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,9				4,9				4,9

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 8: Flächendosisprodukt

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 8a):	2013/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 8b):	2013/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 8c):	2013/21n3-KORO-PCI/50749	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 47,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 57,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 46,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Flächendosisprodukt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			3.105 / 14.573	21,3%
Vertrauensbereich				20,6% - 22,0%
Referenzbereich		<= 47,2%		<= 47,2%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			61 / 307	19,9%
Vertrauensbereich				15,8% - 24,7%
Referenzbereich		<= 57,3%		<= 57,3%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			1.822 / 8.877	20,5%
Vertrauensbereich				19,7% - 21,4%
Referenzbereich		<= 46,1%		<= 46,1%

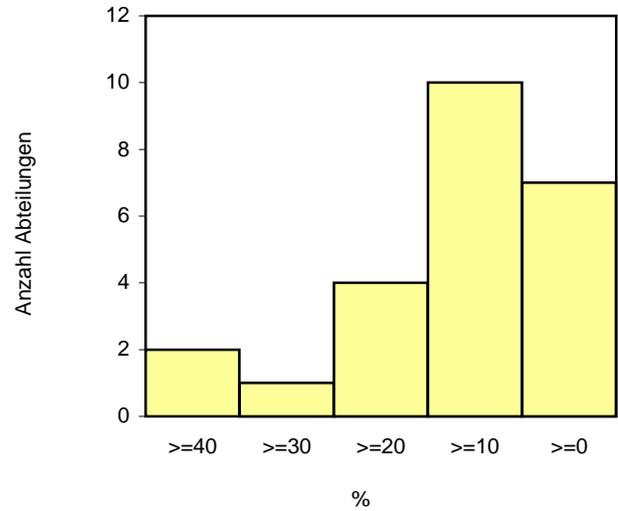
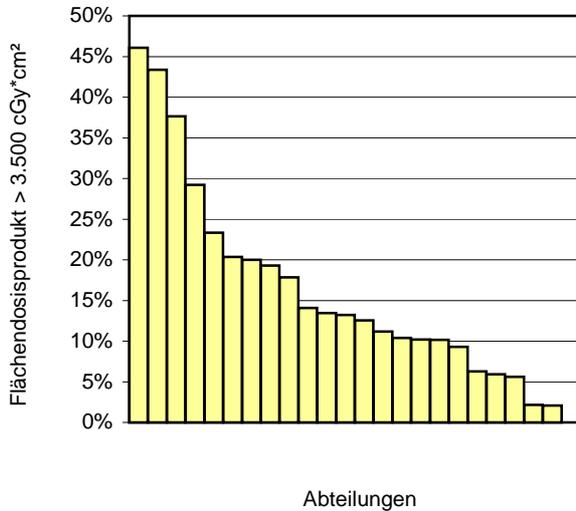
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Flächendosisprodukt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			3.490 / 15.259	22,9%
Vertrauensbereich				22,2% - 23,5%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			64 / 308	20,8%
Vertrauensbereich				16,6% - 25,7%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			1.821 / 8.920	20,4%
Vertrauensbereich				19,6% - 21,3%

<sup>1</sup> Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy\*cm<sup>2</sup>.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12774]:**

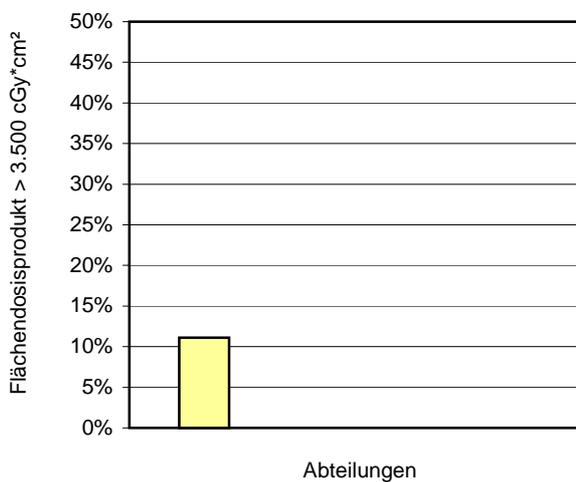
**Anteil von Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen isolierten Koronarangiographien**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	2,1	2,1	7,8	12,9	20,2	37,6	43,4	46,1

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

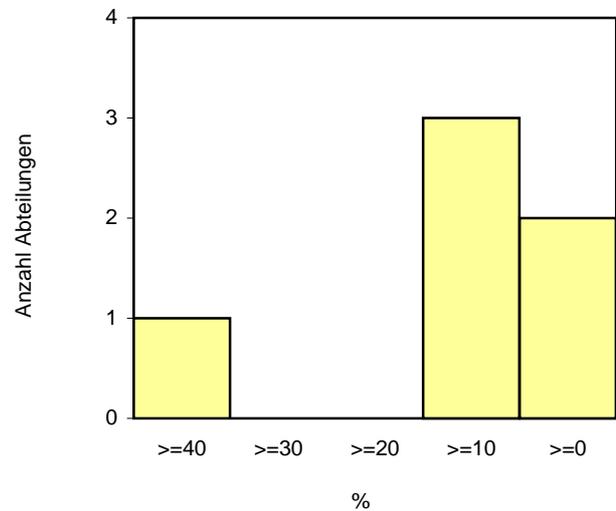
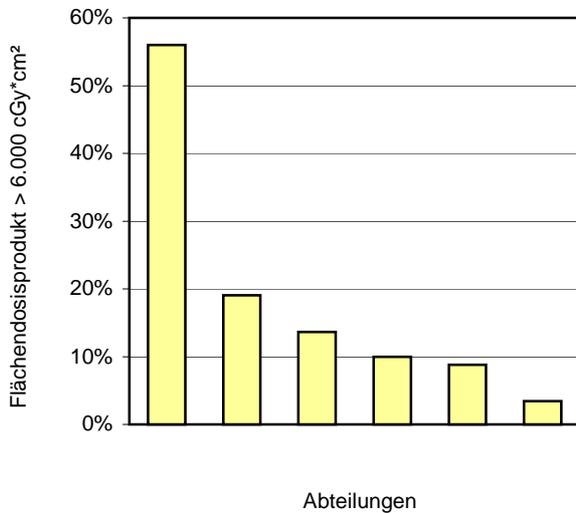


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				11,1

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

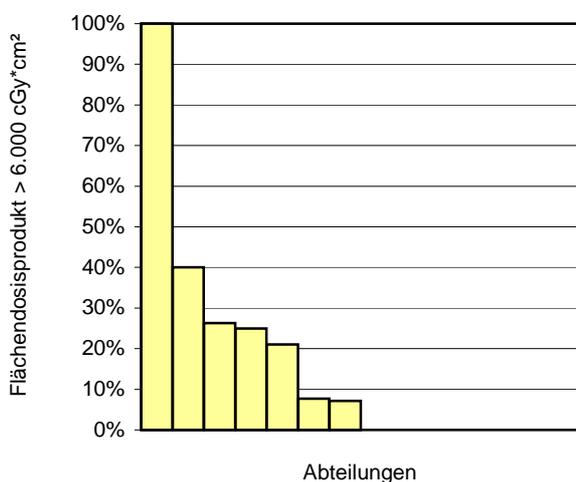
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12775]:  
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen isolierten PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,4			8,8	11,8	19,0			56,0

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

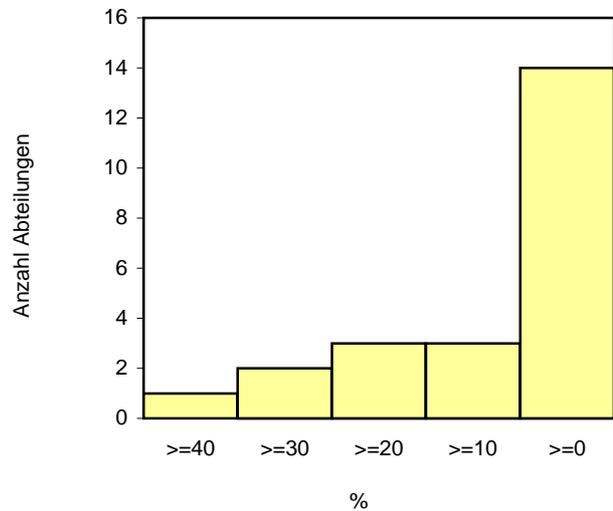
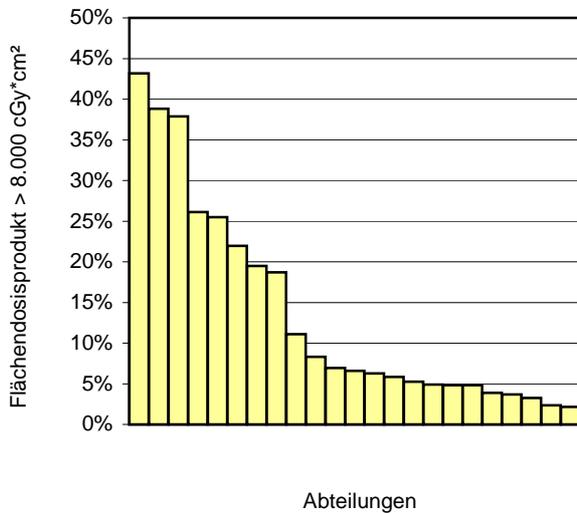


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	3,6	25,0	40,0		100,0

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

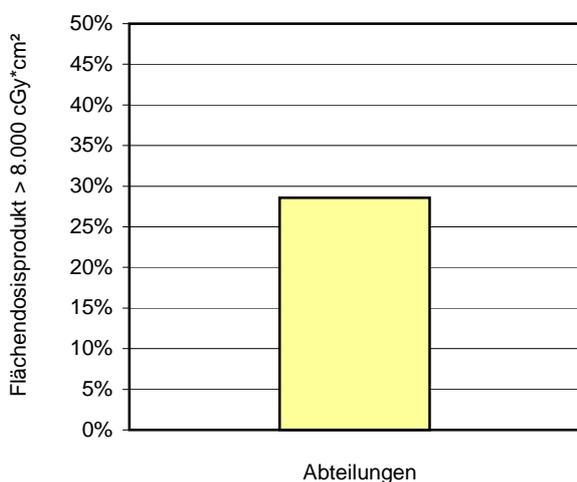
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50749]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen Einzeitig-PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,2	2,3	3,3	4,8	6,6	22,0	37,9	38,8	43,2

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	28,6				28,6				28,6

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Flächendosisprodukt nicht bekannt**

**Grundgesamtheit:** Alle Prozeduren

**Indikator-ID:** (QI 8d): 2013/21n3-KORO-PCI/12773

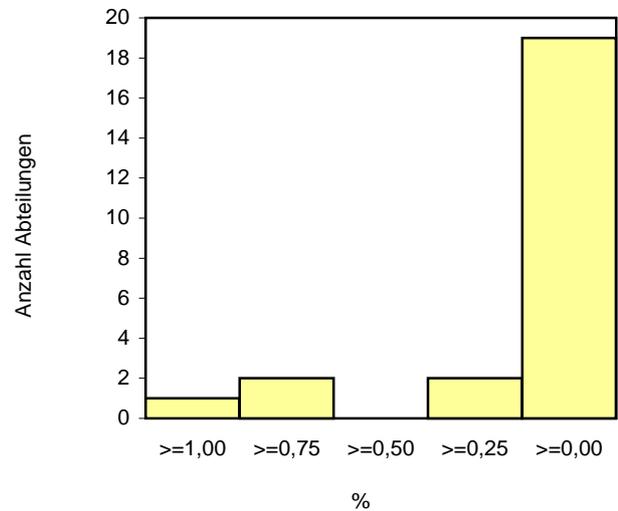
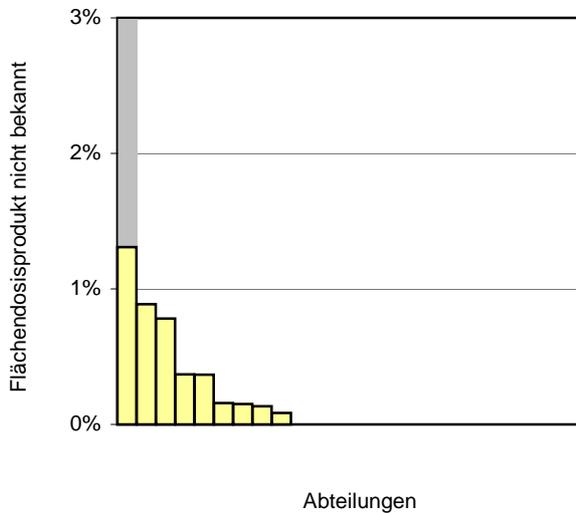
**Referenzbereich:** <= 0,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			74 / 23.849	 0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,4%
Referenzbereich		<= 0,9%		<= 0,9%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			40 / 24.553	 0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,2%

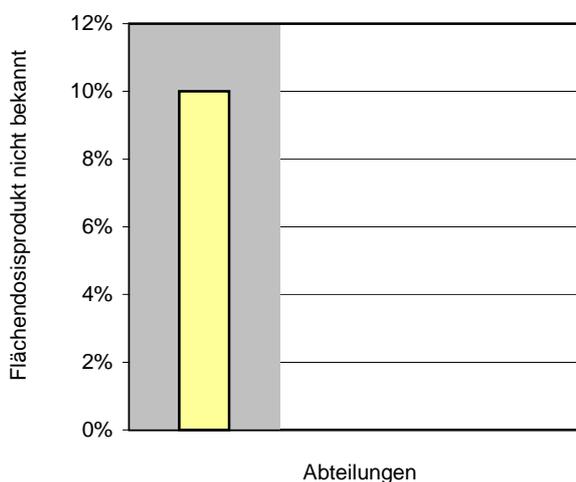
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12773]:  
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8	0,9	1,3

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				10,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 9: Kontrastmittelmenge

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 9a):	2013/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 9b):	2013/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 9c):	2013/21n3-KORO-PCI/51407	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 19,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 50,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 35,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			706 / 14.623	4,8%
Vertrauensbereich				4,5% - 5,2%
Referenzbereich		<= 19,7%		<= 19,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			40 / 309	12,9%
Vertrauensbereich				9,7% - 17,1%
Referenzbereich		<= 50,7%		<= 50,7%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			897 / 8.917	10,1%
Vertrauensbereich				9,5% - 10,7%
Referenzbereich		<= 35,7%		<= 35,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			732 / 15.283	4,8%
Vertrauensbereich				4,5% - 5,1%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			41 / 308	13,3%
Vertrauensbereich				10,0% - 17,6%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			870 / 8.962	9,7%
Vertrauensbereich				9,1% - 10,3%

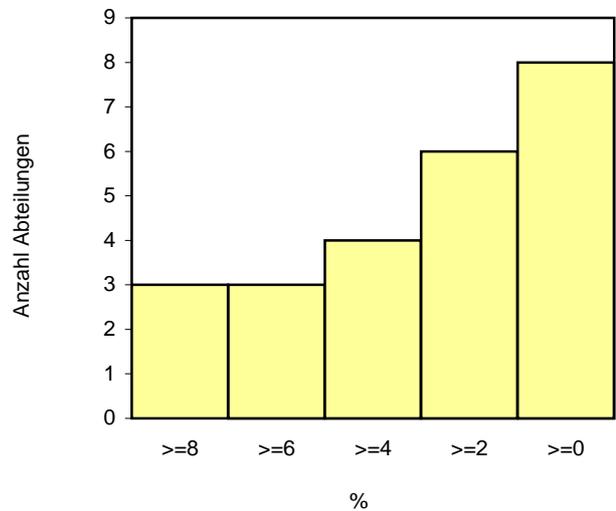
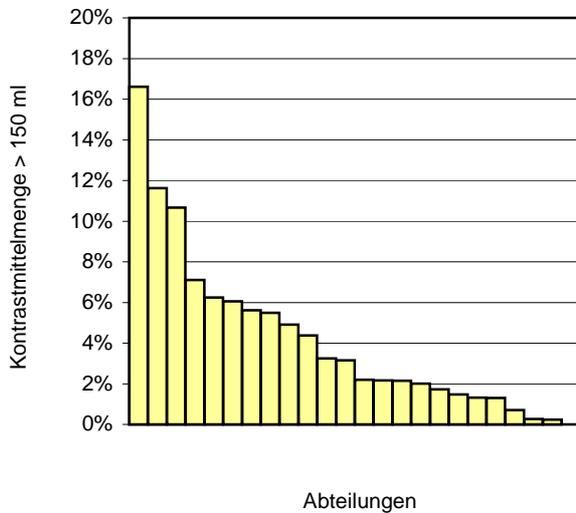
<sup>1</sup> Ausgewertet werden nur Angaben mit einer Kontrastmittelmenge > 0 ml und < 1.000 ml.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51405]:**

**Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

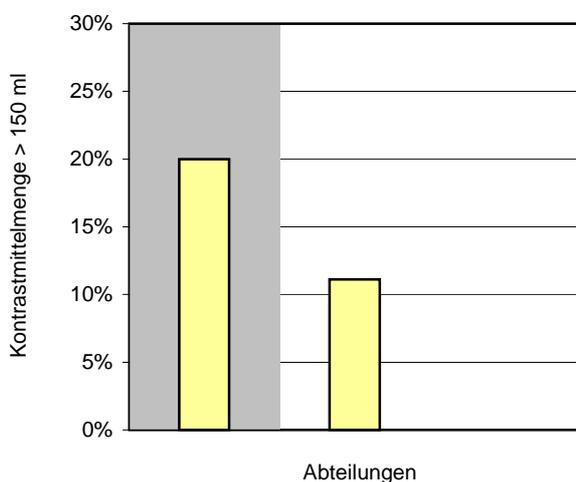
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,2	0,3	1,4	2,7	5,8	10,7	11,6	16,6

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

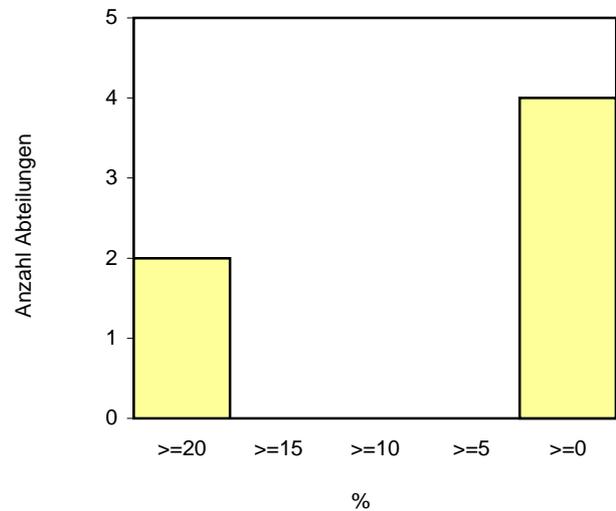
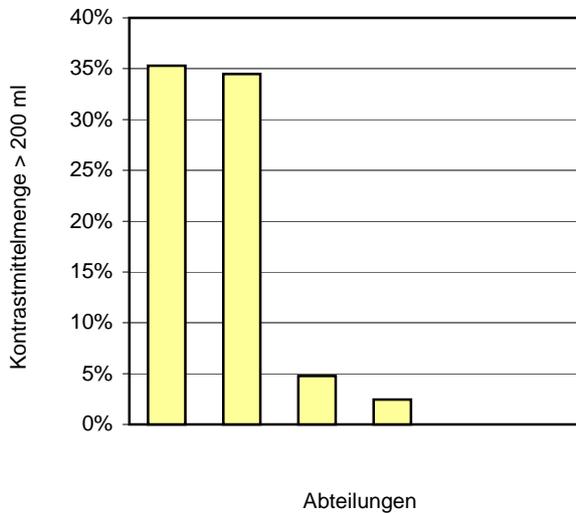


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				11,1				20,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

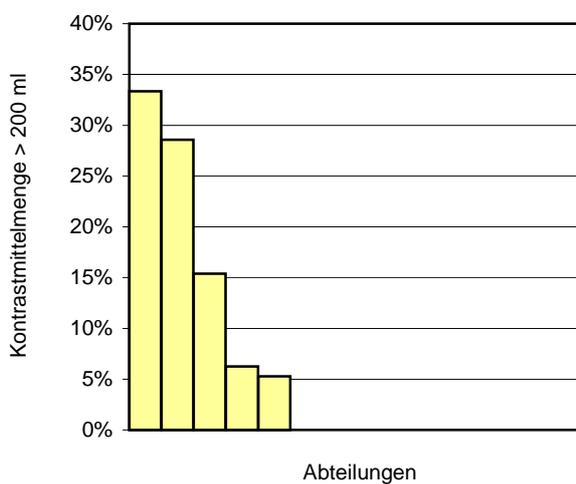
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51406]:  
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	3,6	34,5			35,3

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

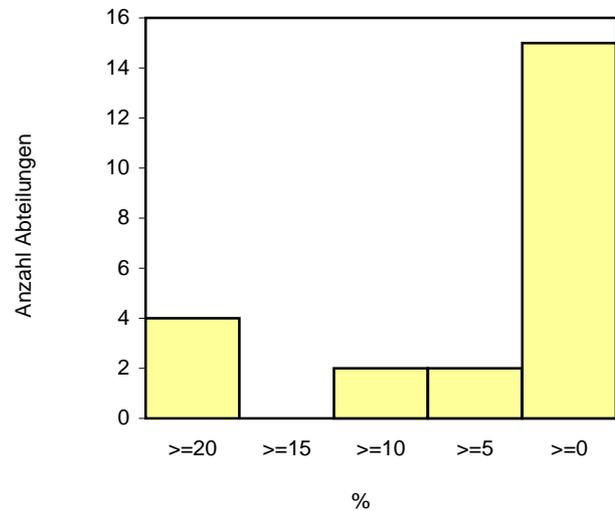
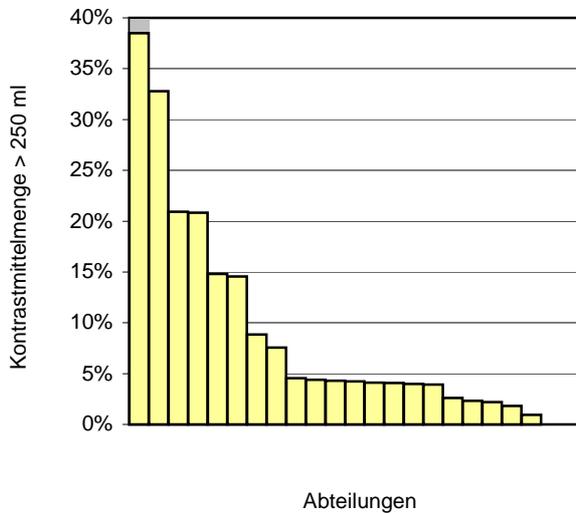


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	6,3	28,6		33,3

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

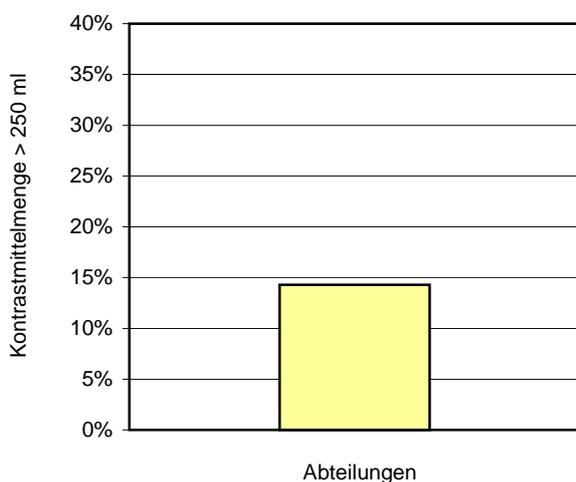
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51407]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,9	2,3	4,2	14,6	20,9	32,8	38,5

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,3				14,3				14,3

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

## Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 27  
Anzahl Datensätze Gesamt: 22.962  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14106-L89491-P43531

## Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			6.089	26,5	6.469	27,4
2. Quartal			5.718	24,9	5.872	24,8
3. Quartal			5.626	24,5	5.579	23,6
4. Quartal			5.529	24,1	5.725	24,2
Gesamt			22.962	100,0	23.645	100,0
<b>Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch (Verbringungsleistung)</b>			5.423	23,6	23.362	98,8
<b>Anzahl Prozeduren</b>			23.849		24.553	
<b>Anzahl PCI</b>			9.226		9.270	
<b>Anzahl Koronarangiographien</b>			23.540		24.245	

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

## Patienten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			22.962		23.645	
18 – 29 Jahre			61 / 22.962	0,3	58 / 23.645	0,2
30 – 39 Jahre			208 / 22.962	0,9	216 / 23.645	0,9
40 – 49 Jahre			1.213 / 22.962	5,3	1.368 / 23.645	5,8
50 – 59 Jahre			3.885 / 22.962	16,9	3.924 / 23.645	16,6
60 – 69 Jahre			5.401 / 22.962	23,5	5.604 / 23.645	23,7
70 – 79 Jahre			9.118 / 22.962	39,7	9.277 / 23.645	39,2
>= 80 Jahre			3.076 / 22.962	13,4	3.198 / 23.645	13,5
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median				70,0		70,0
Mittelwert				68,0		67,9
<b>Geschlecht</b>						
männlich			14.547	63,4	15.202	64,3
weiblich			8.415	36,6	8.443	35,7

## Vorgeschichte

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
<b>Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			12.434	54,2	12.705	53,7
ja			10.403	45,3	10.770	45,5
unbekannt			125	0,5	170	0,7
<b>Katheterintervention vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			15.840	69,0	16.238	68,7
ja			7.002	30,5	7.220	30,5
unbekannt			120	0,5	187	0,8
<b>Zustand nach koronarer Bypass-Op</b>						
nein			20.775	90,5	21.245	89,8
ja			2.114	9,2	2.270	9,6
unbekannt			73	0,3	130	0,5
<b>Ejektionsfraktion unter 40%</b>						
nein			17.202	74,9	17.994	76,1
ja			3.066	13,4	3.102	13,1
fraglich			654	2,8	672	2,8
unbekannt			2.040	8,9	1.877	7,9
<b>Diabetes mellitus</b>						
nein			15.558	67,8	16.563	70,0
ja			7.342	32,0	7.002	29,6
unbekannt			62	0,3	80	0,3
<b>Niereninsuffizienz</b>						
nein			16.496	71,8	17.568	74,3
dialysepflichtig			464	2,0	403	1,7
nicht dialysepflichtig			5.944	25,9	5.589	23,6
unbekannt			58	0,3	85	0,4

## Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
<b>Akutes Koronarsyndrom</b> (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			16.604	72,3	17.024	72,0
ja			6.358	27,7	6.621	28,0
wenn nein: <b>andere klinische Befunde</b>						
<b>stabile Angina pectoris (nach CCS)</b>						
nein			4.924 / 16.604	29,7	4.872 / 17.024	28,6
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			1.482 / 16.604	8,9	1.451 / 17.024	8,5
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			5.579 / 16.604	33,6	5.944 / 17.024	34,9
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.713 / 16.604	22,4	3.653 / 17.024	21,5
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			906 / 16.604	5,5	1.104 / 17.024	6,5
<b>objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung</b> (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			3.306 / 16.604	19,9	3.956 / 17.024	23,2
ja			5.789 / 16.604	34,9	5.449 / 17.024	32,0
fraglich			2.604 / 16.604	15,7	3.046 / 17.024	17,9
nicht geprüft			4.905 / 16.604	29,5	4.573 / 17.024	26,9
<b>kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe</b>						
nein			5.697 / 16.604	34,3	5.613 / 17.024	33,0
ja			10.907 / 16.604	65,7	11.411 / 17.024	67,0
<b>sonstige Symptomatik</b> (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			9.697 / 16.604	58,4	10.647 / 17.024	62,5
ja			6.907 / 16.604	41,6	6.377 / 17.024	37,5

## Prozedur

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			23.849		24.553	
<b>Postprozedurale Verweildauer (Tage)</b>			23.849		24.553	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,5		4,5
<b>Manifeste Herzinsuffizienz</b>						
nein			20.221	84,8	20.947	85,3
ja			3.628	15,2	3.606	14,7
wenn ja <b>bei Prozedurbeginn kardiogener Schock</b>			356 / 3.628	9,8	371 / 3.606	10,3
<b>Art der Prozedur</b>						
Diagnostische Koronarangiographie			14.623	61,3	15.283	62,2
PCI			309	1,3	308	1,3
einzeitig Koronarangiographie und PCI			8.917	37,4	8.962	36,5

## Koronarangiographie

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			23.540		24.245	
<b>Führende Indikation zur Koronarangiographie</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			8.351	35,5	8.721	36,0
bekannte KHK			6.858	29,1	7.102	29,3
akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			4.119	17,5	4.265	17,6
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.415	6,0	1.543	6,4
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			114	0,5	148	0,6
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			308	1,3	278	1,1
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			746	3,2	757	3,1
Vitium			1.472	6,3	1.293	5,3
Sonstige			157	0,7	138	0,6

### Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			23.540		24.245	
<b>Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter</b> (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			2.601	11,0	2.555	10,5
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			4.762	20,2	5.131	21,2
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			12.891	54,8	13.032	53,8
Kardiomyopathie			655	2,8	791	3,3
Herzklappenvitium			888	3,8	801	3,3
Aortenaneurysma			50	0,2	58	0,2
hypertensive Herzerkrankung			1.133	4,8	1.212	5,0
andere kardiale Erkrankung			560	2,4	665	2,7

### Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			23.540		24.245	
<b>Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter</b> (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			471	2,0	573	2,4
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			659	2,8	702	2,9
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			451	1,9	468	1,9
Kardiomyopathie			684	2,9	847	3,5
Herzklappenvitium			612	2,6	648	2,7
Aortenaneurysma			71	0,3	101	0,4
hypertensive Herzerkrankung			2.094	8,9	2.290	9,4
andere kardiale Erkrankung			1.130	4,8	993	4,1
<b>Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			459	1,9	392	1,6
medikamentös			10.729	45,6	11.273	46,5
interventionell			9.294	39,5	9.484	39,1
herzchirurgisch			2.274	9,7	2.361	9,7
Sonstige			784	3,3	735	3,0

**PCI**

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			9.226		9.270	
<b>Indikation zur PCI</b>						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.942	42,7	4.034	43,5
akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			2.596	28,1	2.635	28,4
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.317	14,3	1.349	14,6
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			98	1,1	142	1,5
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.052	11,4	942	10,2
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			6	0,1	5	0,1
Sonstige			215	2,3	163	1,8
wenn akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)						
<b>Fibrinolyse vor der Prozedur</b>						
nein			1.129 / 1.317	85,7	1.132 / 1.349	83,9
ja			102 / 1.317	7,7	80 / 1.349	5,9
unbekannt			86 / 1.317	6,5	137 / 1.349	10,2

**PCI (Fortsetzung)**

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			9.226		9.270	
<b>PCI an</b>						
einem Versorgungsgebiet			8.254	89,5	8.346	90,0
zwei Versorgungsgebieten			923	10,0	889	9,6
drei Versorgungsgebieten			49	0,5	35	0,4
<b>PCI mit besonderen Merkmalen</b>						
nein			6.170	66,9	6.175	66,6
ja			3.056	33,1	3.095	33,4
wenn ja						
<b>PCI an komplettem Gefäßverschluss</b>			2.118 / 3.056	69,3	2.195 / 3.095	70,9
<b>PCI eines Koronarbypasses</b>			363 / 3.056	11,9	286 / 3.095	9,2
<b>PCI an ungeschütztem Hauptstamm</b>			202 / 3.056	6,6	189 / 3.095	6,1
<b>PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA</b>			589 / 3.056	19,3	619 / 3.095	20,0
<b>PCI an letztem verbliebenen Gefäß</b>			50 / 3.056	1,6	49 / 3.095	1,6
<b>Stent(s) implantiert</b>						
nein			1.231	13,3	1.151	12,4
ja			7.995	86,7	8.119	87,6
<b>Wesentliches Interventionsziel erreicht</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			439	4,8	483	5,2
ja			8.732	94,6	8.710	94,0
fraglich			55	0,6	77	0,8

## Prozedurdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			23.849		24.553	
<b>Durchleuchtungszeit (min)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)			23.830		24.528	
Median				5,0		4,9
Mittelwert				7,9		7,7
<b>Flächendosisprodukt (cGy*cm²)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)			23.757		24.487	
Median				2.447,0		2.520,0
Mittelwert				3.868,8		3.873,5
Angabe „nicht bekannt“			74	0,3	40	0,2
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			23.849		24.553	
Median				90,0		90,0
Mittelwert				107,4		107,0

### Ereignisse während der Prozedur

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			23.849		24.553	
<b>Intraprozedural auftretende Ereignisse</b>						
nein			23.516	98,6	24.178	98,5
ja			333	1,4	375	1,5
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
<b>koronarer Verschluss</b>			48	0,2	45	0,2
<b>TIA/Schlaganfall</b>			9	0,0	14	0,1
<b>Reanimation</b>			88	0,4	122	0,5
<b>Sonstige</b>			216	0,9	230	0,9
<b>Exitus im Herzkatheterlabor</b>			32	0,13	40	0,16

## Ereignisse im Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
<b>Postprozedural festgestellte Komplikationen</b>						
nein			22.279	97,0	22.957	97,1
ja			683	3,0	688	2,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
<b>Herzinfarkt</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			20	0,1	19	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,0	1	0,0
<b>TIA/Schlaganfall</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			14	0,1	10	0,0
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			7	0,0	3	0,0
<b>Lungenembolie</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,0	3	0,0
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			0	0,0	2	0,0
<b>Komplikationen an der Punktionsstelle</b> (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			193	0,8	176	0,7
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			50	0,2	49	0,2
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			50 / 243	20,6	51 / 225	22,7
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			193 / 243	79,4	174 / 225	77,3

**Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)**

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
<b>Reanimation</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			33	0,1	41	0,2
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			9	0,0	4	0,0
<b>Sonstige (z. B. Sepsis)</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			70	0,3	76	0,3
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			22	0,1	23	0,1
<b>Tod</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			110	0,5	124	0,5
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			228	1,0	251	1,1
<b>Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?</b>			833 / 22.962	3,6	915 / 23.645	3,9

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			22.962		23.645	
01: regulär beendet			18.690	81,4	19.416	82,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			778	3,4	679	2,9
03: aus sonstigen Gründen			105	0,5	60	0,3
04: gegen ärztlichen Rat			129	0,6	114	0,5
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			1.284	5,6	1.309	5,5
07: Tod			370	1,6	415	1,8
08: Verlegung nach § 14			76	0,3	123	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.373	6,0	1.285	5,4
10: in Pflegeeinrichtung			110	0,5	98	0,4
11: in Hospiz			3	0,0	8	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	102	0,4
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,0	5	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			16	0,1	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			8	0,0	5	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	7	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			17	0,1	13	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	4	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                              | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-<br>bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere<br>Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet   | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§17b Abs. 1 Satz 15 KHG                                       |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus   | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen<br>einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br>voll- und teilstationärer Behandlung  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen                |  |

## Koronarangiographie und PCI Risikoadjustierung mit dem logistischen KORO/PCI-Score

Das ursprünglich durch das BQS-Institut auf der Basis der Daten des Erfassungsjahres 2006 entwickelte logistische Regessionsmodell für die "Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI" wurde – ebenso wie das Modell für "Sterblichkeit im Krankenhaus bei Koronarangiographie" – auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 erneut aktualisiert. Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de).

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung erneut aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

## 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 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sgg.de](http://www.sgg.de)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  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 2013.

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:  $\leq 2,5\%$

5 von 200 =  $2,5\% \leq 2,5\%$  (unauffällig)

5 von 195 =  $2,6\%$  (gerundet)  $> 2,5\%$  (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  $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von  $2,54777070\%$  (gerundet  $2,5\%$ ).

Diese ist größer als  $2,5\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von  $5,97014925\%$  (gerundet  $6,0\%$ ).

Dieser ist kleiner als  $6\%$  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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 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.

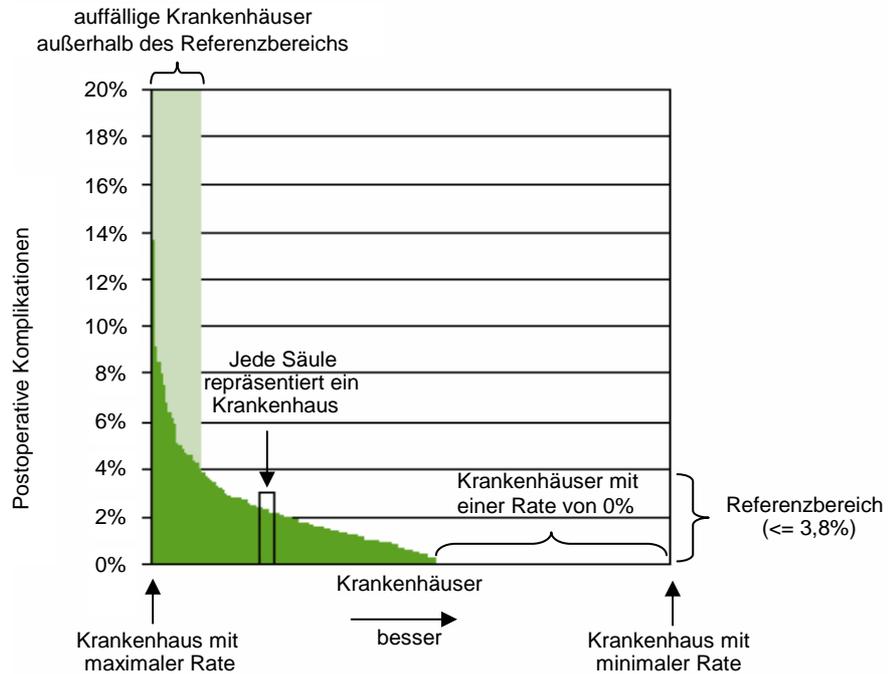
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 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 Krankhausergebnisse 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.

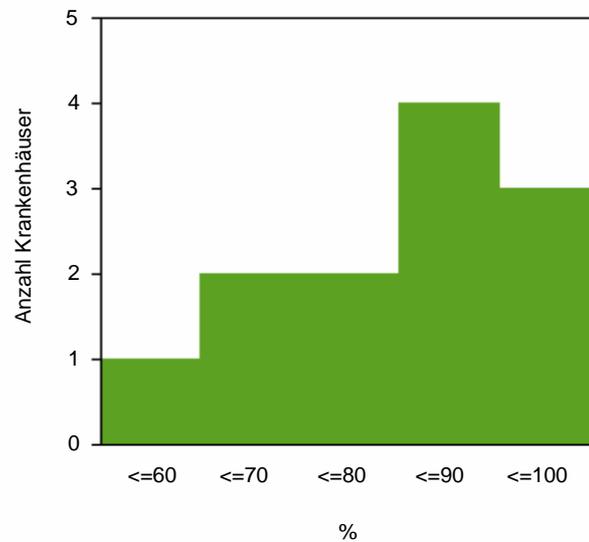
### Beispiel:

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

1. Klasse:  $\leq 60\%$
2. Klasse:  $> 60\%$  bis  $\leq 70\%$
3. Klasse:  $> 70\%$  bis  $\leq 80\%$
4. Klasse:  $> 80\%$  bis  $\leq 90\%$
5. Klasse:  $> 90\%$  bis  $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	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 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% 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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse 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.