

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 Koronar- angiographie(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.

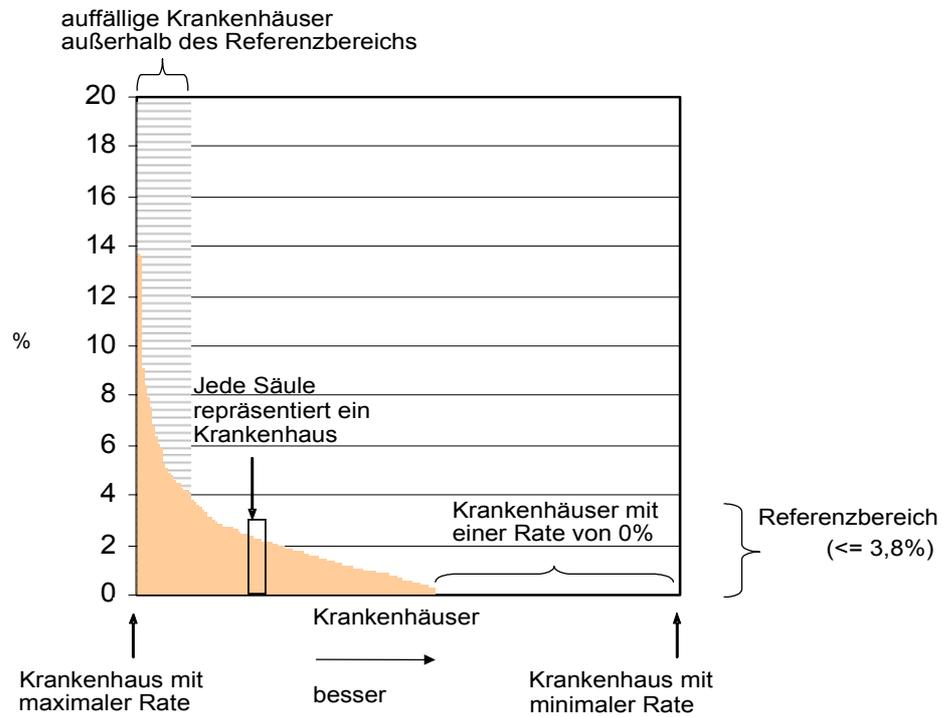
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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 Krankenhäusergebnisse 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.

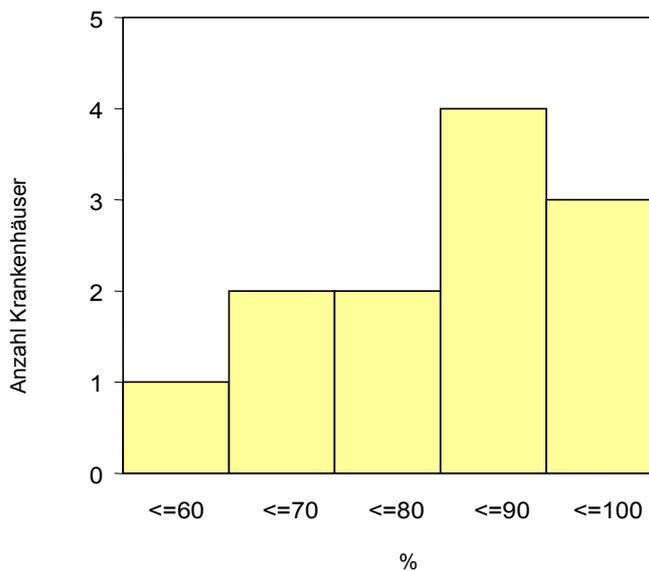
Beispiel:

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]:

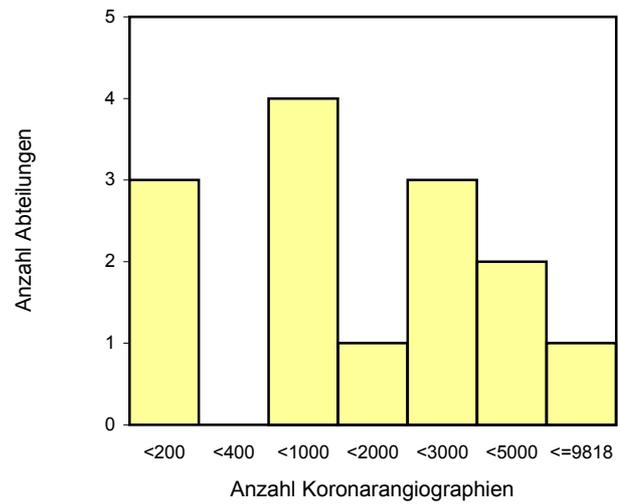
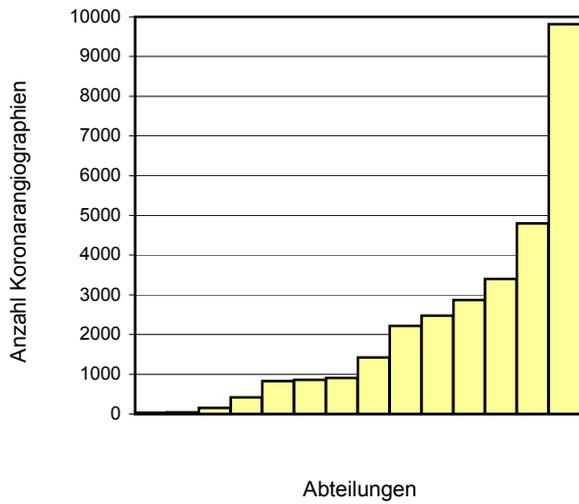
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr

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]:

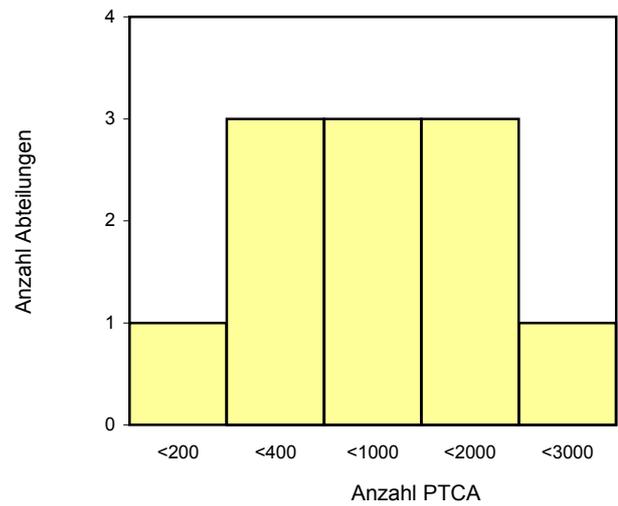
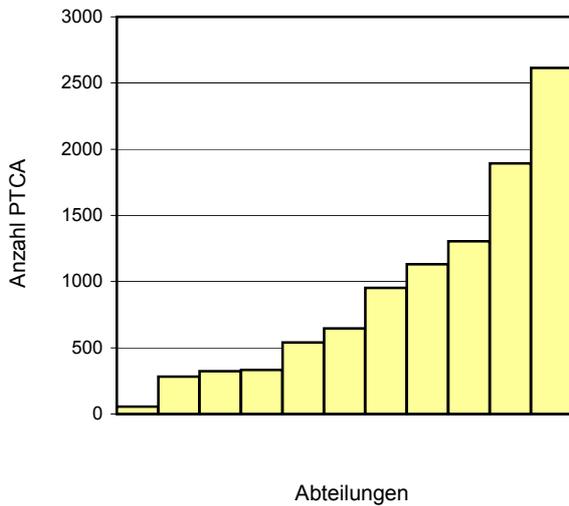
Anzahl dokumentierter PTCA/Jahr

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]:

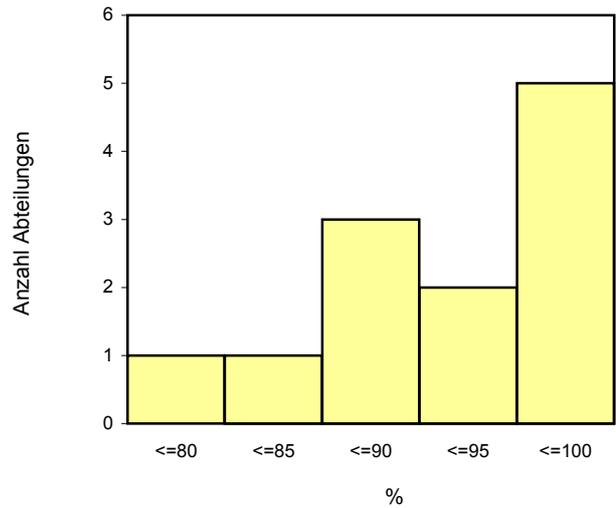
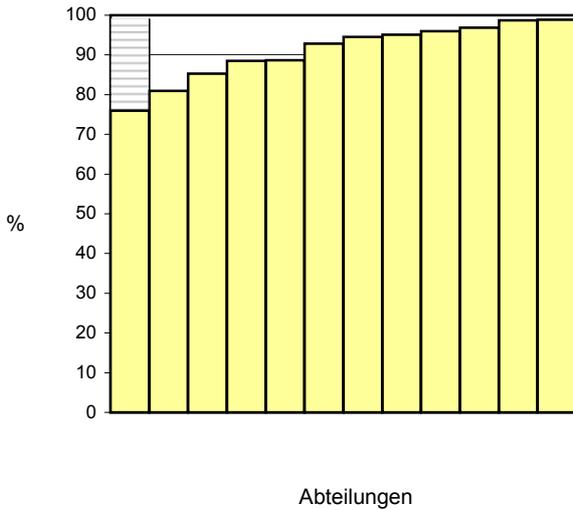
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) von allen Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“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



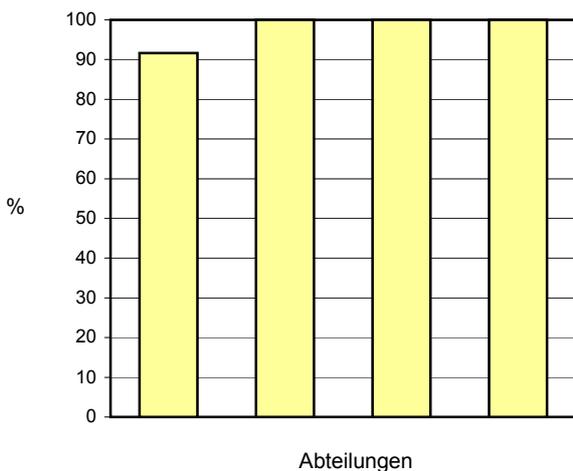
12 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

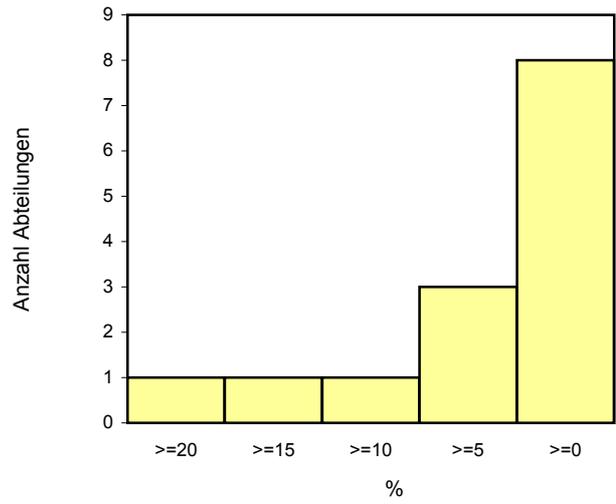
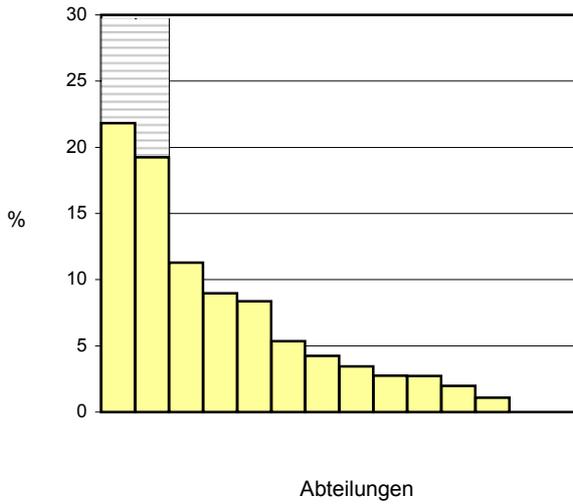
Koronarangiographien bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter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



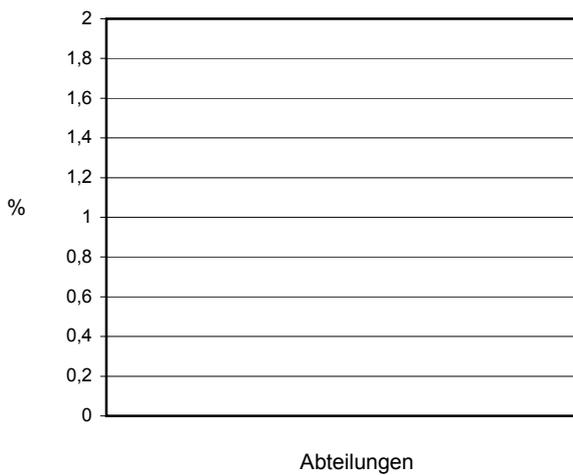
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

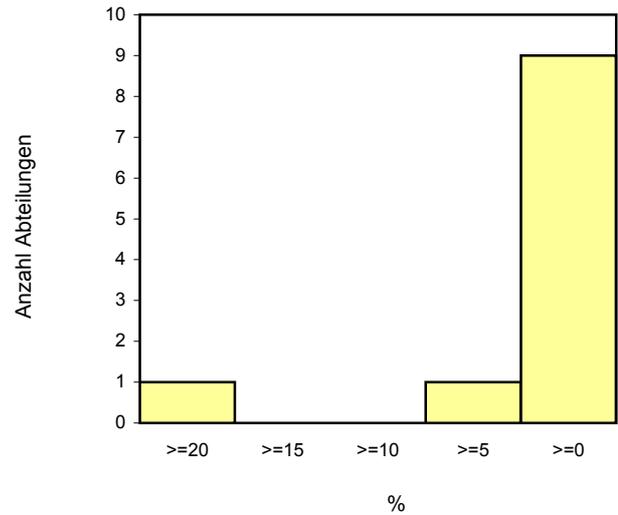
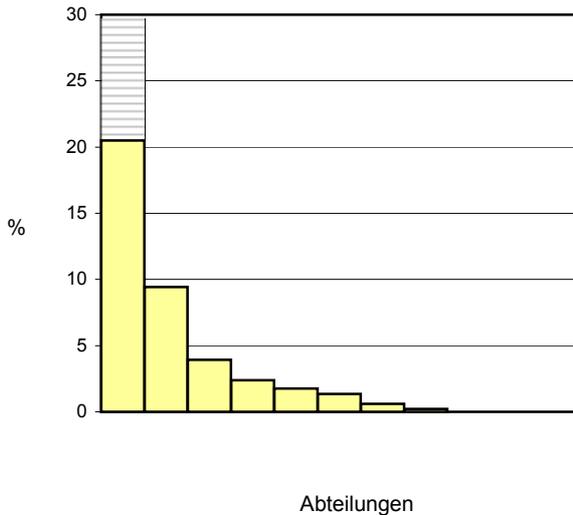
Koronarangiographien mit führender Indikation „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris (nach CCS), ohne kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien 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%



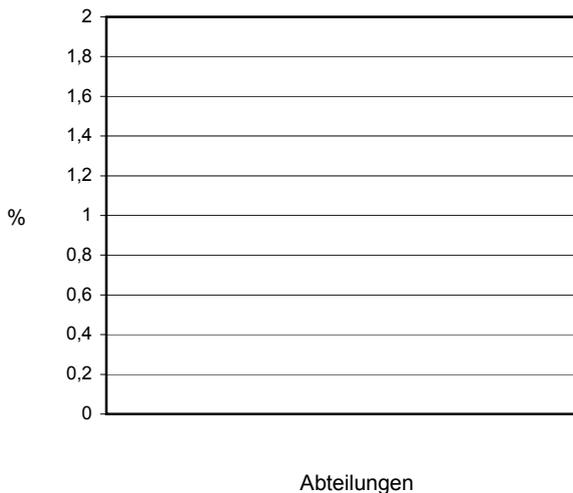
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)

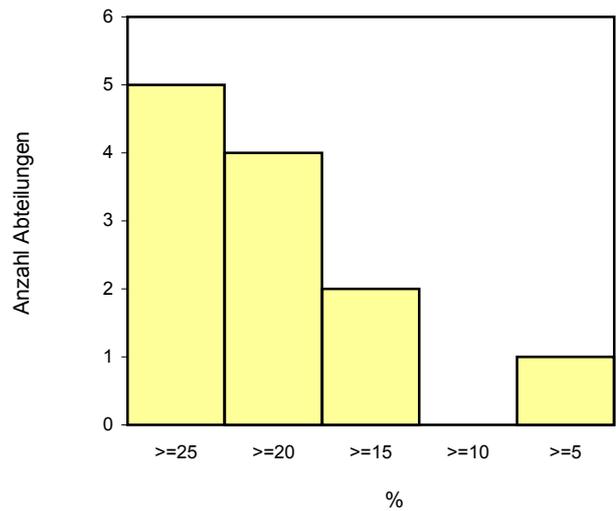
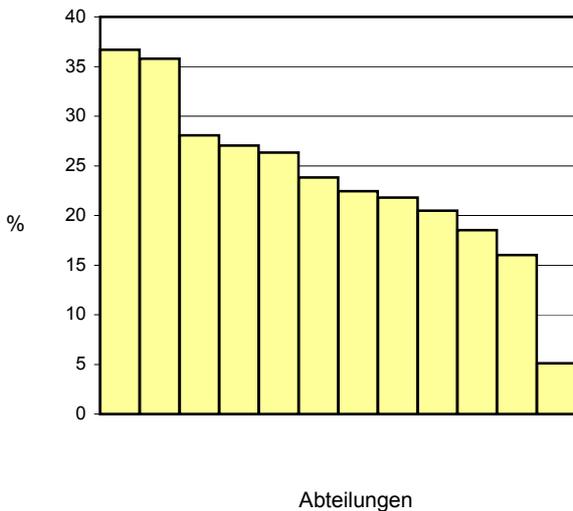
| | | | Gesamt 2004 | |
|--|--------|----------|----------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| <i>Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter</i> | | | | |
| Gruppe 1 | | | | |
| Ausschluss KHK | | | 2.725 / 12.055 | 22,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 21,86% - 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% |

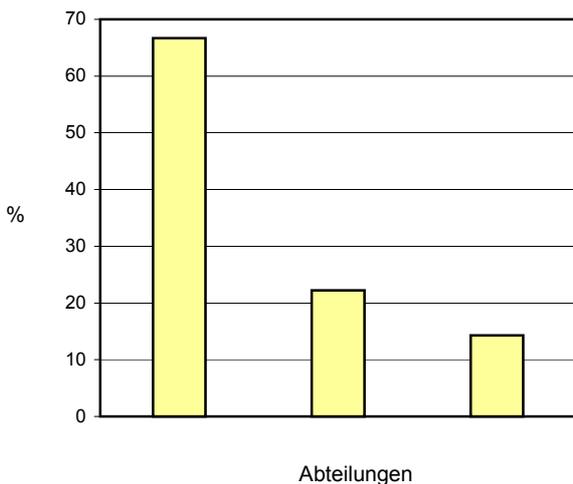
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:
Koronarangiographien mit führender Diagnose nach Herzkatheter „Ausschluss KHK“
von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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“

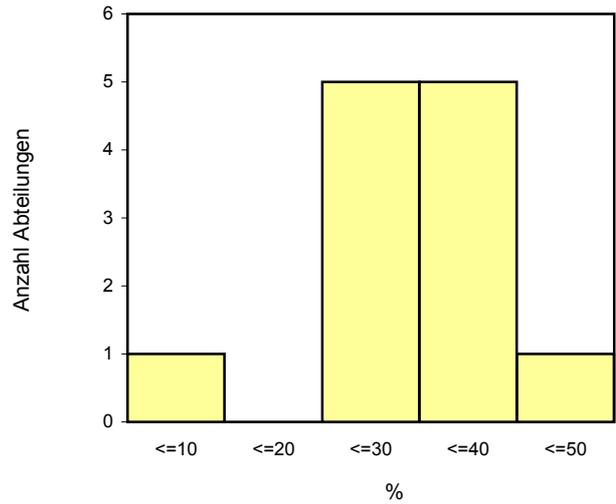
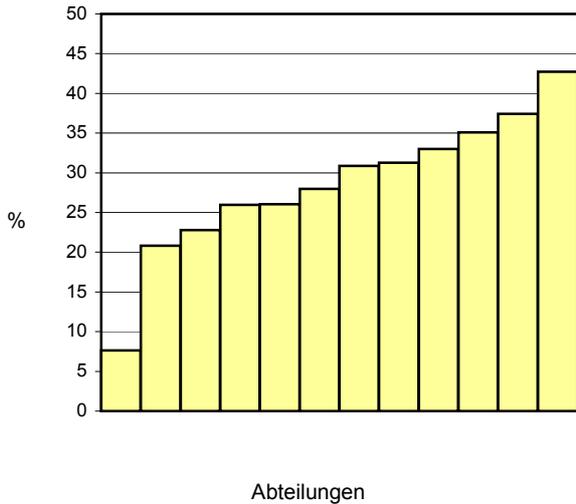
Referenzbereich: Gruppe 1: >= 5,9% (5%-Bundesperzentile)
 Gruppe 2: >= 26,3% (5%-Bundesperzentile)

| | Gesamt 2004 | |
|--|----------------|-----------------|
| | 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 | >= 5,9% | >= 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% |

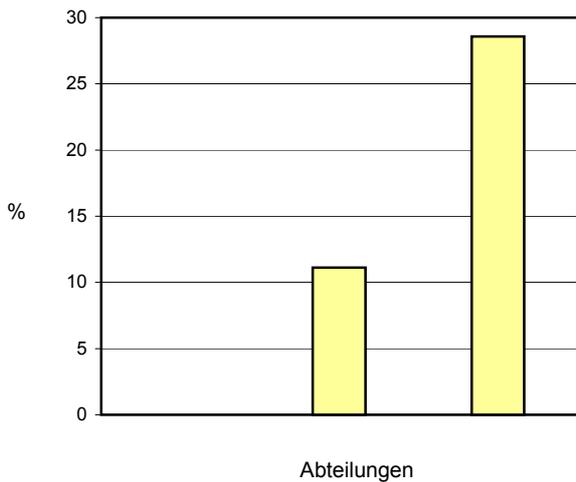
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:
 Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“
 von allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“**
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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.

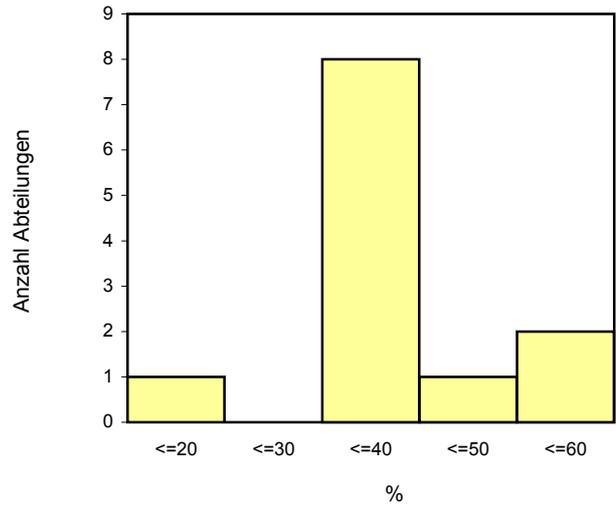
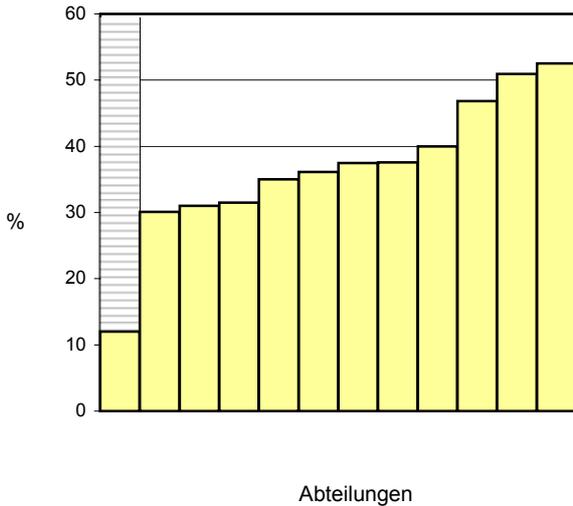
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 28,6%
 Median der Abteilungswerte: 11,1%



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

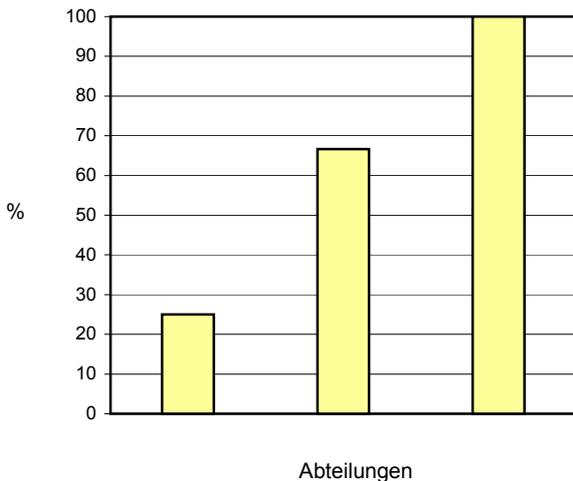
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:
 Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“
 von allen Koronarangiographien mit Indikation „bekannte KHK“**
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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]:

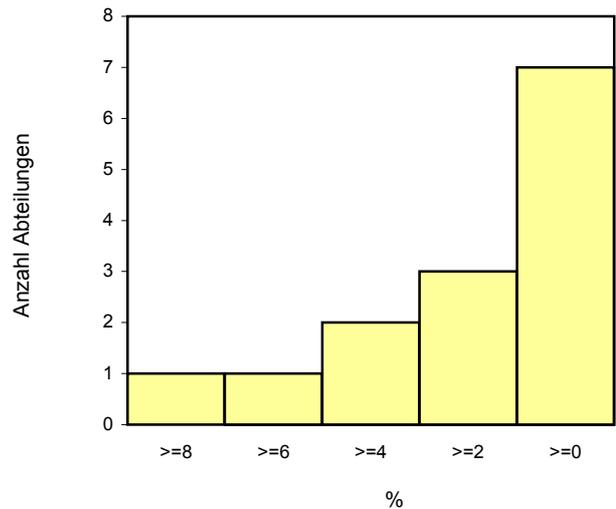
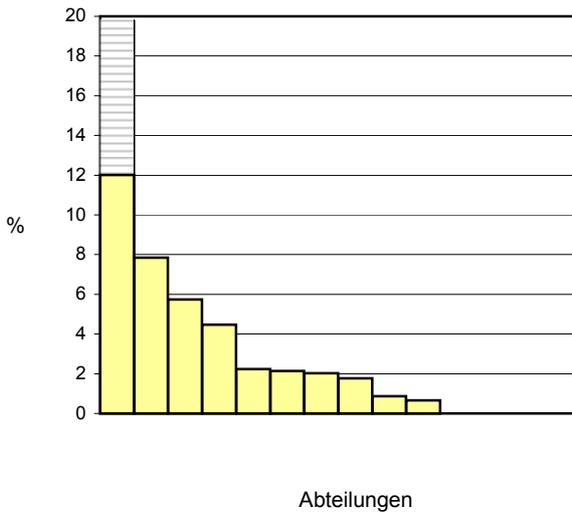
Koronarangiographien bei Patienten mit sonstiger Symptomatik, ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung von allen Koronarangiographien ohne führende Indikation „Vitium“ oder „Myokarderkrankung mit eingeschränkter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



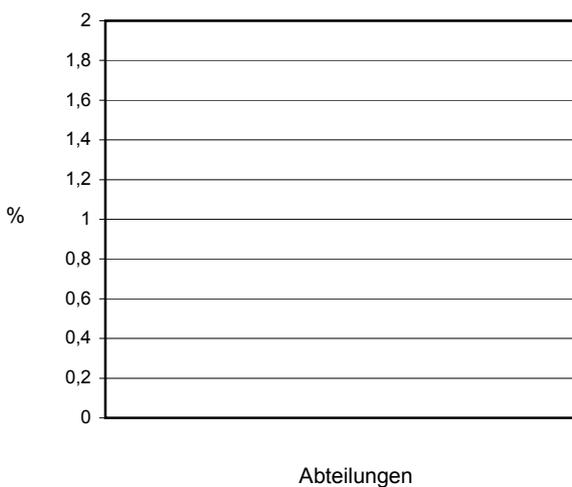
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

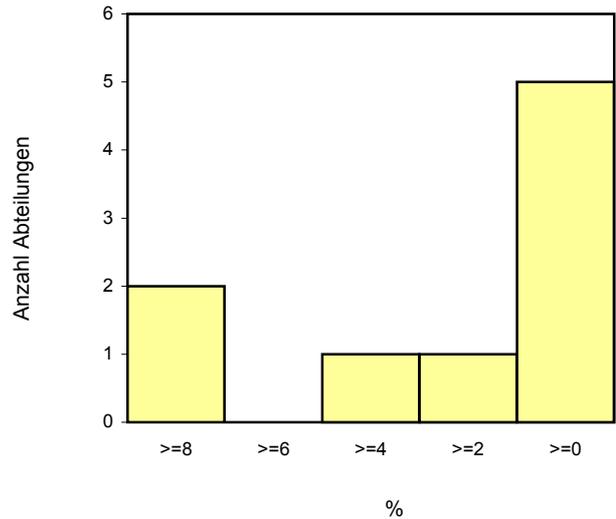
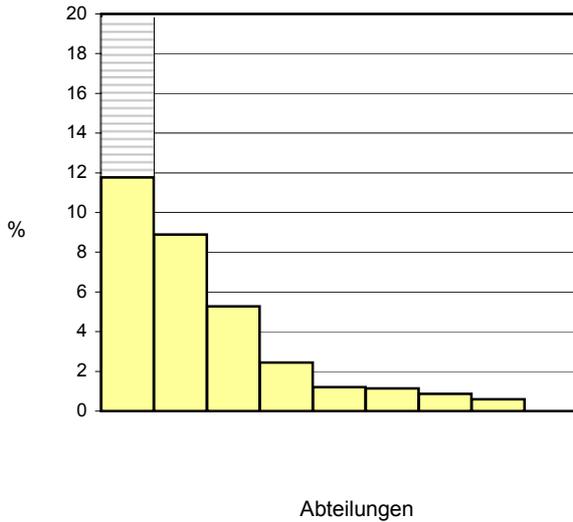
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:
 Erst-PTCA bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris,
 ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung
 von allen Erst-PTCA**

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%

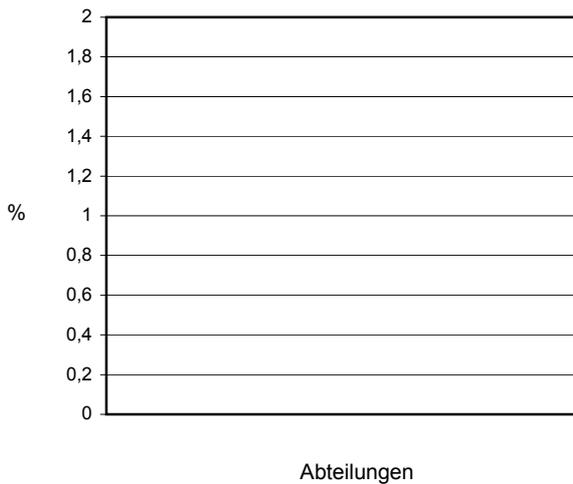


9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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]:

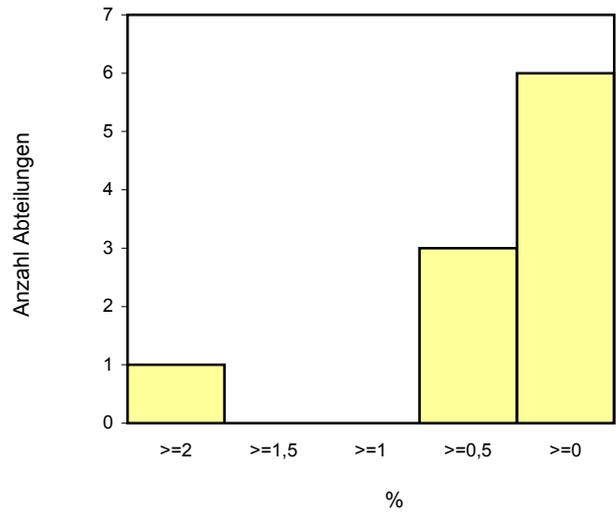
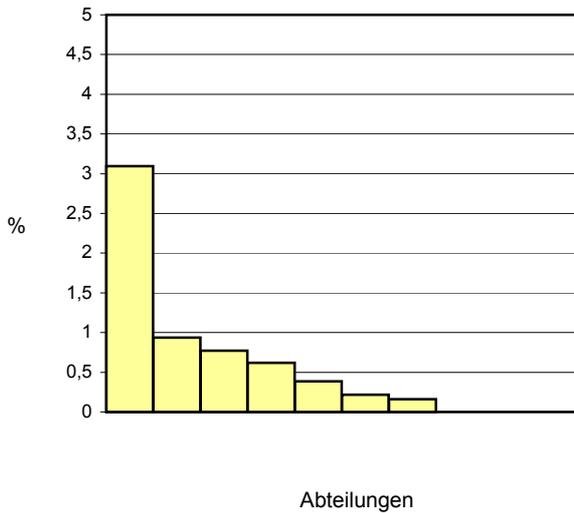
Einzeitig-PTCA mit Diagnose „KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%“ von allen Einzeitig-PTCA

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%



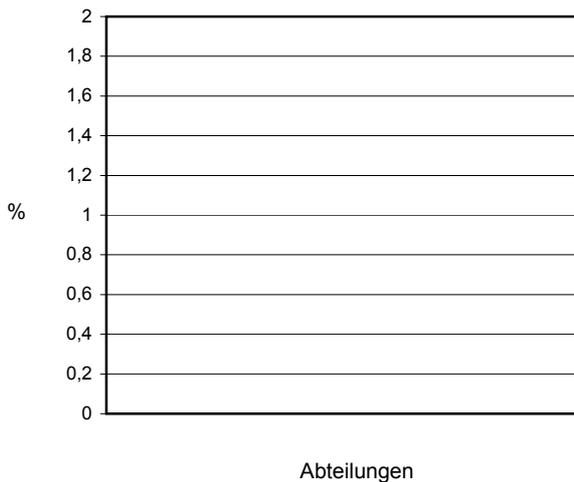
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

| Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0) | Abteilung 2003 | | Gesamt 2003 | |
|--|----------------|---|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| PTCA mit prognostischer Indikation 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) Vertrauensbereich | | | 72 / 7.123 | 1,0% |
| | | | | 0,79% - 1,27% |

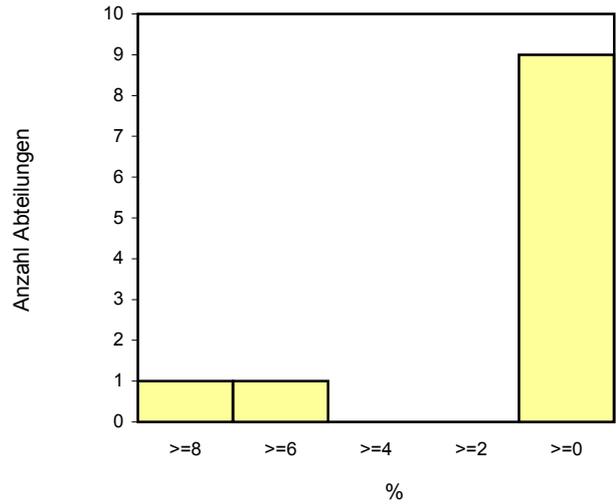
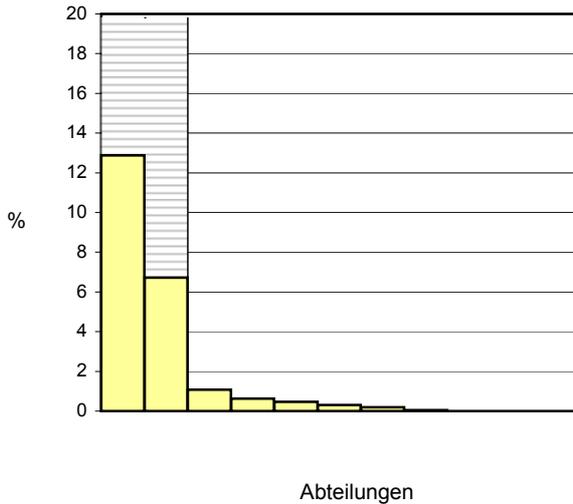
* Grundgesamtheit eingeschränkt auf Fälle mit vollständiger Angabe der klinischen Befunde bei fehlendem akutem Koronarsyndrom

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:

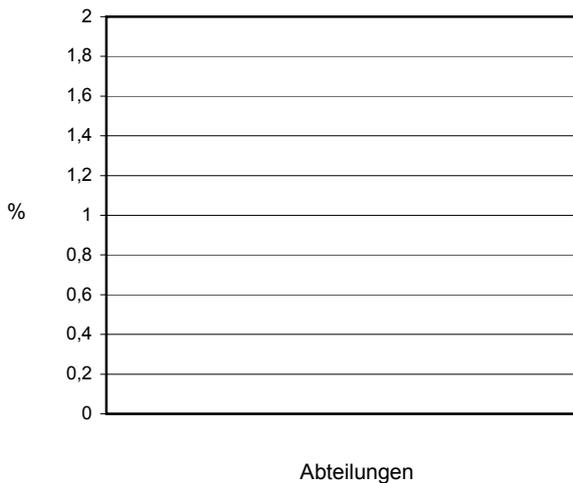
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,9%
 Median der Abteilungswerte: 0,3%



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: $\geq 75,2\%$ (5%-Bundesperzentile)
 chronischer Verschluss: $\geq 31,6\%$ (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 | | $\geq 75,2\%$ | | $\geq 75,2\%$ |
| 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 | | $\geq 31,6\%$ | | $\geq 31,6\%$ |
| 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]:

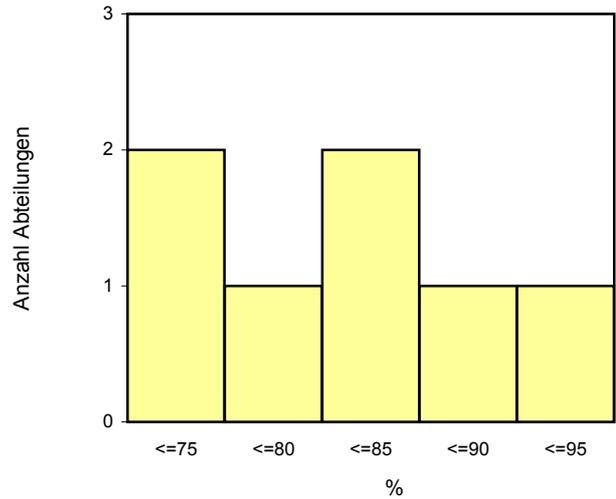
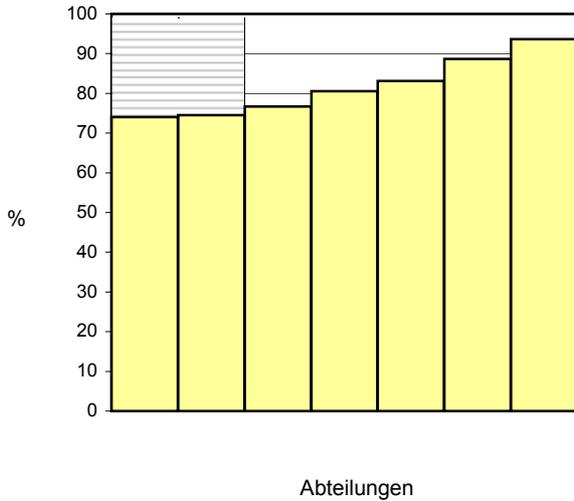
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation akuter Verschluss

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%



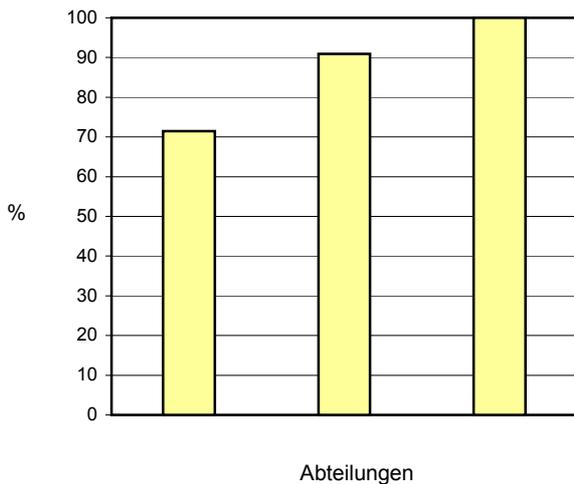
7 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

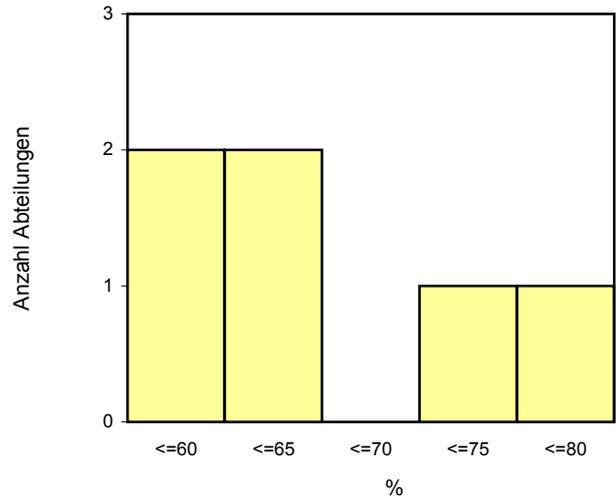
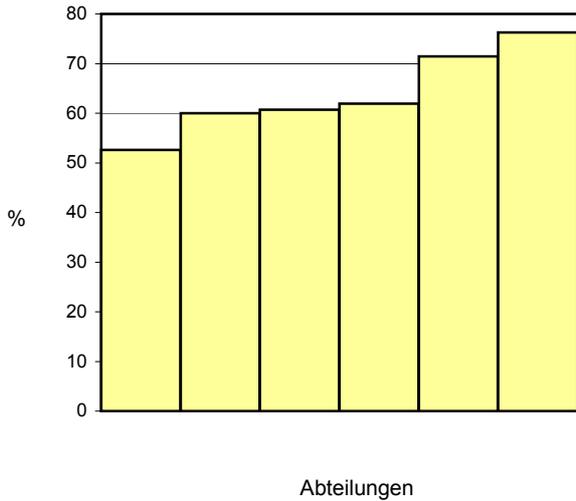
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels von allen PTCA an komplettem Gefäßverschluss bei Indikation chronischer Verschluss

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%



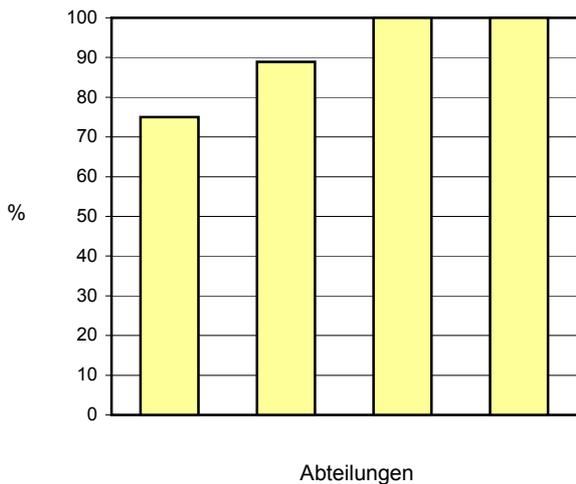
6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% |

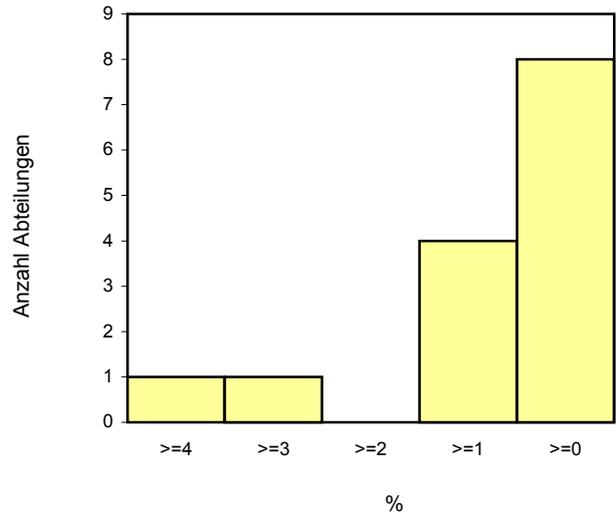
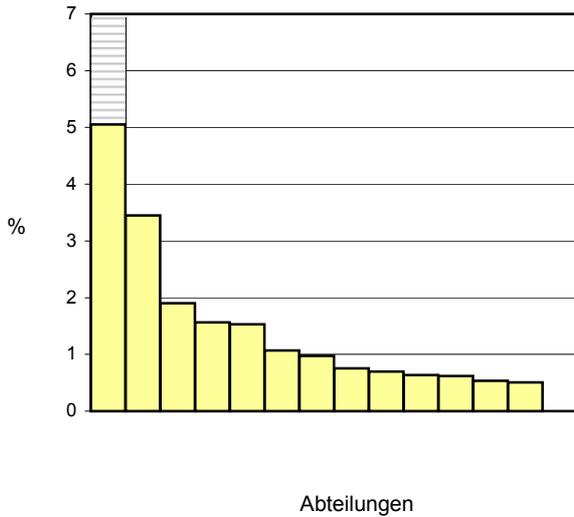
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

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%



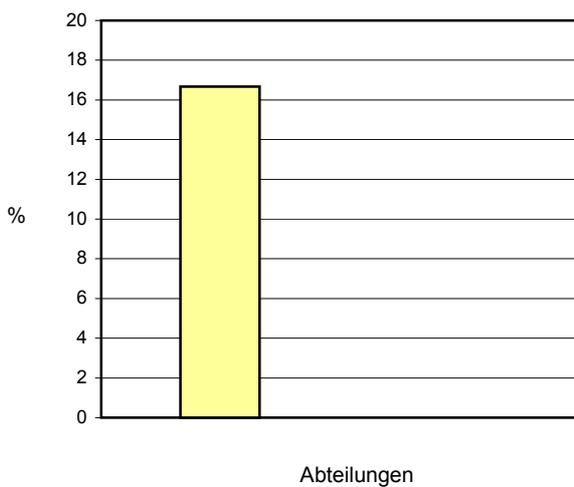
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

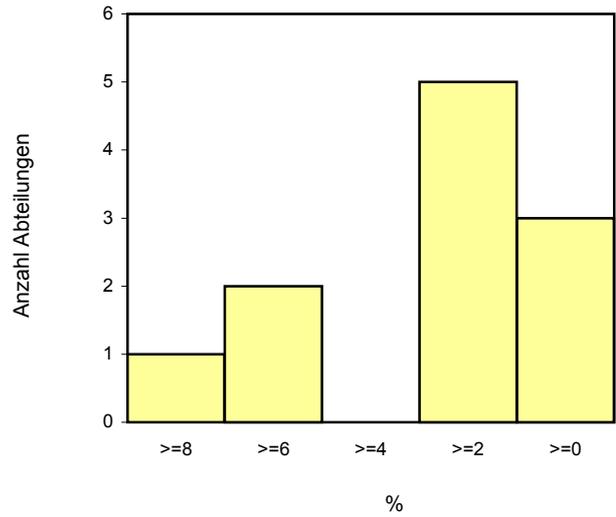
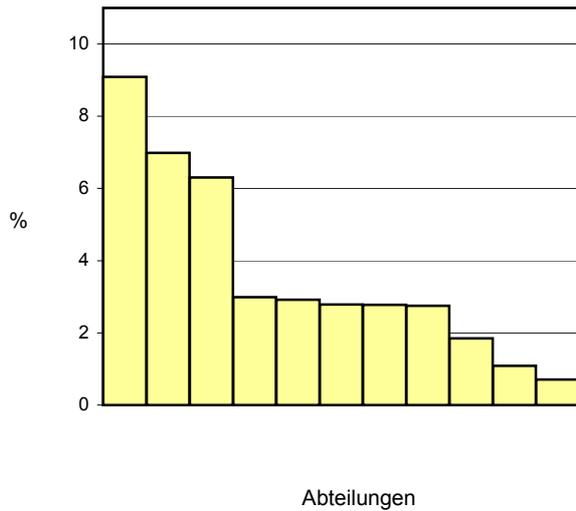
Patienten mit bei mindestens einer PTCA aufgetretenen intraprozeduralen Ereignissen/Komplikationen oder mit postprozedural festgestellten Komplikationen von allen Patienten mit PTCA

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%



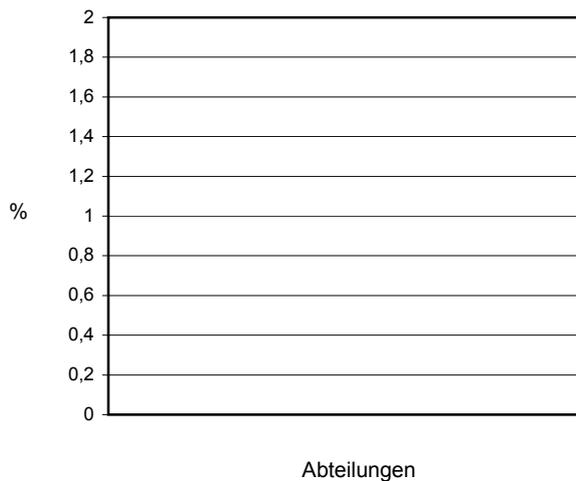
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 | | | | |

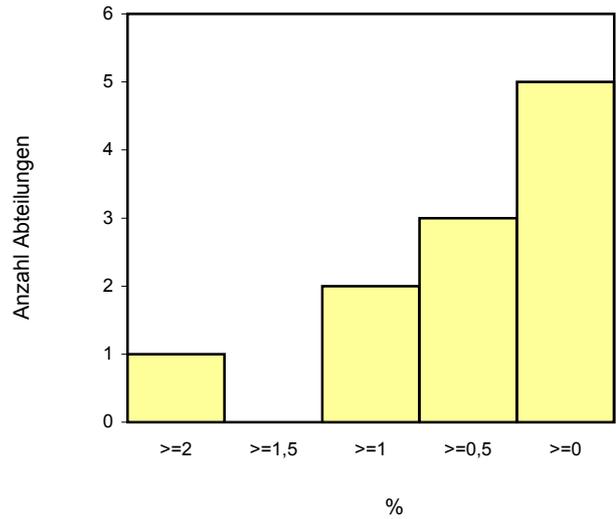
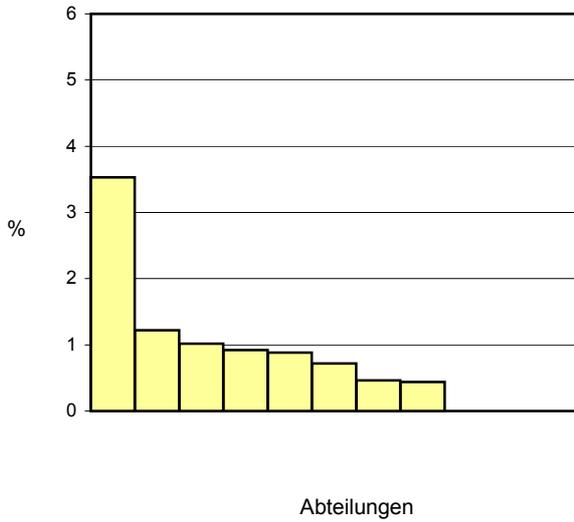
| Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0) | Gesamt 2003 | | | |
|---|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 | Gruppe 4 |
| PTCA mit mindestens einem/einer intraprozedural aufgetretenen Ereignis/Komplikation | 78 / 6.719 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:

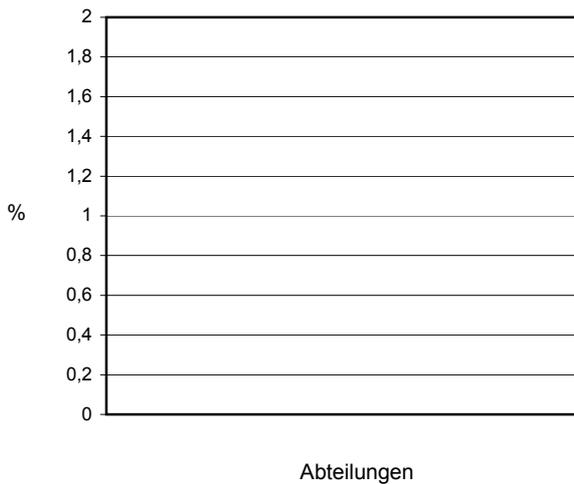
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,5%
 Median der Abteilungswerte: 0,7%



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 | 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% | | | <= 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]:

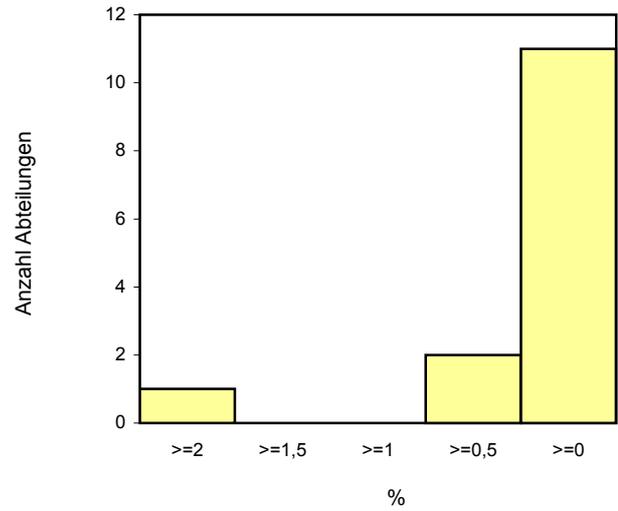
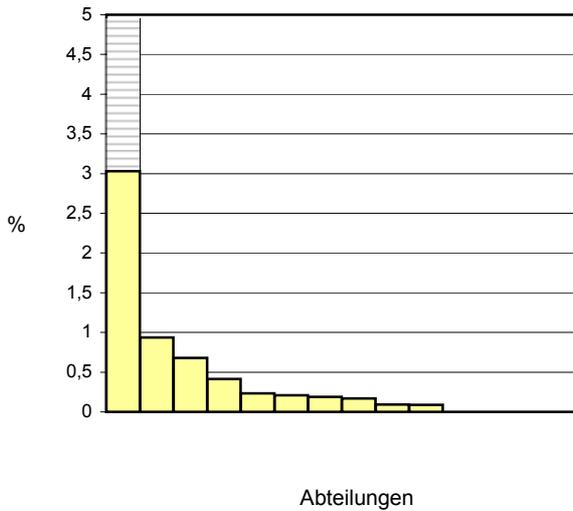
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit Koronarangiographie(n)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



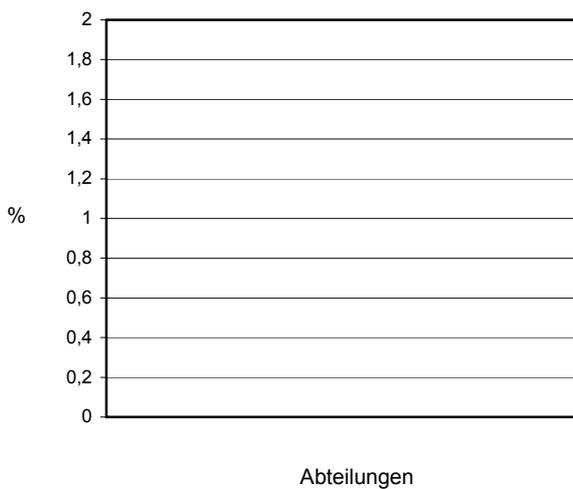
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

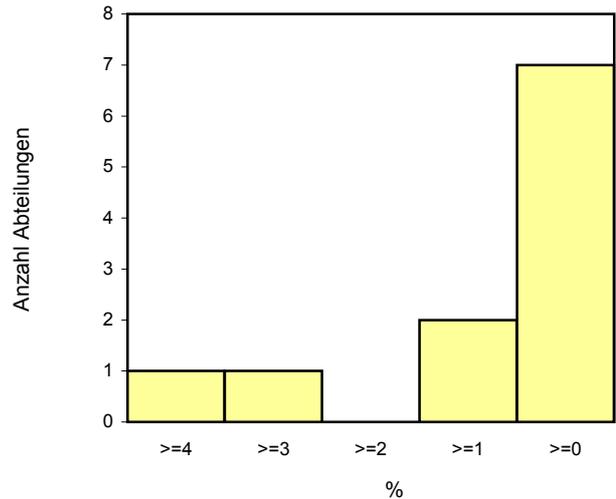
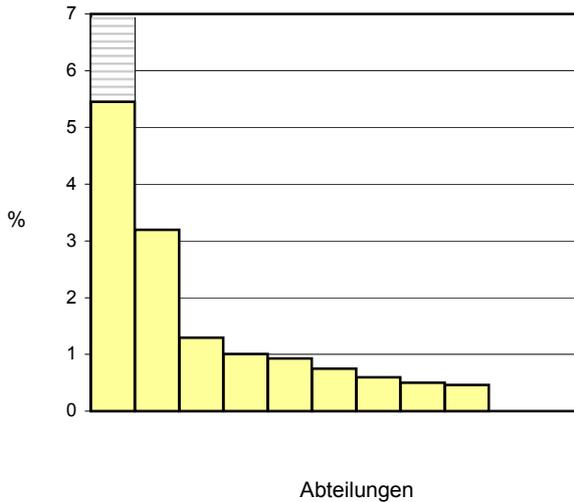
Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA (einschließlich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



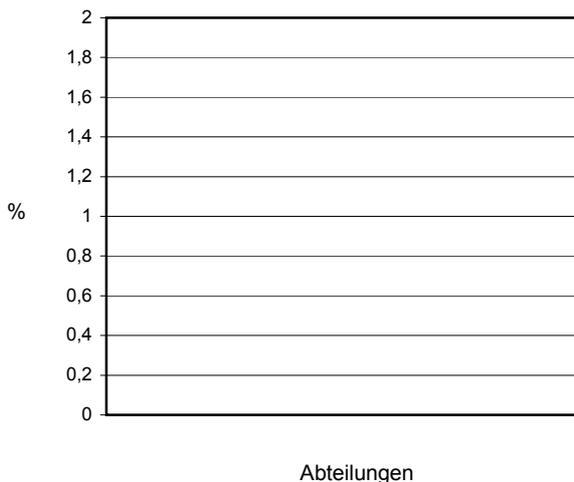
11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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) | | | |
| | 12 / 21.893 0,1% | 9 / 13.693 0,1% | 3 / 8.200 0,0% |
| aktuelle Anamnese bei Aufnahme | | | |
| akutes Koronarsyndrom | 11 / 3.457 0,3% | 8 / 2.207 0,4% | 3 / 1.250 0,2% |
| 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* | | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | | | |
| aktuelle Anamnese bei Aufnahme | | | |
| akutes Koronarsyndrom | | | |
| stabile Angina pectoris | | | |
| Ruhe- oder Belastungs-dyspnoe | | | |
| objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung | | | |

| 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* | | | | | | |
| Vertrauensbereich | | | | | | |

* Doppeldokumentation möglich

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 20]:

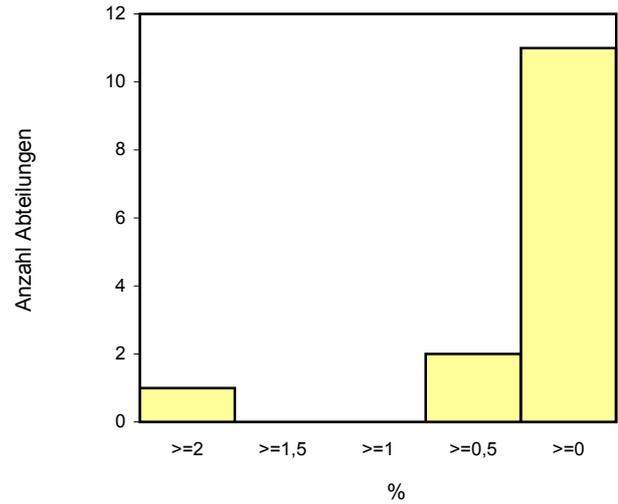
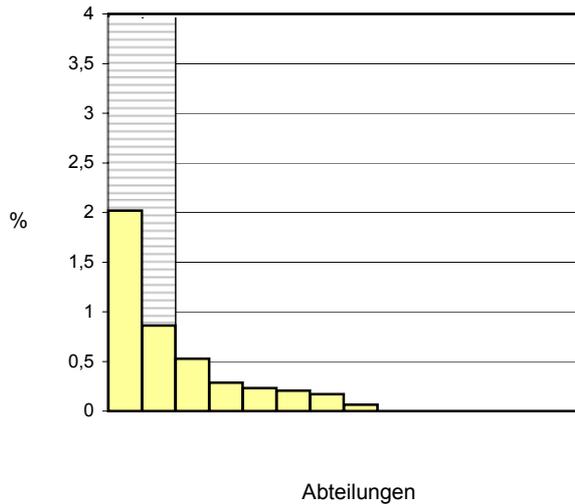
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

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%



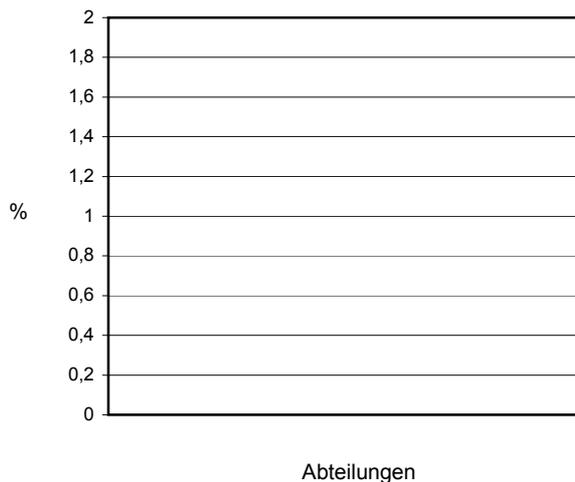
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)

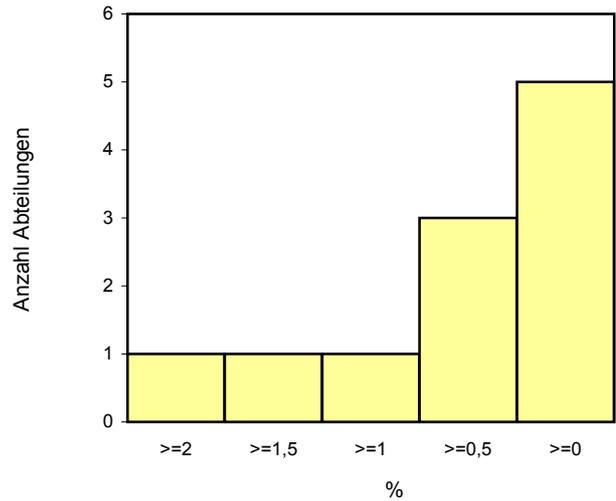
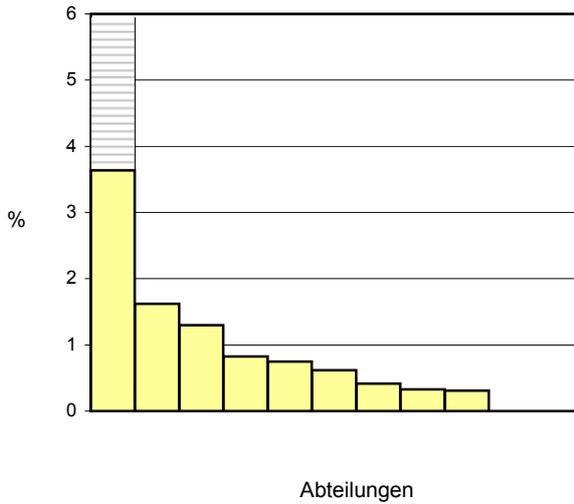
| | | | Gesamt 2004 | |
|--|--------|---------|-------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation* | | | 81 / 9.791 | 0,8% |
| Vertrauensbereich | | | | 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

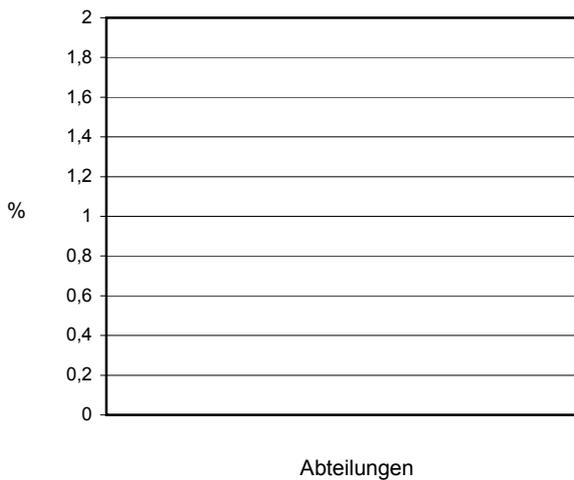
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 21]:
 Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des
 Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation von allen Patienten mit PTCA**
 4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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)

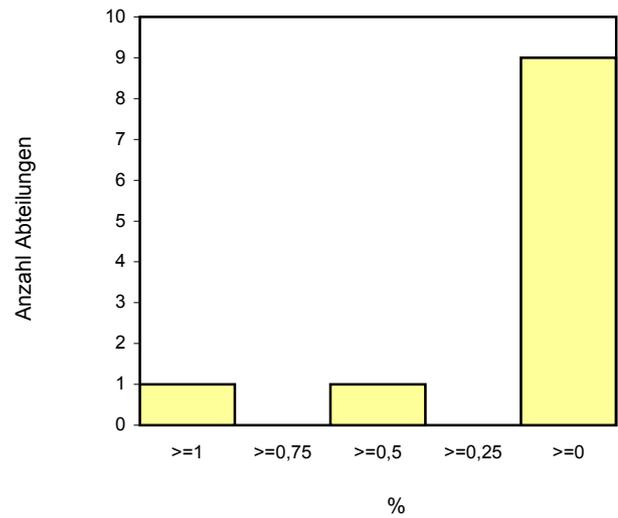
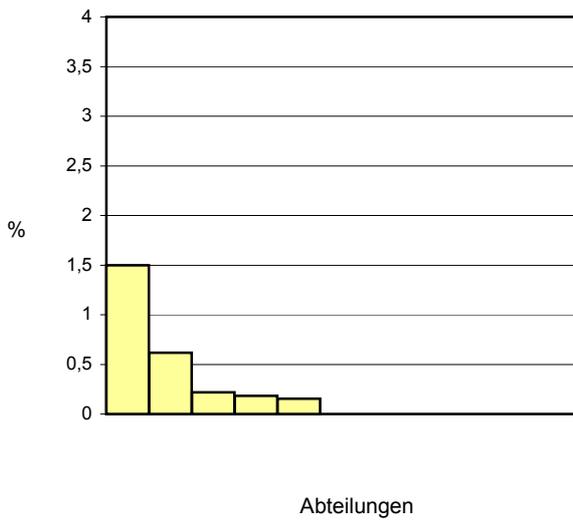
| | Gesamt 2004 | | | |
|--|-------------|---------|------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt | | | 47 / 9.791 | 0,5% |
| Vertrauensbereich | | | | 0,35% - 0,64% |
| Referenzbereich | | <= 1,5% | | <= 1,5% |

| 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

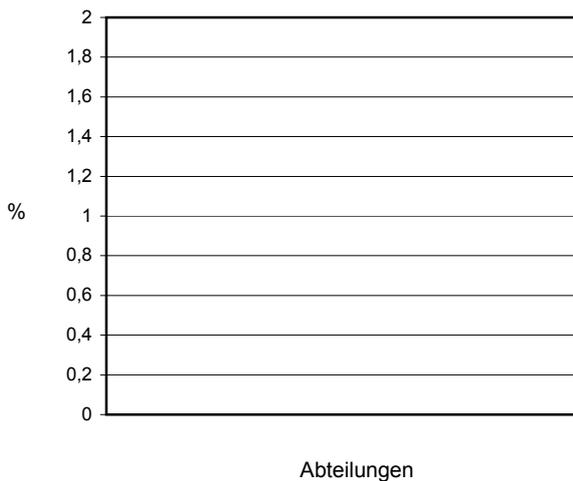
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 22]:
 Patienten mit postprozeduralem Herzinfarkt von allen Patienten mit PTCA**
 4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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]:

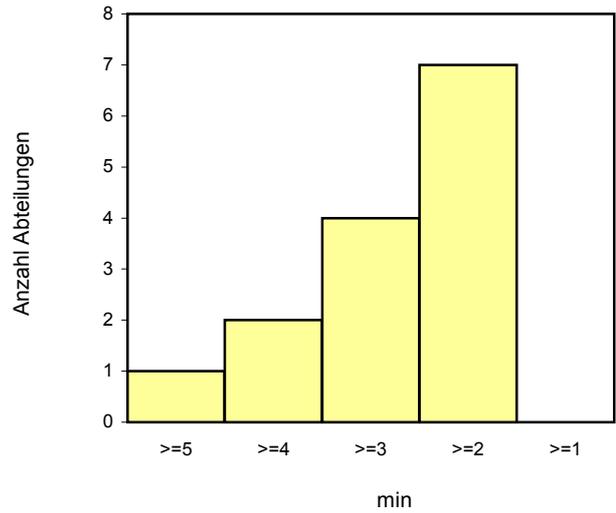
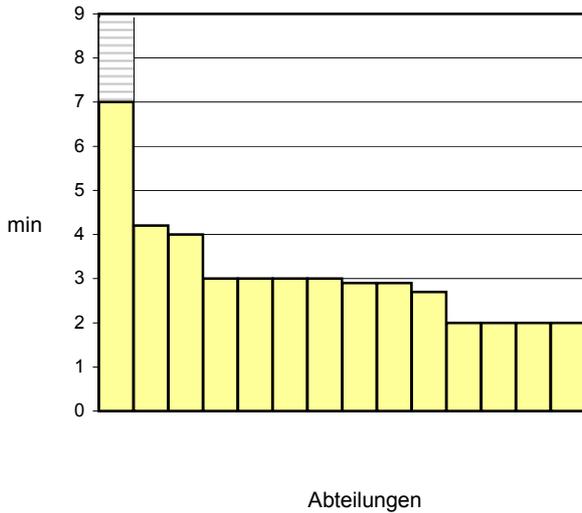
Median der Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographien von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

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



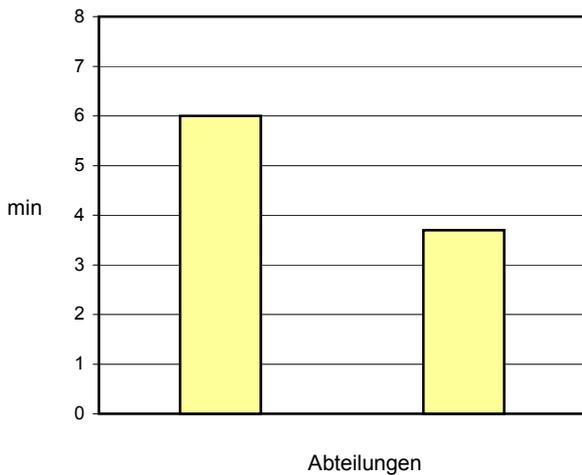
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

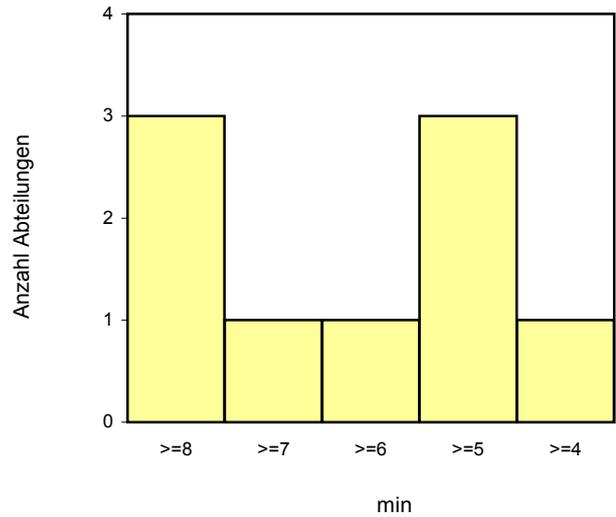
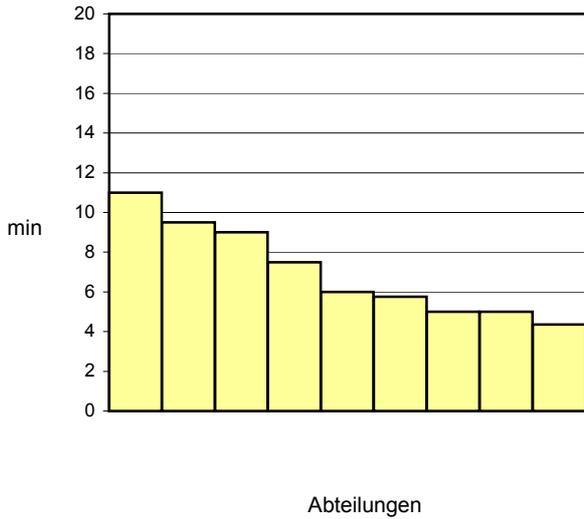
Referenzbereich: <= 13,0 min (95%-Bundesperzentile)

| | 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 |

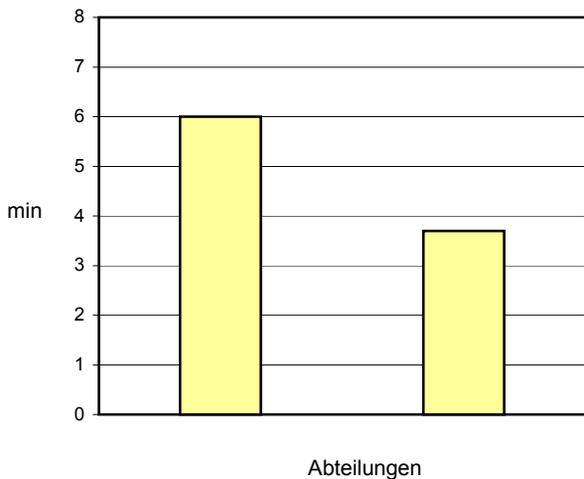
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 24]:
Median der Durchleuchtungsdauer von allen PTCA (ohne Einzeitig-PTCA)
 6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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.

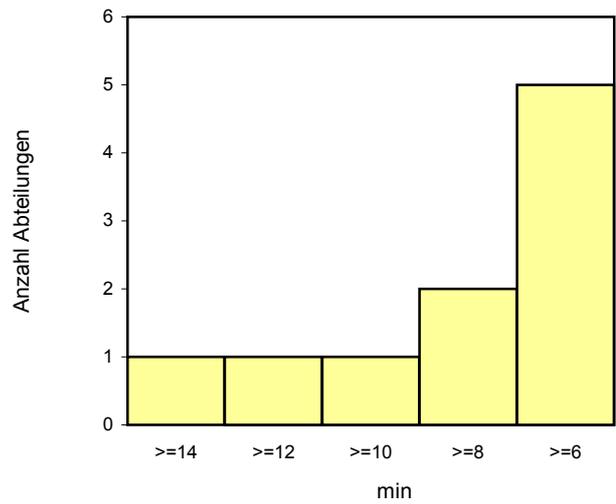
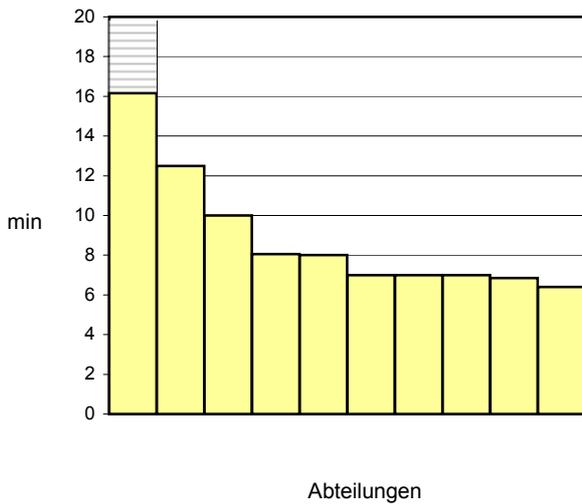
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 3,7 min - 6,0 min
 Median der Abteilungswerte: 4,9 min



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

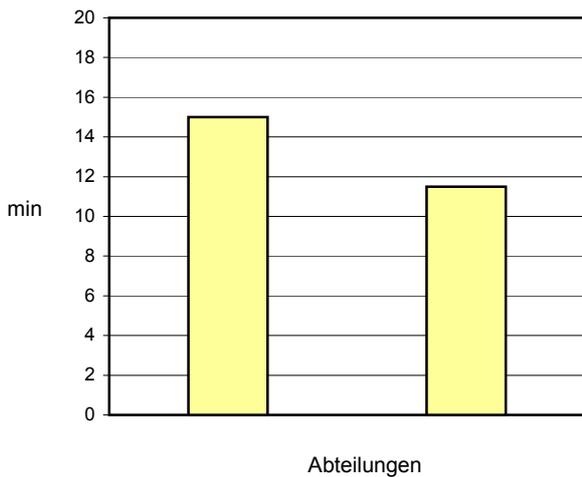
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 25]:
Median der Durchleuchtungsdauer von allen Einzeitig-PTCA
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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]:

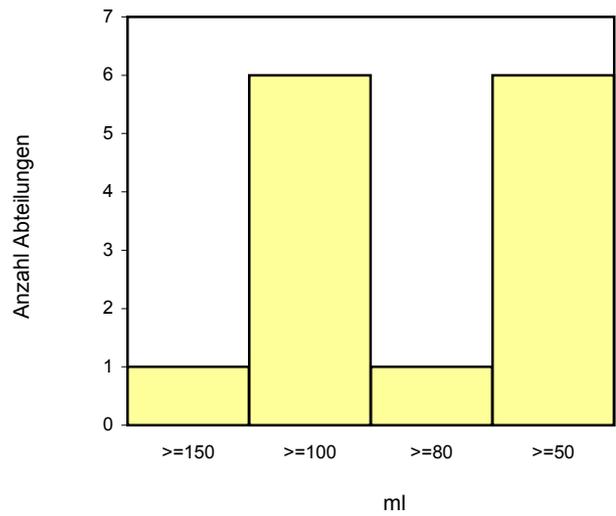
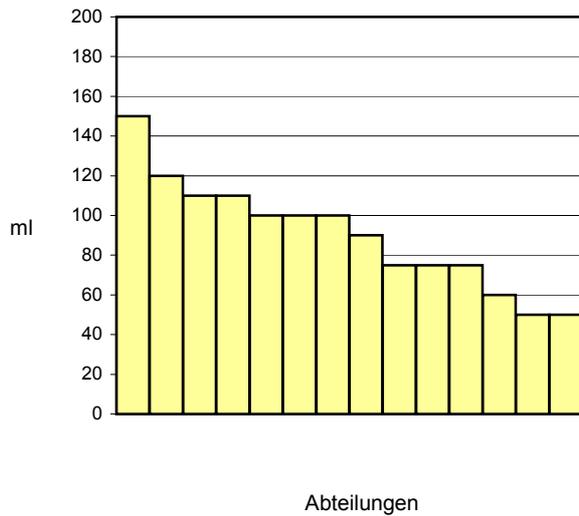
Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

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



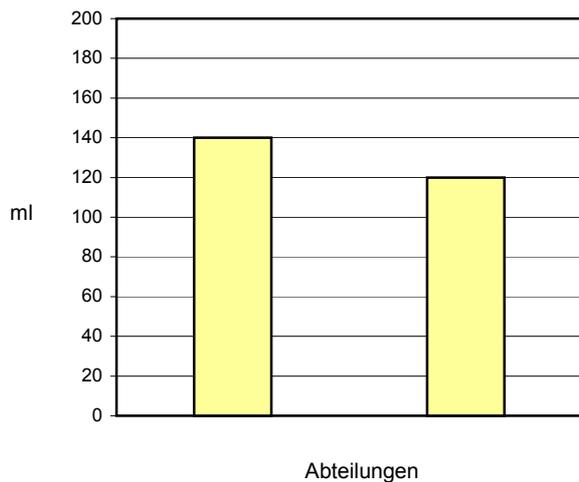
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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]:

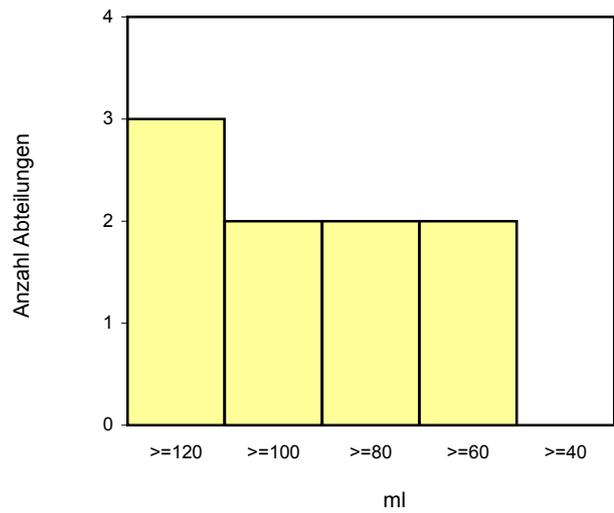
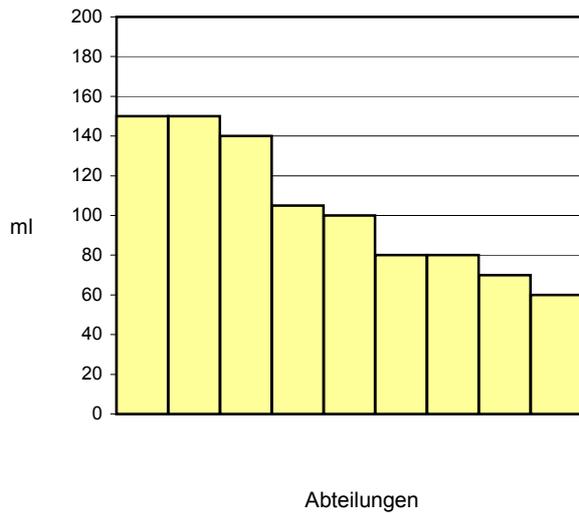
Median der Kontrastmittelmenge von allen PTCA

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



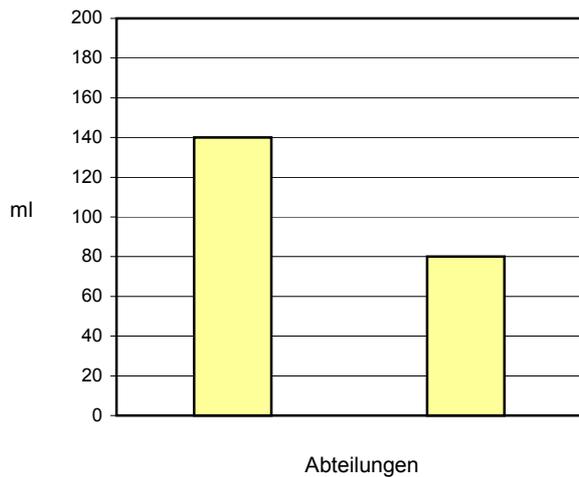
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

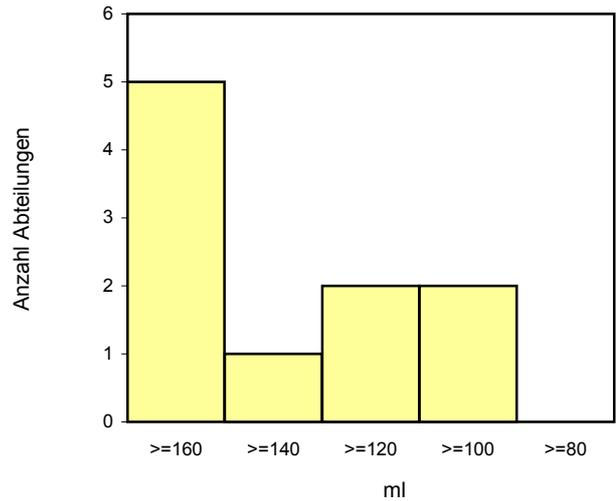
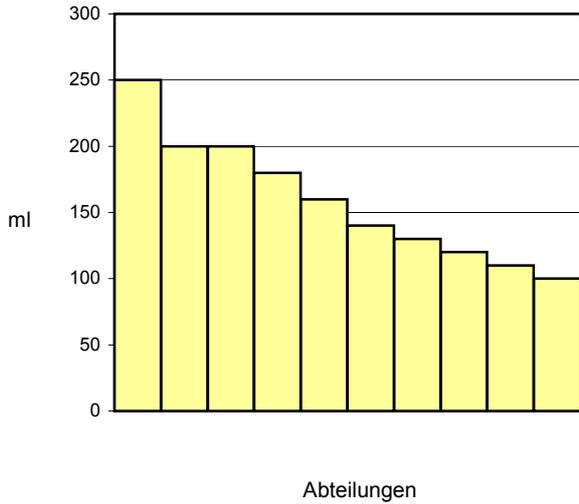


2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

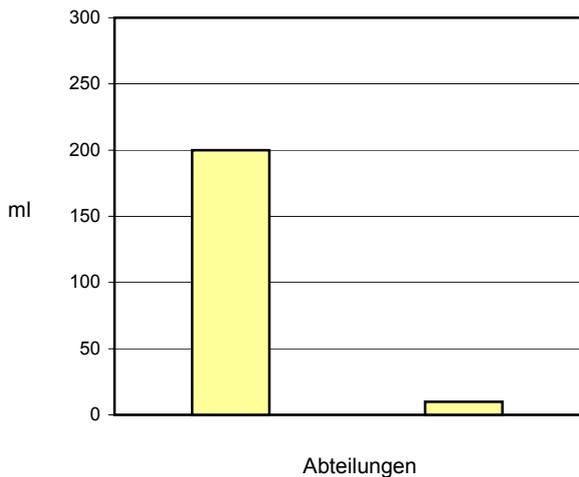
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 28]:
Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PTCA
 5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 |