

Jahresauswertung 2005
Koronarangiographie und perkutane
transluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 23
Auswertungsversion: 09. Mai 2006
Datensatzversion: 21/3 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 09. Mai 2006
Nr. Gesamt-3030
2005 - D4060-L28826-P16983

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite			
Anzahl dokumentierter Prozeduren						
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		30.366	1.1			
dokumentierte PTCA pro Jahr		10.496	1.1			
Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen			89,8%	>= 76,6%	13,2%	1.3
QI 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung			32,8%	>= 7,7%	25,1%	1.5
QI 3: Indikation zur PTCA			5,2%	<= 16,2%	11,0%	1.8
QI 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA						
Alle PTCA mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung“ bis 24 h			91,9%	>= 85,0%	7,0%	1.10
Alle PTCA			91,4%	>= 83,6%	7,8%	1.10
QI 5: MACCE						
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PTCA)			0,2%	<= 0,9%	0,7%	1.13
Patienten mit PTCA			1,3%	<= 3,1%	1,8%	1.17
Patienten mit Erst-Standard-PTCA			0,5%	<= 2,2%	1,7%	1.23

¹ Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 6: Todesfälle						
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PTCA)			0,2%	<= 0,5%	0,3%	1.29
Patienten mit PTCA			0,9%	<= 2,0%	1,1%	1.35
Patienten mit Erst-Standard-PTCA			0,2%	<= 0,7%	0,5%	1.39
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)						
Alle Koronarangiographie(n) (ohne PTCA)			3,0	<= 5,0	2,0	1.43
Alle PTCA			7,3	<= 13,1	5,8	1.43
QI 8: Kontrastmittelmenge (Median in ml)						
Alle Koronarangiographie(n) (ohne PTCA)			90,0	<= 150,0	60,0	1.46
Alle PTCA ohne Einzeitig-PTCA			100,0	<= 204,0	104,0	1.46
Alle Einzeitig-PTCA			150,0	<= 260,0	110,0	1.46

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			30.366	100,0%
Anzahl dokumentierter PTCA pro Jahr			10.496	100,0%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a]:

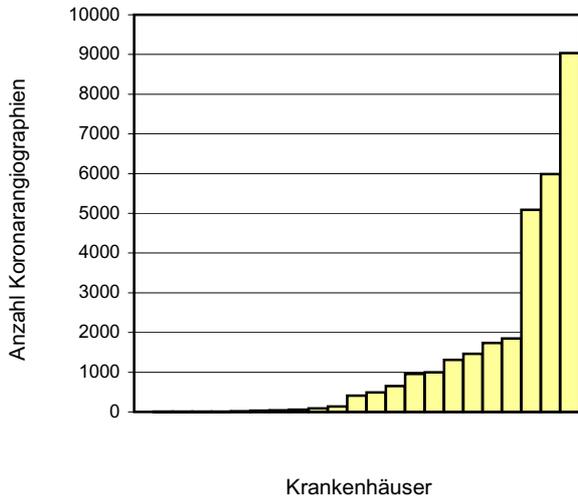
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1 - 9.032

Median der Krankenhausergebnisse: 409,0



Qualitätsindikator 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen

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

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“

Referenzbereich: >= 76,6% (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom			1.235 / 19.687	6,3%
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			12.794 / 19.687	65,0%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			10.116 / 19.687	51,4%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.519 / 19.687	28,0%
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)			17.678 / 19.687	89,8%
Vertrauensbereich				89,36% - 90,21%
Referenzbereich		>= 76,6%		>= 76,6%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	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)			18.411 / 20.517	89,7%
Vertrauensbereich				89,31% - 90,15%

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2005 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2004 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:

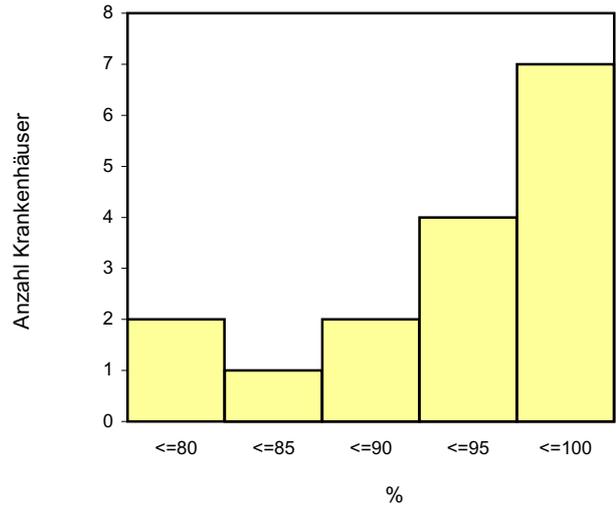
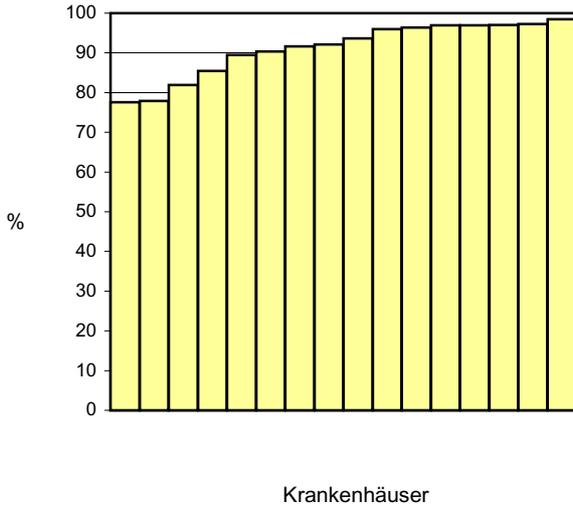
Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) an allen Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 77,6% - 98,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 92,9%



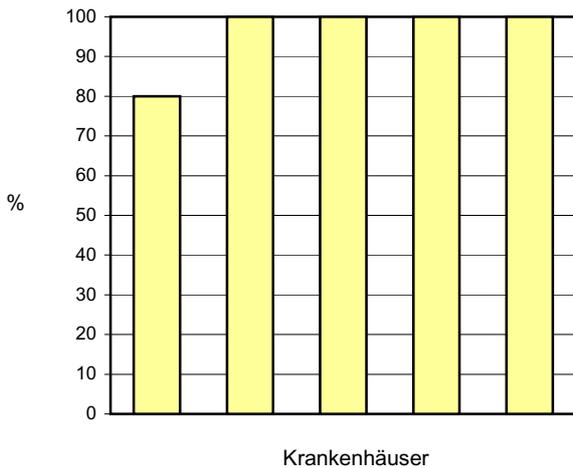
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 80,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung

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

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

Referenzbereich: Gruppe 4: $\geq 7,7\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 1				
interventionell			1.854 / 11.323	16,4%
herzchirurgisch			1.265 / 11.323	11,2%
interventionell oder herzchirurgisch			3.119 / 11.323	27,5%
keine			500 / 11.323	4,4%
medikamentös			7.504 / 11.323	66,3%
Sonstige			200 / 11.323	1,8%
Gruppe 2				
interventionell			2.697 / 8.010	33,7%
herzchirurgisch			528 / 8.010	6,6%
interventionell oder herzchirurgisch			3.225 / 8.010	40,3%
keine			73 / 8.010	0,9%
medikamentös			4.586 / 8.010	57,3%
Sonstige			126 / 8.010	1,6%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 3				
interventionell			102 / 354	28,8%
herzchirurgisch			19 / 354	5,4%
interventionell oder herzchirurgisch			121 / 354	34,2%
keine			3 / 354	0,8%
medikamentös			225 / 354	63,6%
Sonstige			5 / 354	1,4%
Gruppe 4				
interventionell			4.653 / 19.687	23,6%
herzchirurgisch			1.812 / 19.687	9,2%
interventionell oder herzchirurgisch			6.465 / 19.687	32,8%
Vertrauensbereich			32,18% - 33,50%	
Referenzbereich		>= 7,7%	>= 7,7%	
keine			576 / 19.687	2,9%
medikamentös			12.315 / 19.687	62,6%
Sonstige			331 / 19.687	1,7%
Vorjahresdaten				
	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 4				
interventionell oder herzchirurgisch			6.635 / 20.517	32,3%
Vertrauensbereich			31,70% - 32,98%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

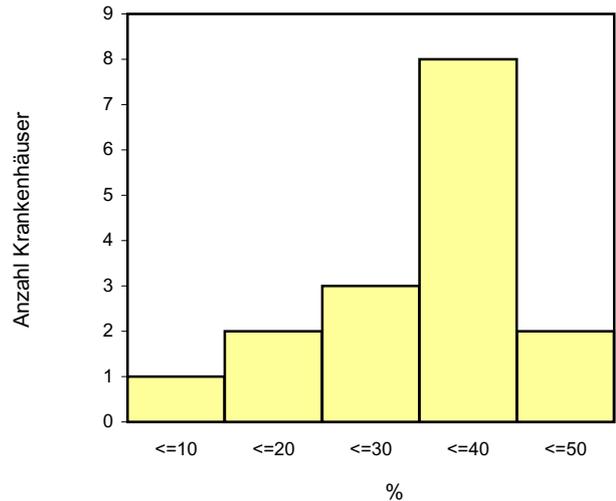
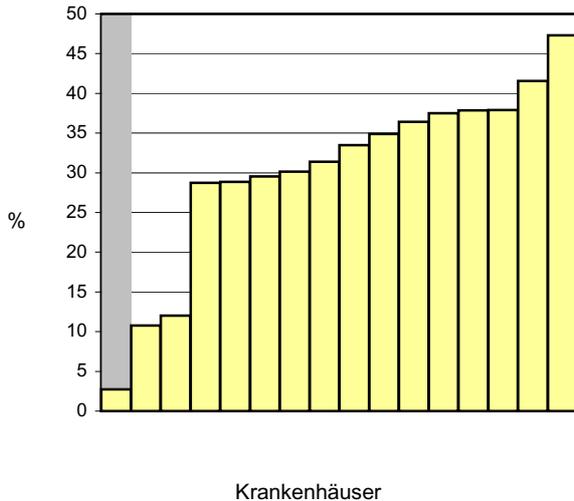
Anteil von Koronarangiographien mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ an allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,7% - 47,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 32,4%



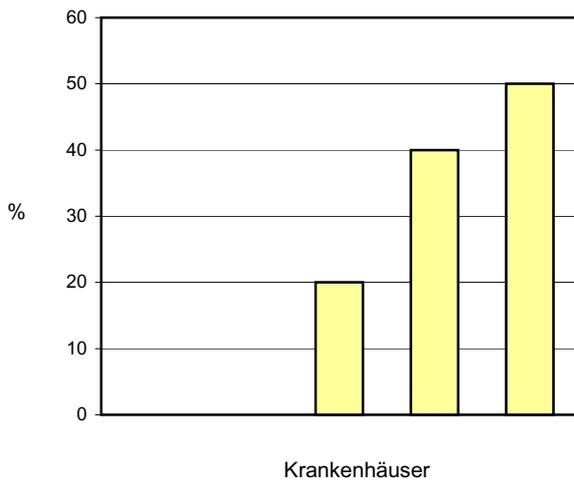
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 20,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Indikation zur PTCA

Qualitätsziel: Möglichst selten PTCA ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PTCA ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

Referenzbereich: <= 16,2% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>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 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			206 / 5.118 267 / 5.118	4,0% 5,2% 4,62% - 5,86% <= 16,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>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) Vertrauensbereich			272 / 5.173	5,3% 4,67% - 5,90%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:

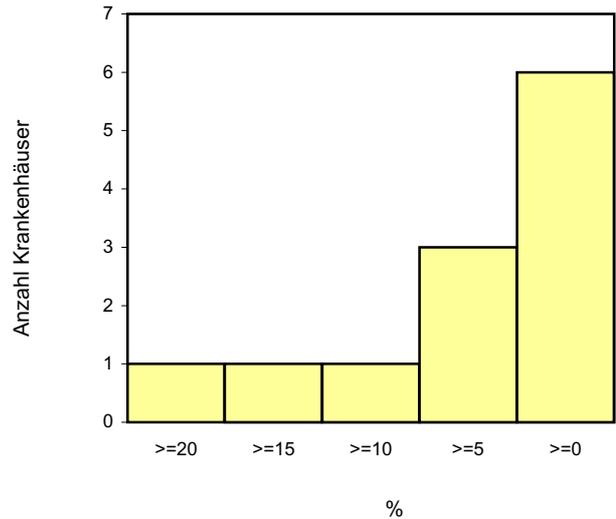
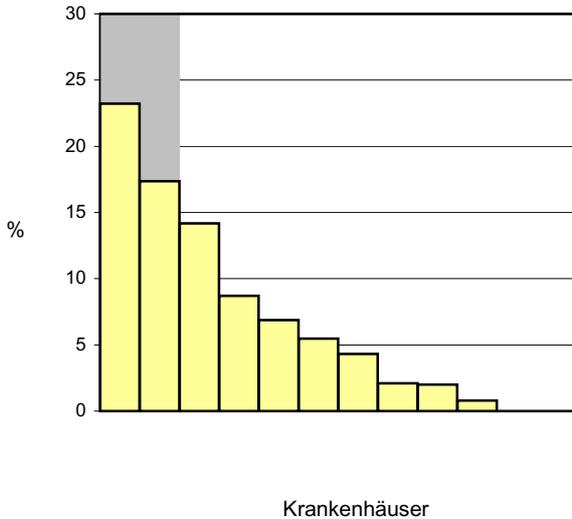
Anteil von PTCA bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung an allen PTCA ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 23,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,9%



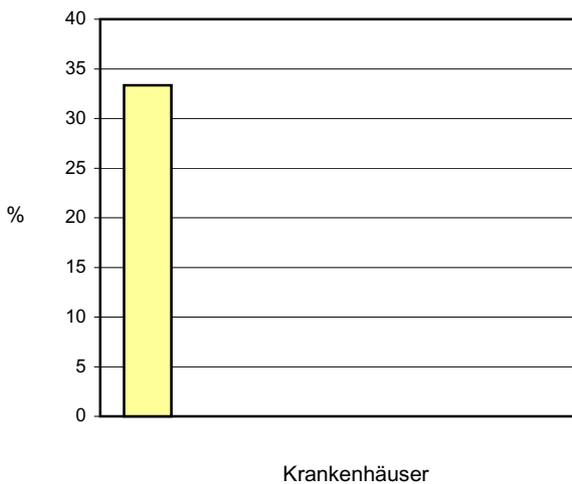
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PTCA	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle PTCA mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose
	Gruppe 2:	Alle PTCA
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 85,0% (5%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2:	>= 83,6% (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)			1.542 / 1.677	9.594 / 10.496
Vertrauensbereich			91,9%	91,4%
Referenzbereich	>= 85,0%	>= 83,6%	90,54% - 93,21%	90,85% - 91,94%
			>= 85,0%	>= 83,6%

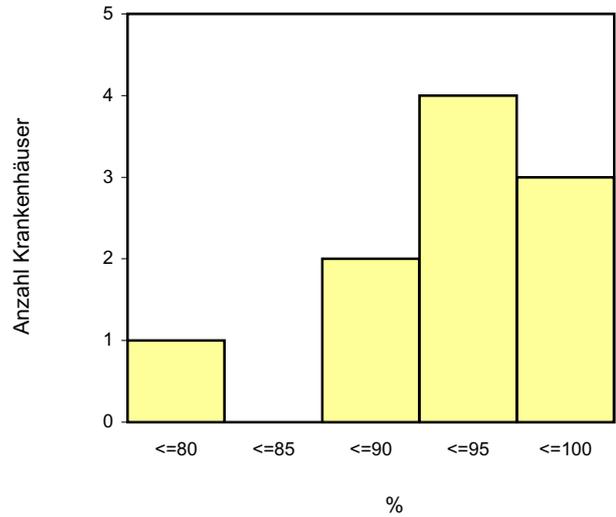
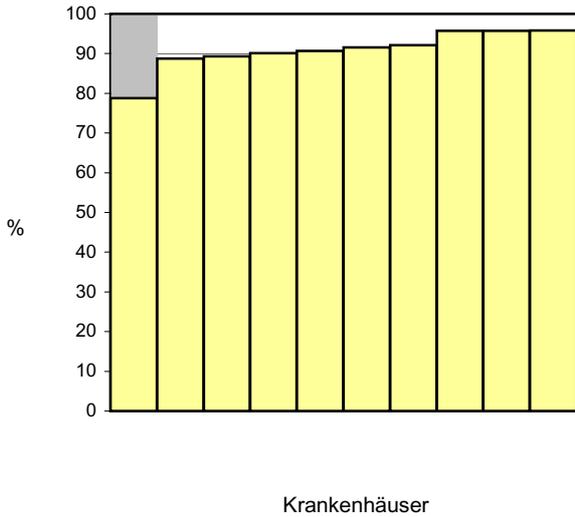
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)			1.428 / 1.549	9.167 / 10.082
Vertrauensbereich			92,2%	90,9%
			90,74% - 93,48%	90,35% - 91,48%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a]:

Anteil von PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PTCA bei akutem Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h nach Stellung der Diagnose
 9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

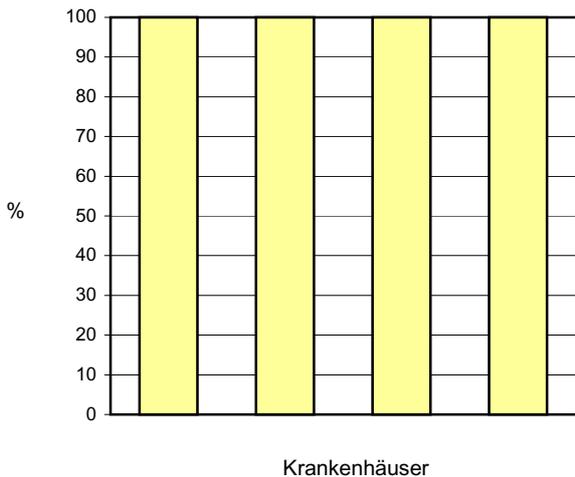
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 78,8% - 95,8%
 Median der Krankenhausergebnisse: 91,1%



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b]:

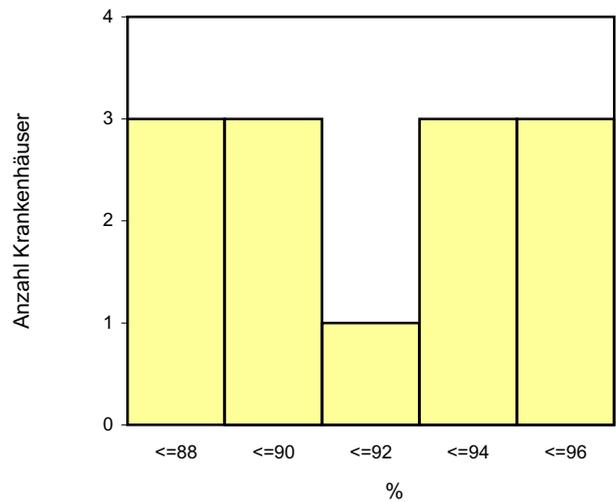
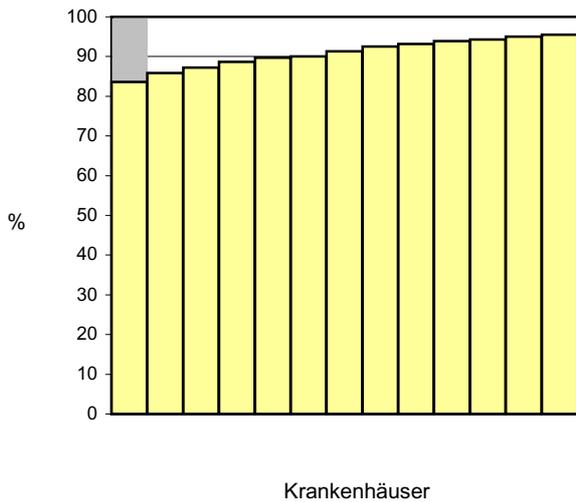
Anteil von PTCA mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PTCA

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 83,6% - 95,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,3%



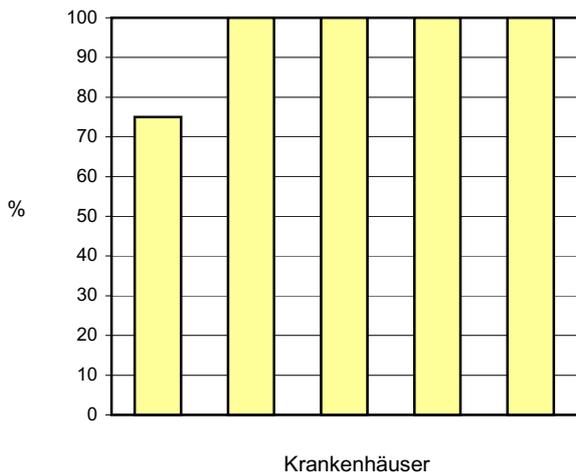
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: MACCE

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale¹ MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events)

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: Gruppe 3: <= 0,9% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	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 Referenzbereich			 <= 0,9%
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ maximal 36 h nach der letzten Prozedur

	Gesamt 2005		
	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	26 / 3.227 0,8%	15 / 15.030 0,1%	45 / 20.460 0,2%
Vertrauensbereich			0,16% - 0,29%
Referenzbereich			<= 0,9%
Alter >= 75 Jahre	11 / 1.005 1,1%	4 / 3.949 0,1%	17 / 5.376 0,3%
Patienten mit Diabetes mellitus	1 / 392 0,3%	1 / 1.404 0,1%	2 / 1.911 0,1%
Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	6 / 16 37,5%	1 / 3 33,3%	7 / 19 36,8%
Alter < 75 Jahre	15 / 2.222 0,7%	11 / 11.081 0,1%	28 / 15.084 0,2%
Patienten mit Diabetes mellitus	2 / 629 0,3%	5 / 3.224 0,2%	7 / 4.187 0,2%
Behandlungsfälle mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	4 / 41 9,8%	0 / 9 0,0%	4 / 56 7,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 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 Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	40 / 3.131 1,3%	45 / 15.806 0,3%	91 / 21.158 0,4% 0,35% - 0,53%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:

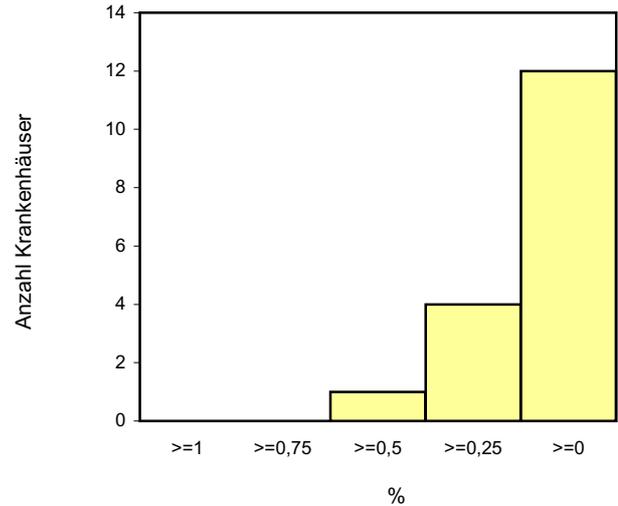
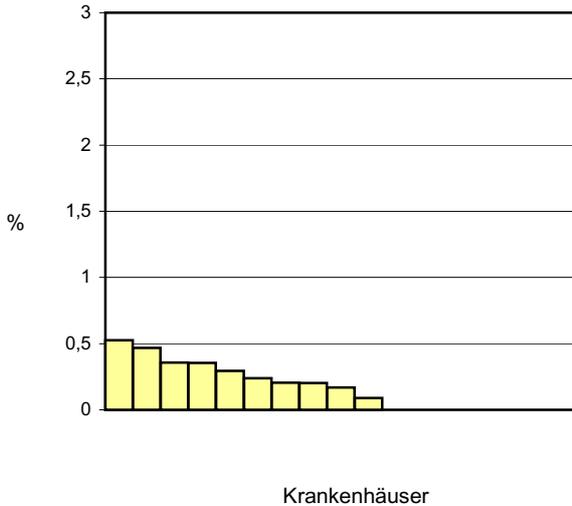
Anteil von Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,2%



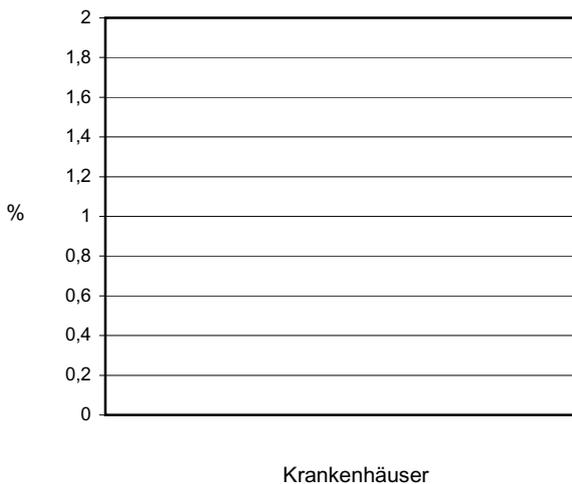
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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: Gruppe 3: <= 3,1% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	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 Referenzbereich			 <= 3,1%
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Diabetes mellitus			
Niereninsuffizienz			
Z.n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Diabetes mellitus			
Niereninsuffizienz			
Z.n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			

	Gesamt 2005		
	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	103 / 4.912 2,1%	26 / 4.969 0,5%	131 / 10.224 1,3%
Vertrauensbereich			1,07% - 1,52%
Referenzbereich			<= 3,1%
Alter >= 75 Jahre	48 / 1.443 3,3%	13 / 1.393 0,9%	62 / 2.905 2,1%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	7 / 213 3,3%	2 / 134 1,5%	9 / 350 2,6%
Diabetes mellitus	21 / 603 3,5%	7 / 604 1,2%	28 / 1.230 2,3%
Niereninsuffizienz	14 / 496 2,8%	4 / 433 0,9%	18 / 947 1,9%
Z.n. Bypass	3 / 113 2,7%	2 / 168 1,2%	5 / 283 1,8%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	13 / 62 21,0%	0 / 2 0,0%	13 / 64 20,3%

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alter < 75 Jahre	55 / 3.469 1,6%	13 / 3.576 0,4%	69 / 7.319 0,9%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	9 / 365 2,5%	1 / 295 0,3%	10 / 667 1,5%
Diabetes mellitus	25 / 1.004 2,5%	5 / 1.235 0,4%	31 / 2.321 1,3%
Niereninsuffizienz	11 / 567 1,9%	1 / 671 0,1%	13 / 1.272 1,0%
Z.n. Bypass	6 / 210 2,9%	1 / 338 0,3%	8 / 566 1,4%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	10 / 102 9,8%	1 / 4 25,0%	11 / 106 10,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 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 Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	88 / 4.390 2,0%	42 / 5.016 0,8%	132 / 9.791 1,3% 1,13% - 1,60%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

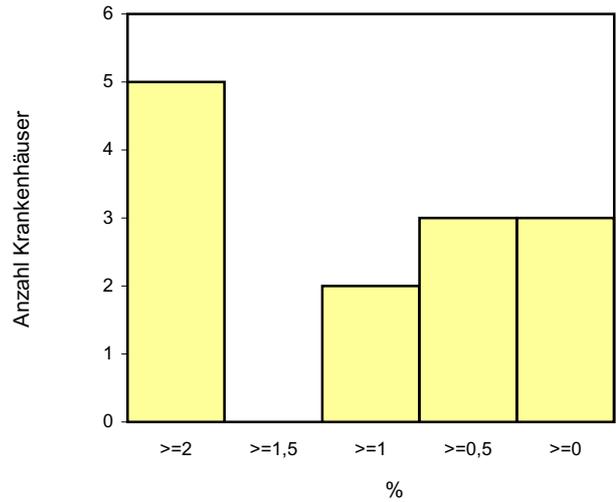
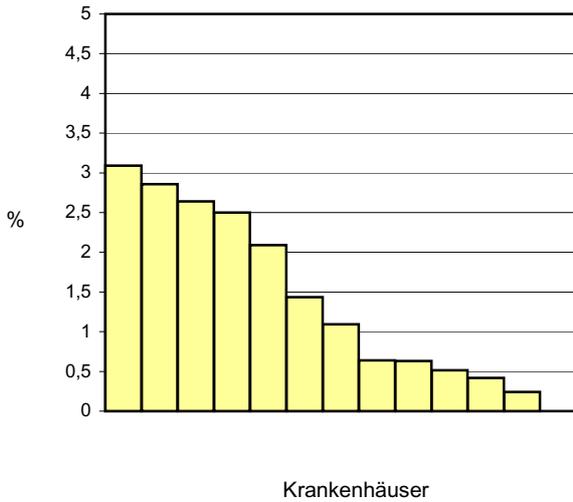
Anteil von Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,1%



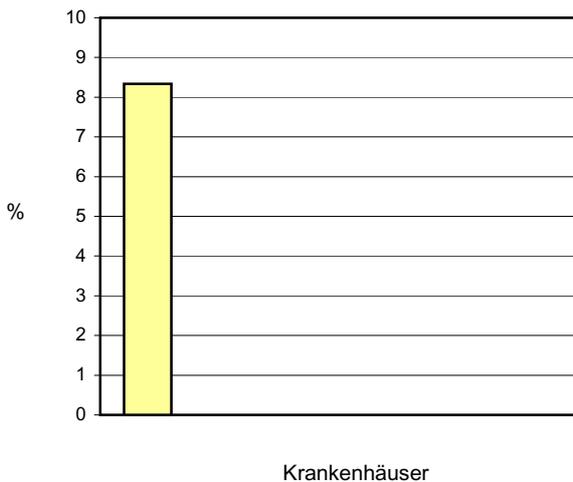
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Erst-Standard-PTCA

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-Standard-PTCA (Erst-PTCA mit Standard-Konstellation, d.h. ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet)

- 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: Gruppe 3: <= 2,2% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	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 Referenzbereich			<= 2,2%
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Diabetes mellitus			
Niereninsuffizienz			
Z.n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Diabetes mellitus			
Niereninsuffizienz			
Z.n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			

	Gesamt 2005		
	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	12 / 1.870 0,6%	9 / 2.465 0,4%	22 / 4.548 0,5%
Vertrauensbereich			0,30% - 0,73%
Referenzbereich			<= 2,2%
Alter >= 75 Jahre	4 / 476 0,8%	5 / 642 0,8%	10 / 1.161 0,9%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	0 / 24 0,0%	1 / 29 3,4%	1 / 53 1,9%
Diabetes mellitus	3 / 171 1,8%	2 / 258 0,8%	5 / 443 1,1%
Niereninsuffizienz	2 / 117 1,7%	0 / 150 0,0%	2 / 278 0,7%
Z.n. Bypass	0 / 8 0,0%	0 / 24 0,0%	0 / 32 0,0%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	1 / 1 100,0%	0 / 0	1 / 1 100,0%

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Alter < 75 Jahre	8 / 1.394 0,6%	4 / 1.823 0,2%	12 / 3.387 0,4%
Vorgeschichte			
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	1 / 65 1,5%	0 / 89 0,0%	1 / 155 0,6%
Diabetes mellitus	3 / 352 0,9%	3 / 578 0,5%	6 / 979 0,6%
Niereninsuffizienz	0 / 137 0,0%	0 / 235 0,0%	0 / 389 0,0%
Z.n. Bypass	0 / 22 0,0%	0 / 79 0,0%	0 / 105 0,0%
intraprozedurale Merkmale			
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	0 / 1 0,0%	0 / 0	0 / 1 0,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 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 Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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 Vertrauensbereich	17 / 1.824 0,9%	20 / 2.631 0,8%	38 / 4.705 0,8% 0,57% - 1,11%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c]:

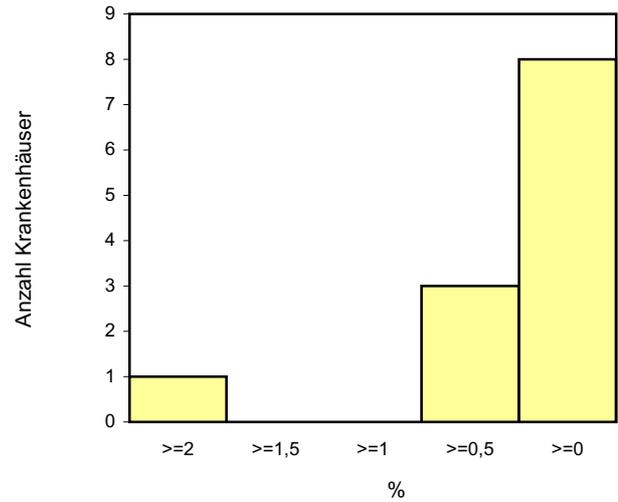
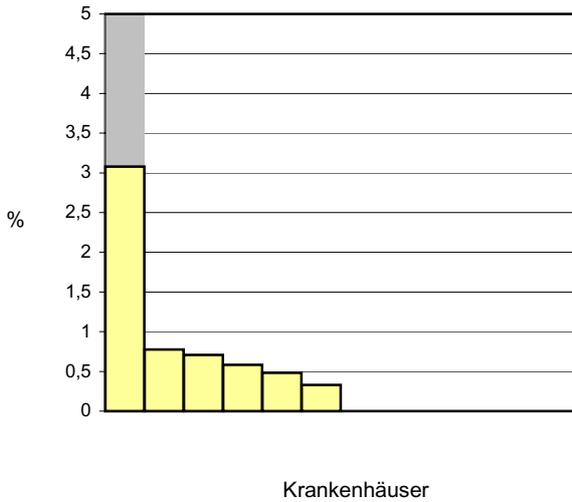
Anteil von Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens einer/einem TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit Erst-PTCA an einem Versorgungsgebiet und ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,2%



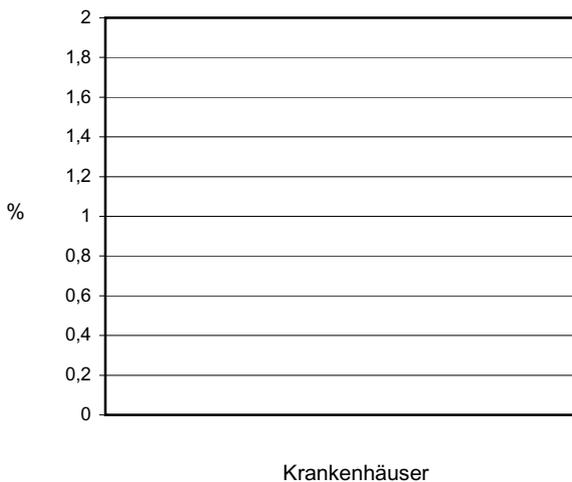
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: Todesfälle

Qualitätsziel: Selten intra- oder postprozedurale¹ Todesfälle

Koronarangiographie(n)

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Koronarangiographien (ohne Koronarangiographien mit Einzeitig-PTCA)
 Gruppe 2: Koronarangiographien bei Männern (ohne Koronarangiographien mit Einzeitig-PTCA)
 Gruppe 3: Koronarangiographien bei Frauen (ohne Koronarangiographien mit Einzeitig-PTCA)

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (Exitus im Herzkatheterlabor)			
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom			
stabile Angina pectoris (nach CCS)			
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (Exitus im Herzkatheterlabor)	9 / 20.931 0,0%	3 / 12.917 0,0%	6 / 8.014 0,1%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	7 / 3.446 0,2%	3 / 2.228 0,1%	4 / 1.218 0,3%
stabile Angina pectoris (nach CCS)	1 / 2.505 0,0%	0 / 1.534 0,0%	1 / 971 0,1%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	2 / 10.242 0,0%	0 / 5.971 0,0%	2 / 4.271 0,0%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	1 / 4.366 0,0%	0 / 2.773 0,0%	1 / 1.593 0,1%

¹ maximal 36 h nach der letzten Prozedur

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

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom			
stabile Angina pectoris (nach CCS)			
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			
	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation	31 / 20.460 0,2%	20 / 12.563 0,2%	11 / 7.897 0,1%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	20 / 3.227 0,6%	12 / 2.063 0,6%	8 / 1.164 0,7%
stabile Angina pectoris (nach CCS)	0 / 2.462 0,0%	0 / 1.500 0,0%	0 / 962 0,0%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	7 / 10.101 0,1%	4 / 5.869 0,1%	3 / 4.232 0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	1 / 4.283 0,0%	1 / 2.712 0,0%	0 / 1.571 0,0%

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

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 0,5% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹ Vertrauensbereich Referenzbereich	 <= 0,5%		
aktuelle Anamnese bei Aufnahme akutes Koronarsyndrom stabile Angina pectoris Ruhe- oder Belastungsdyspnoe objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			

¹ Doppeldokumentation möglich

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Kranken- hausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹	34 / 20.460 0,2%	20 / 12.563 0,2%	14 / 7.897 0,2%
Vertrauensbereich	0,12% - 0,23%		
Referenzbereich	<= 0,5%		
aktuelle Anamnese bei Aufnahme			
akutes Koronarsyndrom	22 / 3.227 0,7%	12 / 2.063 0,6%	10 / 1.164 0,9%
stabile Angina pectoris	1 / 2.462 0,0%	0 / 1.500 0,0%	1 / 962 0,1%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	8 / 10.101 0,1%	4 / 5.869 0,1%	4 / 4.232 0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung	2 / 4.283 0,0%	1 / 2.712 0,0%	1 / 1.571 0,1%

¹ Doppeldokumentation möglich

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹ Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹ Vertrauensbereich	69 / 21.158 0,3% 0,25% - 0,41%	44 / 13.175 0,3%	25 / 7.983 0,3%

¹ Doppeldokumentation möglich

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:

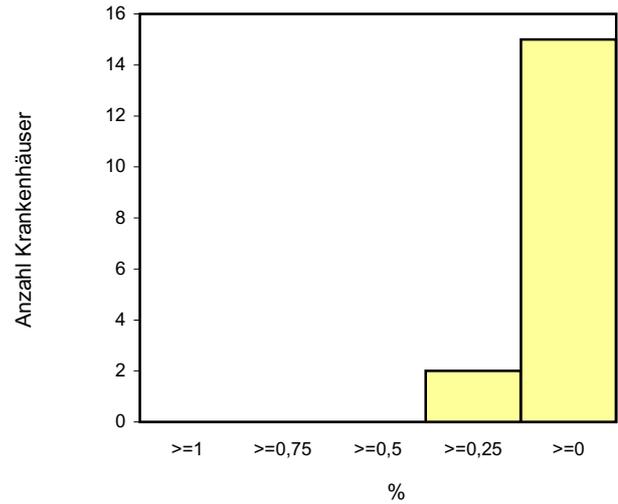
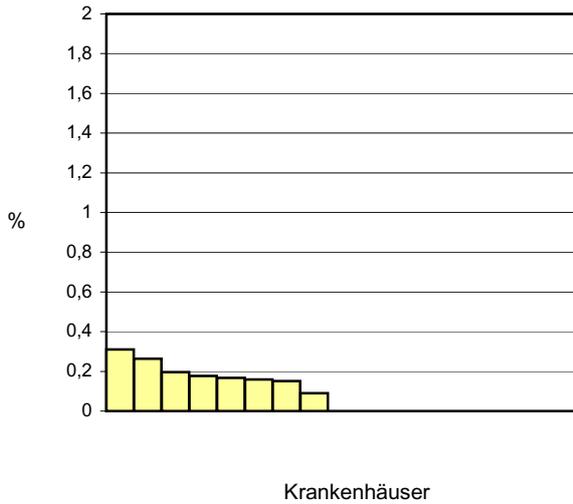
Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PTCA)

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



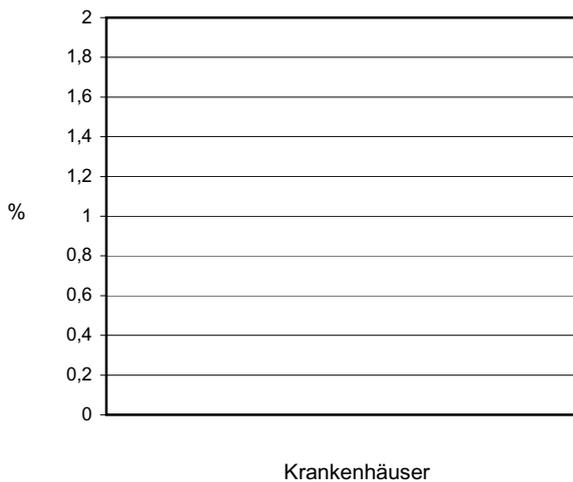
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

PTCA

Grundgesamtheit: Alle PTCA

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor)			24 / 10.496	0,2%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			21 / 5.103	0,4%
stabile Angina pectoris			3 / 4.395	0,1%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			2 / 2.958	0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			1 / 2.007	0,0%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			6 / 1.049	0,6%
Diabetes mellitus			10 / 3.647	0,3%
Niereninsuffizienz			8 / 2.267	0,4%
Z.n. Bypass			1 / 862	0,1%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			9 / 175	5,1%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			83 / 10.224	0,8%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			75 / 4.912	1,5%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			7 / 4.322	0,2%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			7 / 2.915	0,2%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			4 / 1.978	0,2%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			41 / 3.551	1,2%
Diabetes mellitus			23 / 2.219	1,0%
Niereninsuffizienz			4 / 849	0,5%
Z.n. Bypass			16 / 1.017	1,6%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			20 / 170	11,8%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA

Referenzbereich: <= 2,0% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹			88 / 10.224	0,9%
Vertrauensbereich				0,69% - 1,06%
Referenzbereich		<= 2,0%		<= 2,0%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			79 / 4.912	1,6%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			8 / 4.322	0,2%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			8 / 2.915	0,3%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			4 / 1.978	0,2%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			42 / 3.551	1,2%
Diabetes mellitus			24 / 2.219	1,1%
Niereninsuffizienz			4 / 849	0,5%
Z.n. Bypass			17 / 1.017	1,7%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			22 / 170	12,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹			81 / 9.791	0,8%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,03%

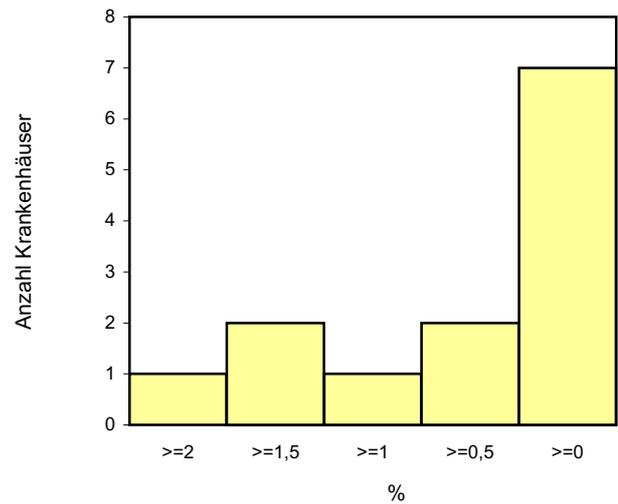
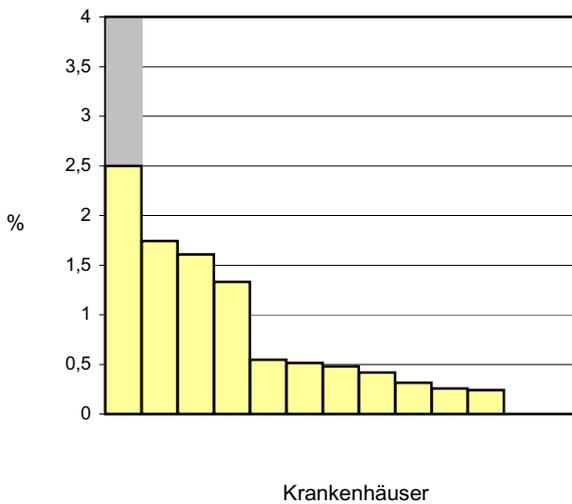
¹ Doppeldokumentation möglich

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit PTCA
 5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

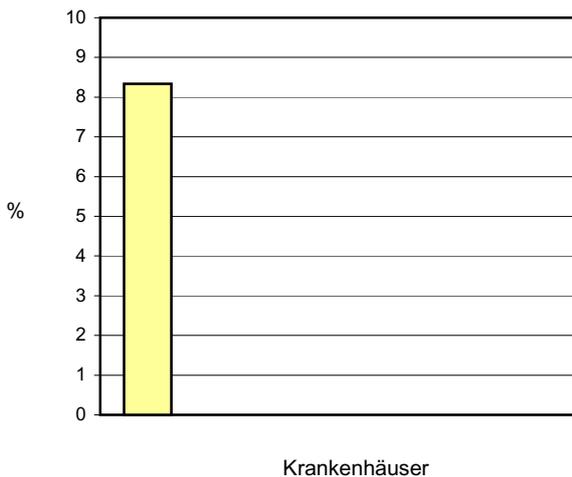
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 2,5%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,5%



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Erst-Standard-PTCA

Grundgesamtheit: Alle Erst-Standard-PTCA (Erst-PTCA mit Standard-Konstellation, d.h. ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor)			0 / 4.548	0,0%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			0 / 1.870	0,0%
stabile Angina pectoris			0 / 2.166	0,0%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			0 / 1.295	0,0%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			0 / 964	0,0%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			0 / 208	0,0%
Diabetes mellitus			0 / 1.422	0,0%
Niereninsuffizienz			0 / 667	0,0%
Z.n. Bypass			0 / 137	0,0%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			0 / 0	

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-Standard-PTCA (Erst-PTCA mit Standard-Konstellation, d.h. ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation			9 / 4.548	0,2%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			8 / 1.870	0,4%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			1 / 2.166	0,0%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			1 / 1.295	0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			0 / 964	0,0%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			2 / 208	1,0%
Diabetes mellitus			5 / 1.422	0,4%
Niereninsuffizienz			1 / 667	0,1%
Z.n. Bypass			0 / 137	0,0%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			1 / 2	50,0%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-Standard-PTCA (Erst-PTCA mit Standard-Konstellation, d.h. ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale und an einem Versorgungsgebiet)

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹			9 / 4.548	0,2%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,38%
Referenzbereich		<= 0,7%		<= 0,7%
aktuelle Anamnese bei Aufnahme				
akutes Koronarsyndrom			8 / 1.870	0,4%
stabile Angina pectoris (nach CCS)			1 / 2.166	0,0%
Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			1 / 1.295	0,1%
objektive apparative Ischämiezeichen bei Belastung			0 / 964	0,0%
Vorgeschichte				
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			2 / 208	1,0%
Diabetes mellitus			5 / 1.422	0,4%
Niereninsuffizienz			1 / 667	0,1%
Z.n. Bypass			0 / 137	0,0%
intraprozedurale Merkmale				
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			1 / 2	50,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation¹			18 / 4.705	0,4%
Vertrauensbereich				0,23% - 0,61%

¹ Doppeldokumentation möglich

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c]:

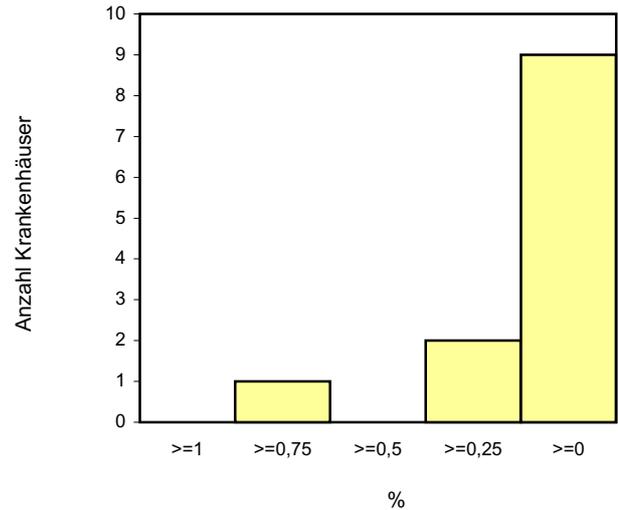
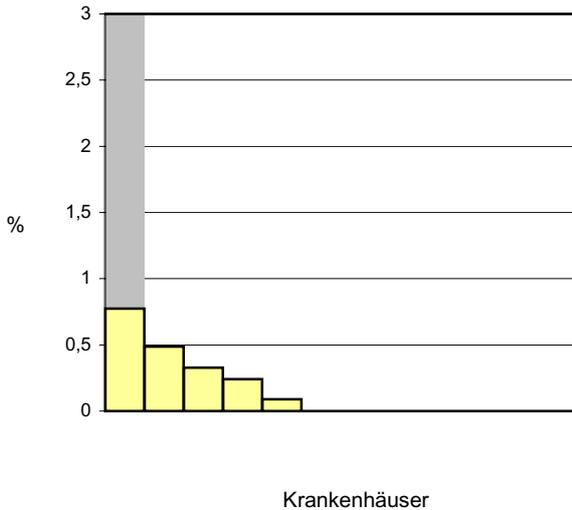
Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation an allen Patienten mit Erst-PTCA an einem Versorgungsgebiet und ohne Herzinsuffizienz und ohne besondere Merkmale

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



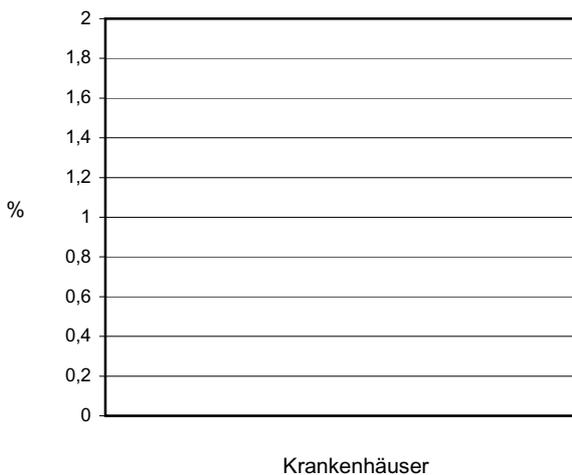
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: Durchleuchtungsdauer

Qualitätsziel: Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)
 Gruppe 2: Alle PTCA

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,0 min (95%-Bundesperzentile)
 Gruppe 2: <= 13,1 min (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,5	9,5
Median			3,0	7,3
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 13,1 min	<= 5,0 min	<= 13,1 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,6	10,1
Median			3,0	7,6

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a]:

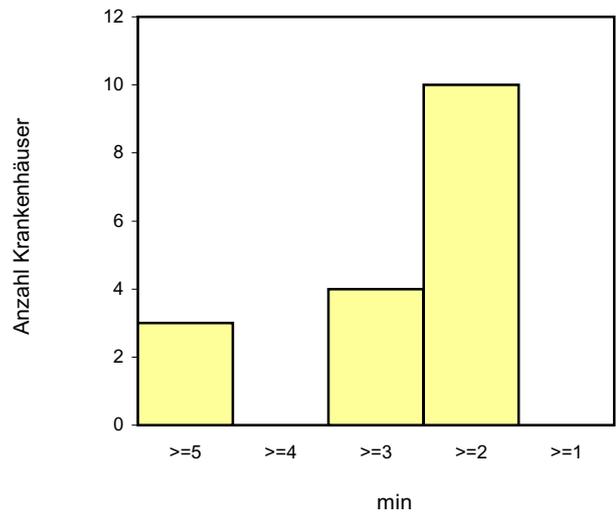
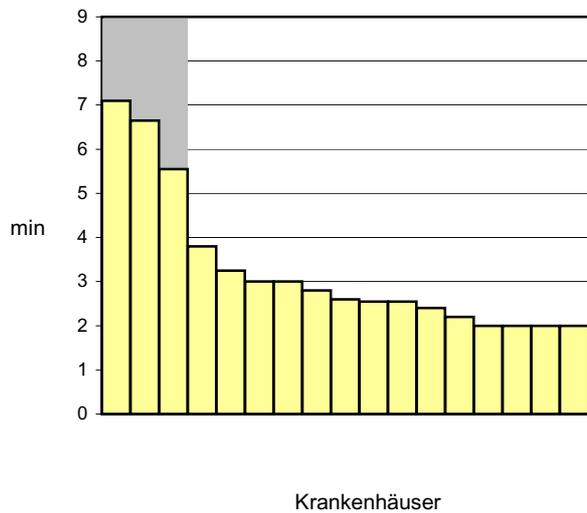
Median der Durchleuchtungsdauer von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,0 min - 7,1 min

Median der Krankenhausergebnisse: 2,6 min



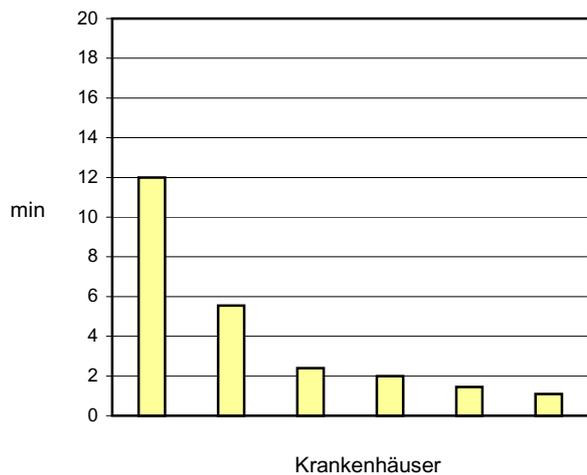
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,1 min - 12,0 min

Median der Krankenhausergebnisse: 2,2 min



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b]:

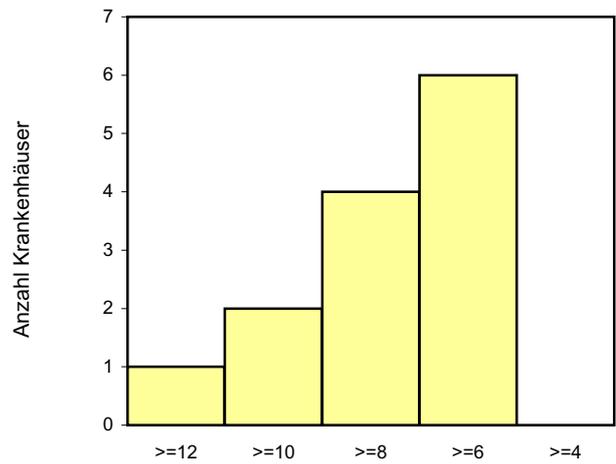
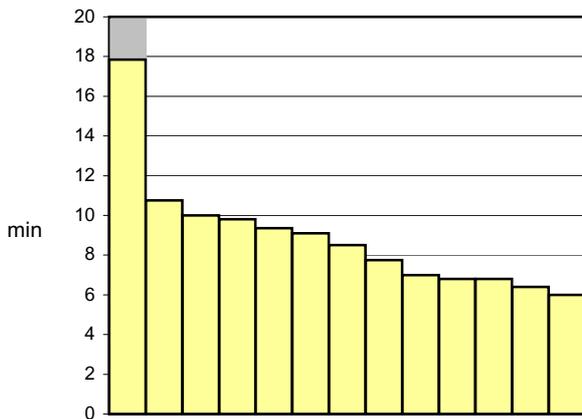
Median der Durchleuchtungsdauer von allen PTCA

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 6,0 min - 17,9 min

Median der Krankenhausergebnisse: 8,5 min



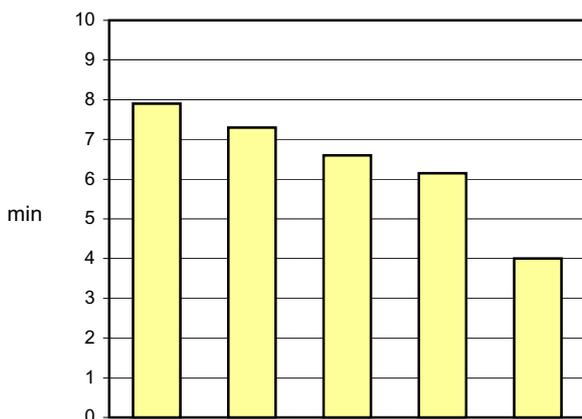
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 4,0 min - 7,9 min

Median der Krankenhausergebnisse: 6,6 min



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 8: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA) ¹	
	Gruppe 2:	Alle PTCA (ohne Einzeitig-PTCA) ¹	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PTCA ¹	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 150,0 ml (95%-Bundesperzentile)	
	Gruppe 2:	<= 204,0 ml (95%-Bundesperzentile)	
	Gruppe 3:	<= 260,0 ml (95%-Bundesperzentile)	

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)						
Mittelwert				90,2	121,6	160,5
Median				90,0	100,0	150,0
Referenzbereich	<= 150,0 ml	<= 204,0 ml	<= 260,0 ml	<= 150,0 ml	<= 204,0 ml	<= 260,0 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)						
Mittelwert				78,2	106,4	146,4
Median				70,0	85,0	130,0

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)						
Mittelwert				95,7	135,1	167,4
Median				90,0	120,0	150,0

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a]:

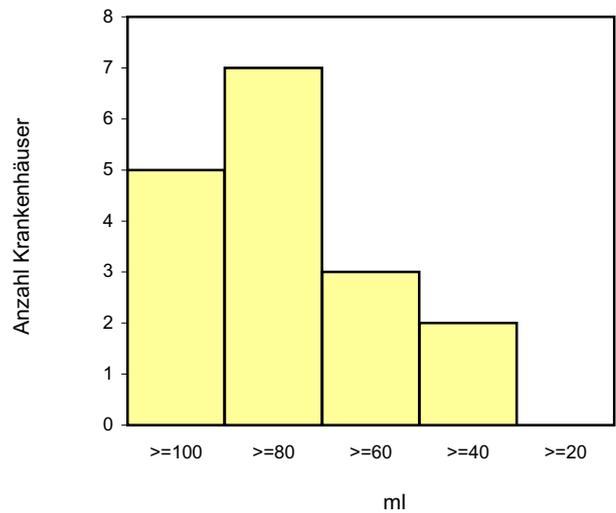
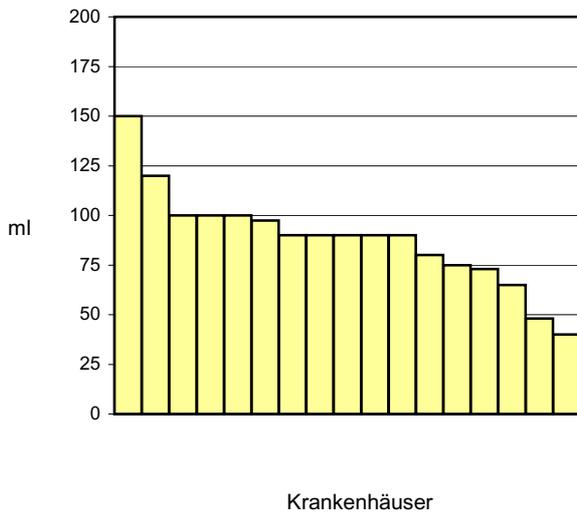
Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PTCA)

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 40,0 ml - 150,0 ml

Median der Krankenhausergebnisse: 90,0 ml



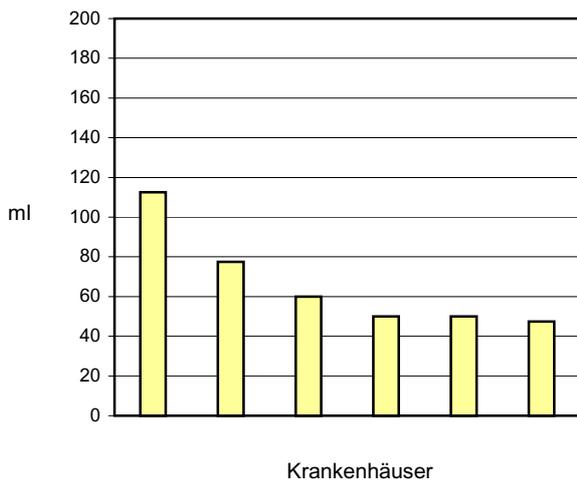
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 47,5 ml - 112,5 ml

Median der Krankenhausergebnisse: 55,0 ml



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b]:

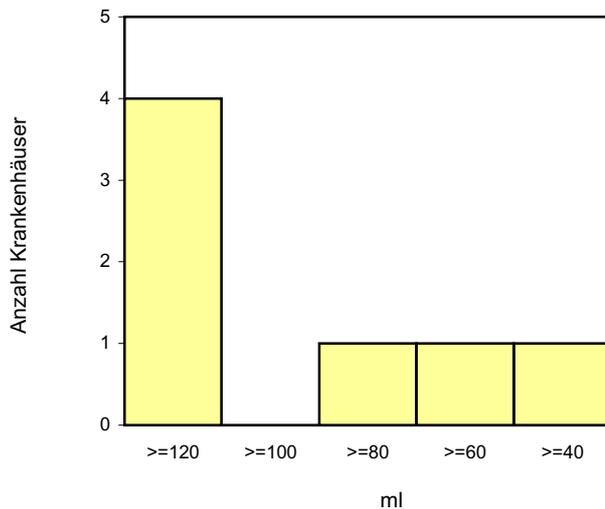
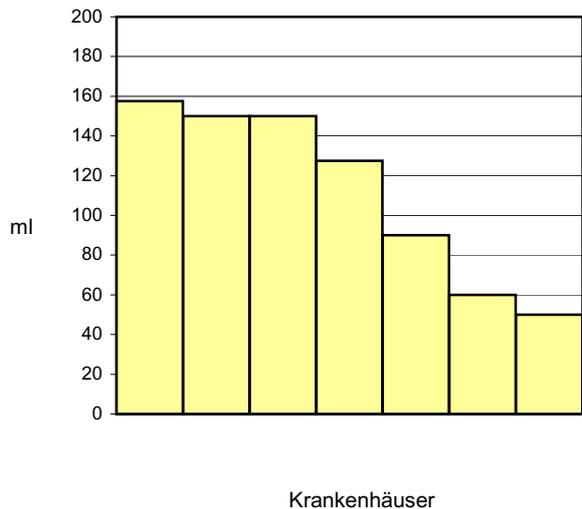
Median der Kontrastmittelmenge von allen PTCA (ohne Einzeitig-PTCA)

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0 ml - 157,5 ml

Median der Krankenhausergebnisse: 127,5 ml



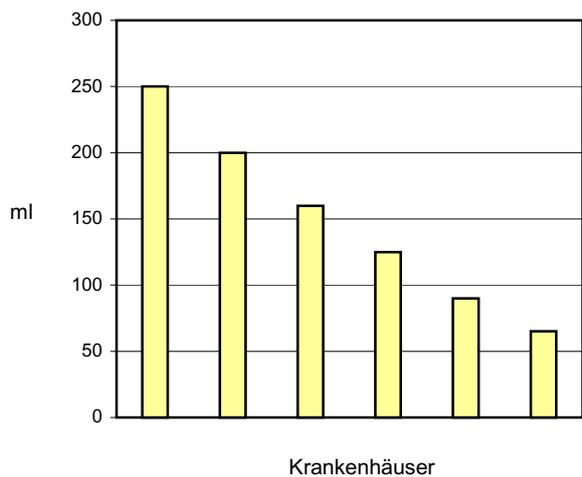
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 65,0 ml - 250,0 ml

Median der Krankenhausergebnisse: 142,5 ml

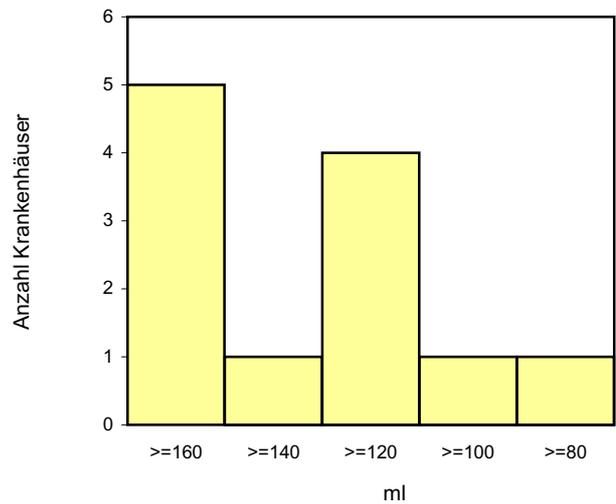
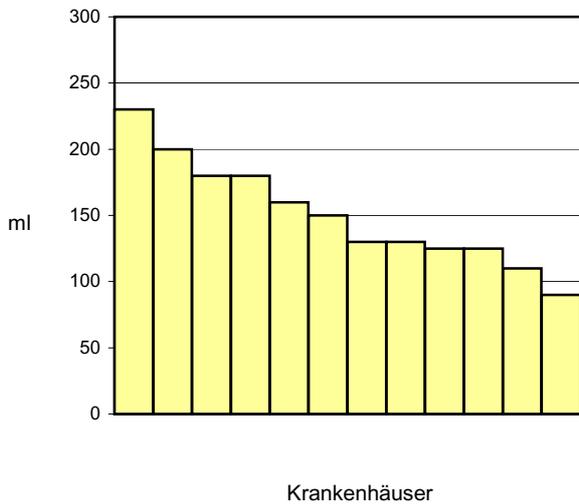


6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

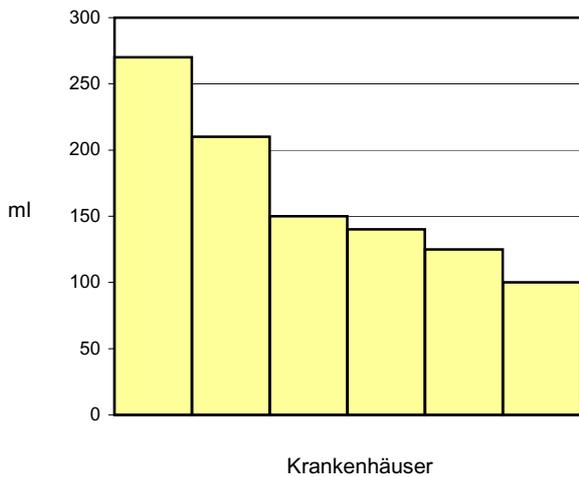
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c]:
Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PTCA
 5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,0 ml - 230,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 140,0 ml



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0 ml - 270,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 145,0 ml



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

Jahresauswertung 2005
Koronarangiographie und perkutane
transluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 23
Auswertungsversion: 09. Mai 2006
Datensatzversion: 21/3 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 09. Mai 2006
Nr. Gesamt-3030
2005 - D4060-L28826-P16983

Basisdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			7.684	25,0	8.245	26,6
2. Quartal			8.205	26,7	7.829	25,3
3. Quartal			7.252	23,6	7.213	23,3
4. Quartal			7.543	24,6	7.662	24,8
Gesamt			30.684	100,0	30.949	100,0
Anzahl Prozeduren			31.427		31.975	
Anzahl PTCA			10.496		10.082	
Anzahl Koronarangiographien			30.366		30.236	

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

Patienten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			30.684		30.949	
18 - 39 Jahre			419 / 30.684	1,4	487 / 30.949	1,6
40 - 59 Jahre			6.241 / 30.684	20,3	6.377 / 30.949	20,6
60 - 69 Jahre			10.059 / 30.684	32,8	10.863 / 30.949	35,1
70 - 79 Jahre			10.779 / 30.684	35,1	10.324 / 30.949	33,4
>= 80 Jahre			3.186 / 30.684	10,4	2.898 / 30.949	9,4
Alter (Jahre)						
Median				68,0		68,0
Mittelwert				67,1		66,5
Geschlecht						
männlich			19.937	65,0	20.160	65,1
weiblich			10.747	35,0	10.789	34,9

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

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	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung
4	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
6	E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
7	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
8	I20.0	Instabile Angina pectoris

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				I10.00	7.386	24,1	I10.00	6.853	22,1
2				I25.13	6.130	20,0	I25.13	5.587	18,1
3				I25.12	4.843	15,8	I25.11	5.523	17,8
4				I25.11	4.704	15,3	I25.12	4.313	13,9
5				I20.8	3.727	12,1	E78.2	3.978	12,9
6				E78.2	3.659	11,9	I20.8	3.311	10,7
7				I34.0	3.390	11,0	Z95.5	2.834	9,2
8				I20.0	3.235	10,5	I20.0	2.619	8,5

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

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			30.684		30.949	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			16.016	52,2	15.236	49,2
ja			14.352	46,8	15.252	49,3
unbekannt			316	1,0	461	1,5
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			21.625	70,5	21.633	69,9
ja			8.661	28,2	8.801	28,4
unbekannt			398	1,3	515	1,7
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			27.941	91,1	28.293	91,4
ja			2.684	8,7	2.611	8,4
unbekannt			59	0,2	45	0,1
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			23.707	77,3	23.396	75,6
ja			3.429	11,2	3.054	9,9
fraglich			604	2,0	883	2,9
unbekannt			2.944	9,6	3.616	11,7
Diabetes mellitus						
nein			20.425	66,6	20.823	67,3
ja			9.649	31,4	9.365	30,3
unbekannt			610	2,0	761	2,5
Niereninsuffizienz						
nein			23.635	77,0	25.412	82,1
dialysepflichtig			953	3,1	998	3,2
nicht dialysepflichtig			5.086	16,6	3.258	10,5
unbekannt			1.010	3,3	1.281	4,1

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			22.545	73,5	23.428	75,7
ja			8.139	26,5	7.521	24,3
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			7.615 / 22.545	33,8	7.654 / 23.428	32,7
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			3.151 / 22.545	14,0	2.940 / 23.428	12,5
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			8.159 / 22.545	36,2	8.825 / 23.428	37,7
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.072 / 22.545	13,6	3.409 / 23.428	14,6
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			548 / 22.545	2,4	600 / 23.428	2,6
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			7.469 / 22.545	33,1	6.792 / 23.428	29,0
ja			6.261 / 22.545	27,8	6.491 / 23.428	27,7
fraglich			2.914 / 22.545	12,9	2.953 / 23.428	12,6
nicht geprüft			5.901 / 22.545	26,2	7.192 / 23.428	30,7
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			9.529 / 22.545	42,3	10.108 / 23.428	43,1
ja			13.016 / 22.545	57,7	13.320 / 23.428	56,9
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			14.340 / 22.545	63,6	15.691 / 23.428	67,0
ja			8.205 / 22.545	36,4	7.737 / 23.428	33,0

Prozedur

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.427		31.975	
Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			31.427		31.975	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			31.427		31.857	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,8		4,1
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			27.716	88,2	28.771	90,0
ja			3.711	11,8	3.204	10,0
wenn ja						
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			257 / 3.711	6,9	209 / 3.204	6,5
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			20.931	66,6	21.893	68,5
PTCA			1.061	3,4	1.739	5,4
einzeitig Koronarangiographie und PTCA			9.435	30,0	8.343	26,1

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			30.366		30.236	
Wieviele Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			30.366		30.236	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Zahl der diagnostischen Koronarangiographien > 1: wenn ja			347 / 30.366	1,1	415 / 30.236	1,4
Anlass der erneuten diagnostischen Koronarangiographie						
geplante Kontrolle ggf. mit Folge-PTCA			79 / 347	22,8	83 / 415	20,0
neue Angina pectoris			138 / 347	39,8	142 / 415	34,2
neuer Ischämienachweis			72 / 347	20,7	96 / 415	23,1
Sonstige			58 / 347	16,7	94 / 415	22,7

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			11.323	37,3	12.055	39,9
bekannte KHK			8.010	26,4	7.723	25,5
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (instabile Angina pectoris (Ruheangina))			2.284	7,5	1.965	6,5
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (= Infarkt ohne ST-Hebung)			2.835	9,3	2.512	8,3
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24 h nach Stellung der Diagnose			1.907	6,3	1.717	5,7
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) über 24 h nach Stellung der Diagnose			836	2,8	938	3,1
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			354	1,2	739	2,4
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			674	2,2	586	1,9
Vitium			1.796	5,9	1.696	5,6
Sonstige			347	1,1	305	1,0

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach Herzkatheter (Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet)						
Ausschluss KHK			2.933	9,7	3.154	10,4
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			3.283	10,8	3.164	10,5
funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung			11.399	37,5	11.516	38,1
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			7.072	23,3	6.660	22,0
Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			366	1,2	386	1,3
Kardiomyopathie			1.189	3,9	1.247	4,1
Aortenklappenerkrankung			1.204	4,0	1.193	3,9
Mitralklappenerkrankung			609	2,0	561	1,9
anderes Vitium			123	0,4	110	0,4
Aortenaneurysma			109	0,4	83	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.750	5,8	1.782	5,9
andere kardiale Erkrankung			329	1,1	380	1,3

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Nebendiagnose nach Herzkatheter (Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die Einfluss auf den aktuellen Krankheitszustand des Patienten oder die Therapieentscheidung hat)						
Ausschluss KHK			682	2,2	629	2,1
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			544	1,8	536	1,8
funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung			614	2,0	607	2,0
funktionelle 3-Gefäßerkrankung			319	1,1	300	1,0
Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%			195	0,6	140	0,5
Kardiomyopathie			599	2,0	546	1,8
Aortenklappenerkrankung			423	1,4	438	1,4
Mitralklappenerkrankung			410	1,4	566	1,9
anderes Vitium			19	0,1	31	0,1
Aortenaneurysma			65	0,2	78	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.625	5,4	1.593	5,3
andere kardiale Erkrankung			269	0,9	463	1,5
Therapieempfehlung						
keine			682	2,2	618	2,0
medikamentös			15.510	51,1	16.199	53,6
interventionell			9.587	31,6	8.667	28,7
herzchirurgisch			4.067	13,4	4.331	14,3
Sonstige			520	1,7	421	1,4

PTCA

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PTCA			10.496		10.082	
Wievielte PTCA während dieses Aufenthalts						
Anzahl (gültiger Wertebeich 1 - 99)			10.496		10.082	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Indikation zur PTCA						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			4.178	39,8	4.244	42,1
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (instabile Angina pectoris (Ruheangina))			1.255	12,0	1.128	11,2
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (= Infarkt ohne ST-Hebung)			1.789	17,0	1.518	15,1
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24 h nach Stellung der Diagnose			1.677	16,0	1.549	15,4
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) nach 24 h nach Stellung der Diagnose			657	6,3	714	7,1
stumme Ischämie			297	2,8	339	3,4
prognostische Indikation			444	4,2	400	4,0
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PTCA			18	0,2	27	0,3
Sonstige			181	1,7	163	1,6

PTCA (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PTCA an						
einem Versorgungsgebiet			9.872	94,1	9.429	93,5
zwei Versorgungsgebieten			596	5,7	618	6,1
drei Versorgungsgebieten			28	0,3	35	0,3
PTCA mit besonderen Merkmalen						
nein			5.310	50,6	5.440	54,0
ja			5.186	49,4	4.642	46,0
wenn ja						
PTCA an komplettem Gefäßverschluss			1.836 / 5.186	35,4	1.763 / 4.642	38,0
PTCA eines Koronarbypasses			183 / 5.186	3,5	169 / 4.642	3,6
PTCA an ungeschütztem Hauptstamm			134 / 5.186	2,6	136 / 4.642	2,9
PTCA einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			1.160 / 5.186	22,4	1.025 / 4.642	22,1
PTCA an letztem verbliebenen Gefäß			35 / 5.186	0,7	22 / 4.642	0,5
PTCA bei 3-Gefäß-erkrankung			2.829 / 5.186	54,6	2.219 / 4.642	47,8
Stent(s) implantiert						
nein			1.497	14,3	1.593	15,8
ja			8.999	85,7	8.489	84,2
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			754	7,2	772	7,7
ja			9.594	91,4	9.167	90,9
fraglich			148	1,4	143	1,4

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.427		31.975	
Durchleuchtungsdauer						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 min)			31.366		31.975	
Median				4,0		4,0
Mittelwert				6,2		6,4
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 500 - 40.000 cGy*cm ²)			22.637		22.140	
Median				3.100		2.693
Mittelwert				4.429		3.597
unbekannt			5.602	17,8	5.476	17,1
Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			31.411		31.963	
Median				100,0		100,0
Mittelwert				112,3		116,6

Ereignisse oder Komplikationen während der Prozedur

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			31.427		31.975	
Intraprozedural auftretende Ereignisse oder Komplikationen						
nein			31.223	99,4	31.746	99,3
ja			204	0,6	229	0,7
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss (des dilatierten Gefäßes)			28	0,1	35	0,1
TIA/Schlaganfall			8	0,0	13	0,0
Reanimation			82	0,3	95	0,3
Sonstige			99	0,3	98	0,3
Exitus im Herzkatheterlabor			33	0,1	36	0,1

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural fest- gestellte Komplikationen (während dieses Aufenthaltes bis zur Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung, jedoch max. 36 Stunden nach der letzten Prozedur)						
nein			30.209	98,5	30.519	98,6
ja			475	1,5	430	1,4
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt			49	0,2	52	0,2
TIA/Schlaganfall			19	0,1	19	0,1
Lungenembolie			2	0,0	1	0,0
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel) mit operativer Revision oder Transfusion			83	0,3	78	0,3
ohne operative Revision, aber mit verlängertem stationären Aufenthalt			138	0,4	111	0,4
Reanimation			82	0,3	64	0,2
Sonstige (z.B. Sepsis)			100	0,3	79	0,3
Tod			94	0,3	86	0,3

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn intra- oder postprozedurale Komplikationen auftraten: Wurde wegen einer dieser Komplikationen eine koronare Notfallbypass-Operation durchgeführt?						
nein			558 / 591	94,4	519 / 590	88,0
ja			26 / 591	4,4	10 / 590	1,7
fehlende Angaben			7 / 591	1,2	61 / 590	10,3
Führte eine dieser Komplikationen während des Aufenthaltes im eigenen Krankenhaus zum Tode?						
nein			493 / 591	83,4	462 / 590	78,3
ja			91 / 591	15,4	64 / 590	10,8
fehlende Angaben			7 / 591	1,2	64 / 590	10,8
Wurde der Patient wegen einer dieser Komplikationen in ein anderes Krankenhaus verlegt?						
nein			550 / 591	93,1	506 / 590	85,8
ja			34 / 591	5,8	18 / 590	3,1
fehlende Angaben			7 / 591	1,2	66 / 590	11,2
wenn ja Führte nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus eine dieser Komplikationen innerhalb von 30 Tagen zum Tode?						
nein			14 / 34	41,2	10 / 18	55,6
ja			0 / 34	0,0	0 / 18	0,0
unbekannt			20 / 34	58,8	8 / 18	44,4

Anhang: OPS Version 2005 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

Diagnostische Prozeduren¹ OPS Version 2005

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kombinierte Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung						
1-272.0 Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel			941	3,1	2.007	6,6
1-272.1 Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			669	2,2	724	2,4
1-272.2 Koronarangiographie und Druckmessung in der Aorta			167	0,5	239	0,8
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung						
1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen			10.370	34,2	8.251	27,3
1-275.1 Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel			201	0,7	559	1,8
1-275.2 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel			9.497	31,3	10.675	35,3
1-275.3 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			7.501	24,7	8.387	27,7
1-275.4 Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			2.531	8,3	1.784	5,9
1-275.5 Koronarangiographie von Bypassgefäßen			2.283	7,5	2.248	7,4
sonstige OPS-Kodes			0	0,0	1	0,0

¹ Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich)

Anhang: OPS Version 2005 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

Interventionelle Prozeduren¹ OPS Version 2005

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen						
8-837.00 Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie			9.378	89,3	9.122	90,5
8-837.01 Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien			476	4,5	465	4,6
Einlegen eines nicht medika- mentenfreisetzenden Stents						
8-837.k0 Ein Stent in eine Koronararterie			5.017	47,8	4.368	43,3
8-837.k1 Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie			1.563	14,9	1.443	14,3
8-837.k2 Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien			281	2,7	364	3,6
8-837.kx Sonstige			9	0,1	4	0,0

¹ Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich)

Anhang: OPS Version 2005 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

Interventionelle Prozeduren¹ OPS Version 2005

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einlegen eines medikamenten- freisetzenden Stents						
8-837.m0 Ein Stent in eine Koronararterie			1.538	14,7	422	4,2
8-837.m1 2 Stents in eine Koronararterie			318	3,0	68	0,7
8-837.m2 2 Stents in mehrere Koronararterien			64	0,6	23	0,2
8-837.m3 3 Stents in eine Koronararterie			32	0,3	10	0,1
8-837.m4 3 Stents in mehrere Koronararterien			16	0,2	4	0,0
8-837.m5 4 Stents in eine Koronararterie			5	0,0	-	-
8-837.m6 4 Stents in mehrere Koronararterien			9	0,1	-	-
8-837.m7 5 Stents in eine Koronararterie			1	0,0	-	-
8-837.m8 5 Stents in mehrere Koronararterien			5	0,0	-	-
8-837.m9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	-	-
8-837.ma Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien			2	0,0	-	-
8-837.mx Sonstige			0	0,0	0	0,0
8-837.p Einlegen eines nicht-medikamen- tenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)			10	0,1	-	-

¹ Bezug sind alle gültigen Prozeduren (mehr als ein Kode pro Eingriff ist möglich). 8-837.m3 bzw. 8-837.m4 bedeuten in der Vorjahresspalte „Mindestens 3 Stents“. Die OPS-Ziffern 8-837.m5 – 8-837.ma sowie 8-837.p gibt es erst seit 2005, daher erscheinen dort keine Vorjahreswerte.

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:	8,2 - 11,8%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 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 Landesdatenpools 2005.

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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Jahresauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

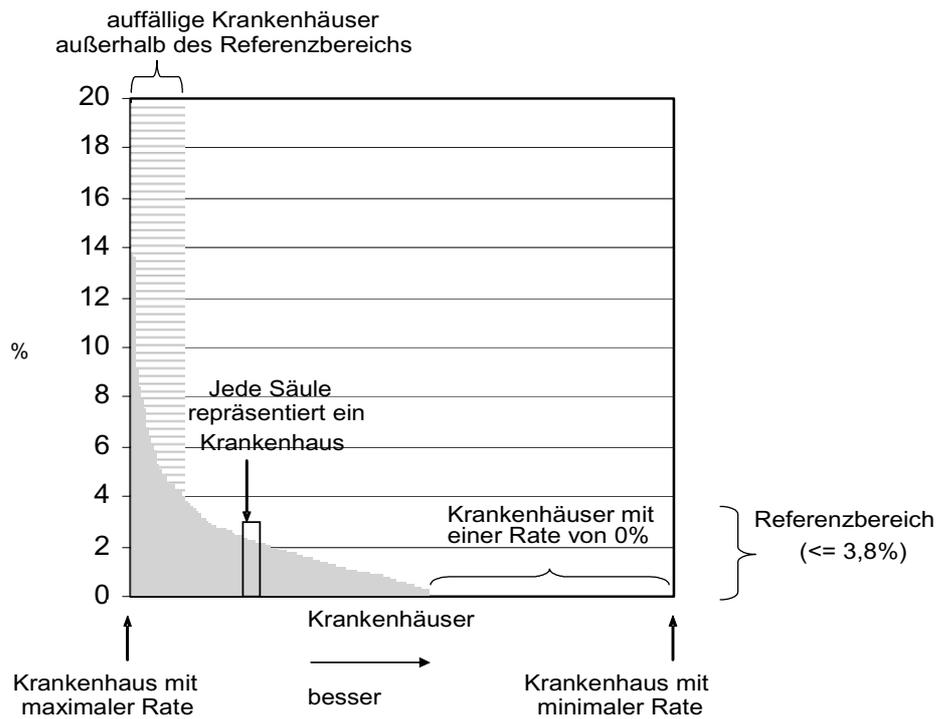
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

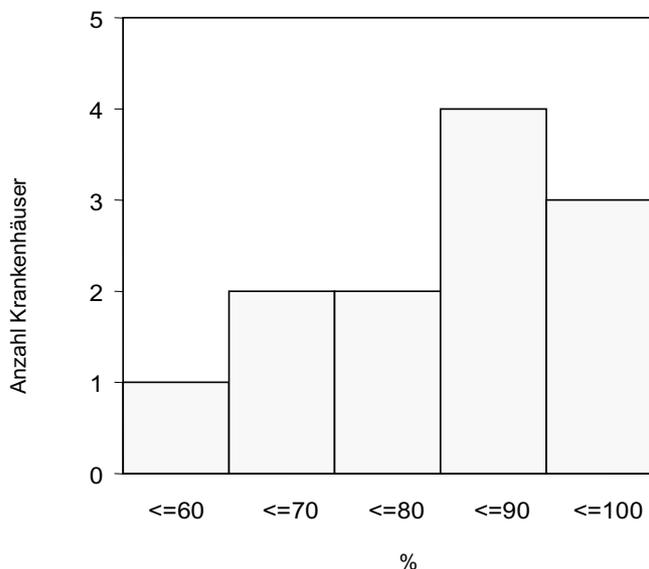
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. 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 Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den 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.

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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