

Jahresauswertung 2009
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.037
Datensatzversion: 21/3 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9399-L65581-P30514

Jahresauswertung 2009
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.037
Datensatzversion: 21/3 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9399-L65581-P30514

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		31.948	1.1
dokumentierte PCI pro Jahr		11.237	1.1

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen					
			90,0%	>= 80%	1.3
QI 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung					
			33,9%	>= 21,0%	1.8
QI 3: Indikation zur PCI					
			5,5%	<= 10%	1.10
QI 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI					
Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“			92,8%	>= 85%	1.13
Alle PCI			92,9%	>= 85%	1.13
QI 5: MACCE					
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)			1,1%	<= 3,1%	1.17
Patienten mit PCI			3,6%	<= 5,8%	1.21
Patienten mit Erst-Standard-PCI			0,4%	<= 1,9%	1.25
Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt			9,1%	<= 14,5%	1.28

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: In-Hospital-Letalität					
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)			1,0%	<= 3,0%	1.31
Patienten mit PCI			3,4%	nicht definiert	1.34
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,18	<= 2,2	1.39
Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität			2,8%	<= 5,1%	1.39
Patienten mit Angabe „Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			2,0%	nicht definiert	1.44
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			2,2	<= 5	1.46
Alle PCI			7,2	<= 12	1.46
QI 8: Flächendosisprodukt (Median in cGy*cm²)					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			2.523,0	nicht definiert	1.49
Alle PCI ohne Einzeitig-PCI			4.605,0	nicht definiert	1.49
Alle Einzeitig-PCI			5.430,0	<= 9.201,0	1.49
Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) > 6.000 cGy*cm ²			14,5%	<= 29,9%	1.54
Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²			16,1%	<= 26,3%	1.54
Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“			1,4%	<= 16,9%	1.57

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 9: Kontrastmittelmenge (Median in ml)					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			70,0	<= 150	1.59
Alle PCI ohne Einzeitig-PCI			100,0	<= 200	1.59
Alle Einzeitig-PCI			130,0	<= 250	1.59

Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			31.948	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			11.237	100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.408	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			11.686	100,0%

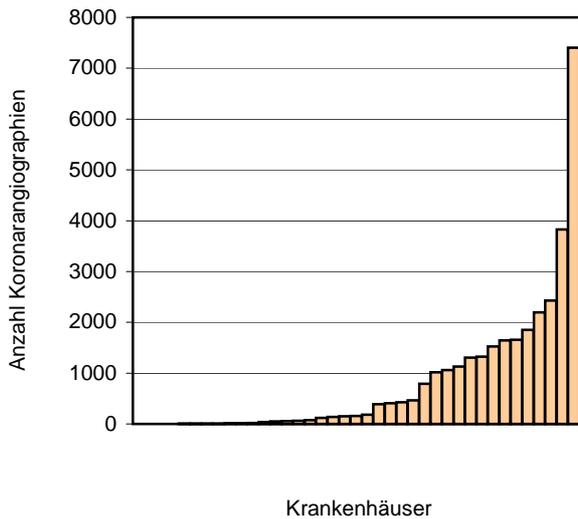
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/43867]:

Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1 - 7.403

Median der Krankenhausergebnisse: 159,0



Qualitätsindikator 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen

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

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

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/43757

Referenzbereich: >= 80% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom			1.340 / 20.514	6,5%
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			12.198 / 20.514	59,5%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			11.279 / 20.514	55,0%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.303 / 20.514	25,9%
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)			18.471 / 20.514	90,0%
Vertrauensbereich				89,6% - 90,4%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	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) Vertrauensbereich			19.120 / 21.077	90,7% 90,3% - 91,1%

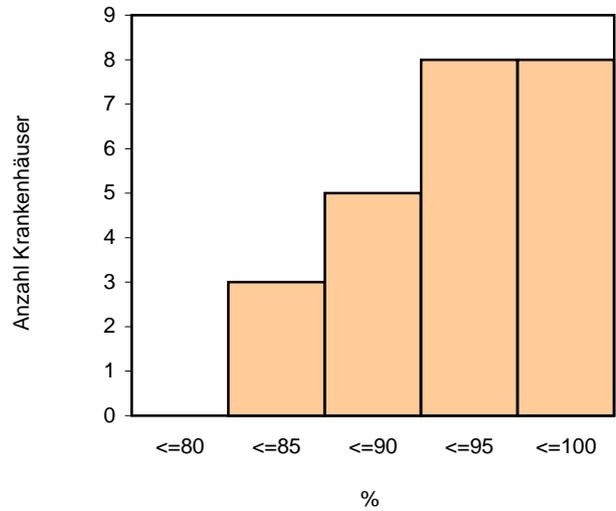
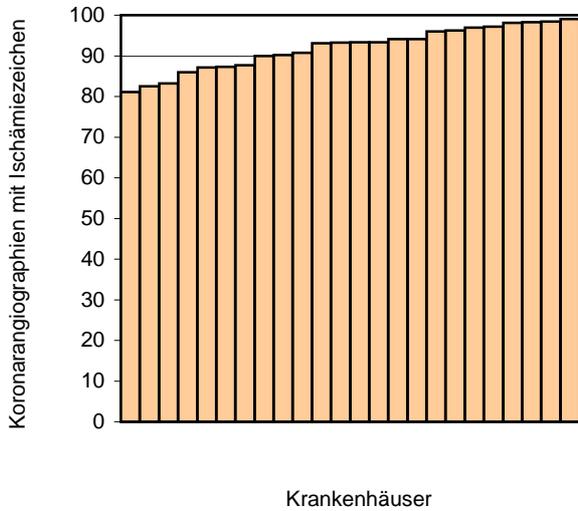
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/43757]:

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“

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,1% - 99,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,3%

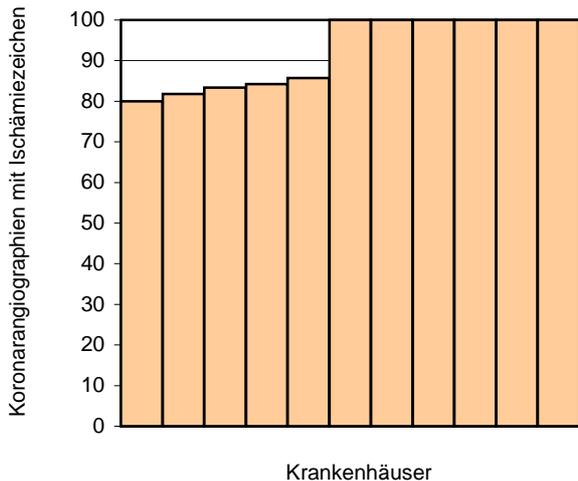


24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung

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

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) 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“

Kennzahl-ID: Gruppe 4: 2009/21n3-KORO-PCI/69882

Referenzbereich: Gruppe 4: >= 21,0% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 1				
interventionell			2.045 / 11.963	17,1%
herzchirurgisch			1.121 / 11.963	9,4%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.269 / 11.963	27,3%
keine			414 / 11.963	3,5%
medikamentös			8.096 / 11.963	67,7%
Sonstige			287 / 11.963	2,4%

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 2				
interventionell			2.522 / 6.846	36,8%
herzchirurgisch			456 / 6.846	6,7%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.076 / 6.846	44,9%
keine			39 / 6.846	0,6%
medikamentös			3.653 / 6.846	53,4%
Sonstige			176 / 6.846	2,6%
Gruppe 3				
interventionell			185 / 543	34,1%
herzchirurgisch			15 / 543	2,8%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			206 / 543	37,9%
keine			2 / 543	0,4%
medikamentös			338 / 543	62,2%
Sonstige			3 / 543	0,6%

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 4				
interventionell			4.752 / 19.352	24,6%
herzchirurgisch			1.592 / 19.352	8,2%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.551 / 19.352	33,9%
Vertrauensbereich				33,2% - 34,5%
Referenzbereich		>= 21,0%		>= 21,0%
keine			455 / 19.352	2,4%
medikamentös			12.087 / 19.352	62,5%
Sonstige			466 / 19.352	2,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 4				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.843 / 20.039	34,1%
Vertrauensbereich				33,5% - 34,8%

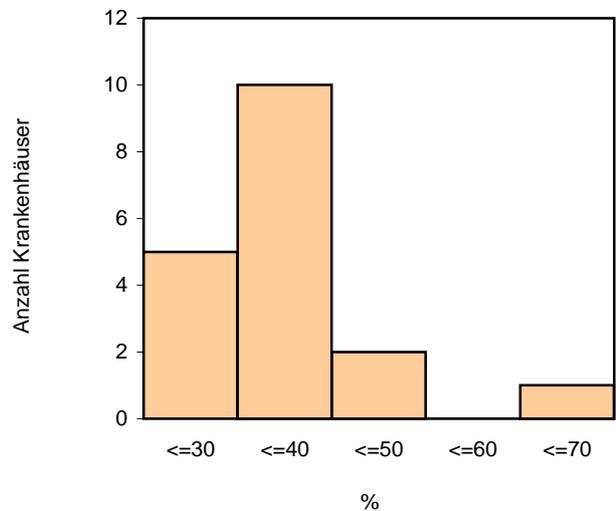
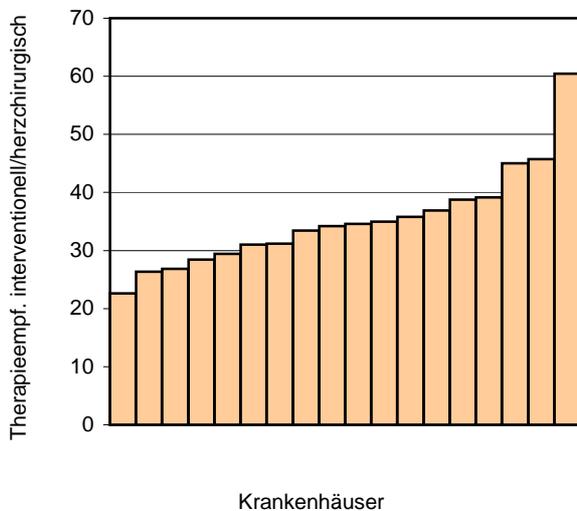
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69882]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 22,6% - 60,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 34,4%

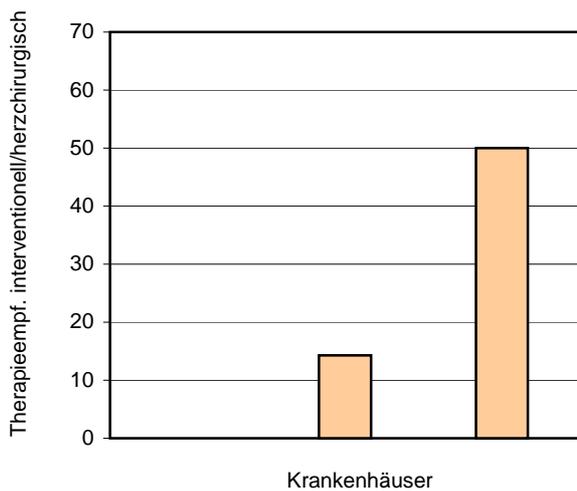


18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 14,3%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Indikation zur PCI

Qualitätsziel: Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/69889

Referenzbereich: <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI bei Patienten 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			175 / 5.385	3,2%
			122 / 5.385	2,3%
			297 / 5.385	5,5%
				4,9% - 6,2%
		<= 10%		<= 10%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI 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			304 / 5.582	5,4% 4,9% - 6,1%

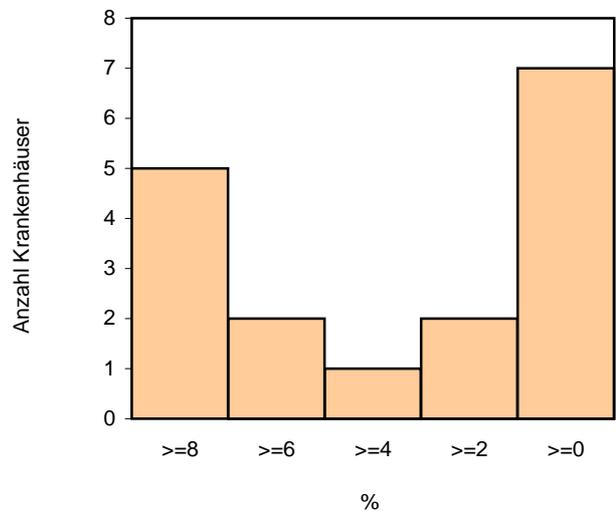
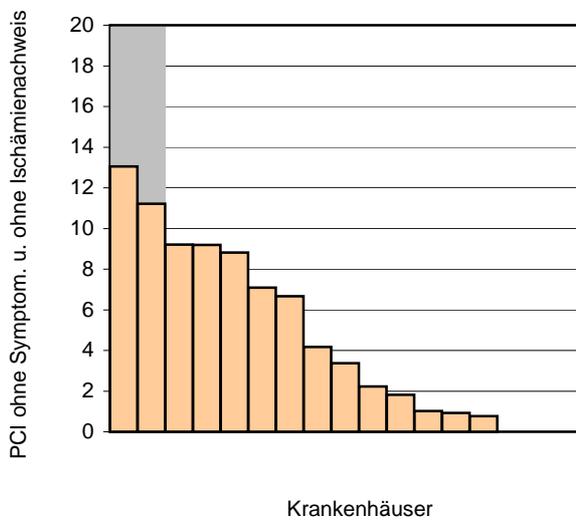
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69889]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,4%

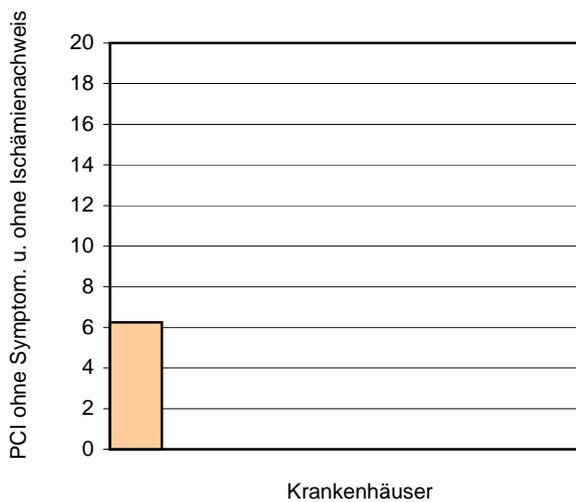


17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose
	Gruppe 2:	Alle PCI
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/21n3-KORO-PCI/69891
	Gruppe 2:	2009/21n3-KORO-PCI/69893
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 85% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	>= 85% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 85%	 >= 85%

	Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	2.014 / 2.171 92,8% 91,6% - 93,8% >= 85%	10.435 / 11.237 92,9% 92,4% - 93,3% >= 85%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	2.056 / 2.184 94,1% 93,1% - 95,1%	10.957 / 11.686 93,8% 93,3% - 94,2%

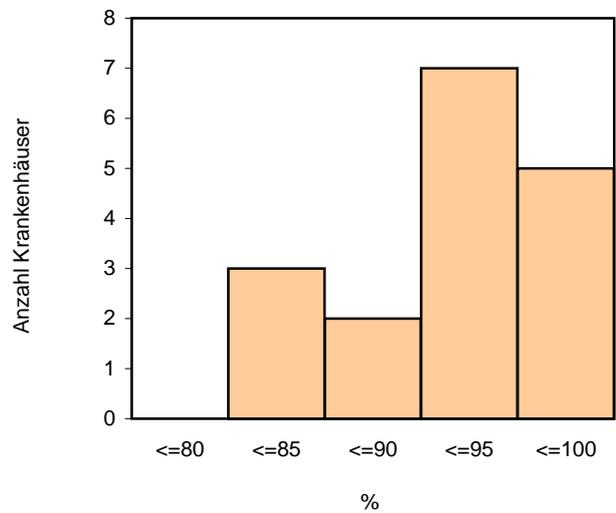
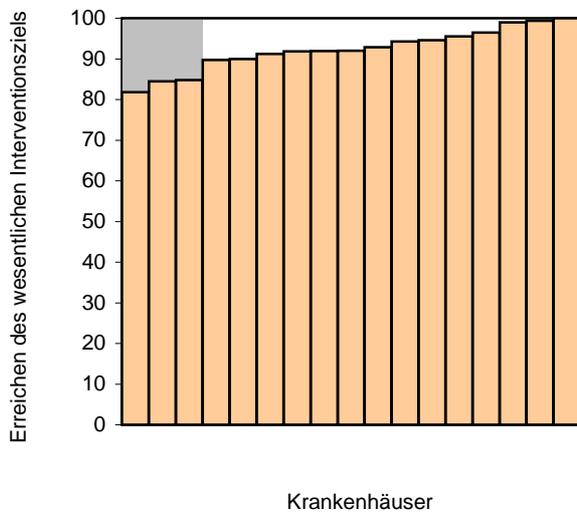
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69891]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 92,0%

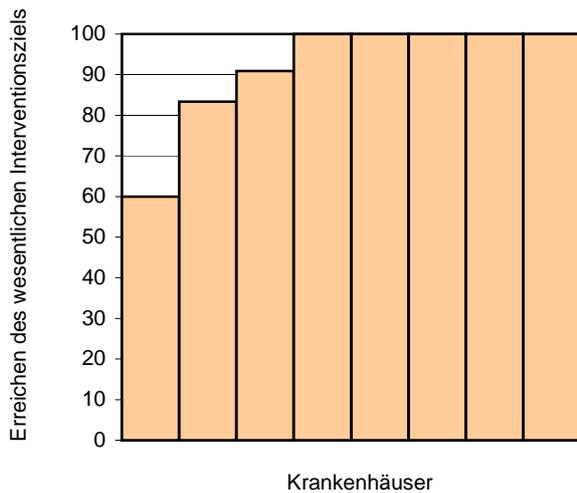


17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 60,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

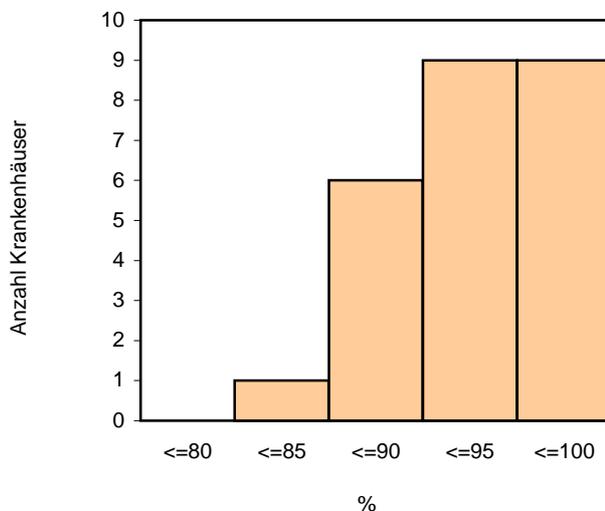
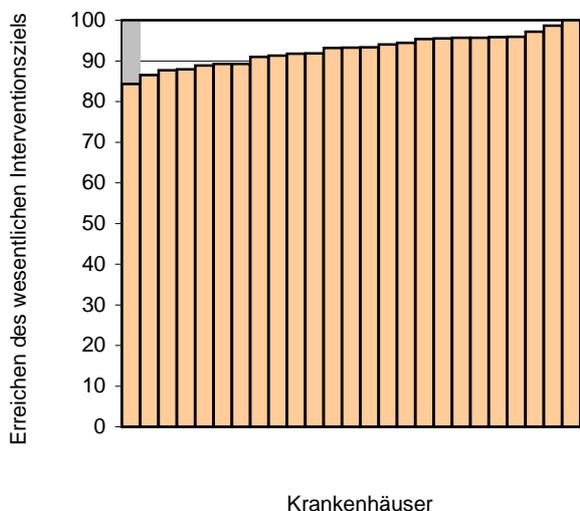


8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

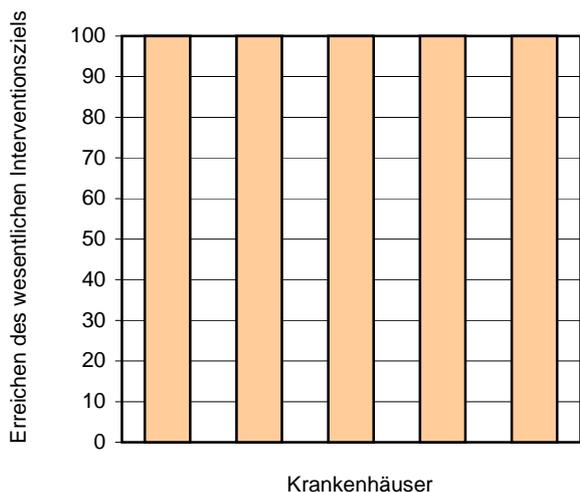
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69893]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 84,3% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 93,3%



25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: MACCE

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

Koronarangiographie(n)

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

Kennzahl-ID: Gruppe 3: 2009/21n3-KORO-PCI/43892

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 3,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,1%
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	128 / 3.410 3,8%	102 / 15.648 0,7%	240 / 21.252 1,1%
Vertrauensbereich			1,0% - 1,3%
Referenzbereich			<= 3,1%
Alter >= 75 Jahre	66 / 1.219 5,4%	53 / 4.789 1,1%	122 / 6.462 1,9%
Patienten mit Diabetes mellitus	38 / 531 7,2%	22 / 1.850 1,2%	60 / 2.517 2,4%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	13 / 31 41,9%	3 / 11 27,3%	16 / 42 38,1%
Alter < 75 Jahre	62 / 2.191 2,8%	49 / 10.859 0,5%	118 / 14.790 0,8%
Patienten mit Diabetes mellitus	24 / 648 3,7%	19 / 3.196 0,6%	44 / 4.221 1,0%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	18 / 48 37,5%	7 / 28 25,0%	26 / 77 33,8%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

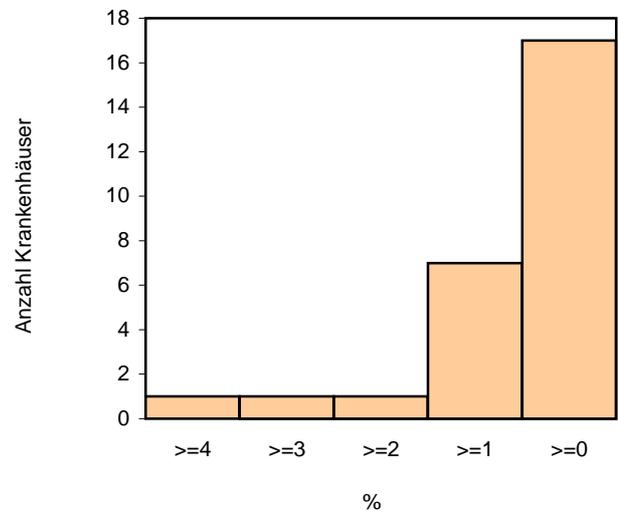
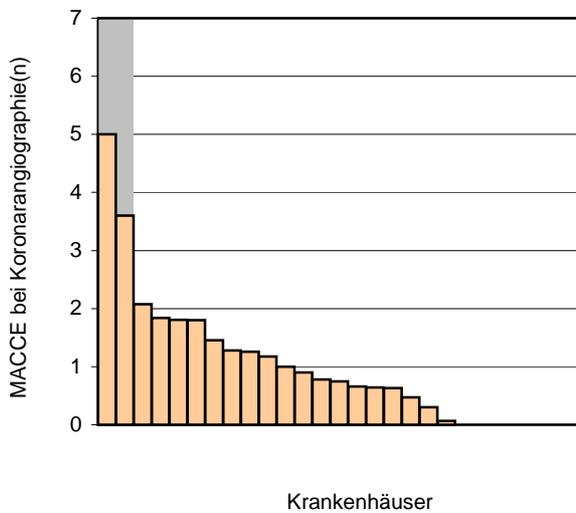
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	102 / 3.456 3,0%	87 / 15.817 0,6%	197 / 21.357 0,9%
Vertrauensbereich			0,8% - 1,1%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

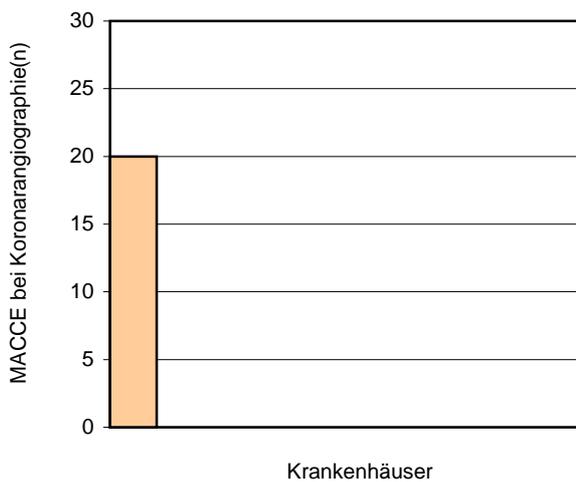
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/43892]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,7%



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Kennzahl-ID: Gruppe 3: 2009/21n3-KORO-PCI/43907

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 5,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 5,8%
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	341 / 5.353 6,4%	49 / 5.077 1,0%	393 / 10.785 3,6%
Vertrauensbereich			3,3% - 4,0%
Referenzbereich			<= 5,8%
Alter >= 75 Jahre	190 / 1.909 10,0%	23 / 1.610 1,4%	214 / 3.616 5,9%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	88 / 806 10,9%	15 / 707 2,1%	104 / 1.550 6,7%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	60 / 262 22,9%	5 / 162 3,1%	66 / 431 15,3%
Patienten mit Niereninsuffizienz	87 / 753 11,6%	13 / 584 2,2%	101 / 1.354 7,5%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 174 7,5%	5 / 213 2,3%	19 / 403 4,7%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	60 / 108 55,6%	1 / 4 25,0%	61 / 112 54,5%
Alter < 75 Jahre	151 / 3.444 4,4%	26 / 3.467 0,7%	179 / 7.169 2,5%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	59 / 990 6,0%	17 / 1.309 1,3%	77 / 2.392 3,2%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	65 / 333 19,5%	7 / 326 2,1%	72 / 677 10,6%
Patienten mit Niereninsuffizienz	67 / 737 9,1%	10 / 778 1,3%	78 / 1.558 5,0%
Patienten mit Z. n. Bypass	15 / 200 7,5%	2 / 367 0,5%	17 / 592 2,9%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	77 / 173 44,5%	5 / 13 38,5%	82 / 186 44,1%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

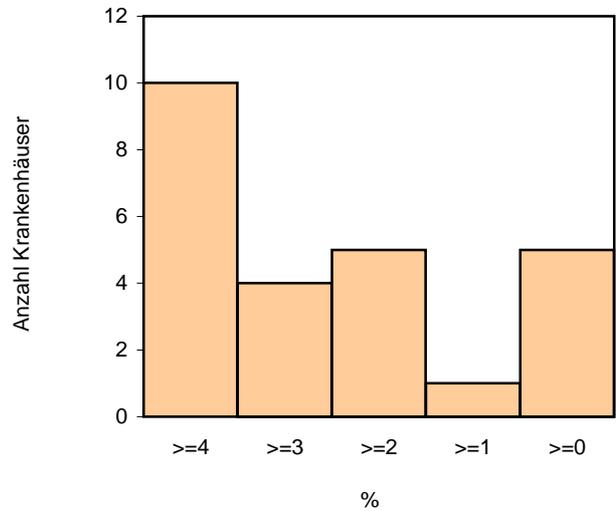
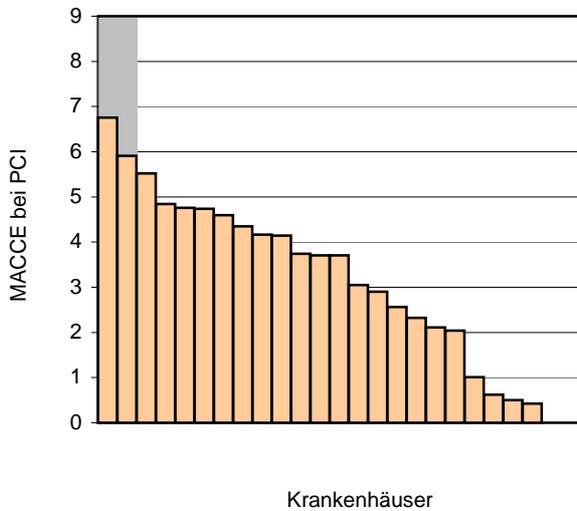
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	335 / 5.542 6,0%	38 / 5.394 0,7%	376 / 11.308 3,3%
Vertrauensbereich			3,0% - 3,7%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

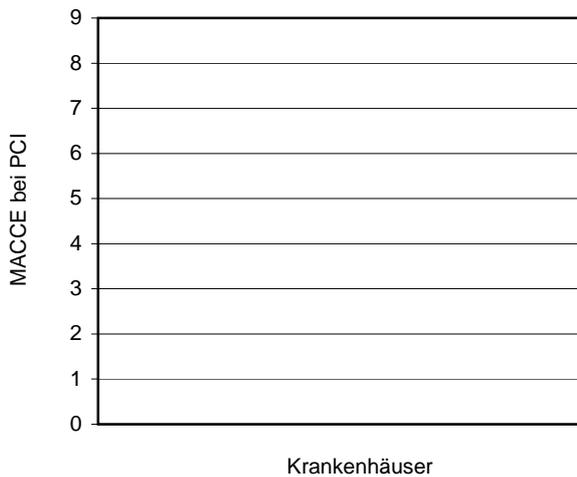
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/43907]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 6,8%
 Median der Krankhausergebnisse: 3,7%



25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-Standard-PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-Standard-PCI (Erst-PCI mit Standard-Konstellation, das heißt ohne Herzinsuffizienz, ohne besondere Merkmale an einem Versorgungsgebiet und ohne akutes Koronarsyndrom)

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/69811

Referenzbereich: <= 1,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			14 / 3.347	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,7%
Referenzbereich		<= 1,9%		<= 1,9%
Alter >= 75 Jahre			6 / 1.026	0,6%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			5 / 433	1,2%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			2 / 71	2,8%
Patienten mit Niereninsuffizienz			3 / 338	0,9%
Patienten mit Z. n. Bypass			1 / 88	1,1%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			0 / 1	0,0%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter < 75 Jahre			8 / 2.321	0,3%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			5 / 857	0,6%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			1 / 161	0,6%
Patienten mit Niereninsuffizienz			3 / 489	0,6%
Patienten mit Z. n. Bypass			0 / 178	0,0%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			0 / 0	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹ Vertrauensbereich			16 / 3.615	0,4% 0,3% - 0,7%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

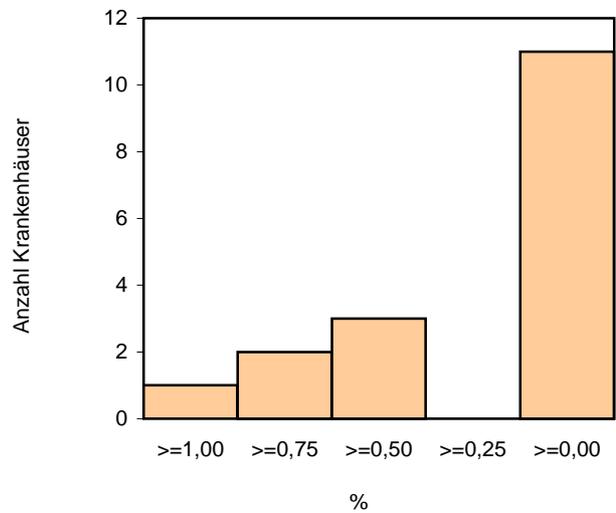
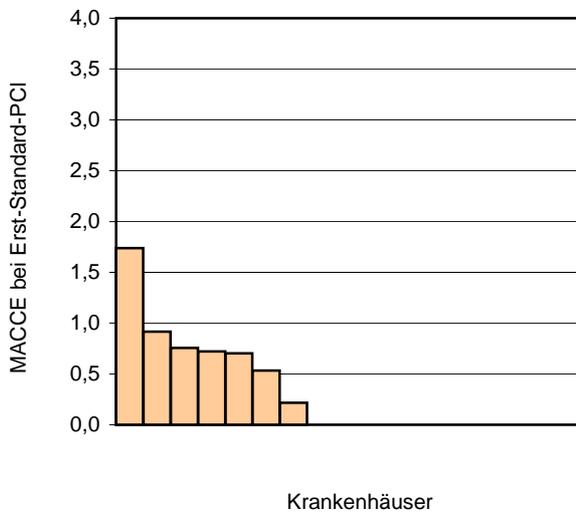
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69811]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI an einem Versorgungsgebiet, ohne Herzinsuffizienz, ohne besondere Merkmale und ohne akutes Koronarsyndrom

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

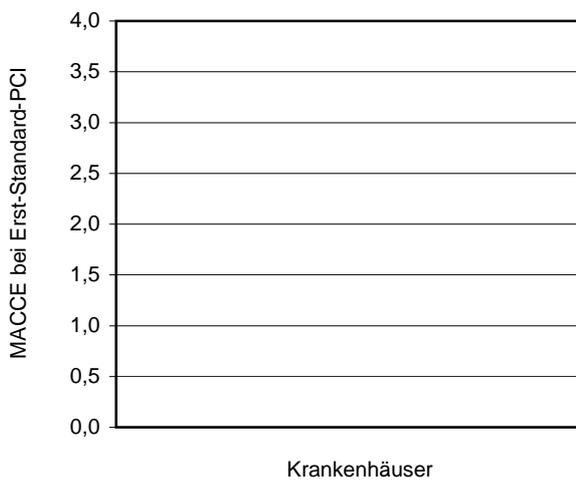


17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/73854
Referenzbereich: <= 14,5% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			215 / 2.374	9,1%
Vertrauensbereich				7,9% - 10,3%
Referenzbereich		<= 14,5%		<= 14,5%
Alter >= 75 Jahre			111 / 733	15,1%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			51 / 282	18,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			33 / 102	32,4%
Patienten mit Niereninsuffizienz			50 / 257	19,5%
Patienten mit Z. n. Bypass			5 / 32	15,6%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			37 / 65	56,9%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

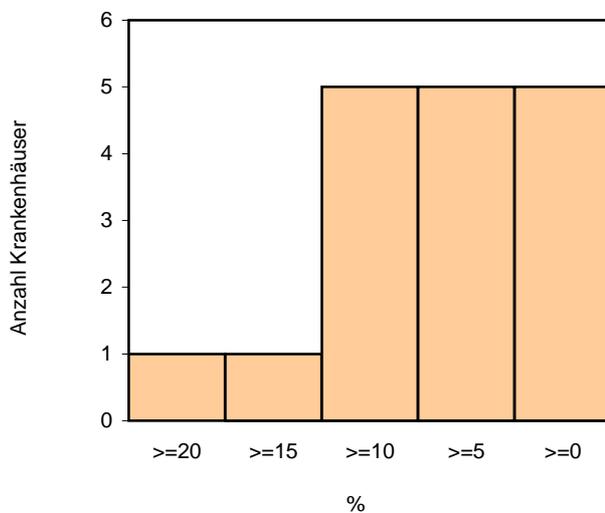
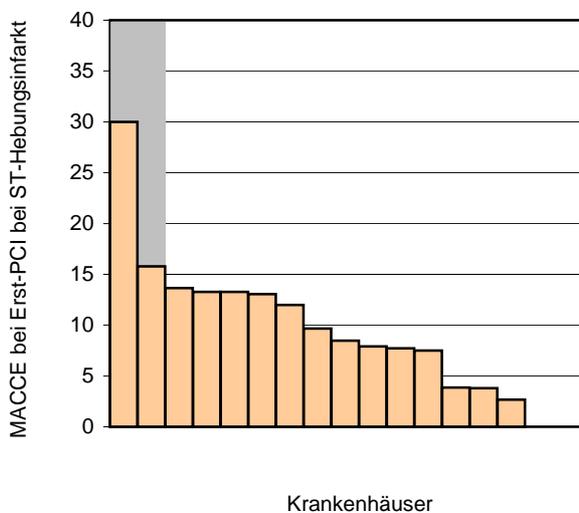
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter < 75 Jahre			104 / 1.641	6,3%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			39 / 385	10,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			43 / 156	27,6%
Patienten mit Niereninsuffizienz			42 / 273	15,4%
Patienten mit Z. n. Bypass			5 / 40	12,5%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			58 / 128	45,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹ Vertrauensbereich			199 / 2.487	8,0% 7,0% - 9,1%

¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

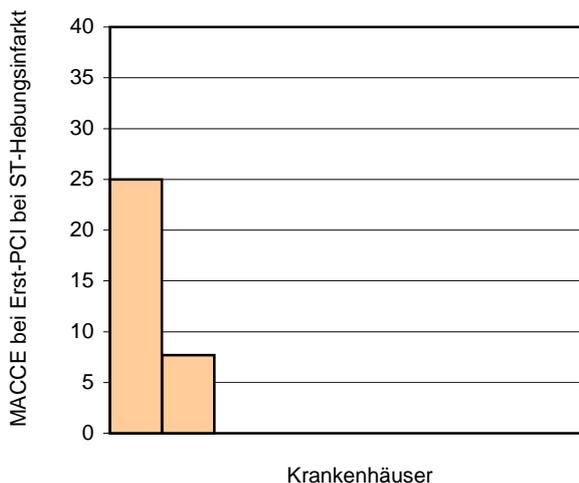
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5d, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/73854]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 30,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 8,5%



17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 25,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: In-Hospital-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige In-Hospital-Letalität

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

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/65801

Referenzbereich: <= 3,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			210 / 21.252	1,0% 0,9% - 1,1% <= 3,0%
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			29 / 384	7,6%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			71 / 2.314	3,1%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			110 / 18.554	0,6%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			40 / 114	35,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			172 / 21.357	0,8% 0,7% - 0,9%

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität Anteil von Patienten mit Verlegung in die Herzchirurgie an allen verstorbenen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)			8 / 210	3,8%

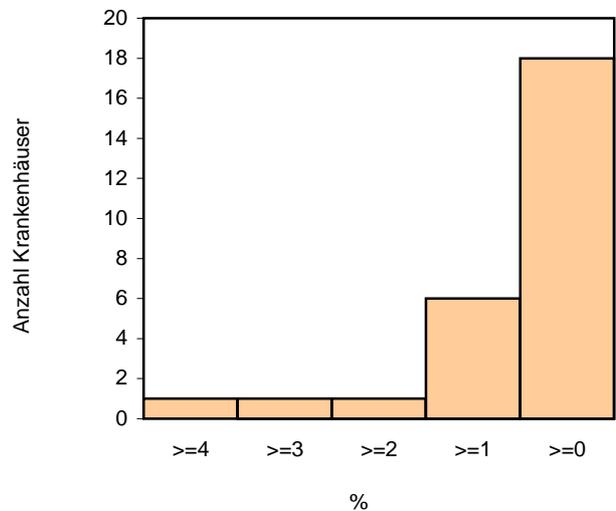
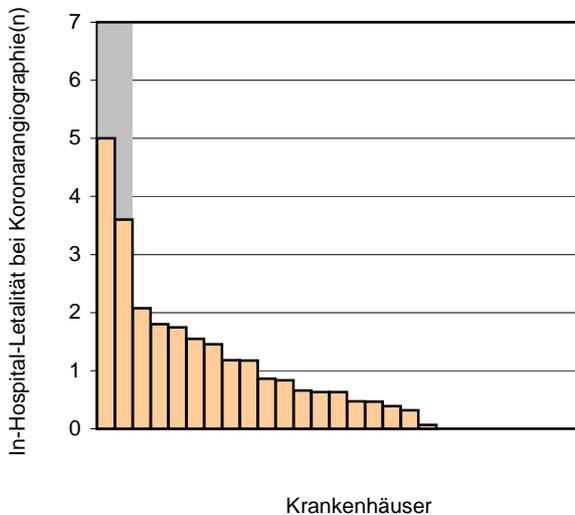
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/65801]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund = 7 (Tod) an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,6%

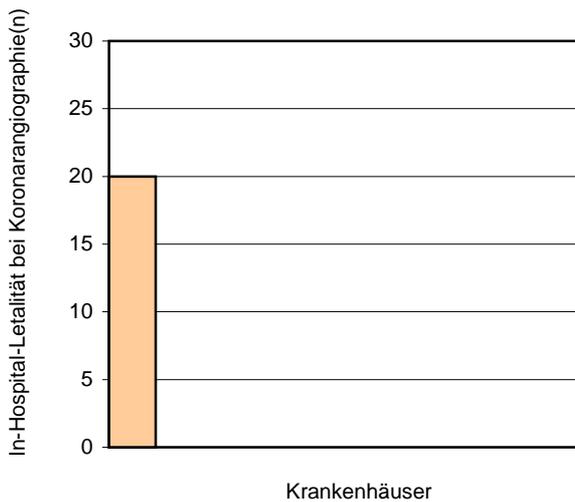


27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 20,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/65817

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	In-Hospital-Letalität		In-Hospital-Letalität	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten Vertrauensbereich Referenzbereich			362 / 10.785	3,4% 3,0% - 3,7% nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			36 / 294	12,2%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			326 / 10.491	3,1%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			209 / 2.413	8,7%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			120 / 3.256	3,7%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			33 / 5.116	0,6%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			131 / 278	47,1%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	In-Hospital-Letalität		In-Hospital-Letalität	
Grundgesamtheit	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten Vertrauensbereich			335 / 11.308	3,0% 2,7% - 3,3%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			72 / 678	10,6%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			263 / 10.630	2,5%

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil von Patienten mit Verlegung in die Herzchirurgie an allen verstorbenen Patienten mit PCI			2 / 362	0,6%

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

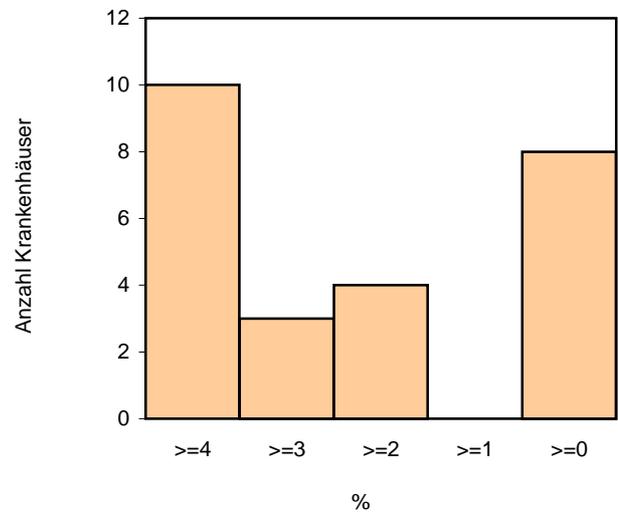
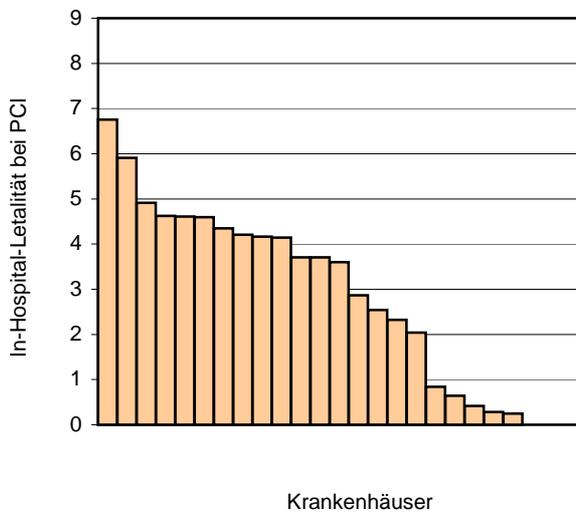
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/65817]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund = 7 (Tod) an allen Patienten mit PCI

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,6%

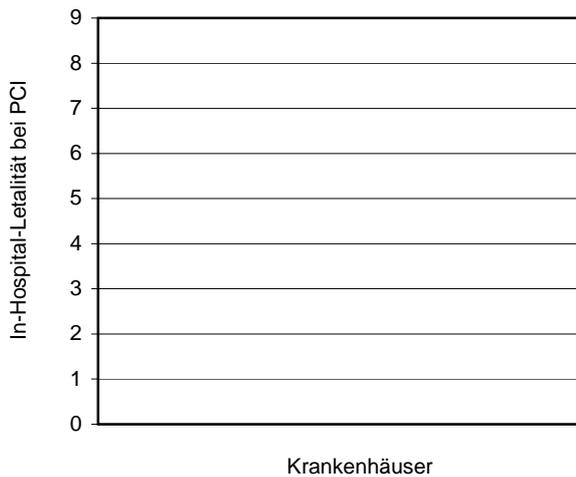


25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

In-Hospital-Letalität risikoadjustiert nach logistischem Regressionsmodell

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI

Kennzahl-ID: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate: 2009/21n3-KORO-PCI/82092
 Risikoadjustierte Rate: 2009/21n3-KORO-PCI/82102

Referenzbereich: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:
 <= 2,2 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoadjustierte Rate:
 <= 5,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Risikogruppen	Krankenhaus 2009		
	In-Hospital-Letalität		
	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

¹ E = erwartet
² O = observiert
³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.
 Negative Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität kleiner ist als erwartet.
 Positive Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität größer ist als erwartet.

Gesamt 2009			
In-Hospital-Letalität			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	52,3 / 8.118 0,6%	60 / 8.118 0,7%	0,09%
2 - < 4%	33,5 / 1.192 2,8%	49 / 1.192 4,1%	1,30%
4 - < 6%	24,9 / 510 4,9%	25 / 510 4,9%	0,02%
>= 6%	195,4 / 965 20,2%	228 / 965 23,6%	3,38%
Gesamt	306,1 / 10.785 2,8%	362 / 10.785 3,4%	0,52%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

Negative Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität kleiner ist als erwartet.

Positive Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
In-Hospital-Letalität		
beobachtet (O)		362 / 10.785 3,4%
vorhergesagt (E)		306,1 / 10.785 2,8%
O - E ¹		0,52%

¹ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.
 Negative Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität kleiner ist als erwartet.
 Positive Werte bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
O / E ² Referenzbereich	 <= 2,2	 1,18 <= 2,2

² Verhältnis der beobachteten In-Hospital-Letalität zur erwarteten In-Hospital-Letalität.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete In-Hospital-Letalität kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,2 Die beobachtete In-Hospital-Letalität ist 20% größer als erwartet
 O / E = 0,9 Die beobachtete In-Hospital-Letalität ist 10% kleiner als erwartet

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
risikoadjustierte In-Hospital-Letalität ³ Referenzbereich	 <= 5,1%	 2,8% <= 5,1%

³ Die risikoadjustierte In-Hospital-Letalität stellt eine risikoadjustierte Rate dar, die einen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglicht. Diese beschreibt die Rate an Todesfällen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller im PCI-Score berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der auch bundesweit beobachtet werden konnte. Die risikoadjustierte Rate berechnet sich aus der Multiplikation der bundesweit beobachteten Gesamtrate an Todesfällen mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate an Todesfällen im jeweiligen Krankenhaus ((O / E) * O_{Gesamt}). Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2009 finden Sie unter www.sqg.de.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008	Gesamt 2008
beobachtet (O)		335 / 11.308 3,0%
vorhergesagt (E)		305,1 / 11.308 2,7%
O - E		0,26%
O / E		1,10
risikoadjustierte In-Hospital-Letalität		2,4%

Logistisches Regressionsmodell zur Risikoadjustierung der In-Hospital-Letalität

(ausführliche Erläuterungen zur Berechnung des Modells siehe www.sqg.de)

Risikofaktor	Odds Ratio	p-Wert
Alter (Jahre über 65)	1,072	0,000
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig	3,514	0,000
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig	1,642	0,000
Diabetes mellitus	1,109	0,000
Weiblich	1,009	0,028
Herzinsuffizienz	2,875	0,000
Kardiogener Schock	14,215	0,000
ACS ¹ mit ST-Hebung	10,422	0,000
ACS ¹ ohne ST-Hebung	3,613	0,000
PCI am Hauptstamm	2,078	0,000
PCI am letzten Gefäß	2,365	0,000
PCI an kompletten Gefäßverschluss	1,972	0,000
Wechselwirkung Alter über 65 Jahre / Schock	0,965	0,000
Wechselwirkung ACS ¹ mit ST-Hebung / Schock	0,349	0,000
Wechselwirkung Weiblich / Schock	0,815	0,563
PCI an kompletten Gefäßverschluss / Notfall (Schock und/oder ACS ¹ mit ST-Hebung)	0,506	0,000

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			7.294 / 10.785	67,6%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			235 / 10.785	2,2%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			2.677 / 10.785	24,8%
Niereninsuffizienz, unbekannt und Verweildauer <= 1 Tag			97 / 10.785	0,9%
Diabetes mellitus			3.942 / 10.785	36,6%
Diabetes mellitus, unbekannt und Verweildauer <= 1 Tag			84 / 10.785	0,8%
Weiblich			3.162 / 10.785	29,3%
Herzinsuffizienz			1.612 / 10.785	14,9%
Kardiogener Schock			278 / 10.785	2,6%
ACS ¹ mit ST-Hebung			2.413 / 10.785	22,4%
ACS ¹ ohne ST-Hebung			3.256 / 10.785	30,2%
PCI am Hauptstamm			213 / 10.785	2,0%
PCI am letzten Gefäß			72 / 10.785	0,7%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			2.307 / 10.785	21,4%

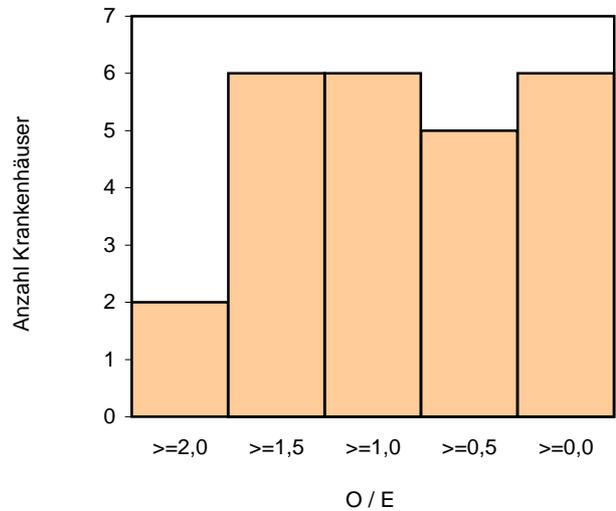
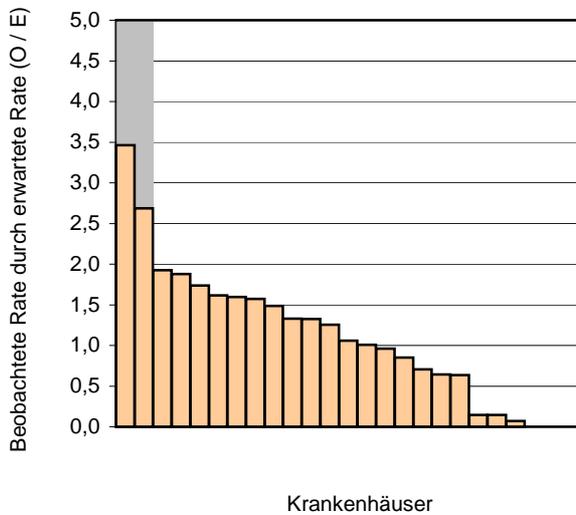
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/82092]:
 Verhältnis der beobachteten In-Hospital-Letalität zur erwarteten In-Hospital-Letalität bei allen Patienten mit PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 - 3,5

Median der Krankenhausergebnisse: 1,1

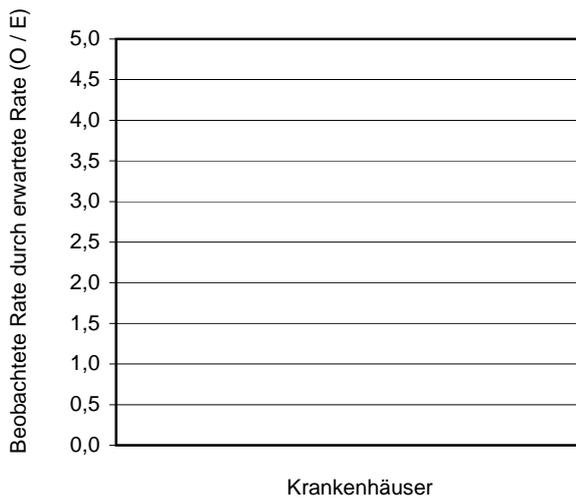


25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0

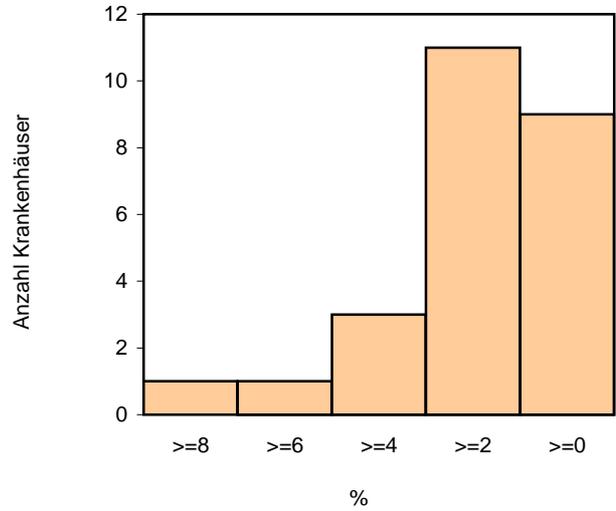
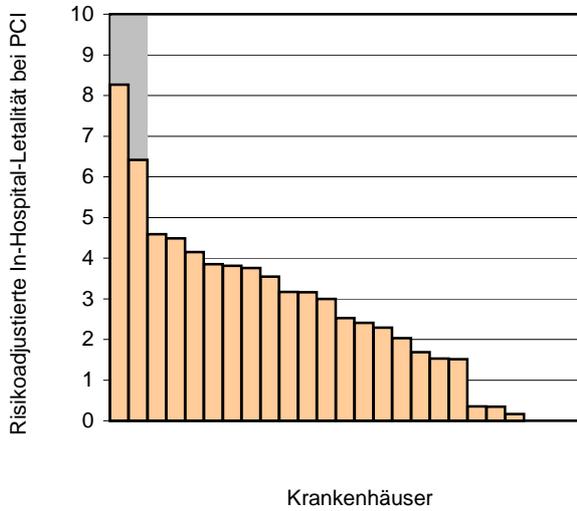


5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

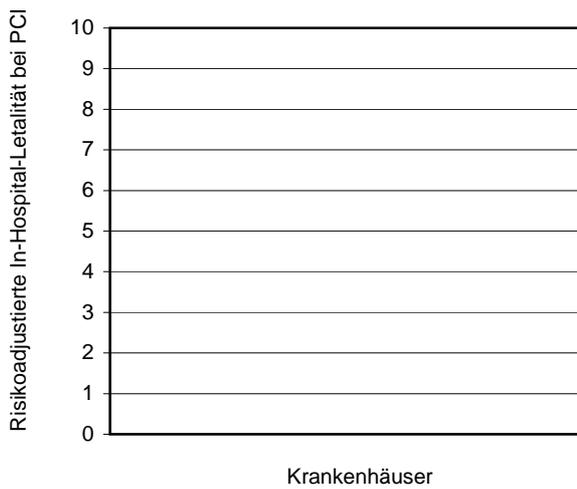
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/82102]:
 Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität bei allen Patienten mit PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 8,3%
 Median der Krankhausergebnisse: 2,5%



25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag

Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/82078

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			87 / 8.307	1,0%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			130 / 8.307	1,6%
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			166 / 8.307	2,0%
Vertrauensbereich				1,7% - 2,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			521 / 8.764	5,9%
Vertrauensbereich				5,5% - 6,5%

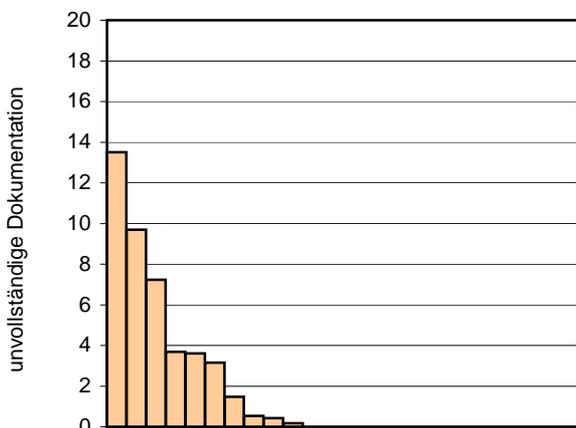
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6e, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/82078]:

Anteil von Patienten mit unvollständigen Angaben zum Diabetes mellitus oder zur Niereninsuffizienz an allen Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag

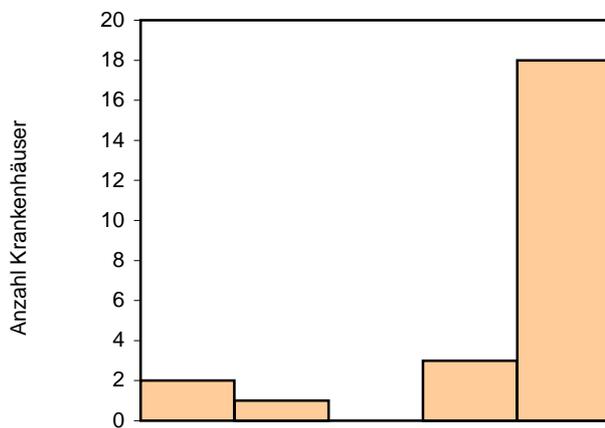
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



Anzahl Krankenhäuser

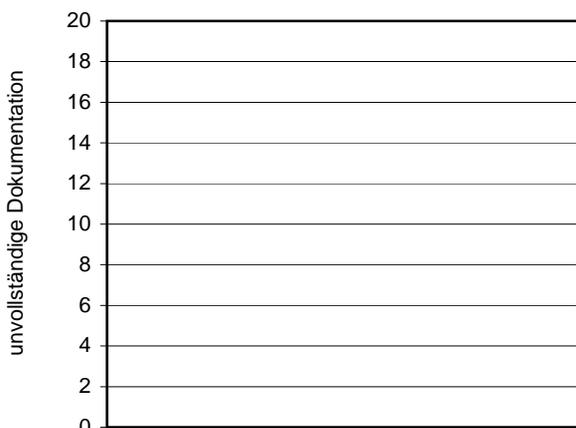
%

24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Durchleuchtungsdauer

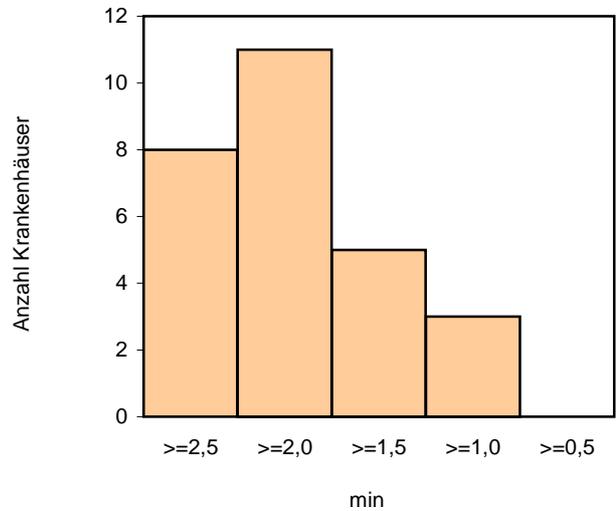
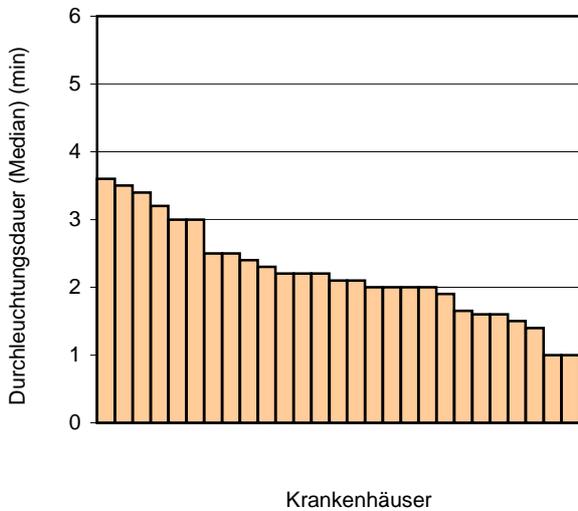
Qualitätsziel:	Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
	Gruppe 2:	Alle PCI
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/21n3-KORO-PCI/66692
	Gruppe 2:	2009/21n3-KORO-PCI/69895
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5 min (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 12 min (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			3,9	9,6
Median			2,2	7,2
Referenzbereich	<= 5 min	<= 12 min	<= 5 min	<= 12 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			3,8	9,3
Median			2,2	7,0

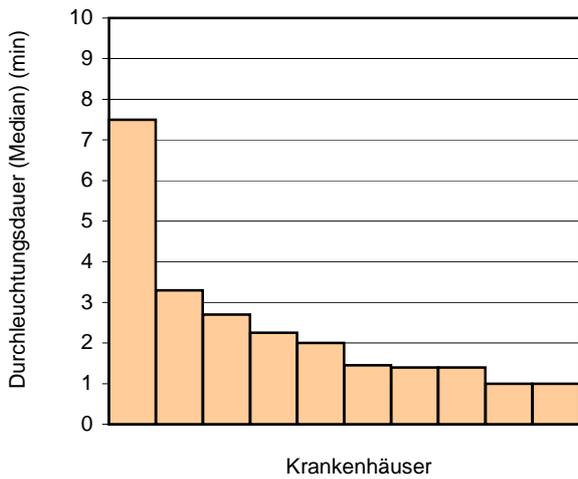
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/66692]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,0 min - 3,6 min
 Median der Krankenhausergebnisse: 2,1 min



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,0 min - 7,5 min
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,7 min

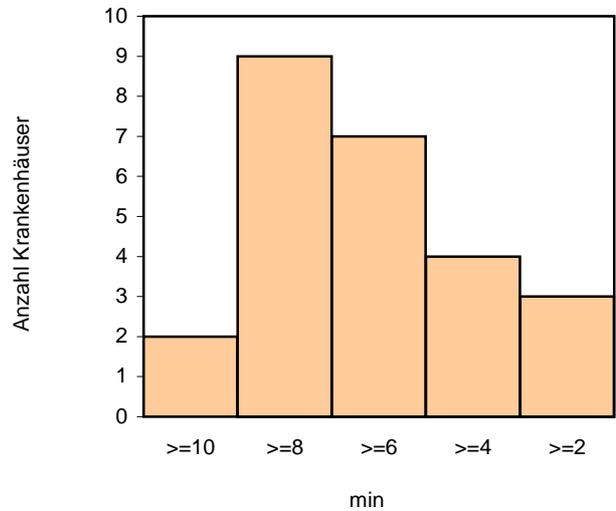
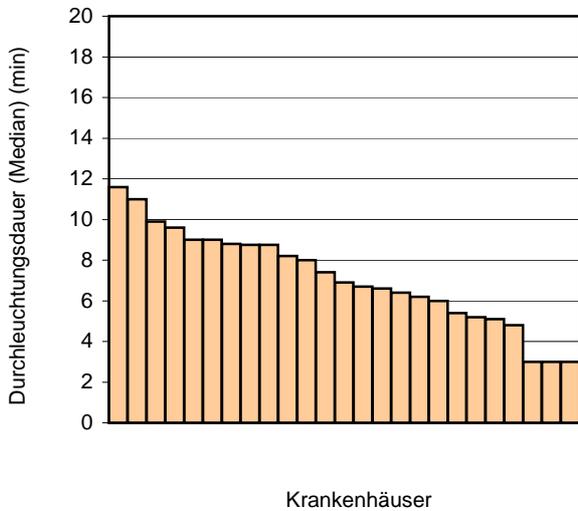


10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

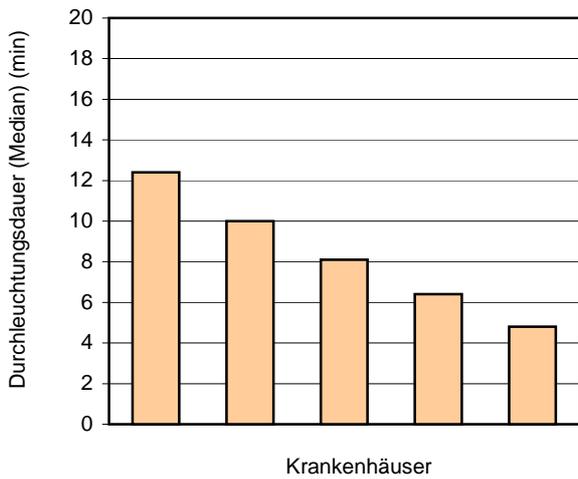
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/69895]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 3,0 min - 11,6 min
 Median der Krankenhausergebnisse: 6,9 min



25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 4,8 min - 12,4 min
 Median der Krankenhausergebnisse: 8,1 min



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/21n3-KORO-PCI/88909	
	Gruppe 2:	2009/21n3-KORO-PCI/88911	
	Gruppe 3:	2009/21n3-KORO-PCI/88913	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	
	Gruppe 3:	<= 9.201,0 cGy*cm ² (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert			
Median			
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	<= 9.201,0 cGy*cm ²

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert	3.505,2	6.906,1	7.167,4
Median	2.523,0	4.605,0	5.430,0
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	<= 9.201,0 cGy*cm ²

¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert			
Median			

Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert	3.352,7	6.424,5	7.052,8
Median	2.473,0	4.317,0	5.321,0

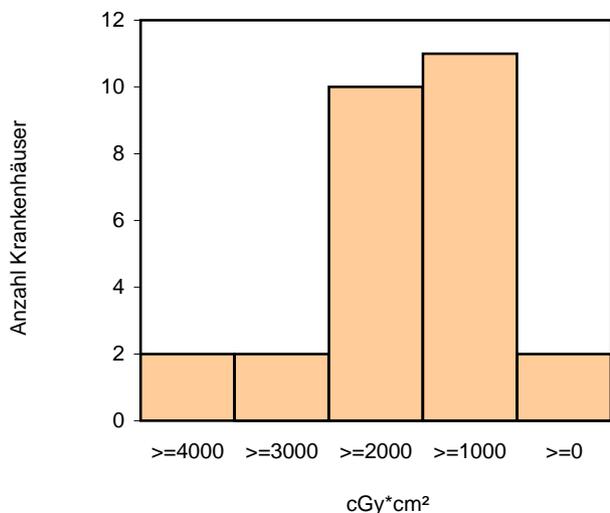
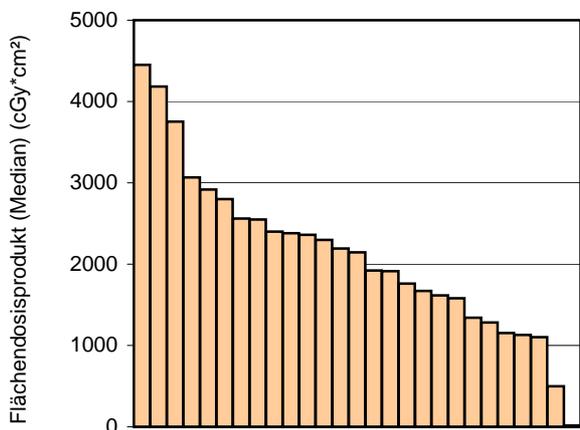
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/88909]:

Median des Flächendosisprodukts von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit bekanntem Flächendosisprodukt

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 15,0 cGy*cm² - 4.450,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 2.145,0 cGy*cm²

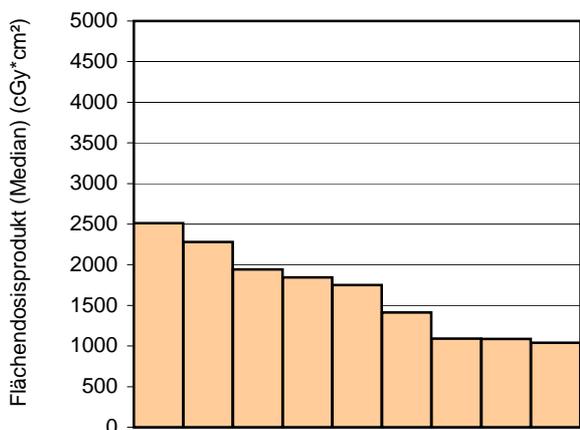


27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1.040,0 cGy*cm² - 2.513,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 1.752,0 cGy*cm²



9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

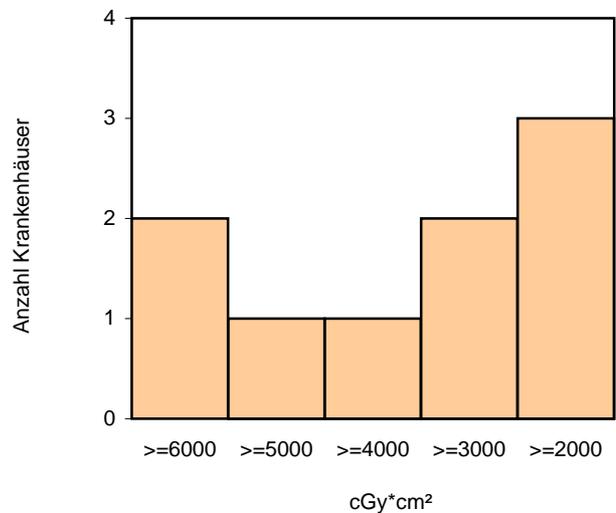
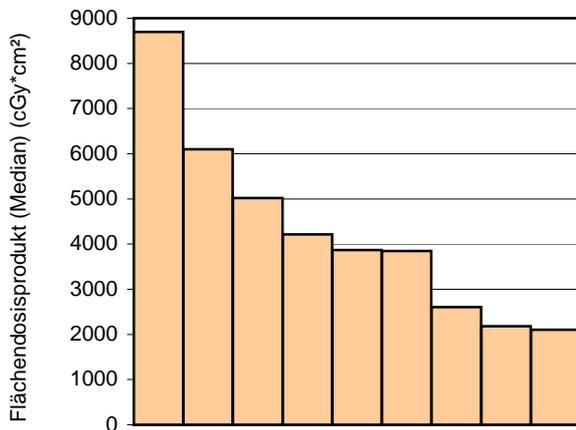
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/88911]:
 Median des Flächendosisprodukts von allen PCI ohne Einzeitig-PCI und mit bekanntem Flächendosisprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2.103,0 cGy*cm² - 8.695,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 3.870,0 cGy*cm²

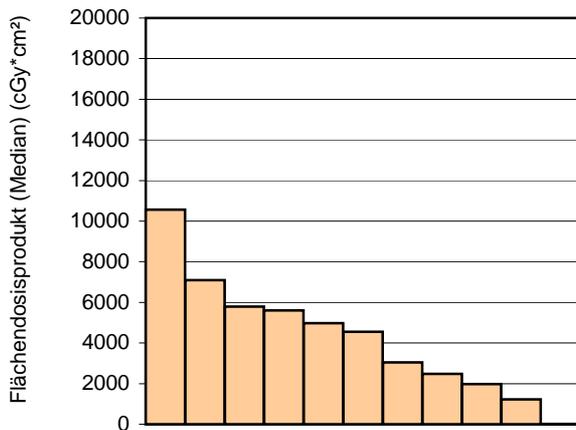


9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 21,0 cGy*cm² - 10.571,0 cGy*cm²

Median der Krankenhausergebnisse: 4.560,0 cGy*cm²



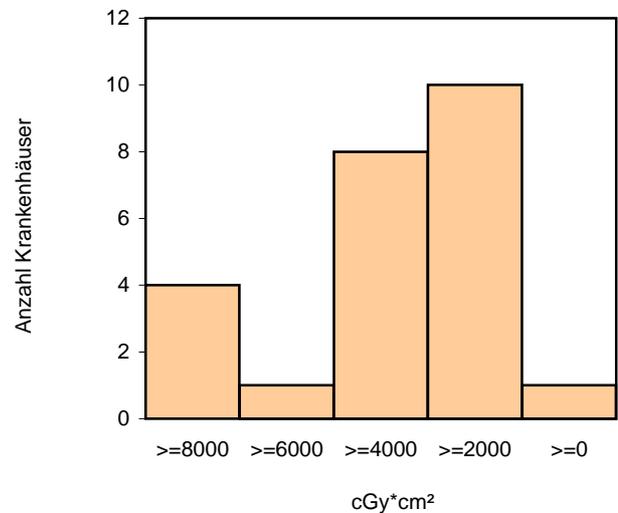
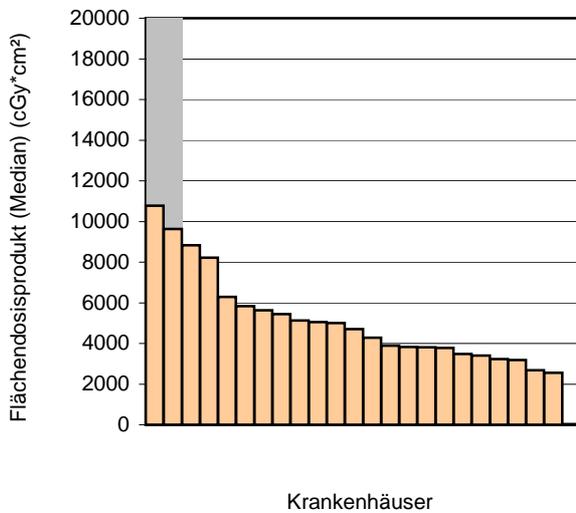
11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/88913]:
 Median des Flächendosisprodukts von allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

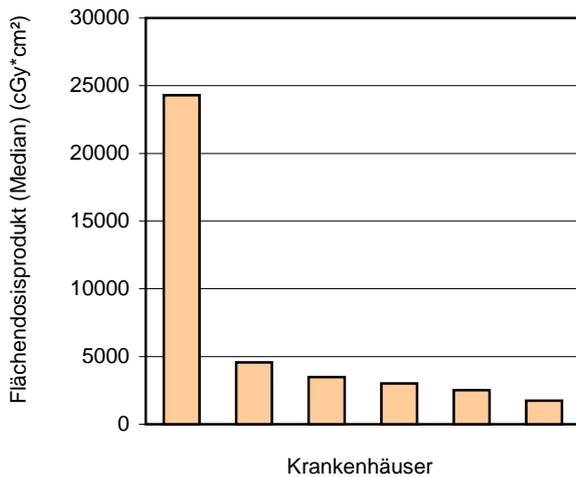
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 35,0 cGy*cm² - 10.781,0 cGy*cm²
 Median der Krankenhausergebnisse: 4.490,0 cGy*cm²



24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1.736,0 cGy*cm² - 24.309,0 cGy*cm²
 Median der Krankenhausergebnisse: 3.240,5 cGy*cm²



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/21n3-KORO-PCI/93529
	Gruppe 2:	2009/21n3-KORO-PCI/93530
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 29,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 26,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			3.124 / 21.551	14,5%
Vertrauensbereich				14,0% - 15,0%
Referenzbereich		<= 29,9%		<= 29,9%
Gruppe 2: PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²			183 / 1.134	16,1%
Vertrauensbereich				14,0% - 18,4%
Referenzbereich		<= 26,3%		<= 26,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			2.680 / 21.428	12,5%
Vertrauensbereich				12,1% - 13,0%
Gruppe 2: PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²			164 / 1.166	14,1%
Vertrauensbereich				12,1% - 16,2%

¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

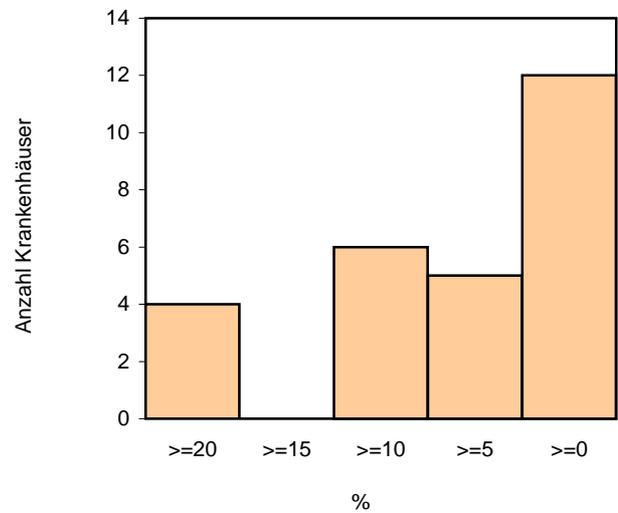
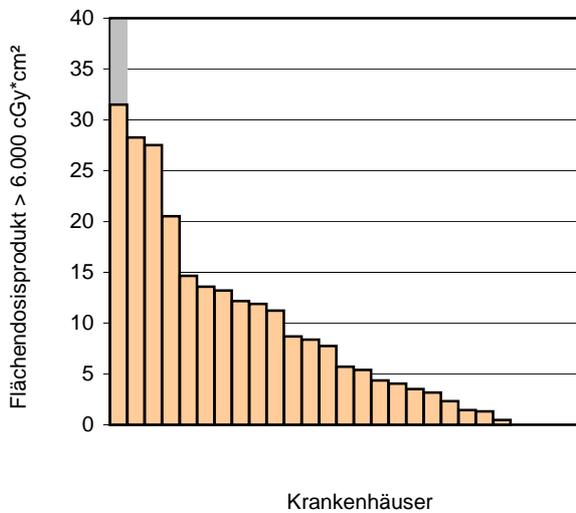
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/93529]:

Anteil von Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 31,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 5,7%

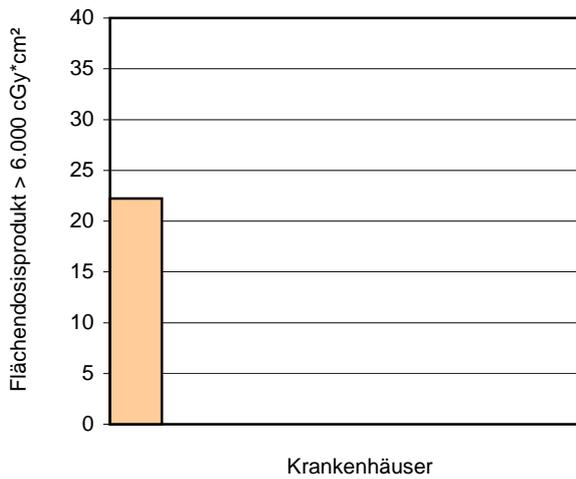


27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 22,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

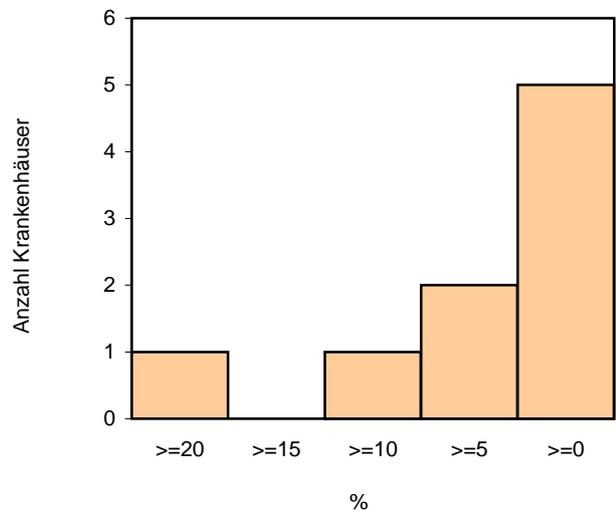
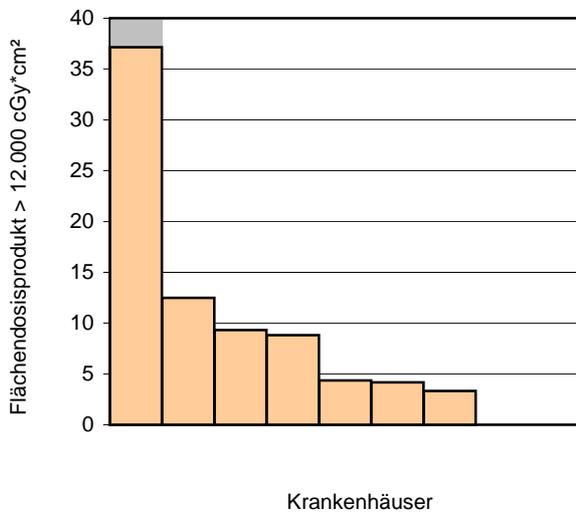


9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

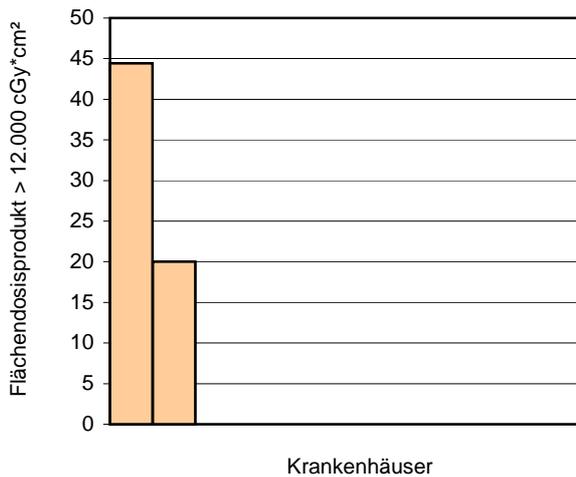
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8e, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/93530]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm² an allen PCI (ohne Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 37,2%
 Median der Krankhausergebnisse: 4,3%



9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 44,4%
 Median der Krankhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

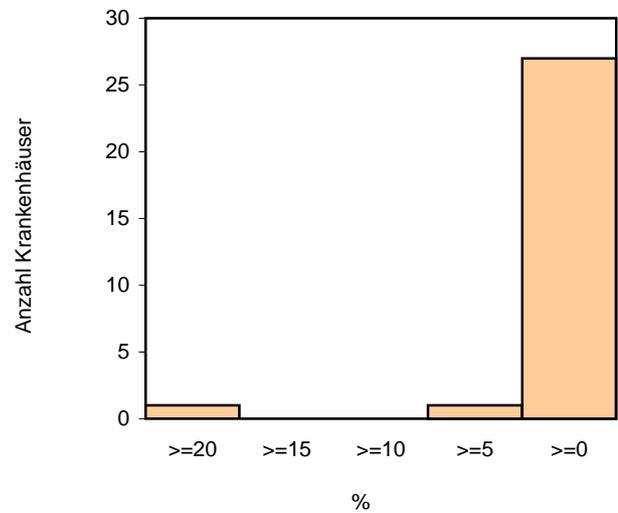
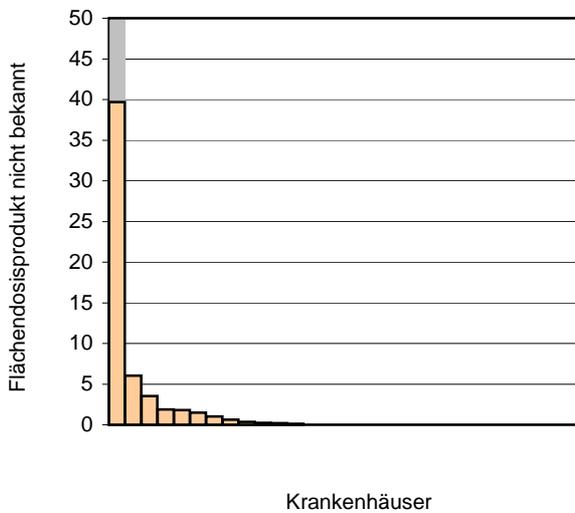
Grundgesamtheit: Alle Prozeduren
Kennzahl-ID: 2009/21n3-KORO-PCI/88914
Referenzbereich: <= 16,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			471 / 33.113	1,4%
Vertrauensbereich				1,3% - 1,6%
Referenzbereich		<= 16,9%		<= 16,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			683 / 33.602	2,0%
Vertrauensbereich				1,9% - 2,2%

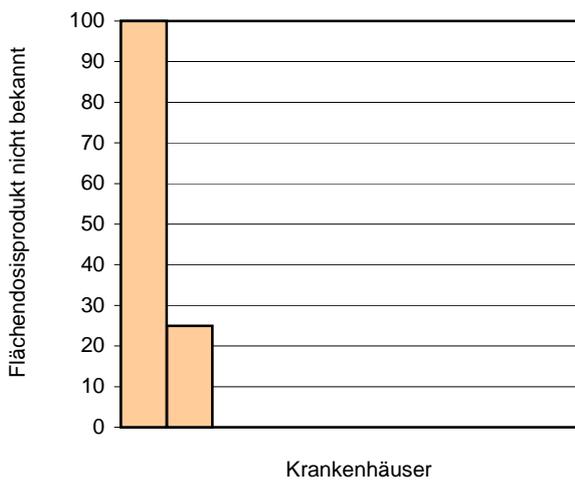
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8f, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/88914]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 39,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) ¹
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) ¹
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/21n3-KORO-PCI/44001
	Gruppe 2:	2009/21n3-KORO-PCI/44005
	Gruppe 3:	2009/21n3-KORO-PCI/44009
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 150 ml (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 200 ml (Toleranzbereich)
	Gruppe 3:	<= 250 ml (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert			
Median			
Referenzbereich	<= 150 ml	<= 200 ml	<= 250 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert			
Median			

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert	73,6	118,5	147,7
Median	70,0	100,0	130,0
Referenzbereich	<= 150 ml	<= 200 ml	<= 250 ml
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert	71,7	105,6	142,8
Median	60,0	90,0	130,0

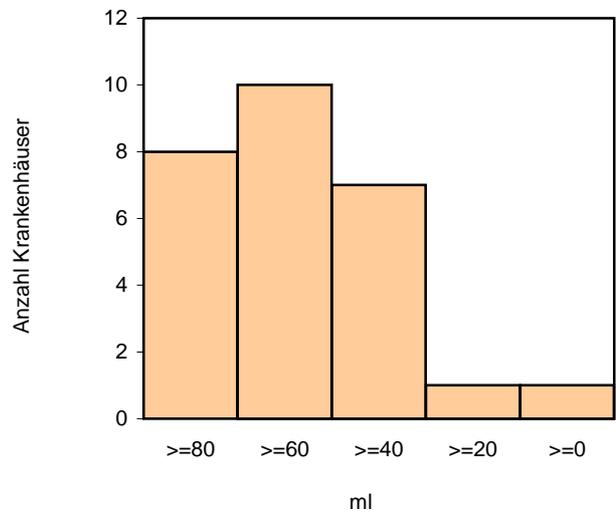
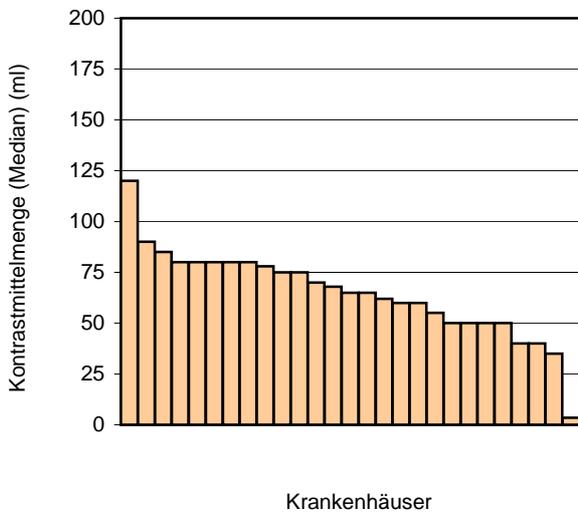
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einer Kontrastmittelmenge > 0 ml und < 1.000 ml.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert			
Median			
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert			
Median			

Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert	74,8	108,3	152,0
Median	70,0	90,0	140,0
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert	67,2	91,6	140,5
Median	60,0	70,0	125,0

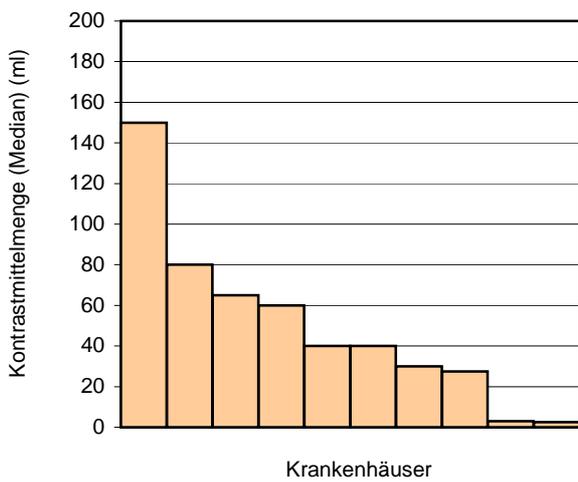
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/44001]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 3,5 ml - 120,0 ml
 Median der Krankenhauseergebnisse: 65,0 ml



27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 2,5 ml - 150,0 ml
 Median der Krankenhauseergebnisse: 40,0 ml

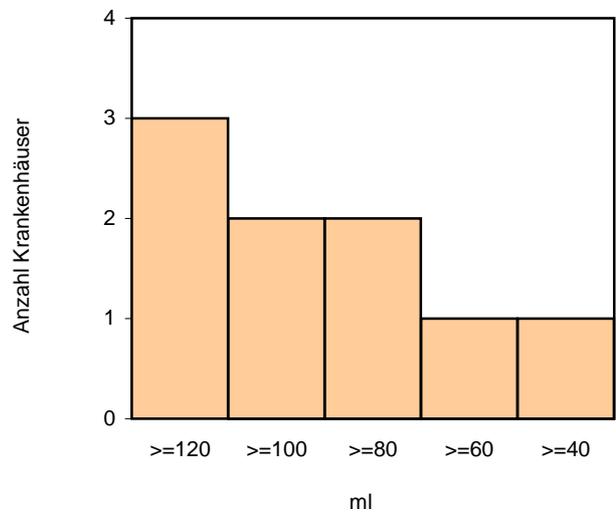
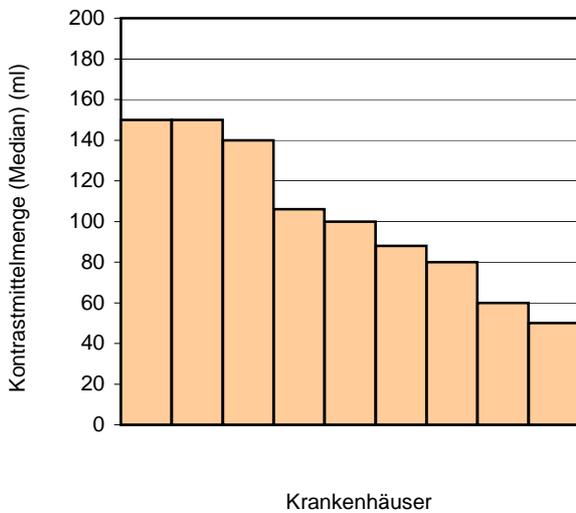


10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

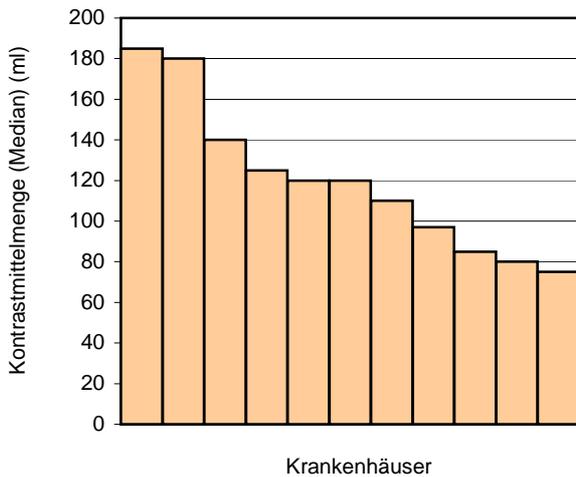
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/44005]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen PCI (ohne Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0 ml - 150,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0 ml



9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0 ml - 185,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 120,0 ml

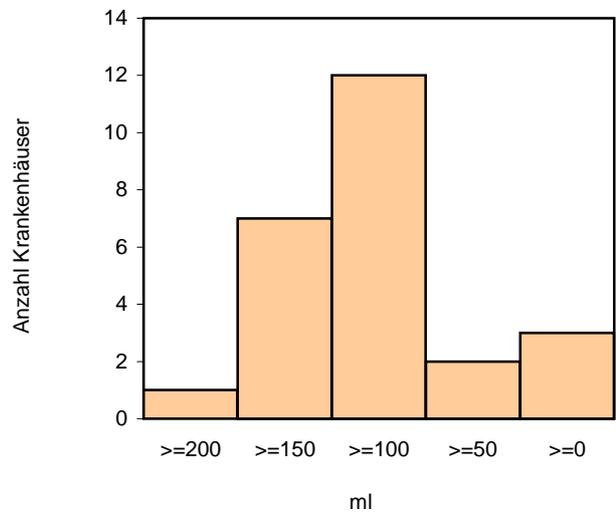
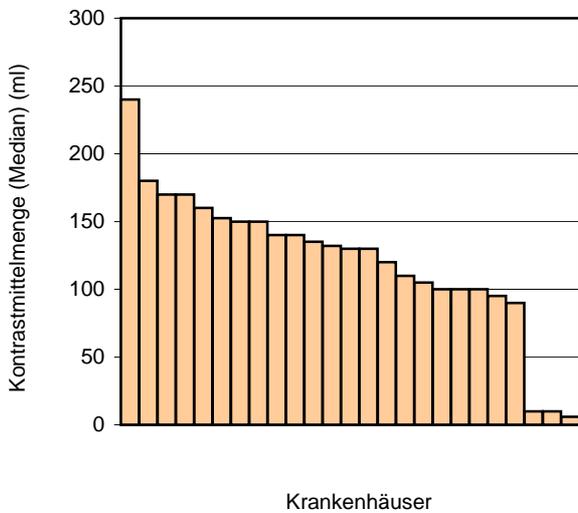


11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

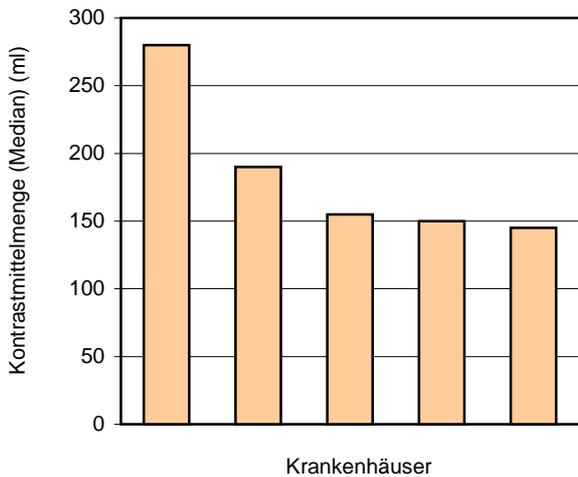
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9c, Kennzahl-ID 2009/21n3-KORO-PCI/44009]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 6,0 ml - 240,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 130,0 ml



25 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 145,0 ml - 280,0 ml
 Median der Krankenhausergebnisse: 155,0 ml



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2009
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 39
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.037
Datensatzversion: 21/3 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9399-L65581-P30514

Basisdaten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			8.654	27,0	8.442	25,8
2. Quartal			8.174	25,5	8.425	25,8
3. Quartal			7.540	23,5	7.956	24,4
4. Quartal			7.669	23,9	7.842	24,0
Gesamt			32.037	100,0	32.665	100,0
Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution identisch			30.279	94,5	31.072	95,1
Anzahl Prozeduren			33.113		33.602	
Anzahl PCI			11.237		11.686	
Anzahl Koronarangiographien			31.948		32.408	

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

Patienten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			32.037		32.665	
18 - 39 Jahre			364 / 32.037	1,1	407 / 32.665	1,2
40 - 59 Jahre			6.818 / 32.037	21,3	6.858 / 32.665	21,0
60 - 69 Jahre			7.998 / 32.037	25,0	8.781 / 32.665	26,9
70 - 79 Jahre			12.098 / 32.037	37,8	12.126 / 32.665	37,1
>= 80 Jahre			4.759 / 32.037	14,9	4.493 / 32.665	13,8
Alter (Jahre)						
Median				70,0		70,0
Mittelwert				68,3		68,1
Geschlecht						
männlich			20.540	64,1	20.728	63,5
weiblich			11.497	35,9	11.937	36,5

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.037		32.665	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			17.620	55,0	18.332	56,1
ja			13.670	42,7	13.890	42,5
unbekannt			747	2,3	443	1,4
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			23.358	72,9	23.350	71,5
ja			8.230	25,7	8.856	27,1
unbekannt			449	1,4	459	1,4
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			29.048	90,7	29.646	90,8
ja			2.789	8,7	2.856	8,7
unbekannt			200	0,6	163	0,5
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			22.570	70,4	24.109	73,8
ja			3.552	11,1	3.469	10,6
fraglich			1.122	3,5	939	2,9
unbekannt			4.793	15,0	4.148	12,7
Diabetes mellitus						
nein			21.032	65,6	21.170	64,8
ja			10.680	33,3	10.688	32,7
unbekannt			325	1,0	807	2,5
Niereninsuffizienz						
nein			23.826	74,4	24.343	74,5
dialysepflichtig			739	2,3	825	2,5
nicht dialysepflichtig			7.076	22,1	6.719	20,6
unbekannt			396	1,2	778	2,4

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	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			23.274	72,6	23.667	72,5
ja			8.763	27,4	8.998	27,5
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			9.121 / 23.274	39,2	8.464 / 23.667	35,8
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.369 / 23.274	10,2	2.394 / 23.667	10,1
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			7.930 / 23.274	34,1	8.822 / 23.667	37,3
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.931 / 23.274	12,6	3.045 / 23.667	12,9
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			923 / 23.274	4,0	942 / 23.667	4,0
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			7.107 / 23.274	30,5	7.741 / 23.667	32,7
ja			5.828 / 23.274	25,0	6.082 / 23.667	25,7
fraglich			3.076 / 23.274	13,2	3.018 / 23.667	12,8
nicht geprüft			7.263 / 23.274	31,2	6.826 / 23.667	28,8
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			8.917 / 23.274	38,3	9.460 / 23.667	40,0
ja			14.357 / 23.274	61,7	14.207 / 23.667	60,0
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			15.686 / 23.274	67,4	15.963 / 23.667	67,4
ja			7.588 / 23.274	32,6	7.704 / 23.667	32,6

Prozedur

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			33.113		33.602	
Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			33.113		33.602	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			33.113		33.602	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,1		4,3
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			28.239	85,3	29.140	86,7
ja			4.874	14,7	4.462	13,3
wenn ja						
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			439 / 4.874	9,0	445 / 4.462	10,0
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			21.876	66,1	21.916	65,2
PCI			1.165	3,5	1.194	3,6
einzeitig Koronarangiographie und PCI			10.072	30,4	10.492	31,2

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009	Gesamt 2008
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Bezug: Anzahl Koronarangiographien		31.948	32.408
Wieviele Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes			
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)		31.948	32.408
Median		1,0	1,0
Mittelwert		1,0	1,0

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			12.763	39,9	12.824	39,6
bekannte KHK			7.191	22,5	7.750	23,9
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			5.301	16,6	5.525	17,0
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.393	7,5	2.449	7,6
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			341	1,1	393	1,2
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			560	1,8	503	1,6
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			750	2,3	711	2,2
Vitium			2.024	6,3	1.917	5,9
Sonstige			625	2,0	336	1,0

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.853	12,1	3.750	11,6
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			5.506	17,2	5.615	17,3
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			16.612	52,0	17.024	52,5
Kardiomyopathie			1.175	3,7	1.225	3,8
Herzklappenvitium			1.802	5,6	1.838	5,7
Aortenaneurysma			105	0,3	92	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.803	5,6	1.795	5,5
andere kardiale Erkrankung			1.092	3,4	1.069	3,3

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			578	1,8	742	2,3
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			834	2,6	682	2,1
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			1.031	3,2	1.036	3,2
Kardiomyopathie			687	2,2	715	2,2
Herzklappenvitium			805	2,5	662	2,0
Aortenaneurysma			74	0,2	61	0,2
hypertensive Herzerkrankung			1.801	5,6	1.780	5,5
andere kardiale Erkrankung			930	2,9	587	1,8
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			584	1,8	559	1,7
medikamentös			16.242	50,8	16.217	50,0
interventionell			10.430	32,6	10.972	33,9
herzchirurgisch			3.915	12,3	3.846	11,9
Sonstige			777	2,4	814	2,5

PCI

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			11.237		11.686	
Wieviele PCI während dieses Aufenthalts						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 99)			11.237		11.686	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,0		1,0
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.955	35,2	4.281	36,6
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			3.356	29,9	3.528	30,2
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.171	19,3	2.184	18,7
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			325	2,9	392	3,4
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.100	9,8	1.116	9,5
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			7	0,1	24	0,2
Sonstige			323	2,9	161	1,4

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI an						
einem Versorgungsgebiet			10.347	92,1	10.746	92,0
zwei Versorgungsgebieten			859	7,6	892	7,6
drei Versorgungsgebieten			31	0,3	48	0,4
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			7.893	70,2	8.314	71,1
ja			3.344	29,8	3.372	28,9
wenn ja						
PCI an komplettem Gefäßverschluss			2.370 / 3.344	70,9	2.261 / 3.372	67,1
PCI eines Koronarbypasses			245 / 3.344	7,3	248 / 3.372	7,4
PCI an ungeschütztem Hauptstamm			226 / 3.344	6,8	237 / 3.372	7,0
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			756 / 3.344	22,6	845 / 3.372	25,1
PCI an letztem verbliebenen Gefäß			74 / 3.344	2,2	46 / 3.372	1,4
Stent(s) implantiert						
nein			1.070	9,5	985	8,4
ja			10.167	90,5	10.701	91,6
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			649	5,8	604	5,2
ja			10.435	92,9	10.957	93,8
fraglich			153	1,4	125	1,1

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009	Gesamt 2008	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Bezug: Anzahl der Prozeduren		33.113	33.602	
Durchleuchtungszeit (min)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 min)		32.992	33.515	
Median			3,6	3,7
Mittelwert			5,8	5,7
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm ²)		32.604	32.919	
Median			3.219,0	3.097,0
Mittelwert			4.737,6	4.622,1
Angabe „nicht bekannt“		471	683	
Kontrastmittelmenge (ml)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)		33.113	33.602	
Median			80,0	85,0
Mittelwert			97,8	100,1

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			33.113		33.602	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			32.780	99,0	33.374	99,3
ja			333	1,0	228	0,7
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			79	0,2	48	0,1
TIA/Schlaganfall			11	0,0	10	0,0
Reanimation			134	0,4	95	0,3
Sonstige			141	0,4	91	0,3
Exitus im Herzkatheterlabor			39	0,1	26	0,1

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural festgestellte Komplikationen						
nein			30.905	96,5	31.576	96,7
ja			1.132	3,5	1.089	3,3
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			24	0,1	36	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			9	0,0	8	0,0
TIA/Schlaganfall						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			25	0,1	23	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			19	0,1	10	0,0
Lungenembolie						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,0	2	0,0
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,0	3	0,0
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			288	0,9	299	0,9
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			37	0,1	37	0,1
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			116	35,7	90	26,8
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			209	64,3	246	73,2

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reanimation bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			91	0,3	92	0,3
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			63	0,2	39	0,1
Sonstige (z.B. Sepsis) bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			73	0,2	90	0,3
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			218	0,7	188	0,6
Tod bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			208	0,6	180	0,6
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			325	1,0	301	0,9
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt? ¹			1.015 / 32.037	3,2	-	-

¹ Datenfeld in dieser Form 2008 noch nicht im Datensatz.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			28.074	87,6	28.195	86,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			345	1,1	621	1,9
03: aus sonstigen Gründen			12	0,0	15	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			111	0,3	87	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	23	0,1
06: Verlegung			1.814	5,7	1.923	5,9
07: Tod			572	1,8	507	1,6
08: Verlegung nach § 14			121	0,4	147	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			445	1,4	366	1,1
10: in Pflegeeinrichtung			48	0,1	49	0,2
11: in Hospiz			1	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			247	0,8	412	1,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			7	0,0	2	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	5	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			8	0,0	4	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	8	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			11	0,0	25	0,1
18: Rückverlegung			194	0,6	142	0,4
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			6	0,0	34	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			17	0,1	99	0,3
22: Fallabschluss			1	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

Diagnostische Prozeduren¹ OPS 2009

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung						
1-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen			18.243	57,1	16.777	51,8
1-275.1 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel			200	0,6	157	0,5
1-275.2 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel			6.916	21,6	7.448	23,0
1-275.3 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			4.930	15,4	4.854	15,0
1-275.4 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			1.817	5,7	2.871	8,9
1-275.5 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen			2.216	6,9	2.317	7,1
Sonstige						
sonstige OPS Codes			38	0,1	55	0,2

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen						
8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie			9.278	82,6	9.949	85,1
8-837.01 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien			634	5,6	707	6,0
8-837.10 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Eine Koronararterie			3	0,0	1	0,0
8-837.11 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.20 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Atherektomie: Eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0
8-837.21 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Atherektomie: Mehrere Koronararterien			1	0,0	0	0,0
8-837.50 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie			10	0,1	18	0,2

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.51 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents						
8-837.k0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			4.599	40,9	5.232	44,8
8-837.k1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie			1.609	14,3	1.888	16,2
8-837.k2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien			388	3,5	453	3,9
8-837.kx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sonstige			5	0,0	6	0,1

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einlegen eines medikamenten- freisetzenden Stents						
8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			2.323	20,7	1.993	17,1
8-837.m1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie			731	6,5	599	5,1
8-837.m2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien			168	1,5	121	1,0
8-837.m3 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie			157	1,4	143	1,2
8-837.m4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien			69	0,6	58	0,5
8-837.m5 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie			42	0,4	48	0,4

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.m6 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien			30	0,3	28	0,2
8-837.m7 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie			13	0,1	11	0,1
8-837.m8 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien			14	0,1	9	0,1
8-837.m9 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie			6	0,1	1	0,0
8-837.ma Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien			3	0,0	10	0,1
8-837.mx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Sonstige			0	0,0	0	0,0

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.p Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)			15	0,1	28	0,2
8-837.q Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)			21	0,2	16	0,1
8-837.u Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			3	0,0	5	0,0
8-837.v Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			1	0,0	1	0,0
8-837.w0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			89	0,8	81	0,7
8-837.w1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 2 Stents in eine Koronararterie			36	0,3	24	0,2

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.w2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien			5	0,0	5	0,0
8-837.w3 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 3 Stents in eine Koronararterie			8	0,1	7	0,1
8-837.w4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien			1	0,0	1	0,0
8-837.w5 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 4 Stents in eine Koronararterie			1	0,0	0	0,0
8-837.w6 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien			2	0,0	0	0,0
8-837.w7 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 5 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0

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

Anhang: OPS 2009 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2009 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.w8 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.w9 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0
8-837.wa Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.wx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Sonstige			0	0,0	0	0,0

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

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 Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an 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 (95%)
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 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier "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".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2009.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2009 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2008 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2009. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2008 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2009 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.

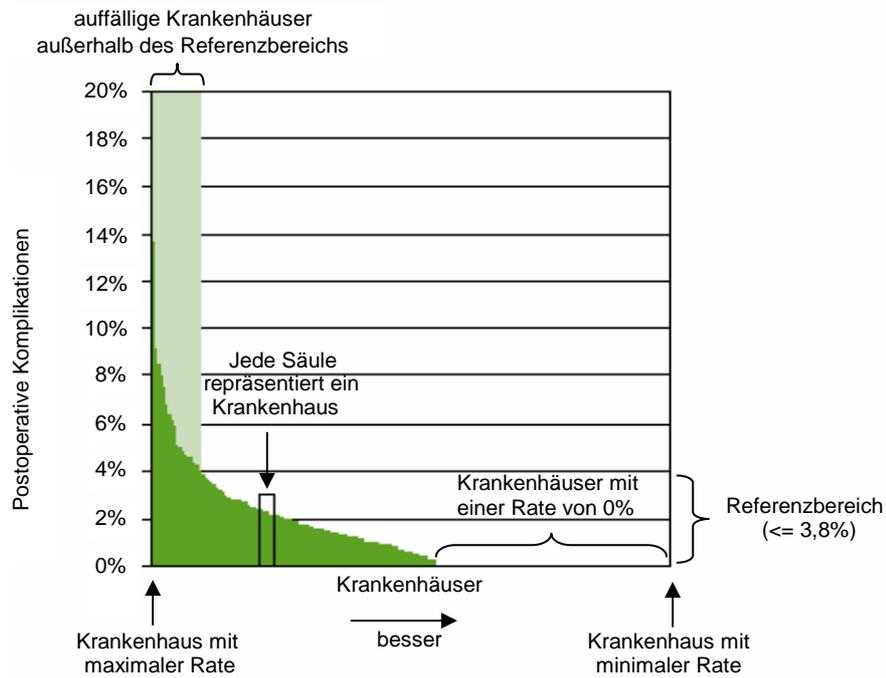
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

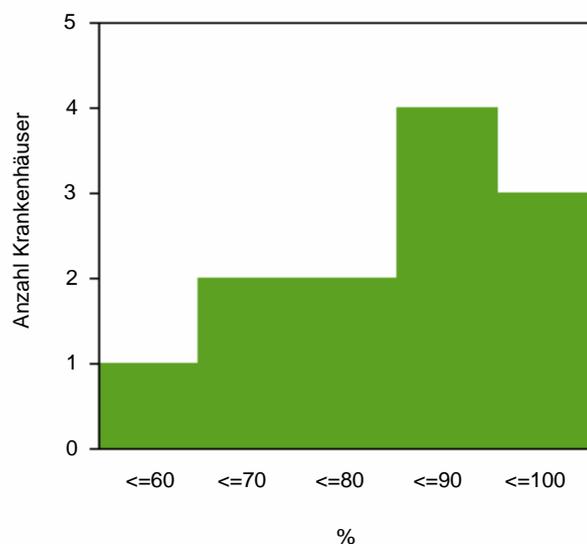
Beispiel:

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 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).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2009/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2009.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse 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.