

Jahresauswertung 2004
Koronarangiographie und perkutane
transluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 17
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 21/3 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 19. Mai 2005
Nr. Gesamt-2514
2004 - D3265-L19917-P13693

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Prozeduren						
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr			100,0%	nicht definiert		1.1
Anzahl dokumentierter PTCA/Jahr			100,0%	nicht definiert		1.1
Indikation zur Koronarangiographie (1)						
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) von allen Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“						
			90,5%	>= 76,7%	13,8%	1.4
Indikation zur Koronarangiographie (2)						
Koronarangiographien bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“						
			7,3%	<= 19,0%	11,7%	1.6
Indikation zur Koronarangiographie (3)						
Koronarangiographien mit führender Indikation „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien bei Pat. mit Katheterintervention vor dem Aufenthalt						
			2,3%	<= 15,2%	12,8%	1.8
Indikation zur Koronarangiographie (4)						
Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter „Ausschluss KHK“ von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“						
			22,6%	<= 48,2%	25,6%	1.10

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation zur Koronarangiographie (5)						
Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“			28,5%	>= 5,9%	22,6%	1.13
Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ von allen Koronarangiographien mit Indikation „bekannte KHK“			38,2%	>= 26,3%	11,9%	1.14
Indikation zur Koronarangiographie (6)						
Koronarangiographien bei Patienten mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronar- angiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“			3,7%	<= 9,4%	5,7%	1.17
Indikation zur PTCA (1)						
Erst-PTCA bei Patienten ohne akutes Koronarsyn- drom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Erst-PTCA			2,6%	<= 8,9%	6,3%	1.19
Indikation zur PTCA (2)						
Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“ von allen Einzeitig-PTCA			0,8%	<= 23,7%	23,0%	1.21
Indikation zur PTCA (3): Prognostische Indikation						
Anteil PTCA mit prognostischer Indikation ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen PTCA			0,9%	<= 5,0%	4,1%	1.23

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
PTCA an komplettem Gefäßverschluss						
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation akuter Verschluss			84,7%	>= 75,2%	9,6%	1.25
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation chronischer Verschluss			68,3%	>= 31,6%	36,7%	1.25
Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei Koronarangiographie(n)						
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)			1,1%	<= 4,8%	3,7%	1.28
Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei PTCA						
Patienten mit bei mindestens einer PTCA aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/ Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit PTCA			3,6%	<= 9,3%	5,6%	1.31
Intraprozedurale Komplikationen bei PTCA: Standard-Eingriffe						
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation an allen PTCA ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet			0,8%	<= 4,0%	3,2%	1.34

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
MACCE bei Koronarangiographie(n)						
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)						
			0,4%	<= 1,2%	0,8%	1.37
MACCE bei PTCA						
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA (einschließlich Einzeitig-PTCA)						
			1,3%	<= 3,6%	2,3%	1.40
Todesfälle bei Koronarangiographien						
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten (Ausschluss: Patienten mit PTCA)						
			0,3%	<= 0,7%	0,4%	1.45
Todesfälle bei PTCA						
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA						
			0,8%	<= 2,4%	1,6%	1.49
Infarkte als postprozedurale Komplikationen bei PTCA						
Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt von allen Patienten mit PTCA						
			0,5%	<= 1,5%	1,0%	1.51

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien						
Median der Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA) (min)			3,0	<= 5,0	2,0	1.53
Durchleuchtungsdauer bei PTCA						
Median der Durchleuchtungsdauer von allen PTCA (ohne Einzeitig-PTCA) (min)			7,0	<= 12,0	5,0	1.55
Median der Durchleuchtungsdauer von allen Einzeitig-PTCA (min)			7,7	<= 13,0	5,3	1.55
Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographien						
Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA) (ml)			90,0	<= 155,0	65,0	1.58
Kontrastmittelmenge bei PTCA						
Median der Kontrastmittelmenge von allen PTCA (ml)			120,0	<= 210,0	90,0	1.60
Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PTCA (ml)			150,0	<= 270,0	120,0	1.60

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

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. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 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.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die grau 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 grauen 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

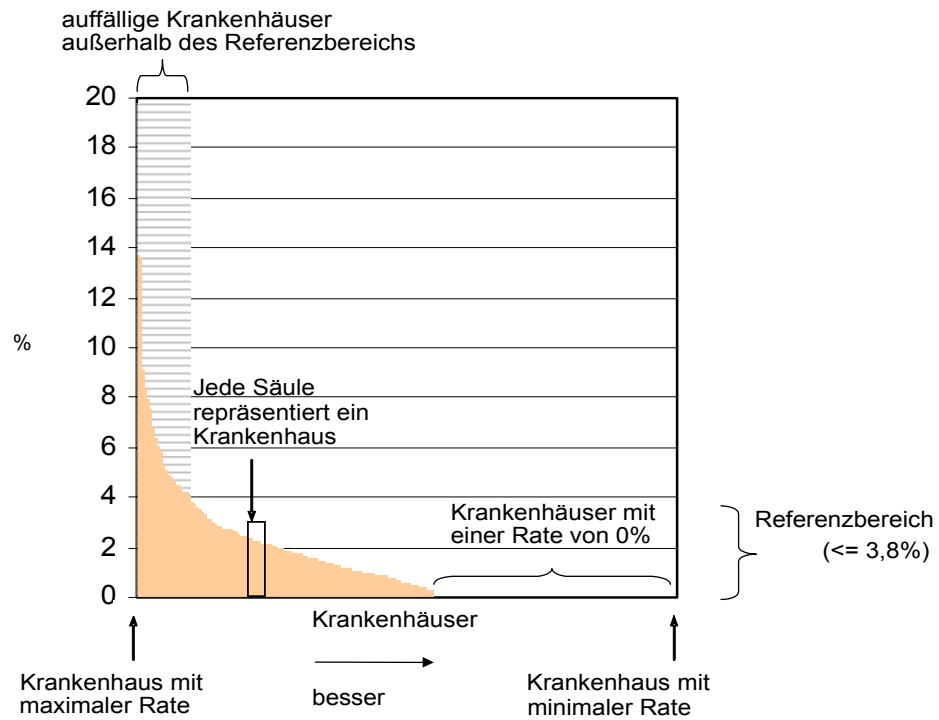
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

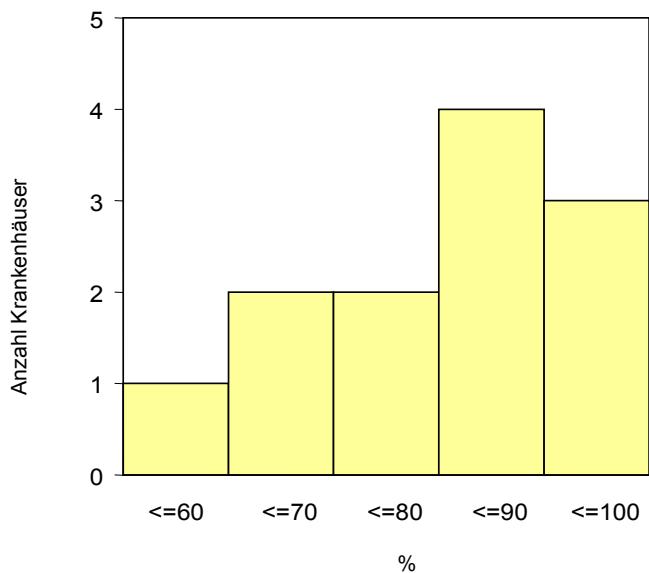
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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	3	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 Ausnahmefällen 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. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil 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.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Prozeduren

Qualitätsziel: Angemessene Anzahl an dokumentierten Koronarangiographien und PTCA pro Jahr

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

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			30.236	100,0%
Anzahl dokumentierter PTCA pro Jahr			10.082	100,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			23.222	100,0%
Anzahl dokumentierter PTCA pro Jahr			7.376	100,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:

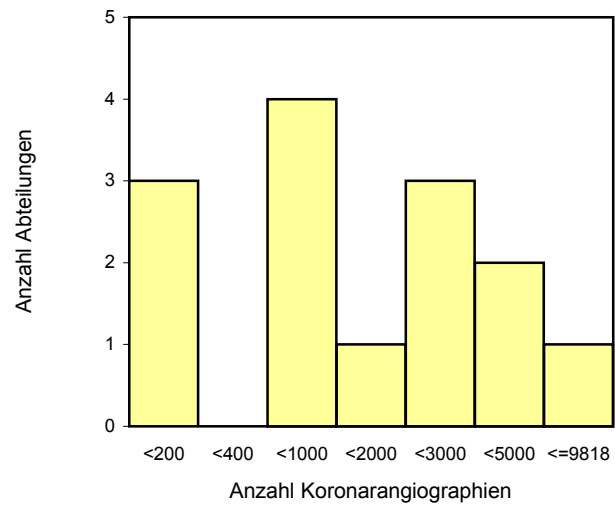
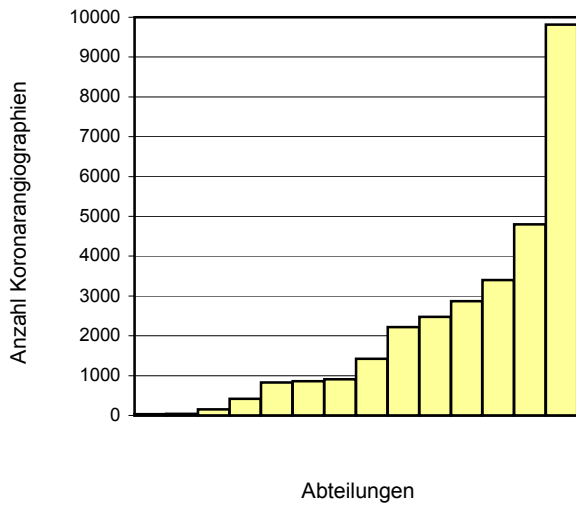
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 29 - 9.818

Median der Abteilungswerte: 1.164,0



14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:

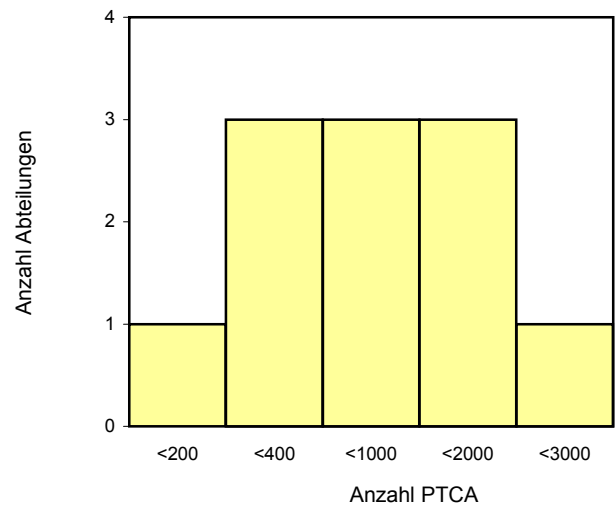
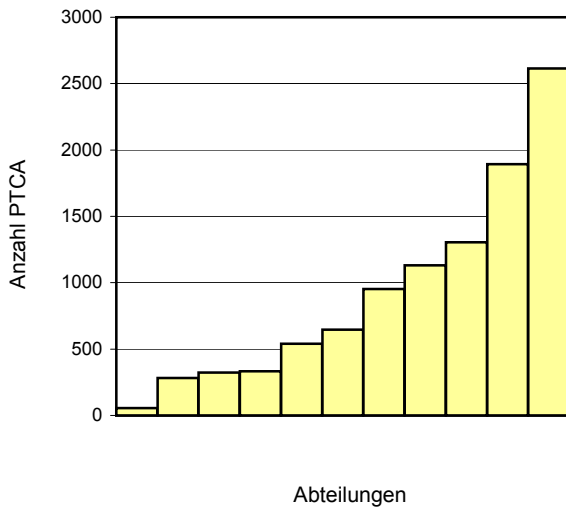
Anzahl dokumentierter PTCA/Jahr

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55 - 2.613

Median der Abteilungswerte: 647,0



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (1)

Qualitätsziel: Möglichst oft Ischämiezeichen bei führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“, 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“

Referenzbereich: >= 76,7% (5%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom			1.332 / 19.778	6,7%
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			13.049 / 19.778	66,0%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			9.953 / 19.778	50,3%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.570 / 19.778	28,2%
mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			17.898 / 19.778	90,5%
Vertrauensbereich				90,08% - 90,90%
Referenzbereich		>= 76,7%		>= 76,7%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			13.418 / 15.018	89,3%
Vertrauensbereich				88,84% - 89,84%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

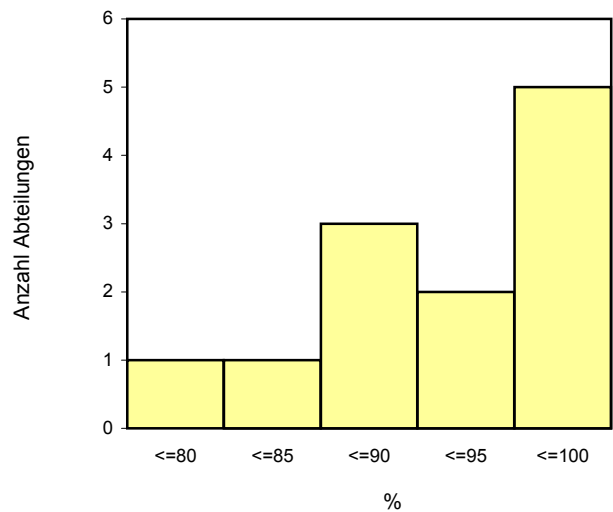
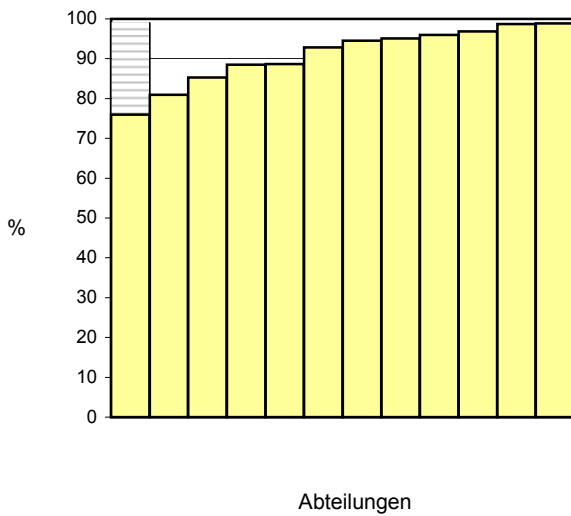
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) von allen Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 76,0% - 98,8%

Median der Abteilungswerte: 93,7%



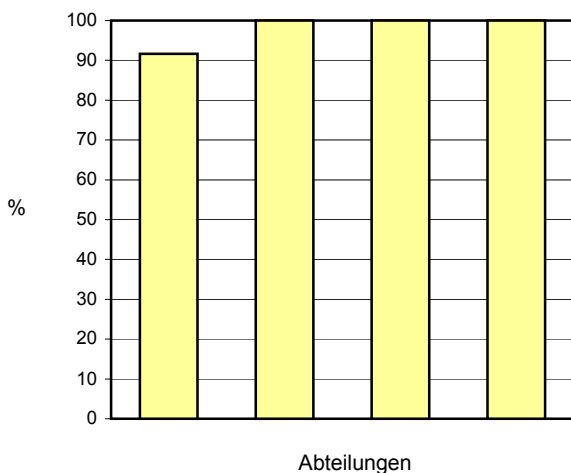
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 91,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (2)

Qualitätsziel: Möglichst selten asymptotische Patienten ohne Ischämiekriterium in der kardialen Anamnese

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“**

Referenzbereich: <= 19,0% (95%-Bundesperzentile)

	Gesamt 2004			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			1.326 / 27.954	4,7%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			708 / 27.954	2,5%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen) Vertrauensbereich Referenzbereich			2.034 / 27.954	7,3%
				6,97% - 7,59%
		<= 19,0%		<= 19,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen) Vertrauensbereich			1.325 / 20.427	6,5%
				6,15% - 6,83%

* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akutem Koronarsyndrom

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

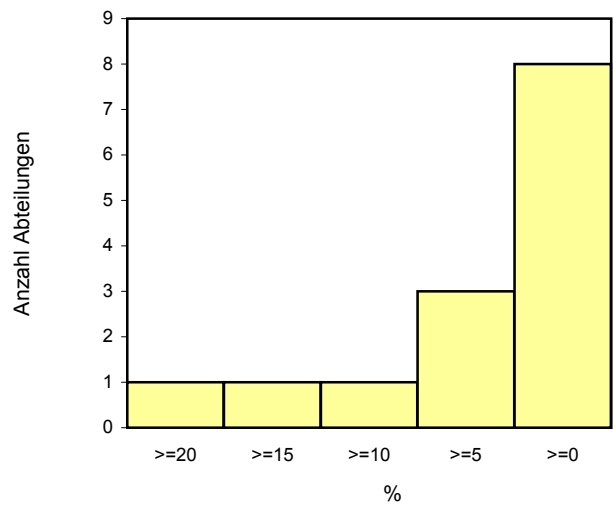
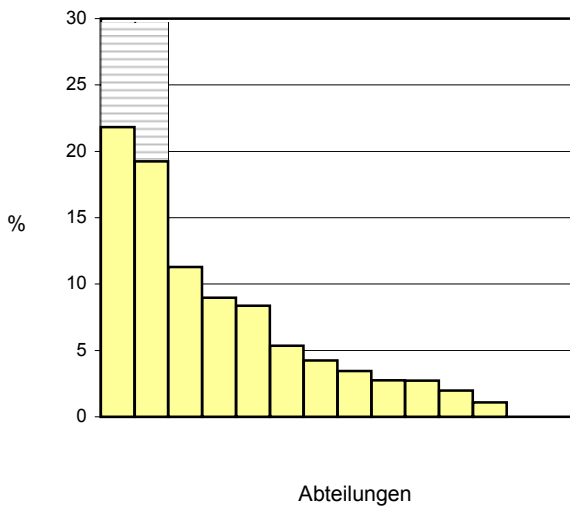
Koronarangiographien bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 21,8%

Median der Abteilungswerte: 3,8%



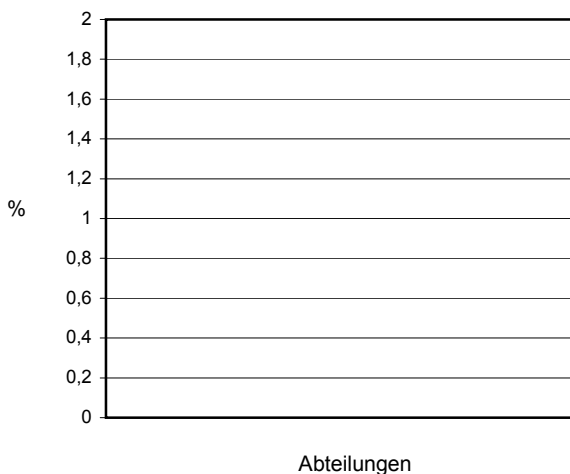
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (3)

Qualitätsziel: Möglichst selten Koronarangiographien als elektive Kontrolle bei Patienten ohne Ischämiekriterium in der kardialen Anamnese

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien bei Patienten mit Katheterintervention vor dem Aufenthalt*

Referenzbereich: <= 15,2% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit führender Indikation</i>				
elektive Kontrolle nach Koronarintervention bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			162 / 8.331	1,9%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			33 / 8.331	0,4%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			195 / 8.331	2,3%
Vertrauensbereich				2,03% - 2,69%
Referenzbereich		<= 15,2%		<= 15,2%
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit führender Indikation</i>				
elektive Kontrolle nach Koronarintervention bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			222 / 6.212	3,6%
Vertrauensbereich				3,13% - 4,07%

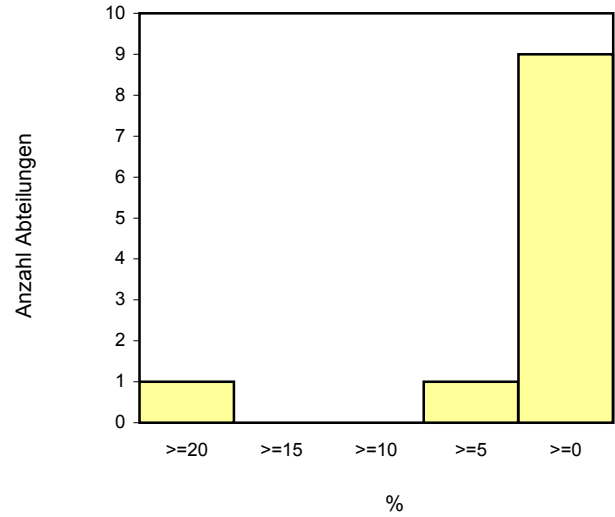
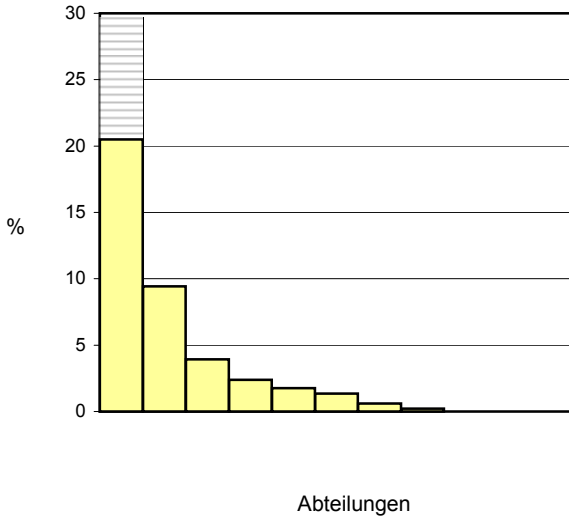
* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akuten Koronarsyndrom

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

Koronarangiographien mit führender Indikation „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien bei Patienten mit Katheterintervention vor dem Aufenthalt
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

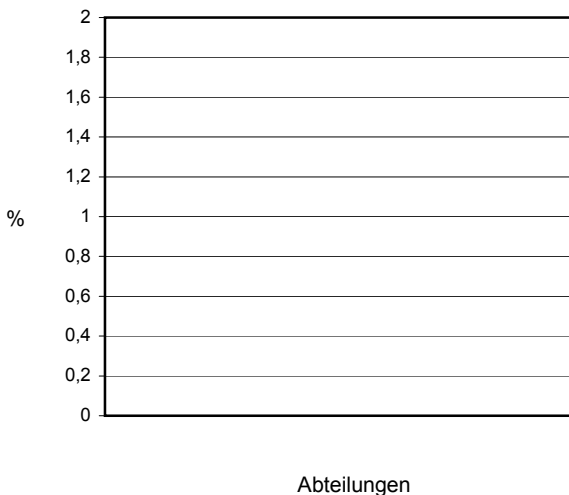
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,5%
 Median der Abteilungswerte: 1,4%



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (4)

Qualitätsziel: Möglichst selten Koronarangiographien mit „Ausschluss KHK“ als führende Diagnose nach Herzkatheter, wenn die führende Indikation zur Koronarangiographie „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ war

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien
 Gruppe 1: Alle Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“
 Gruppe 2: Alle Koronarangiographien mit Indikation „bekannte KHK“
 Gruppe 3: Alle Koronarangiographien mit Indikation „akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (=instabile Angina pectoris, Ruheangina)“

Referenzbereich: <= 48,2% (95%-Bundesperzentile)

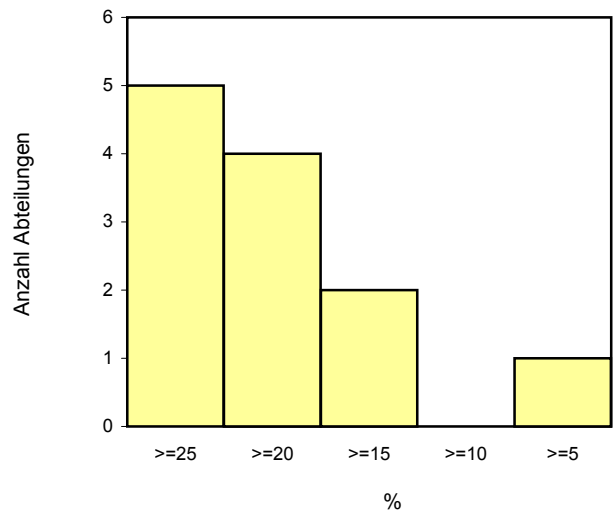
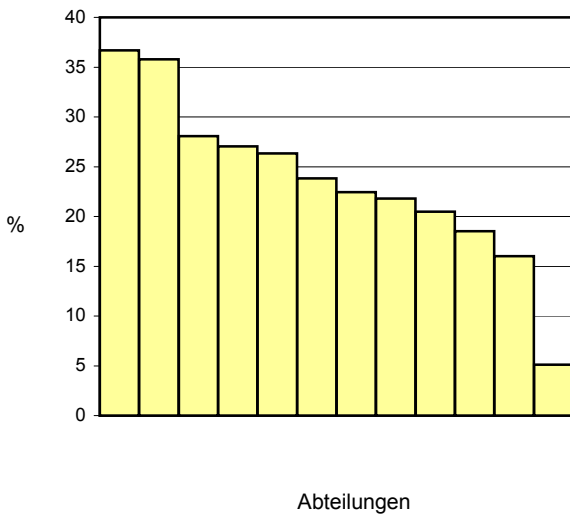
			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter</i>				
Gruppe 1				
Ausschluss KHK			2.725 / 12.055	22,6%
Vertrauensbereich				21,86% - 23,36%
Referenzbereich		<= 48,2%		<= 48,2%
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			1.993 / 12.055	16,5%
funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung			3.124 / 12.055	25,9%
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			1.325 / 12.055	11,0%
Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			141 / 12.055	1,2%
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% oder funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung oder funktionelle 3-Gefäßerkrankung oder Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			6.583 / 12.055	54,6%
Gruppe 2				
Ausschluss KHK			61 / 7.723	0,8%
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			602 / 7.723	7,8%
funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung			3.963 / 7.723	51,3%
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			2.824 / 7.723	36,6%
Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			93 / 7.723	1,2%

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter</i>				
Gruppe 3				
Ausschluss KHK			152 / 1.965	7,7%
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			189 / 1.965	9,6%
funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung			875 / 1.965	44,5%
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			581 / 1.965	29,6%
Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			29 / 1.965	1,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter</i>				
Gruppe 1				
Ausschluss KHK Vertrauensbereich			2.460 / 9.152	26,9% 25,97% - 27,80%

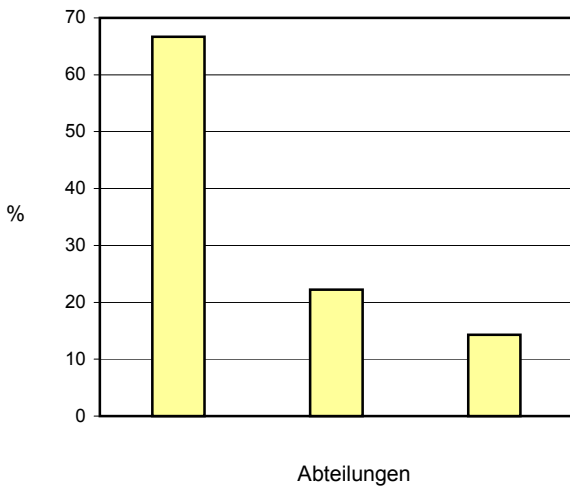
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:
 Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter „Ausschluss KHK“
 von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“**
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,1% - 36,7%
 Median der Abteilungswerte: 23,1%



12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 14,3% - 66,7%
 Median der Abteilungswerte: 22,2%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (5)

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

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

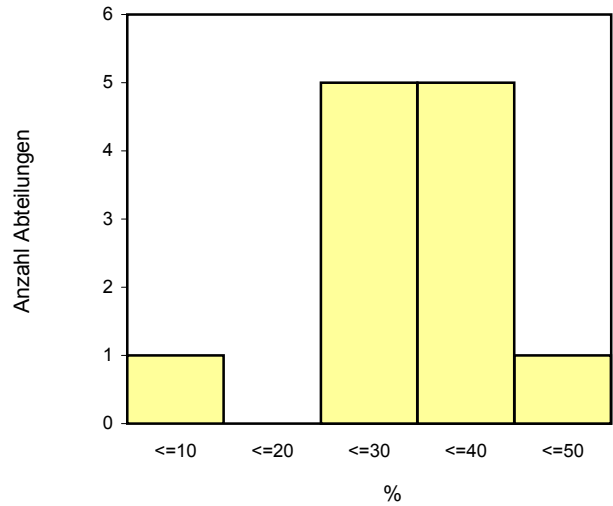
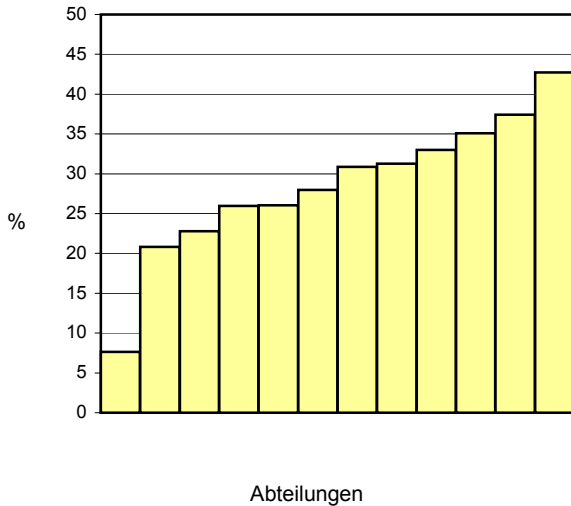
Referenzbereich: Gruppe 1: $\geq 5,9\%$ (5%-Bundesperzentile)
 Gruppe 2: $\geq 26,3\%$ (5%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 1				
interventionell			1.979 / 12.055	16,4%
herzchirurgisch			1.459 / 12.055	12,1%
interventionell oder herzchirurgisch			3.438 / 12.055	28,5%
Vertrauensbereich				27,71% - 29,33%
Referenzbereich		$\geq 5,9\%$		$\geq 5,9\%$
keine			441 / 12.055	3,7%
medikamentös			8.012 / 12.055	66,5%
Sonstige			164 / 12.055	1,4%

	Gesamt 2004			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 2				
interventionell			2.313 / 7.723	29,9%
herzchirurgisch			634 / 7.723	8,2%
interventionell oder herzchirurgisch			2.947 / 7.723	38,2%
Vertrauensbereich				37,07% - 39,25%
Referenzbereich		>= 26,3%		>= 26,3%
keine			69 / 7.723	0,9%
medikamentös			4.598 / 7.723	59,5%
Sonstige			109 / 7.723	1,4%
Gruppe 3				
interventionell			204 / 739	27,6%
herzchirurgisch			46 / 739	6,2%
interventionell oder herzchirurgisch			250 / 739	33,8%
keine			7 / 739	0,9%
medikamentös			475 / 739	64,3%
Sonstige			7 / 739	0,9%
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)				
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 1				
interventionell oder herzchirurgisch			2.587 / 9.152	28,3%
Vertrauensbereich				27,35% - 29,20%
Gruppe 2				
interventionell oder herzchirurgisch			2.099 / 5.866	35,8%
Vertrauensbereich				34,55% - 37,02%

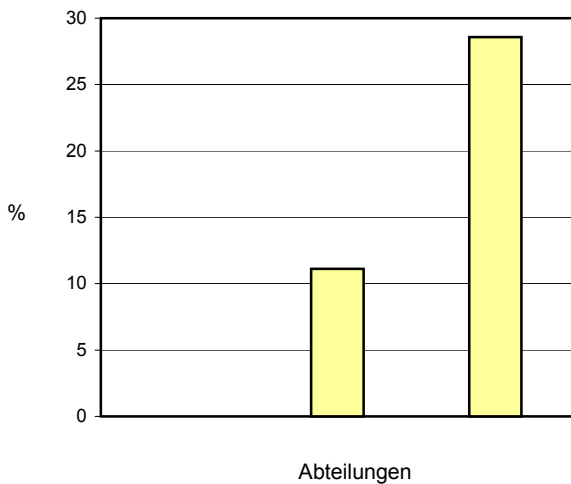
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:
 Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“
 von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“**
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 7,6% - 42,7%
 Median der Abteilungswerte: 29,4%



12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

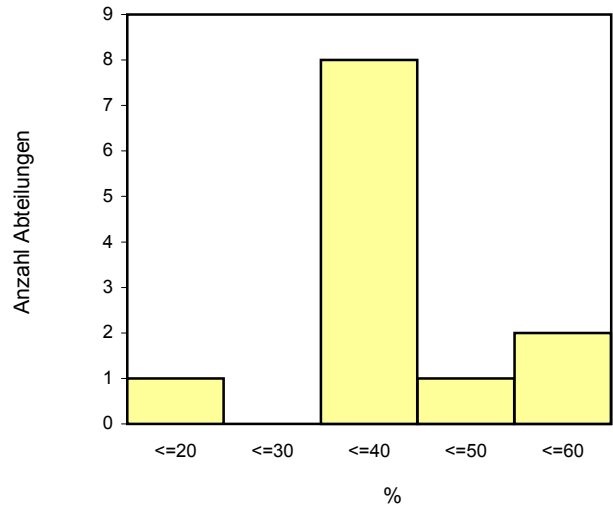
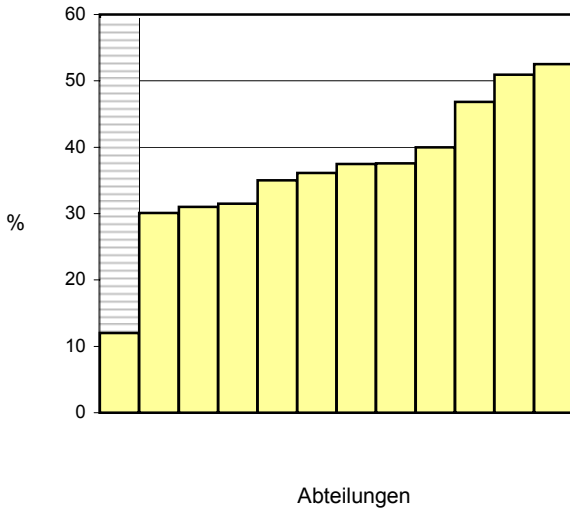
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 28,6%
 Median der Abteilungswerte: 11,1%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

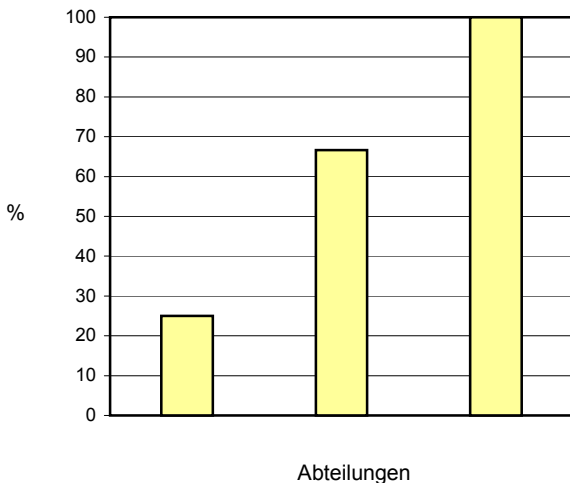
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:
 Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“
 von allen Koronarangiographien mit Indikation „bekannte KHK“**
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 12,0% - 52,5%
 Median der Abteilungswerte: 36,8%



12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 25,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 66,7%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur Koronarangiographie (6)

Qualitätsziel: Möglichst wenig Patienten mit alleiniger „sonstiger“ Symptomatik

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“**

Referenzbereich: <= 9,4% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und</i>				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			675 / 27.954	2,4%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			354 / 27.954	1,3%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			1.029 / 27.954	3,7%
Vertrauensbereich				3,46% - 3,91%
Referenzbereich		<= 9,4%		<= 9,4%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und</i>				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			465 / 19.606	2,4%
Vertrauensbereich				2,16% - 2,59%

* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akuten Koronarsyndrom

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:

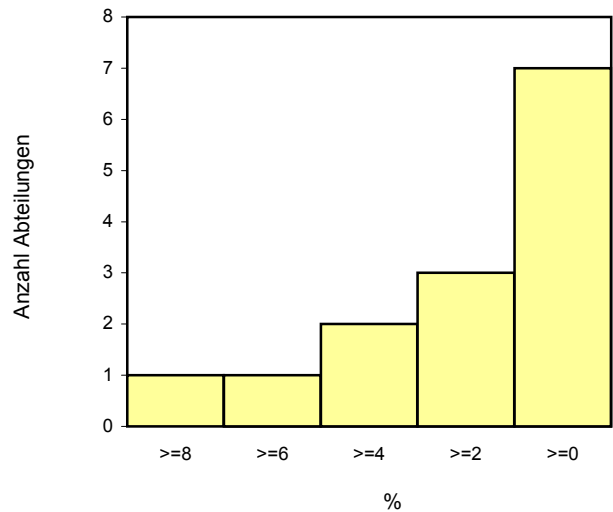
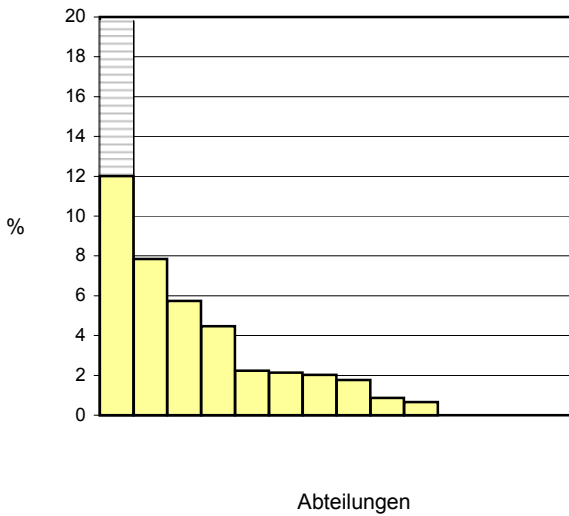
Koronarangiographien bei Patienten mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)“

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,0%

Median der Abteilungswerte: 1,9%



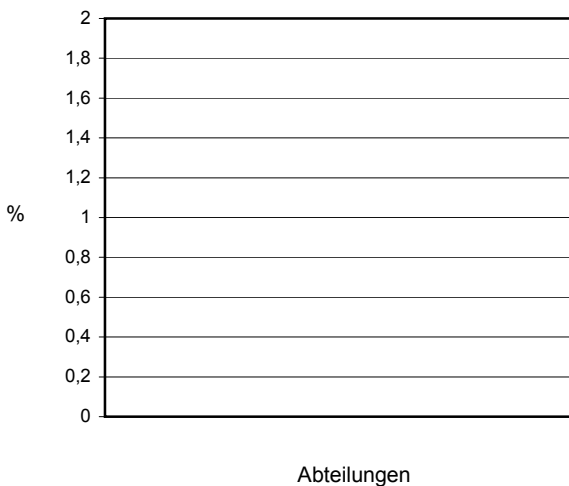
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur PTCA (1)

Qualitätsziel: Möglichst selten Erst-PTCA ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle Erst-PTCA (erste PTCA während des stationären Aufenthaltes bei Patienten ohne Katheterintervention vor diesem Aufenthalt)*

Referenzbereich: <= 8,9% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Erst-PTCA bei Patienten</i> ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			74 / 5.444	1,4%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			69 / 5.444	1,3%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			143 / 5.444	2,6%
Vertrauensbereich				2,22% - 3,09%
Referenzbereich		<= 8,9%		<= 8,9%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Erst-PTCA bei Patienten</i> ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			99 / 4.286	2,3%
Vertrauensbereich				1,88% - 2,81%

* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akutem Koronarsyndrom

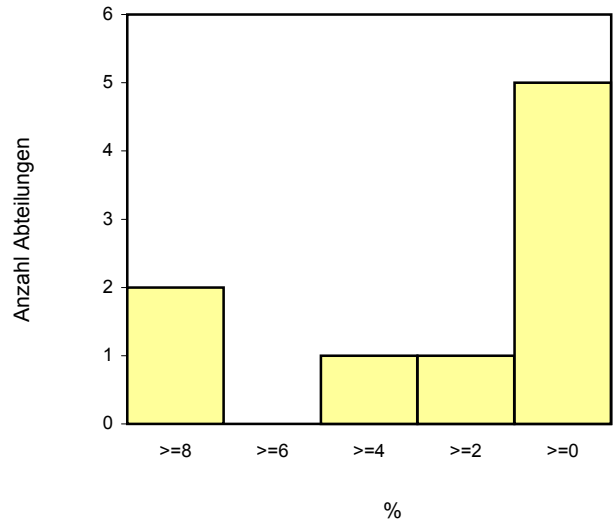
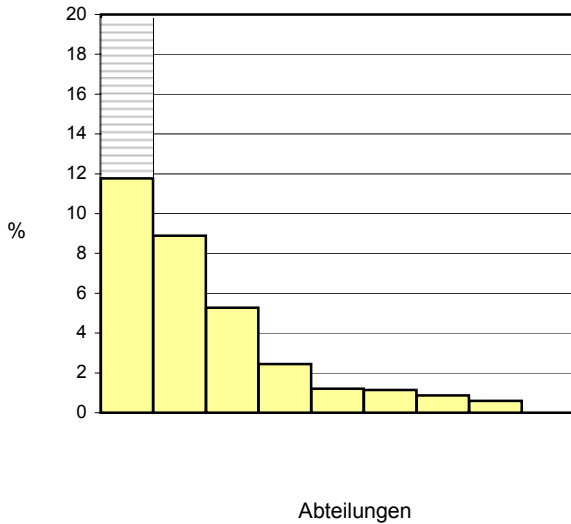
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:
 Erst-PTCA bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris,
 ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung
 von allen Erst-PTCA**

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 11,8%

Median der Abteilungswerte: 1,2%

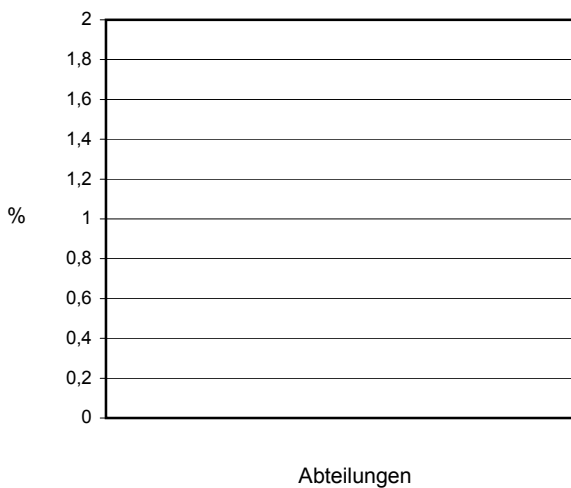


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur PTCA (2)

Qualitätsziel: Möglichst wenig Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“

Grundgesamtheit: Alle Einzeitig-PTCA

Referenzbereich: <= 23,7% (95%-Bundesperzentile)

	Gesamt 2004			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“			64 / 8.343	0,8%
Vertrauensbereich				0,59% - 0,98%
Referenzbereich		<= 23,7%		<= 23,7%

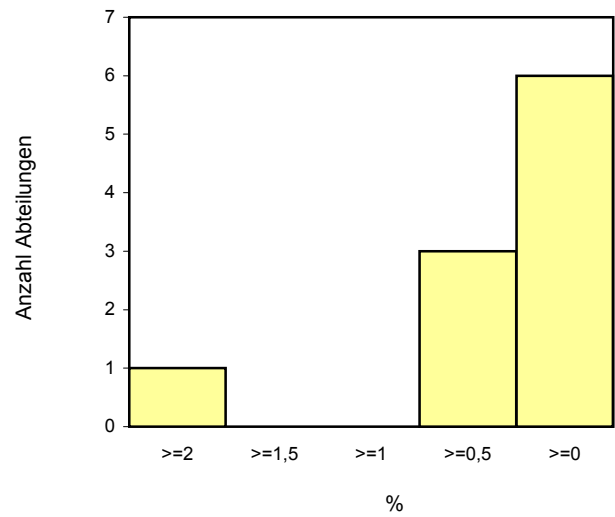
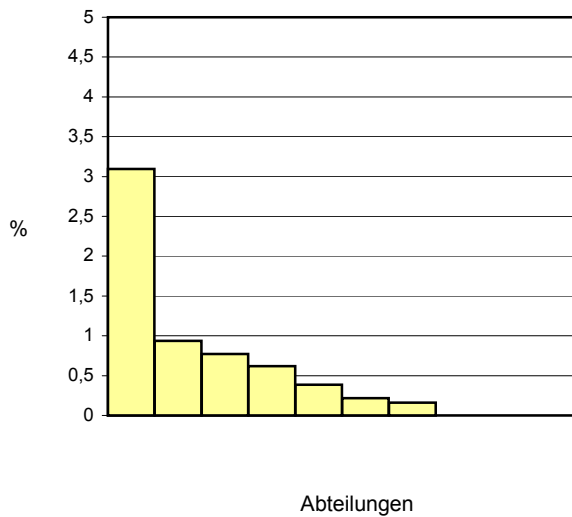
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“			91 / 5.830	1,6%
Vertrauensbereich				1,26% - 1,91%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:

Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“ von allen Einzeitig-PTCA
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

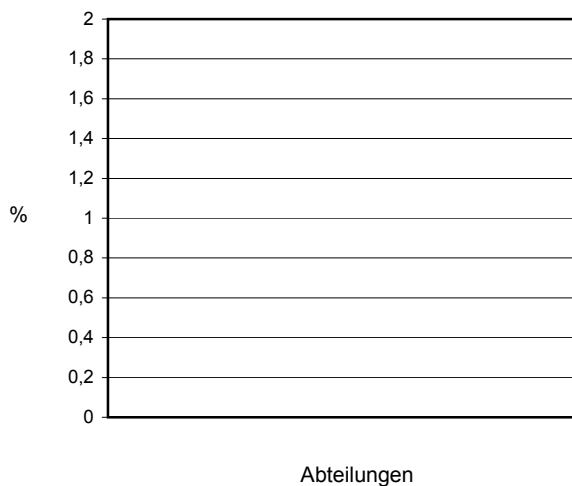
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,3%



10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Indikation zur PTCA (3): Prognostische Indikation

Qualitätsziel: Möglichst selten PTCA mit prognostischer Indikation bei asymptomatischen Patienten

Grundgesamtheit: Alle PTCA*

Referenzbereich: <= 5,0% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PTCA mit prognostischer Indikation ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und</i>				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			80 / 10.082	0,8%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			12 / 10.082	0,1%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			92 / 10.082	0,9%
Vertrauensbereich				0,74% - 1,12%
Referenzbereich		<= 5,0%		<= 5,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PTCA mit prognostischer Indikation ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und</i>				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			72 / 7.123	1,0%
Vertrauensbereich				0,79% - 1,27%

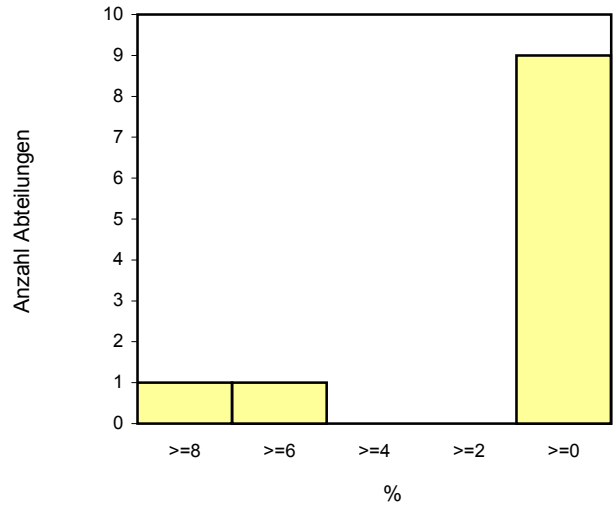
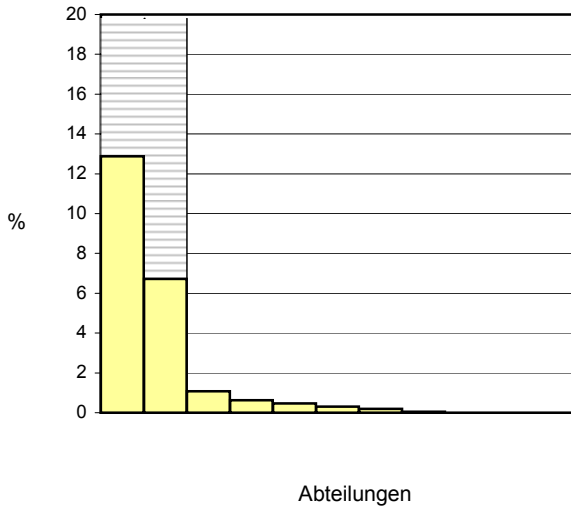
* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akutem Koronarsyndrom

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

Anteil PTCA mit prognostischer Indikation ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen PTCA
 4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

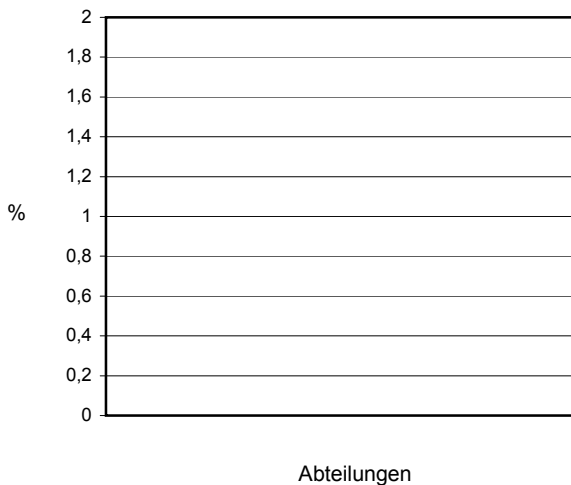
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,9%
 Median der Abteilungswerte: 0,3%



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: PTCA an komplettem Gefäßverschluss

Qualitätsziel: Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA an komplettem Gefäßverschluss

Grundgesamtheit: Alle PTCA an komplettem Gefäßverschluss

Referenzbereich: akuter Verschluss: >= 75,2% (5%-Bundesperzentile)
 chronischer Verschluss: >= 31,6% (5%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels			1.424 / 1.763	80,8%
<i>bei Indikation</i>				
akuter Verschluss			1.110 / 1.310	84,7%
Vertrauensbereich				82,67% - 86,64%
Referenzbereich		>= 75,2%		>= 75,2%
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (mit oder ohne Markererhöhung)			309 / 401	77,1%
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			801 / 909	88,1%
chronischer Verschluss			286 / 419	68,3%
Vertrauensbereich				63,56% - 72,69%
Referenzbereich		>= 31,6%		>= 31,6%
stabile Angina pectoris			249 / 359	69,4%
stumme Ischämie			14 / 23	60,9%
prognostische Indikation			23 / 37	62,2%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels				
<i>bei Indikation</i>				
akuter Verschluss			877 / 1.024	85,6%
Vertrauensbereich				83,34% - 87,74%
chronischer Verschluss			172 / 264	65,2%
Vertrauensbereich				59,06% - 70,89%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:

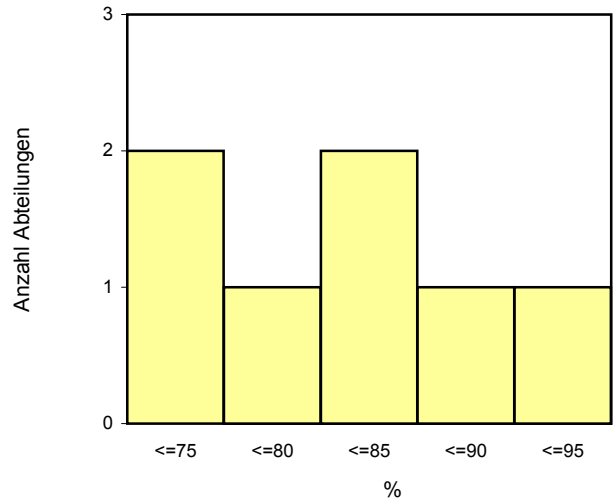
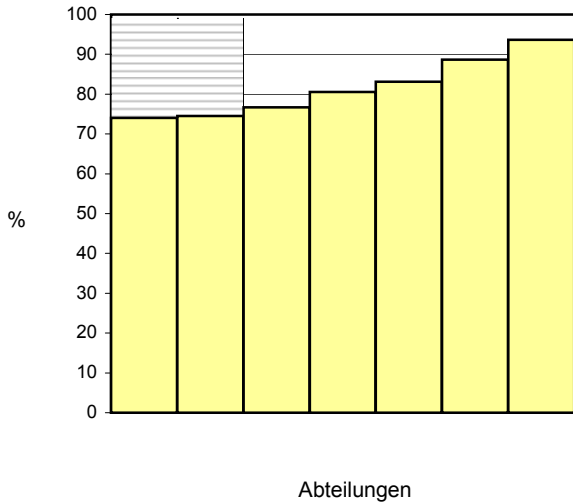
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation akuter Verschluss

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 74,1% - 93,7%

Median der Abteilungswerte: 80,6%



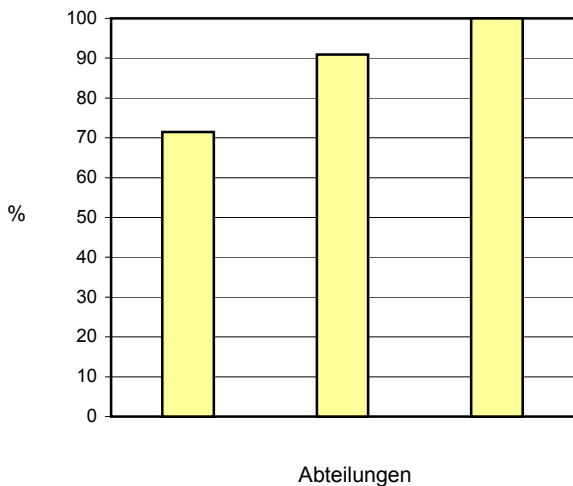
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 71,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 90,9%



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:

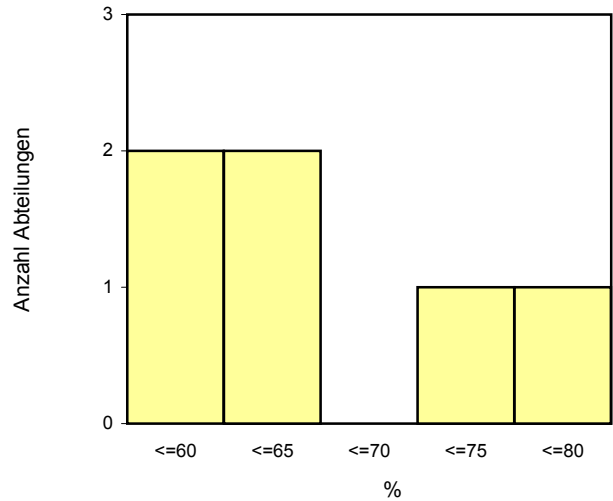
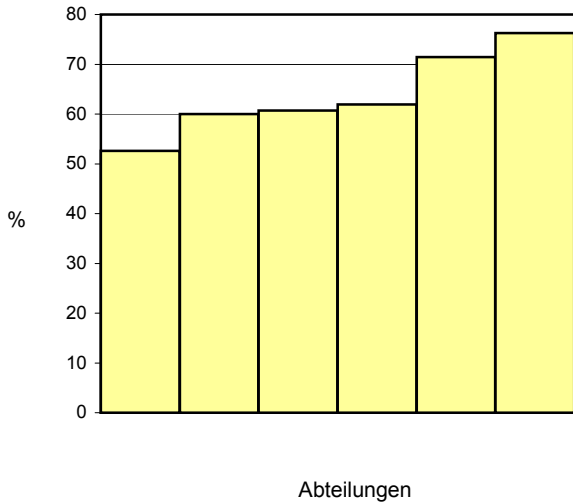
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation chronischer Verschluss

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 52,6% - 76,3%

Median der Abteilungswerte: 61,3%



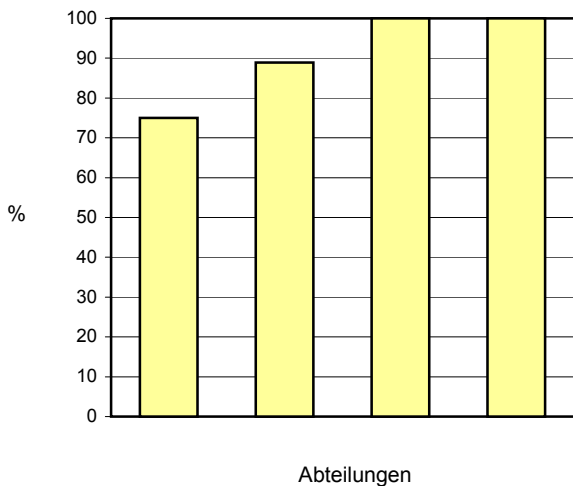
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 94,4%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei Koronarangiographie(n)

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale* Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
Referenzbereich: <= 4,8% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/ Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen			231 / 21.158	1,1%
Vertrauensbereich				0,96% - 1,24%
Referenzbereich		<= 4,8%		<= 4,8%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/ Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen			250 / 16.795	1,5%
Vertrauensbereich				1,31% - 1,68%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien (Ausschluss Einzeitig-PTCA)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit intra-prozedural aufgetretener/aufgetretenem</i>				
koronaren Verschluss (des dilatierten Gefäßes)			2 / 21.893	0,0%
TIA/Schlaganfall			8 / 21.893	0,0%
Reanimation			32 / 21.893	0,1%
sonstigen Ereignis			41 / 21.893	0,2%
Exitus im Herzkatheterlabor			12 / 21.893	0,1%

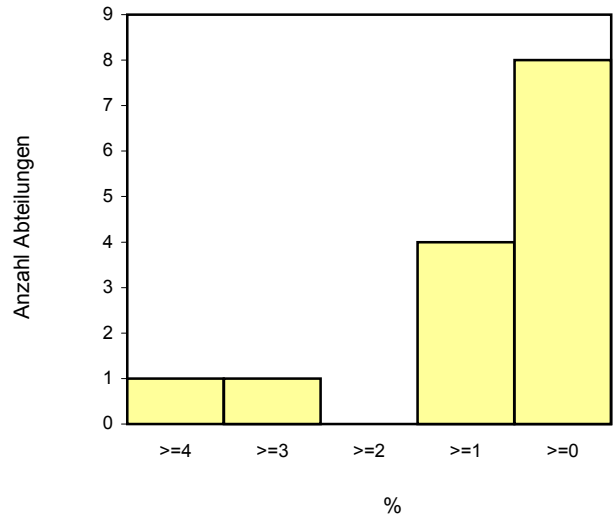
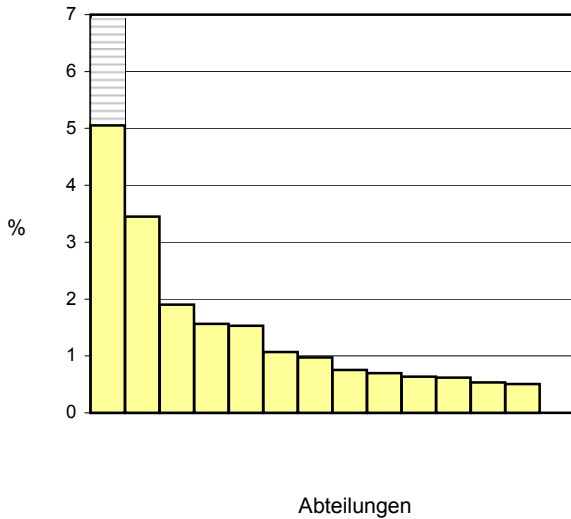
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,1%

Median der Abteilungswerte: 0,9%



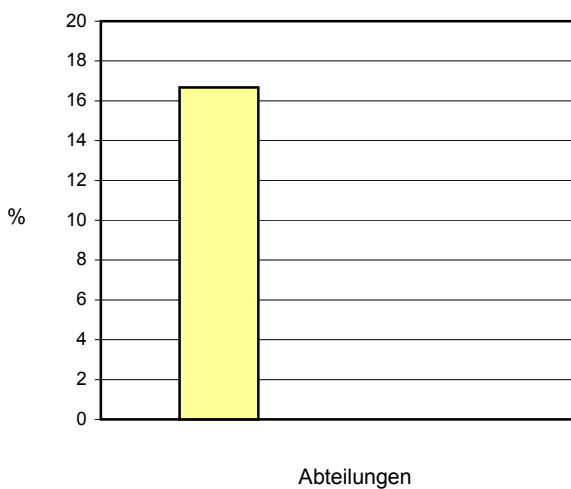
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,7%

Median der Abteilungswerte: 8,3%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intra- oder postprozedurale Komplikationen bei PTCA

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale* Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

Referenzbereich: <= 9,3% (95%-Bundesperzentile)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bei mindestens einer PTCA aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen			357 / 9.791	3,6%
Vertrauensbereich				3,28% - 4,04%
Referenzbereich		<= 9,3%		<= 9,3%
<i>bei Patienten mit mindestens einer PTCA</i>				
am kompletten Gefäßverschluss			120 / 1.731	6,9%
eines Koronarbypassgefäßes			9 / 166	5,4%
am ungeschützten Hauptstamm			20 / 134	14,9%
einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			30 / 1.019	2,9%
am letzten verbliebenen Gefäß			4 / 22	18,2%
bei Patient mit Ejektionsfraktion unter 40%			53 / 788	6,7%
mit einem der o.g. Risiken oder Merkmalen			181 / 3.301	5,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bei mindestens einer PTCA aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen			371 / 7.179	5,2%
Vertrauensbereich				4,67% - 5,71%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

Grundgesamtheit: PTCA (einschließlich Einzeitig-PTCA)

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PTCA mit intraprozedural aufgetretener/ aufgetretenem</i>				
koronaren Verschluss (des dilatierten Gefäßes)			33 / 10.082	0,3%
TIA/Schlaganfall			5 / 10.082	0,0%
Reanimation			63 / 10.082	0,6%
sonstigen Ereignis			57 / 10.082	0,6%
Exitus im Herzkatheterlabor			24 / 10.082	0,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

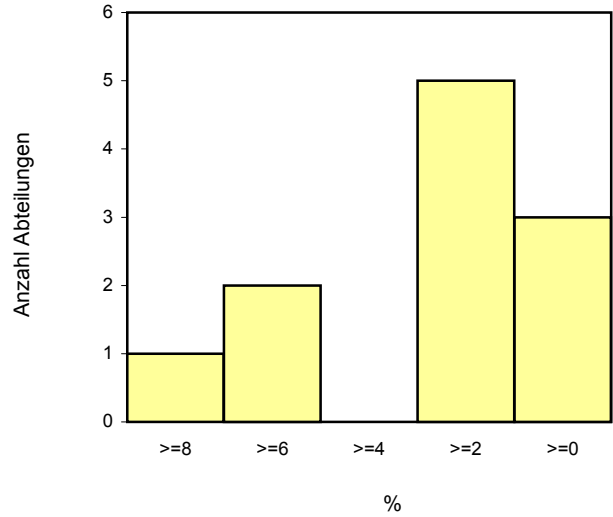
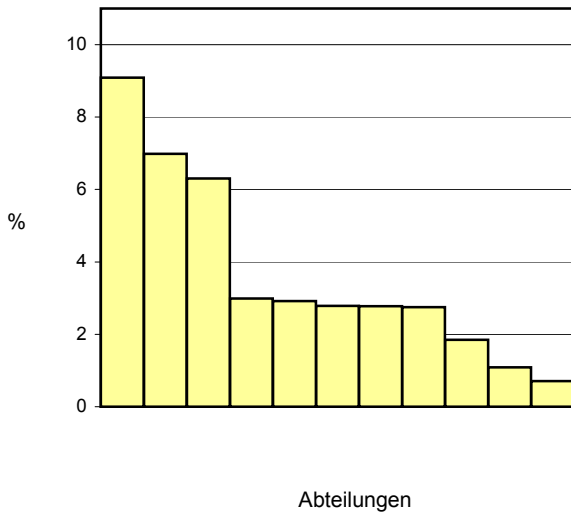
Patienten mit bei mindestens einer PTCA aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit PTCA

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,7% - 9,1%

Median der Abteilungswerte: 2,8%



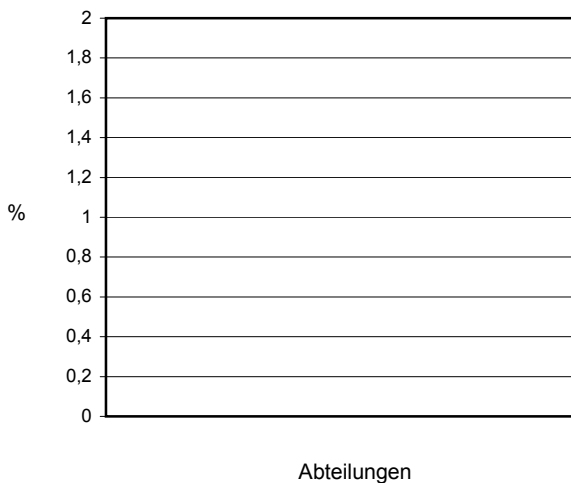
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Intraprozedurale Komplikationen bei PTCA: Standard-Eingriffe

Qualitätsziel: Möglichst selten intraoperative Komplikationen bei PTCA mit Standardkonstellation

Grundgesamtheit: Alle PTCA
 Gruppe 1: ohne Herzinsuffizienz
 Gruppe 2: ohne besondere Merkmale
 Gruppe 3: an einem Versorgungsgebiet
 Gruppe 4: ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet

Referenzbereich: <= 4,0% (95%-Bundesperzentile)

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				<= 4,0%
<i>PTCA mit intraprozedural aufgetretener/aufgetretenem</i>				
koronaren Verschluss (des dilatierten Gefäßes)				
TIA/Schlaganfall				
Reanimation				
sonstigen Ereignis				
Exitus im Herzkatheterlabor				

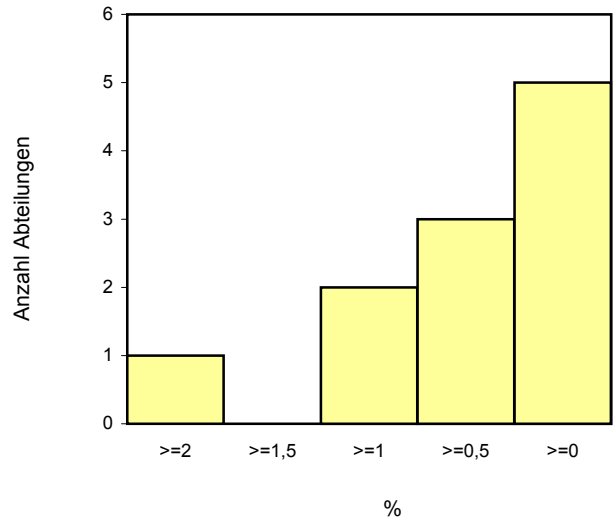
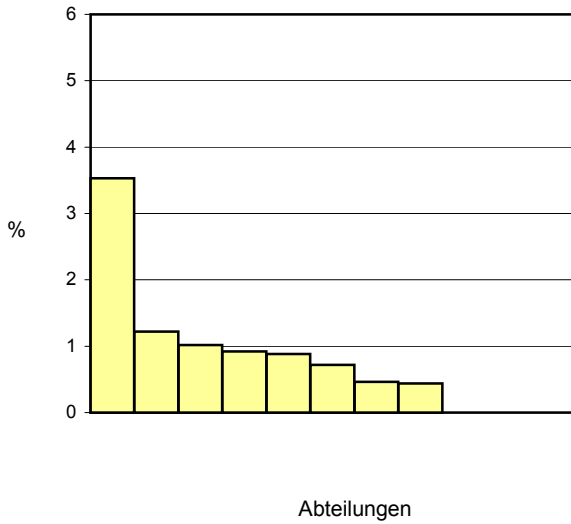
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation	109 / 9.161 1,2%	50 / 5.440 0,9%	127 / 9.429 1,3%	41 / 4.822 0,8%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,15%
Referenzbereich				<= 4,0%
<i>PTCA mit intraprozedural aufgetretener/aufgetretenem</i>				
koronaren Verschluss (des dilatierten Gefäßes)	27 / 9.161 0,3%	11 / 5.440 0,2%	26 / 9.429 0,3%	9 / 4.822 0,2%
TIA/Schlaganfall	3 / 9.161 0,0%	3 / 5.440 0,1%	5 / 9.429 0,1%	3 / 4.822 0,1%
Reanimation	35 / 9.161 0,4%	16 / 5.440 0,3%	48 / 9.429 0,5%	12 / 4.822 0,2%
sonstigen Ereignis	49 / 9.161 0,5%	21 / 5.440 0,4%	53 / 9.429 0,6%	18 / 4.822 0,4%
Exitus im Herzkatheterlabor	4 / 9.161 0,0%	2 / 5.440 0,0%	16 / 9.429 0,2%	1 / 4.822 0,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation	78 / 6.719 1,2%	43 / 4.277 1,0%	103 / 7.018 1,5%	37 / 3.926 0,9%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,30%

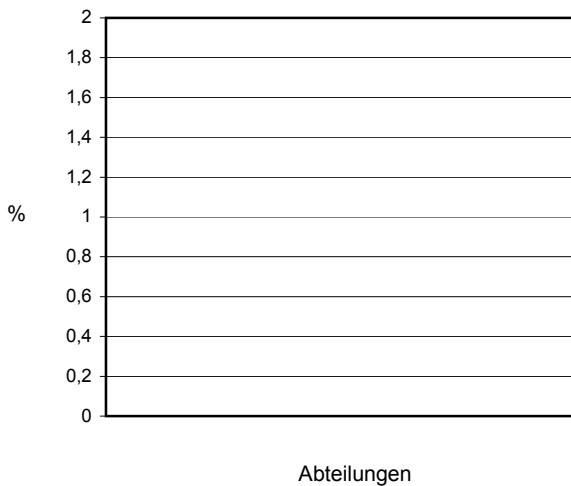
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 17]:
PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation
an allen PTCA ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,5%
 Median der Abteilungswerte: 0,7%



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: MACCE bei Koronarangiographie(n)

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
 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

Referenzbereich: <= 1,2% (95%-Bundesperzentile)

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation	40 / 3.131 1,3%	45 / 15.806 0,3%	91 / 21.158 0,4%
Vertrauensbereich			0,35% - 0,53%
Referenzbereich			<= 1,2%
Alter >= 75 Jahre	19 / 935 2,0%	14 / 3.708 0,4%	34 / 5.063 0,7%
Patienten mit Diabetes mellitus	8 / 363 2,2%	3 / 1.252 0,2%	11 / 1.751 0,6%
Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	7 / 14 50,0%	0 / 4 0,0%	7 / 18 38,9%
Alter < 75 Jahre	21 / 2.196 1,0%	31 / 12.098 0,3%	57 / 16.095 0,4%
Patienten mit Diabetes mellitus	6 / 620 1,0%	13 / 3.458 0,4%	20 / 4.498 0,4%
Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	3 / 37 8,1%	0 / 9 0,0%	3 / 52 5,8%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation Vertrauensbereich				23 / 2.446 0,9%	44 / 12.513 0,4%	74 / 16.795 0,4%
						0,35% - 0,55%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 18]:

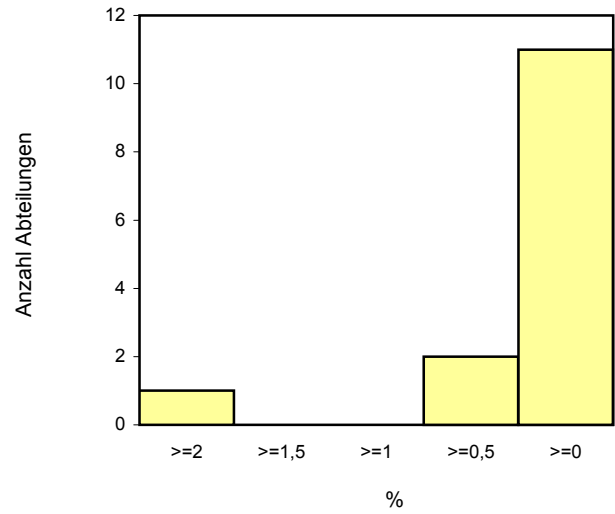
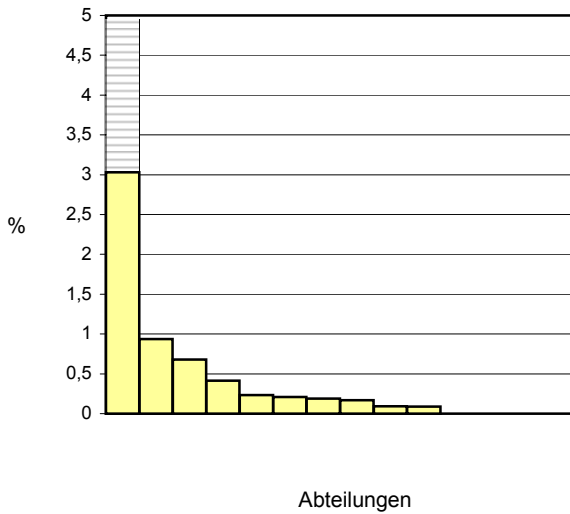
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,0%

Median der Abteilungswerte: 0,2%



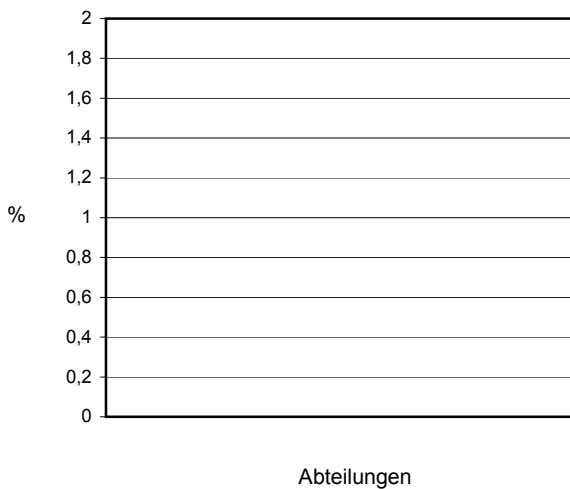
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: MACCE bei PTCA

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA (einschließlich Einzeitig-PTCA)
 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

Referenzbereich: <= 3,6% (95%-Bundesperzentile)

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/ Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			88 / 4.390 2,0%
Vertrauensbereich			42 / 5.016 0,8%
Referenzbereich			132 / 9.791 1,3%
			1,13% - 1,60%
			<= 3,6%
Alter >= 75 Jahre			46 / 1.243 3,7%
			6 / 1.227 0,5%
			52 / 2.547 2,0%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			11 / 153 7,2%
			1 / 110 0,9%
			12 / 267 4,5%
Diabetes mellitus			21 / 456 4,6%
			3 / 480 0,6%
			24 / 961 2,5%
Niereninsuffizienz			18 / 314 5,7%
			0 / 246 0,0%
			18 / 578 3,1%
Z.n. Bypass			4 / 87 4,6%
			1 / 131 0,8%
			5 / 224 2,2%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			8 / 45 17,8%
			1 / 1 100,0%
			9 / 46 19,6%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alter < 75 Jahre			
	42 / 3.147 1,3%	36 / 3.789 0,9%	80 / 7.244 1,1%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	13 / 238 5,5%	4 / 270 1,5%	17 / 521 3,3%
Diabetes mellitus	20 / 789 2,5%	10 / 1.282 0,8%	31 / 2.155 1,4%
Niereninsuffizienz	7 / 339 2,1%	4 / 390 1,0%	11 / 747 1,5%
Z.n. Bypass	8 / 184 4,3%	2 / 358 0,6%	10 / 558 1,8%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	11 / 80 13,7%	0 / 1 0,0%	12 / 82 14,6%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/ Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/ Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation Vertrauensbereich	103 / 3.408 3,0%	29 / 3.482 0,8%	136 / 7.179 1,9% 1,59% - 2,24%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 19]:

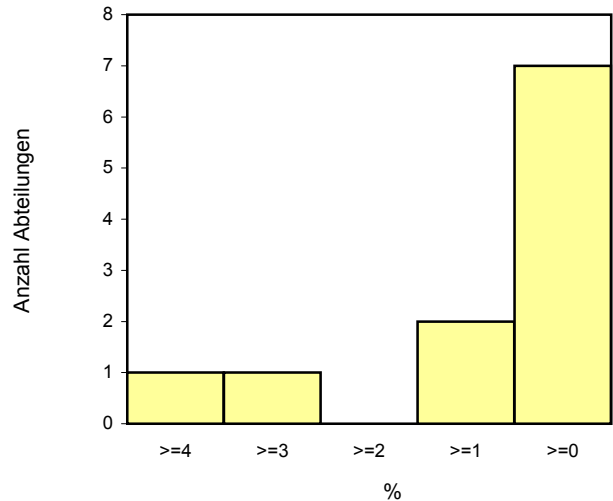
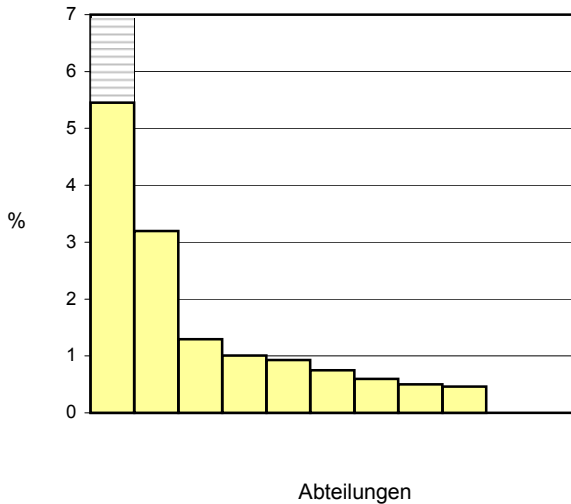
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA (einschließlich Einzeitig-PTCA)

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,5%

Median der Abteilungswerte: 0,7%



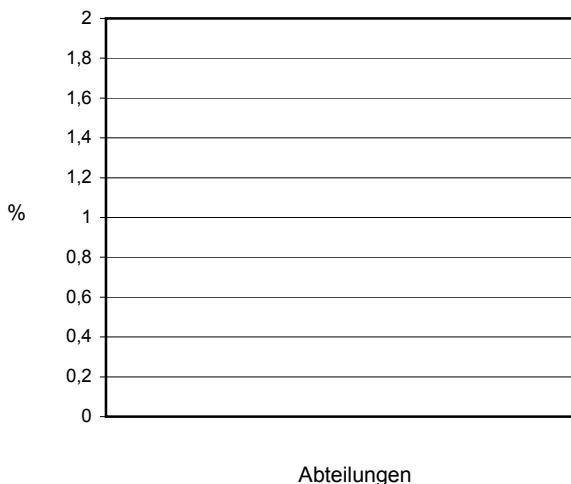
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Todesfälle bei Koronarangiographien

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale* Todesfälle bei Koronarangiographie

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Koronarangiographien**
 Gruppe 2: Koronarangiographien** bei Männern
 Gruppe 3: Koronarangiographien** bei Frauen

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (Exitus im Herzkatheterlabor)			
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	12 / 21.893 0,1%	9 / 13.693 0,1%	3 / 8.200 0,0%
stabile Angina pectoris (nach CCS)	0 / 2.450 0,0%	0 / 1.572 0,0%	0 / 878 0,0%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	1 / 10.672 0,0%	1 / 6.279 0,0%	0 / 4.393 0,0%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	0 / 4.732 0,0%	0 / 3.060 0,0%	0 / 1.672 0,0%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

**ohne Koronarangiographien mit Einzeitig-PTCA

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
 Gruppe 2: Männer (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
 Gruppe 3: Frauen (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			
	65 / 21.158 0,3%	41 / 13.175 0,3%	24 / 7.983 0,3%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	30 / 3.131 1,0%	20 / 1.982 1,0%	10 / 1.149 0,9%
stabile Angina pectoris	8 / 2.397 0,3%	6 / 1.531 0,4%	2 / 866 0,2%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	22 / 10.437 0,2%	11 / 6.106 0,2%	11 / 4.331 0,3%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	8 / 4.609 0,2%	8 / 2.963 0,3%	0 / 1.646 0,0%

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
 Gruppe 2: Männer (Ausschluss: Patienten mit PTCA)
 Gruppe 3: Frauen (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

Referenzbereich: <= 0,7% (95%-Bundesperzentile)

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation*			
	69 / 21.158	44 / 13.175	25 / 7.983
	0,3%	0,3%	0,3%
Vertrauensbereich	0,25% - 0,41%		
Referenzbereich	<= 0,7%		
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	34 / 3.131	23 / 1.982	11 / 1.149
	1,1%	1,2%	1,0%
stabile Angina pectoris	8 / 2.397	6 / 1.531	2 / 866
	0,3%	0,4%	0,2%
Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe	22 / 10.437	11 / 6.106	11 / 4.331
	0,2%	0,2%	0,3%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	8 / 4.609	8 / 2.963	0 / 1.646
	0,2%	0,3%	0,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation*						
				63 / 16.795	43 / 10.836	20 / 5.959
				0,4%	0,4%	0,3%
Vertrauensbereich	0,20% - 0,52%					

* Doppeldokumentation möglich

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 20]:

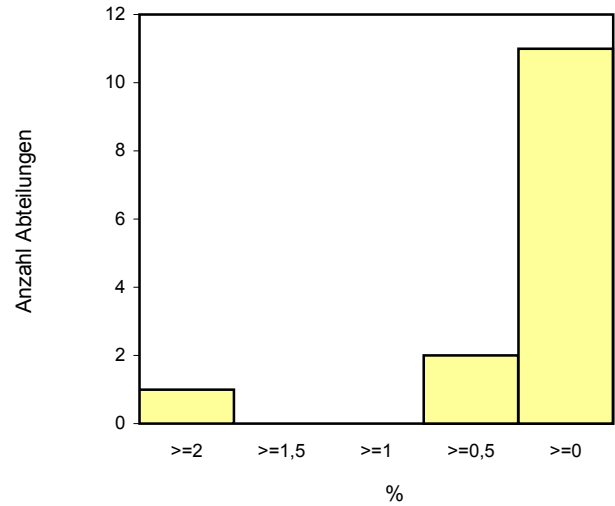
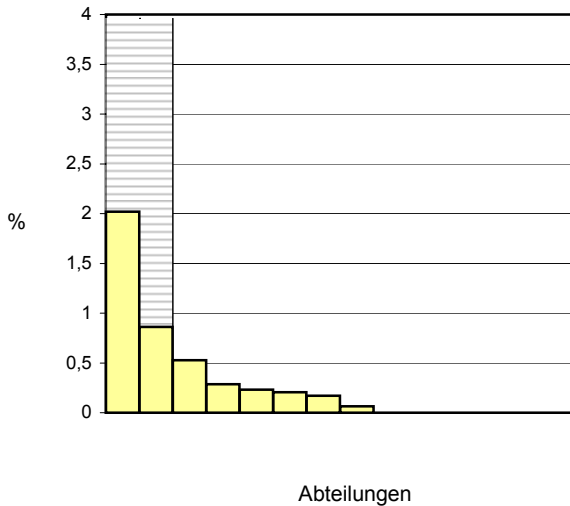
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,0%

Median der Abteilungswerte: 0,1%



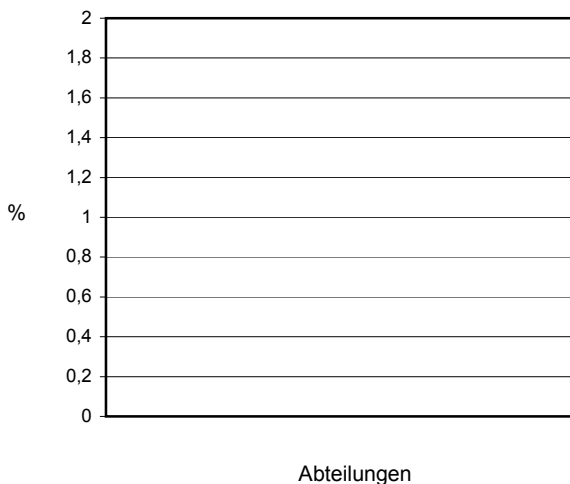
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Todesfälle bei PTCA

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale* Todesfälle bei PTCA

Grundgesamtheit: Alle PTCA

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor)			26 / 10.082	0,3%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			21 / 4.585	0,5%
stabile Angina pectoris			4 / 4.370	0,1%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			4 / 2.928	0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			3 / 1.919	0,2%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			9 / 822	1,1%
Diabetes mellitus			8 / 3.213	0,2%
Niereninsuffizienz			5 / 1.364	0,4%
Z.n. Bypass			1 / 812	0,1%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			12 / 128	9,4%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			70 / 9.791	0,7%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			54 / 4.390	1,2%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			14 / 4.284	0,3%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			12 / 2.883	0,4%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			9 / 1.882	0,5%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			32 / 3.116	1,0%
Diabetes mellitus			24 / 1.325	1,8%
Niereninsuffizienz			4 / 782	0,5%
Z.n. Bypass			20 / 788	2,5%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			15 / 128	11,7%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

Referenzbereich: <= 2,4% (95%-Bundesperzentile)

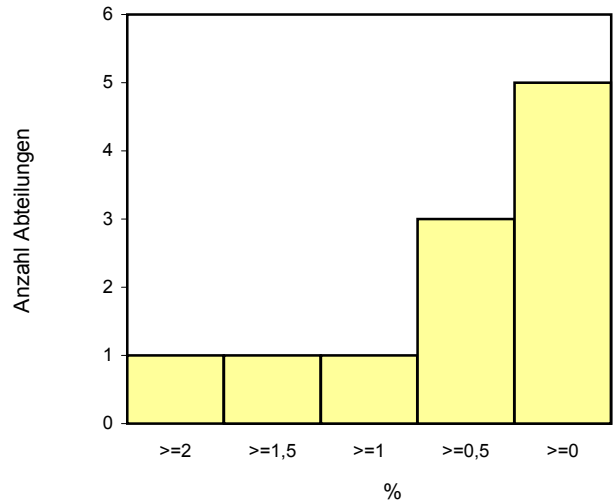
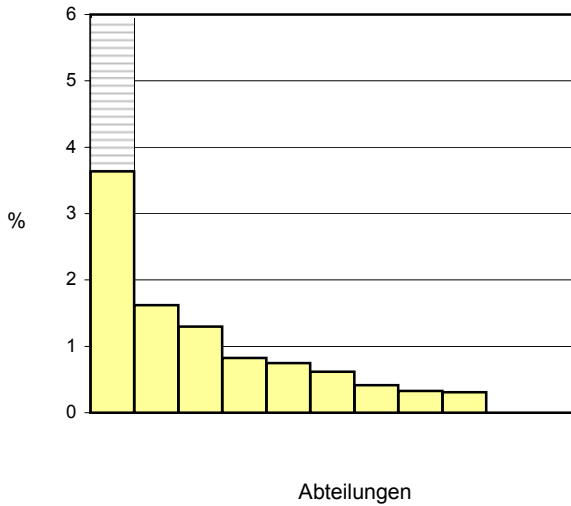
			Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation*			81 / 9.791	0,8%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,03%
Referenzbereich		<= 2,4%		<= 2,4%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			64 / 4.390	1,5%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			14 / 4.284	0,3%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			12 / 2.883	0,4%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			9 / 1.882	0,5%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			38 / 3.116	1,2%
Diabetes mellitus			25 / 1.325	1,9%
Niereninsuffizienz			5 / 782	0,6%
Z.n. Bypass			23 / 788	2,9%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			20 / 128	15,6%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation*			92 / 7.179	1,3%
Vertrauensbereich				1,03% - 1,57%

* Doppeldokumentation möglich

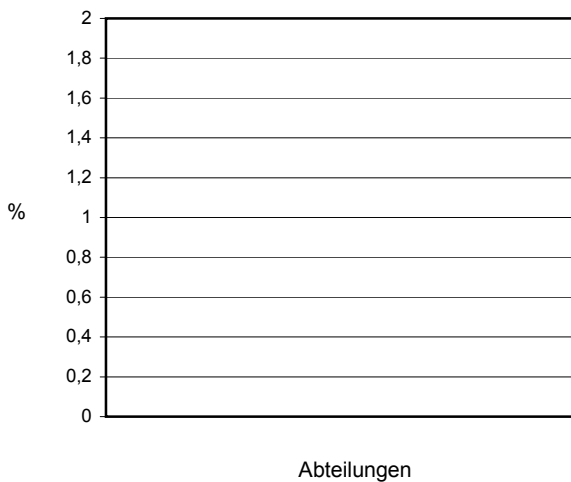
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 21]:
 Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des
 Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA**
 4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,6%
 Median der Abteilungswerte: 0,6%



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Infarkte als postprozedurale Komplikationen bei PTCA

Qualitätsziel: Selten postprozedurale* Herzinfarkte bei PTCA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

Referenzbereich: <= 1,5% (95%-Bundesperzentile)

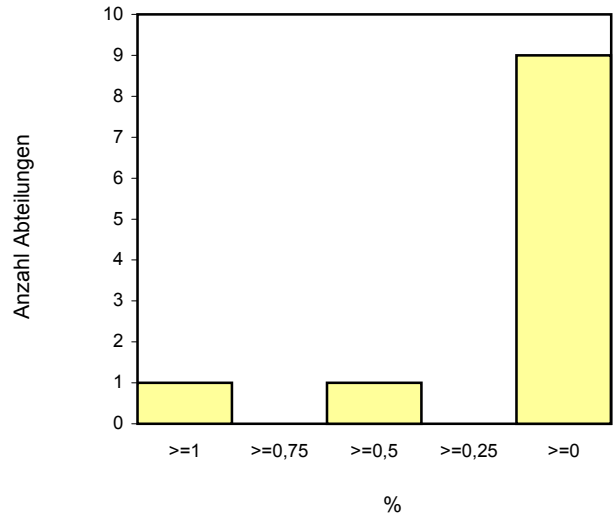
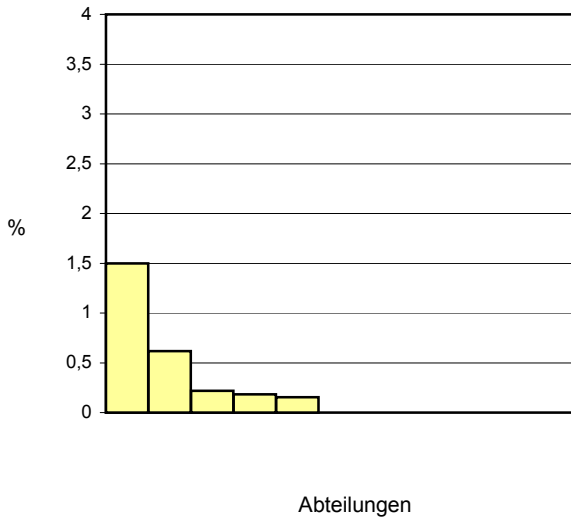
	Gesamt 2004			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt			47 / 9.791	0,5%
Vertrauensbereich				0,35% - 0,64%
Referenzbereich		<= 1,5%		<= 1,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt			43 / 7.179	0,6%
Vertrauensbereich				0,43% - 0,81%

*maximal 36h nach der letzten Prozedur

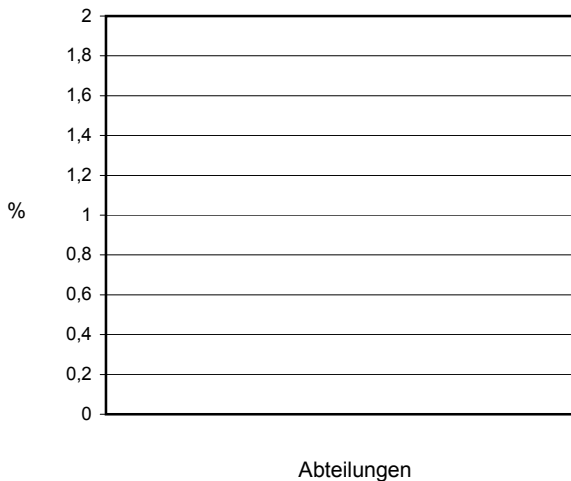
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 22]:
 Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt von allen Patienten mit PTCA**
 4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,5%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien

Qualitätsziel: Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

Referenzbereich: <= 5,0 min (95%-Bundesperzentile)

	Durchleuchtungsdauer (min)	Gesamt 2004	
		Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
Koronarangiographien		4,6	3,0
Referenzbereich	<= 5,0 min		<= 5,0 min

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
Koronarangiographien			4,6	3,0

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 23]:

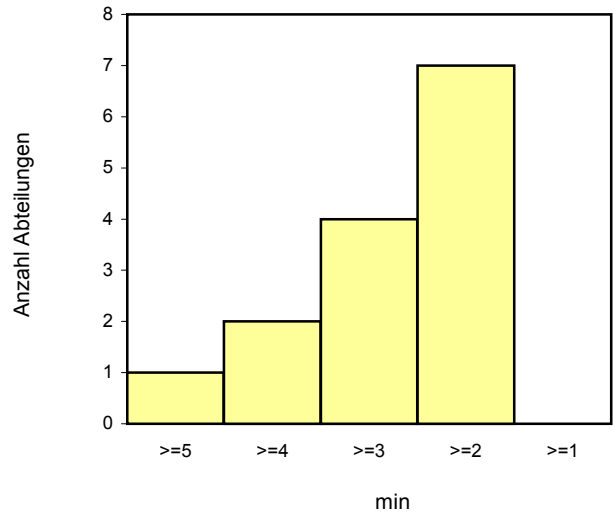
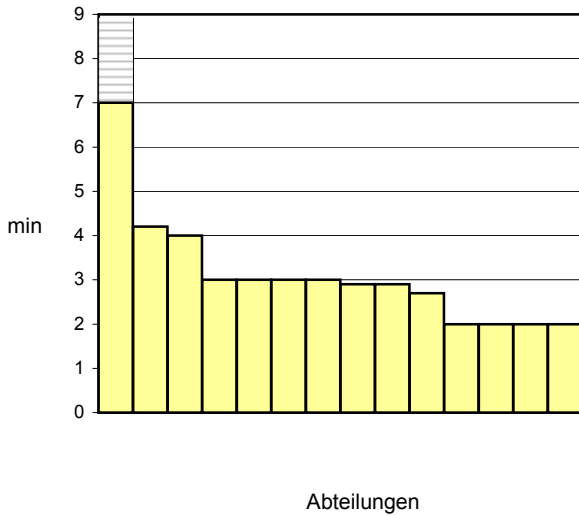
Median der Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 2,0 min - 7,0 min

Median der Abteilungswerte: 3,0 min



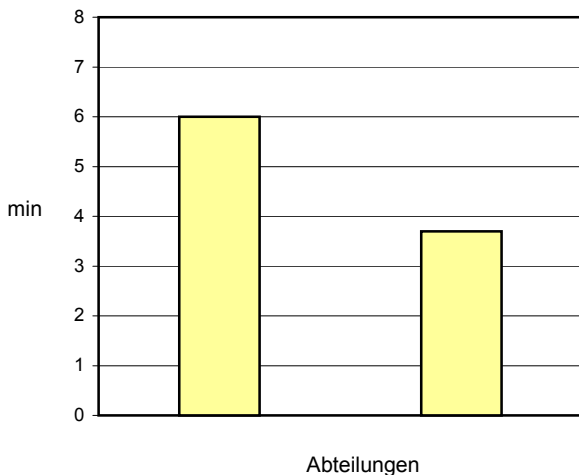
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 3,7 min - 6,0 min

Median der Abteilungswerte: 4,9 min



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Durchleuchtungsdauer bei PTCA

Qualitätsziel: Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer bei PTCA

Grundgesamtheit: Alle PTCA (ohne Einzeitig-PTCA)

Referenzbereich: <= 12,0 min (95%-Bundesperzentile)

	Durchleuchtungsdauer (min)	Gesamt 2004	
		Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
PTCA		9,8	7,0
Referenzbereich	<= 12,0 min		<= 12,0 min

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
PTCA			10,0	7,0

Grundgesamtheit: Alle Einzeitig-PTCA

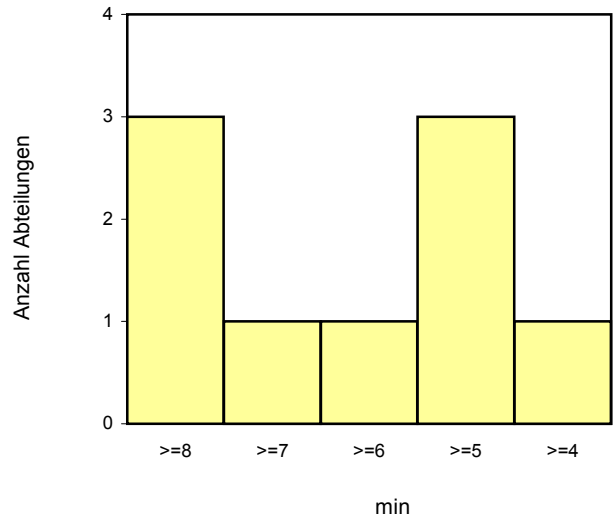
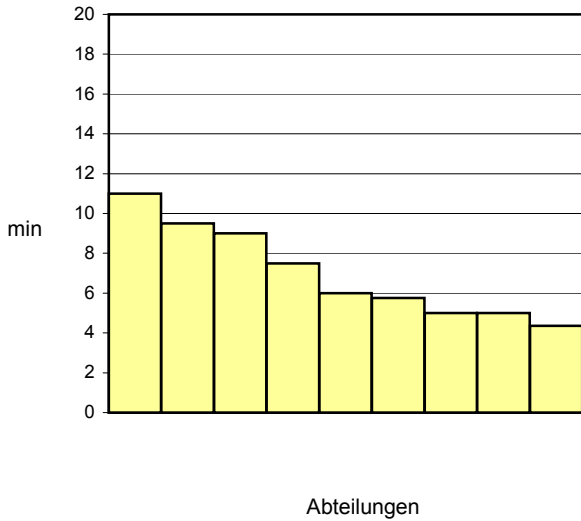
Referenzbereich: <= 13,0 min (95%-Bundesperzentile)

	Durchleuchtungsdauer (min)	Gesamt 2004	
		Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
Einzeitig-PTCA		10,1	7,7
Referenzbereich	<= 13,0 min		<= 13,0 min

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median	Durchleuchtungsdauer (min) Mittelwert	Median
Einzeitig-PTCA			9,3	7,0

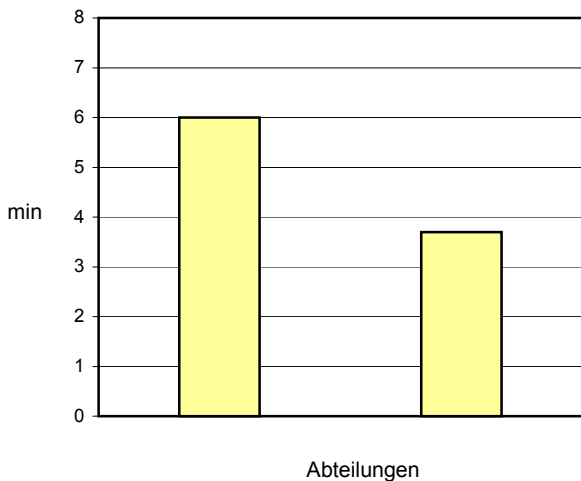
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 24]:
Median der Durchleuchtungsdauer von allen PTCA (ohne Einzeitig-PTCA)
 6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 4,4 min - 11,0 min
 Median der Abteilungswerte: 6,0 min



9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

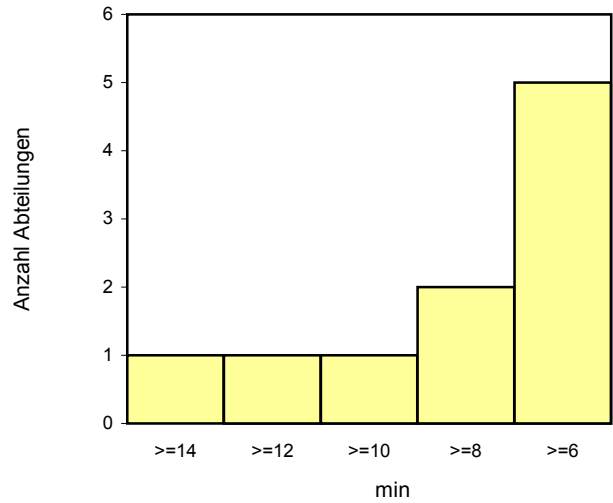
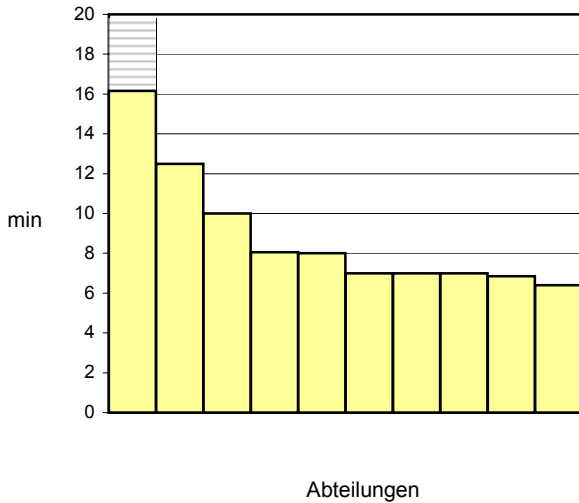
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 3,7 min - 6,0 min
 Median der Abteilungswerte: 4,9 min



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

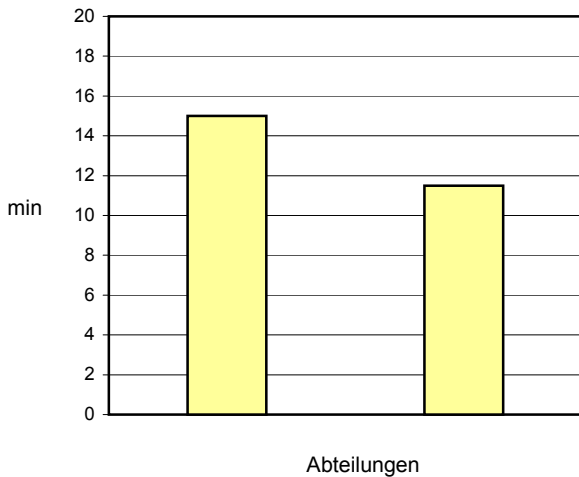
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 25]:
Median der Durchleuchtungsdauer von allen Einzeitig-PTCA
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 6,4 min - 16,2 min
 Median der Abteilungswerte: 7,5 min



10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 11,5 min - 15,0 min
 Median der Abteilungswerte: 13,3 min



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographien

Qualitätsziel: Möglichst geringe Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographien

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)*

Referenzbereich: <= 155,0 ml (95%-Bundesperzentile)

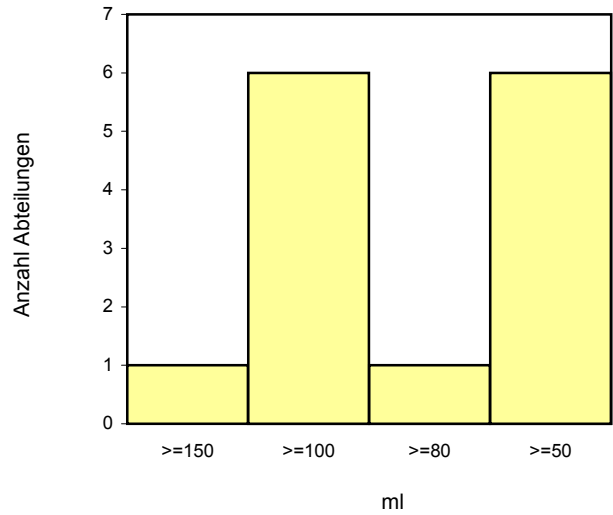
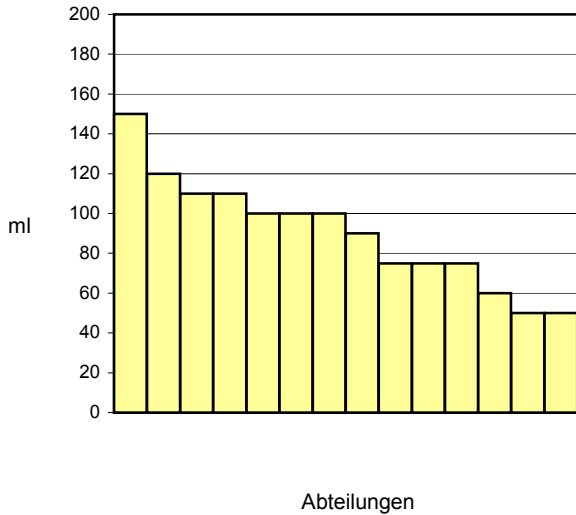
	Kontrastmittelmenge (ml)	Gesamt 2004	
		Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
Koronarangiographien		95,7	90,0
Referenzbereich	<= 155,0 ml		<= 155,0 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)		88,6	80,0

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
Koronarangiographien			100,3	90,0

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

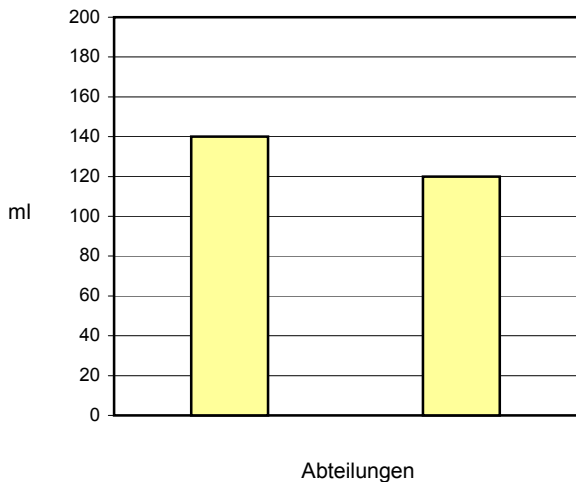
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 26]:
Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)
 1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 50,0 ml - 150,0 ml
 Median der Abteilungswerte: 95,0 ml



14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 120,0 ml - 140,0 ml
 Median der Abteilungswerte: 130,0 ml



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Kontrastmittelmenge bei PTCA

Qualitätsziel: Möglichst geringe Kontrastmittelmenge bei PTCA

Grundgesamtheit: Alle PTCA (ohne Einzeitig-PTCA)*

Referenzbereich: <= 210,0 ml (95%-Bundesperzentile)

	Kontrastmittelmenge (ml)	Gesamt 2004	
		Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
PTCA		135,1	120,0
Referenzbereich	<= 210,0 ml		<= 210,0 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)		123,6	110,0

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
PTCA			143,9	120,0

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

Grundgesamtheit: Alle Einzeitig-PTCA*

Referenzbereich: <= 270,0 ml (95%-Bundesperzentile)

	Kontrastmittelmenge (ml)	Gesamt 2004	
		Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
Einzeitig-PTCA		167,4	150,0
Referenzbereich	<= 270,0 ml		<= 270,0 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)		159,8	140,0

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median	Kontrastmittelmenge (ml) Mittelwert	Median
Einzeitig-PTCA			179,9	160,0

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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 27]:

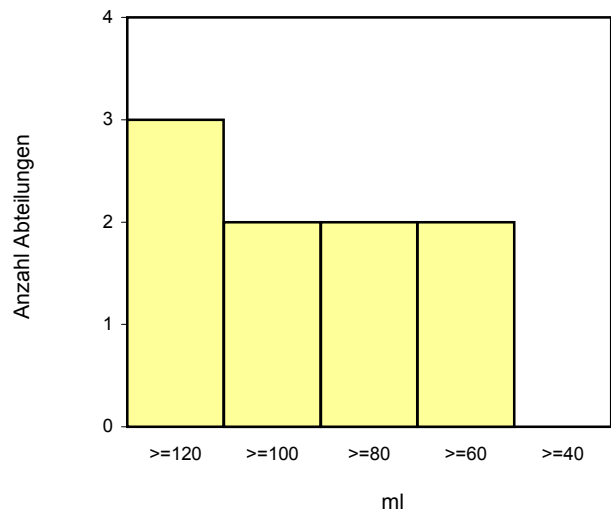
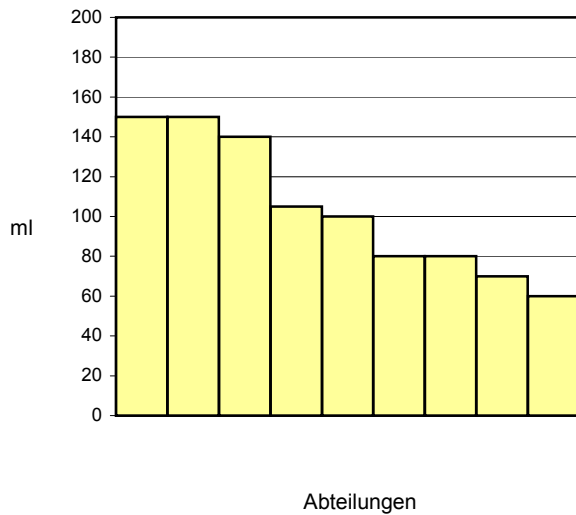
Median der Kontrastmittelmenge von allen PTCA

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 60,0 ml - 150,0 ml

Median der Abteilungswerte: 100,0 ml



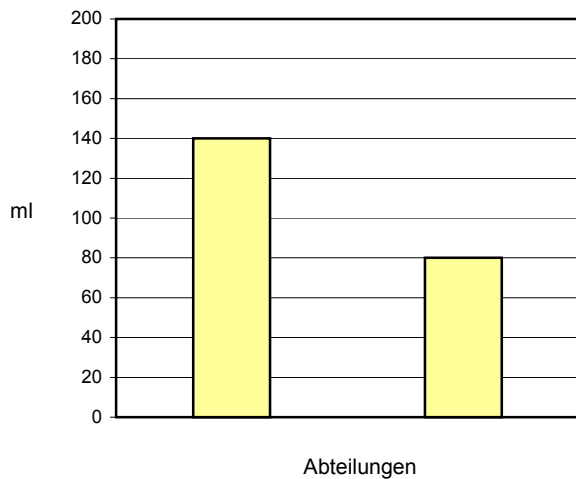
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 80,0 ml - 140,0 ml

Median der Abteilungswerte: 110,0 ml

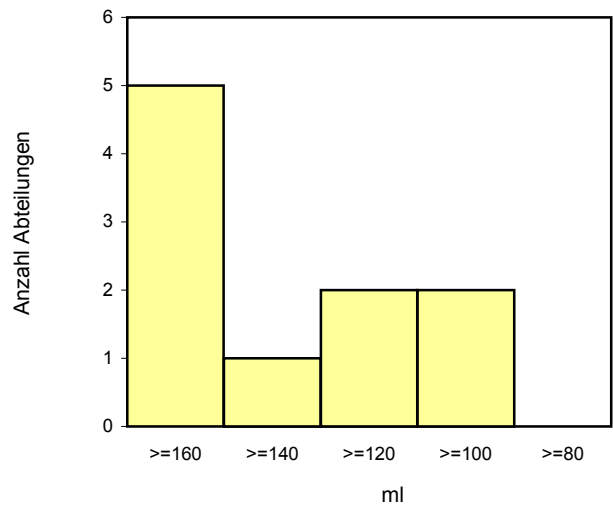
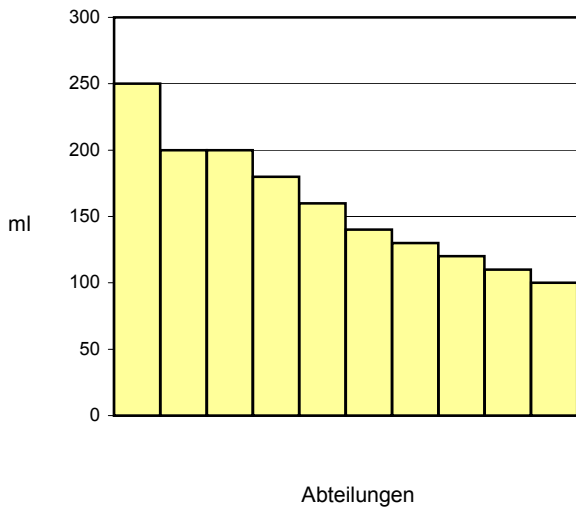


2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

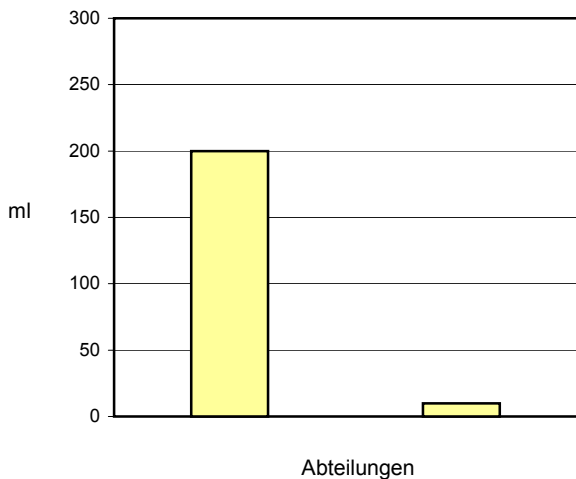
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 28]:
Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PTCA
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 100,0 ml - 250,0 ml
 Median der Abteilungswerte: 150,0 ml



10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 10,0 ml - 200,0 ml
 Median der Abteilungswerte: 105,0 ml



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2004
Koronarangiographie und perkutane
transluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 17
Auswertungsversion: 12. Mai 2005
Datensatzversion: 21/3 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 19. Mai 2005
Nr. Gesamt-2514
2004 - D3265-L19917-P13693

Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			8.245	26,6	4.686	19,5
2. Quartal			7.829	25,3	5.321	22,2
3. Quartal			7.213	23,3	6.690	27,9
4. Quartal			7.662	24,8	7.277	30,4
Gesamt			30.949	100,0	23.974	100,0
Anzahl Prozeduren			31.975		24.768	
Anzahl PTCAs			10.082		7.376	
Anzahl Koronarangiographien			30.236		23.222	

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

Patienten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
gültige Altersangaben			30.949	100,0	23.974	100,0
davon						
18 - 39			487	1,6	366	1,5
40 - 59			6.377	20,6	5.281	22,0
60 - 69			10.863	35,1	8.676	36,2
70 - 79			10.324	33,4	7.668	32,0
>= 80			2.898	9,4	1.983	8,3
Alter						
Median				68,0		67,0
Minimum - Mittelwert - Maximum			18,0	66,5	97,0	18,0 66,0 97,0
Geschlecht						
männlich			20.160	65,1	16.067	67,0
weiblich			10.789	34,9	7.907	33,0

Diagnostische Prozeduren* OPS-301 Version 2004

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kombinierte Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung						
1-272.0	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel		2.007	6,6	20	0,1
1-272.1	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung		724	2,4	14	0,1
1-272.2	Koronarangiographie und Druckmessung in der Aorta		239	0,8	70	0,3
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung						
1-275.0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen		8.251	27,3	6.191	26,7
1-275.1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel		559	1,8	145	0,6
1-275.2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel		10.675	35,3	7.444	32,1
1-275.3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung		8.387	27,7	8.274	35,6
1-275.4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung		1.784	5,9	2.145	9,2
1-275.5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen		2.248	7,4	1.685	7,3
	sonstige OPS-Kodes		1	0,0	1	0,0

*Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich)

Interventionelle Prozeduren* OPS-301 Version 2004

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen						
8-837.00	Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie		9.122	90,5	7.139	96,8
8-837.01	Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien		465	4,6	218	3,0
	Einlegen eines nicht medikamenten- freisetzenden Stents					
8-837.k0**	Ein Stent in eine Koronararterie		4.368	43,3		
8-837.k1**	Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie		1.443	14,3		
8-837.k2**	Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien		364	3,6		
8-837.kx**	Sonstige		4	0,0		
	Einlegen eines medikamenten- freisetzenden Stents					
8-837.m0**	Ein Stent in eine Koronararterie		422	4,2		
8-837.m1**	2 Stents in eine Koronararterie		68	0,7		
8-837.m2**	2 Stents in mehrere Koronararterien		23	0,2		
8-837.m3**	Mindestens 3 Stents in eine Koronararterie		10	0,1		
8-837.m4**	Mindestens 3 Stents in mehrere Koronararterien		4	0,0		
8-837.mx**	Sonstige		0	0,0		

*Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich)

**Für das Jahr 2003 ist der OPS-301 Version 2004 für die Schlüssel 8-837.k0 – 8-837.kx und 8-837.m0 – 8-837.mx nicht gültig.
 Die Einträge in diesen 10 Zeilen für die Spalte 2003 entfallen daher.

Interventionelle Prozeduren* OPS-301 Version 2004

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einlegen eines Stents						
8-837.30** Ein Stent in eine Koronararterie					568	7,7
8-837.31** Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie					48	0,7
8-837.32** Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien					5	0,1
8-837.3x** Sonstige					0	0,0

*Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich)

**Für das Jahr 2004 ist der OPS-301 Version 2.1 für die Schlüssel 8-837.30 – 8-837.3x nicht gültig.

Die Einträge in diesen 4 Zeilen für die Spalte 2004 entfallen daher.

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt

1	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
2	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung
3	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung
4	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung
5	E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
6	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
7	Z95.5	Vorhandensein eines Implantates oder Transplantates nach koronarer Gefäßplastik
8	I20.0	Instabile Angina pectoris

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				I10.00	6.853	22,1	I25.11	12.581	52,5
2				I25.13	5.587	18,1	I10	6.388	26,6
3				I25.11	5.523	17,8	I25.2	1.928	8,0
4				I25.12	4.313	13,9	E66.0	1.890	7,9
5				E78.2	3.978	12,9	I34.0	1.769	7,4
6				I20.8	3.311	10,7	Z95.5	1.657	6,9
7				Z95.5	2.834	9,2	E78.2	1.651	6,9
8				I20.0	2.619	8,5	I48	1.596	6,7

*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Vorgeschichte

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			30.949		23.974	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			15.236	49,2	12.608	52,6
ja			15.252	49,3	11.053	46,1
unbekannt			461	1,5	313	1,3
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			21.633	69,9	16.492	68,8
ja			8.801	28,4	7.037	29,4
unbekannt			515	1,7	445	1,9
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			28.293	91,4	21.772	90,8
ja			2.611	8,4	2.080	8,7
unbekannt			45	0,1	122	0,5
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			23.396	75,6	17.326	72,3
ja			3.054	9,9	2.321	9,7
fraglich			883	2,9	889	3,7
unbekannt			3.616	11,7	3.438	14,3
Diabetes mellitus						
nein			20.823	67,3	16.243	67,8
ja			9.365	30,3	6.896	28,8
unbekannt			761	2,5	835	3,5
Niereninsuffizienz						
nein			25.412	82,1	20.830	86,9
dialysepflichtig			998	3,2	722	3,0
nicht dialysepflichtig			3.258	10,5	1.837	7,7
unbekannt			1.281	4,1	585	2,4

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruhe-angina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			23.428	75,7	18.120	75,6
ja			7.521	24,3	5.854	24,4
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			7.654 / 23.428	32,7	5.852 / 18.120	32,3
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.940 / 23.428	12,5	2.511 / 18.120	13,9
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			8.825 / 23.428	37,7	6.875 / 18.120	37,9
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.409 / 23.428	14,6	2.469 / 18.120	13,6
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			600 / 23.428	2,6	413 / 18.120	2,3
fehlende Angaben			0 / 23.428	0,0	0 / 18.120	0,0
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)						
nein			6.792 / 23.428	29,0	4.833 / 18.120	26,7
ja			6.491 / 23.428	27,7	5.086 / 18.120	28,1
fraglich			2.953 / 23.428	12,6	3.345 / 18.120	18,5
nicht geprüft			7.192 / 23.428	30,7	4.856 / 18.120	26,8
fehlende Angaben			0 / 23.428	0,0	0 / 18.120	0,0
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe						
nein			10.108 / 23.428	43,1	7.544 / 18.120	41,6
ja			13.320 / 23.428	56,9	9.606 / 18.120	53,0
fehlende Angaben			0 / 23.428	0,0	970 / 18.120	5,4
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			15.691 / 23.428	67,0	11.099 / 18.120	61,3
ja			7.737 / 23.428	33,0	5.566 / 18.120	30,7
fehlende Angaben			0 / 23.428	0,0	1.455 / 18.120	8,0

Prozedur

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.975		24.768	
Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			31.975		24.768	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			31.857		24.768	
Median				2,0		1,0
Mittelwert				4,1		3,9
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			28.771	90,0	22.747	91,8
ja			3.204	10,0	2.021	8,2
wenn ja:						
bei Prozedurbeginn						
kardiogener Schock			209 / 3.204	6,5	145 / 2.021	7,2
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			21.893	68,5	17.392	70,2
PTCA			1.739	5,4	1.546	6,2
einzeitig Koronarangiographie und PTCA			8.343	26,1	5.830	23,5

Koronarangiographie

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			30.236		23.222	
Wieviele Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			30.236		23.222	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Zahl der diagnostischen Koronarangiographien > 1:			415 / 30.236	1,4	338 / 23.222	1,5
wenn ja						
Anlass der erneuten diagnostischen Koronarangiographie						
geplante Kontrolle ggf. mit Folge-PTCA			83 / 415	20,0	67 / 338	19,8
neue Angina pectoris			142 / 415	34,2	109 / 338	32,2
neuer Ischämienachweis			96 / 415	23,1	75 / 338	22,2
Sonstige			94 / 415	22,7	87 / 338	25,7
Führende Indikation zur Koronarangiographie						
(Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK			12.055	39,9	9.152	39,4
bekannte KHK			7.723	25,5	5.866	25,3
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (instabile Angina pectoris (Ruheangina))			1.965	6,5	1.446	6,2
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (= Infarkt ohne ST-Hebung)			2.512	8,3	1.574	6,8
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24h nach Stellung der Diagnose			1.717	5,7	1.204	5,2
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) über 24h nach Stellung der Diagnose			938	3,1	777	3,3
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			739	2,4	988	4,3
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			586	1,9	456	2,0
Vitium			1.696	5,6	1.414	6,1
Sonstige			305	1,0	345	1,5

Koronarangiographie

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach Herzkatheter						
(Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet)						
Ausschluss KHK			3.154	10,4	2.846	12,3
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			3.164	10,5	2.409	10,4
funktionelle 1- od. 2-Gefäßerkrankung			11.516	38,1	8.856	38,1
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			6.660	22,0	4.996	21,5
Hauptstammstenose (nicht bypass-geschützt) ab 50%			386	1,3	269	1,2
Kardiomyopathie			1.247	4,1	892	3,8
Aortenklappenerkrankung			1.193	3,9	854	3,7
Mitralklappenerkrankung			561	1,9	442	1,9
anderes Vitium			110	0,4	100	0,4
Aortenaneurysma			83	0,3	68	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.782	5,9	1.196	5,2
andere kardiale Erkrankung			380	1,3	294	1,3
Erste Nebendiagnose nach Herzkatheter						
(Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die Einfluss auf den aktuellen Krankheitszustand des Pat. oder die Therapieentscheidung hat)						
Ausschluss KHK			629	2,1	607	2,6
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			536	1,8	379	1,6
funktionelle 1- od. 2-Gefäßerkrankung			607	2,0	550	2,4
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			300	1,0	324	1,4
Hauptstammstenose (nicht bypass-geschützt) ab 50%			140	0,5	54	0,2
Kardiomyopathie			546	1,8	424	1,8
Aortenklappenerkrankung			438	1,4	317	1,4
Mitralklappenerkrankung			566	1,9	664	2,9
anderes Vitium			31	0,1	54	0,2
Aortenaneurysma			78	0,3	50	0,2
hypertensive Herzerkrankung			1.593	5,3	1.572	6,8
andere kardiale Erkrankung			463	1,5	572	2,5
Therapieempfehlung						
keine			618	2,0	659	2,8
medikamentös			16.199	53,6	12.554	54,1
interventionell			8.667	28,7	6.322	27,2
herzchirurgisch			4.331	14,3	3.356	14,5
Sonstige			421	1,4	331	1,4

PTCA

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PTCA			10.082		7.376	
Wievielte PTCA während dieses Aufenthalts						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			10.082		7.376	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Indikation zur PTCA						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			4.244	42,1	2.721	36,9
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (instabile Angina pectoris (Ruheangina))			1.128	11,2	975	13,2
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (= Infarkt ohne ST-Hebung)			1.518	15,1	1.026	13,9
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24h nach Stellung der Diagnose			1.549	15,4	1.170	15,9
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) nach 24h nach Stellung der Diagnose			714	7,1	599	8,1
stumme Ischämie			339	3,4	179	2,4
prognostische Indikation			400	4,0	451	6,1
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PTCA			27	0,3	34	0,5
Sonstige			163	1,6	221	3,0

PTCA

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PTCA an						
einem Versorgungsgebiet			9.429	93,5	7.018	95,1
zwei Versorgungsgebieten			618	6,1	347	4,7
drei Versorgungsgebieten			35	0,3	11	0,1
PTCA mit besonderen Merkmalen						
nein			5.440	54,0	4.277	58,0
ja			4.642	46,0	3.099	42,0
wenn ja:						
PTCA an komplettem Gefäßverschluss			1.763 / 4.642	38,0	1.304 / 3.099	42,1
PTCA eines Koronarbypasses			169 / 4.642	3,6	160 / 3.099	5,2
PTCA an ungeschütztem Hauptstamm			136 / 4.642	2,9	96 / 3.099	3,1
PTCA einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			1.025 / 4.642	22,1	474 / 3.099	15,3
PTCA an letztem verbliebenen Gefäß			22 / 4.642	0,5	26 / 3.099	0,8
PTCA bei 3-Gefäßerkrankung			2.219 / 4.642	47,8	1.398 / 3.099	45,1
Stent(s) implantiert						
nein			1.593	15,8	1.225	16,6
ja			8.489	84,2	6.151	83,4
Wesentliches Interventionsziel erreicht						
(Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			772	7,7	581	7,9
ja			9.167	90,9	6.697	90,8
fraglich			143	1,4	98	1,3

Prozedurdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.975		24.768	
Durchleuchtungsdauer (auf volle Minuten gerundet)* Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999)			31.975		24.702	
Median				4,0		4,0
Mittelwert				6,4		6,1
Flächendosisprodukt (cGy*cm²) Anzahl (gültiger Wertebereich 500 - 40.000)			22.140		19.943	
Median				2.693		3.070
Mittelwert				3.597		4.181
unbekannt			5.476	17,1	929	3,8
Kontrastmittelmenge (ml) Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999)			31.963		24.737	
Median				100,0		110,0
Mittelwert				116,6		121,7

*Im Jahr 2003 (Datensatzversion 6.0) konnten Durchleuchtungsdauern unter einer Minute nicht dokumentiert werden

Ereignisse oder Komplikationen während der Prozedur

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.975		24.768	
Intraprozedural auftretende Ereignisse oder Komplikationen						
nein			31.746	99,3	24.585	99,3
ja			229	0,7	183	0,7
(Mehrfachnennungen möglich)						
koronarer Verschluss (des dilatierten Gefäßes)			35	0,1	25	0,1
TIA/Schlaganfall			13	0,0	10	0,0
Reanimation			95	0,3	67	0,3
Sonstige			98	0,3	87	0,4
Exitus im Herzkatheterlabor			36	0,1	34	0,1

Ereignisse im Verlauf

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural festgestellte Komplikationen (während dieses Aufenthaltes bis zur Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung, jedoch max. 36 Stunden nach der letzten Prozedur)						
nein			30.519	98,6	23.473	97,9
ja			430	1,4	501	2,1
(Mehrfachnennungen möglich)						
Herzinfarkt			52	0,2	47	0,2
TIA/Schlaganfall			19	0,1	17	0,1
Lungenembolie			1	0,0	3	0,0
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
mit operativer Revision oder Transfusion			78	0,3	94	0,4
ohne operative Revision, aber mit verlängertem stationärem Aufenthalt			111	0,4	177	0,7
Reanimation			64	0,2	57	0,2
Sonstige (z.B. Sepsis)			79	0,3	92	0,4
Tod			86	0,3	73	0,3

Ereignisse im Verlauf

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn intra- oder postprozedurale Komplikationen auftraten: Wurde wegen einer dieser Komplikationen eine koronare Notfallbypass-Operation durchgeführt?						
nein			519	88,0	605	97,3
ja			10	1,7	17	2,7
fehlende Angaben			61 / 590	10,3	0 / 622	0,0
Führte eine dieser Komplikationen während des Aufenthaltes im eigenen Krankenhaus zum Tode?						
nein			462	78,3	515	82,8
ja			64	10,8	68	10,9
fehlende Angaben			64 / 590	10,8	39 / 622	6,3
Wurde der Patient wegen einer dieser Komplikationen in ein anderes Krankenhaus verlegt?						
nein			506	85,8	605	97,3
ja			18	3,1	17	2,7
fehlende Angaben			66 / 590	11,2	0 / 622	0,0
wenn ja: Führte nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus eine dieser Komplikationen innerhalb von 30 Tagen zum Tode?						
nein			10 / 18	55,6	8 / 17	47,1
ja			0 / 18	0,0	1 / 17	5,9
unbekannt			8 / 18	44,4	8 / 17	47,1