

Jahresauswertung 2015  
Koronarangiographie und  
Perkutane Koronarintervention (PCI)  
21/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44  
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.276  
Datensatzversion: 21/3 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16165-L101916-P49096

Jahresauswertung 2015  
Koronarangiographie und  
Perkutane Koronarintervention (PCI)  
21/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44  
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.276  
Datensatzversion: 21/3 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16165-L101916-P49096

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
<b>Anzahl dokumentierter Prozeduren</b>			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		32.112	8
dokumentierte PCI pro Jahr		12.550	8

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>2015/21n3-KORO-PCI/52331</b>							
<b>QI 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>							
			45,56%	>= 24,18%	innerhalb	43,08%	10
<b>2015/21n3-KORO-PCI/52256</b>							
<b>QI 2: Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund</b>							
			28,28%	nicht definiert	-	25,68%	12

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 3: Erreichen des Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI</b>							
3a: 2015/21n3-KORO-PCI/52332							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"							
			88,97%	>= 80,56%	innerhalb	89,40%	14
3b: 2015/21n3-KORO-PCI/52333							
Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt							
			94,87%	>= 89,75%	innerhalb	94,39%	16
<b>QI 4: MACCE</b>							
4a: 2015/21n3-KORO-PCI/414							
MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,59%	nicht definiert	-	1,48%	18
4b: 2015/21n3-KORO-PCI/52524							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			0,81	<= 2,30	innerhalb	0,82	21

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
4c: 2015/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			4,60%	nicht definiert	-	5,12%	23
4d: 2015/21n3-KORO-PCI/52529 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei PCI			0,87	<= 2,07	innerhalb	0,99	27
4e: 2015/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			8,86%	nicht definiert	-	10,09%	29
<b>QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>							
5a: 2015/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,32%	nicht definiert	-	1,32%	31
5b: 2015/21n3-KORO-PCI/52341 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,80	<= 2,38	innerhalb	0,87	33
5c: 2015/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			3,65%	nicht definiert	-	4,02%	35

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
5d: 2015/21n3-KORO-PCI/52342 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			0,79	<= 2,05	innerhalb	0,89	39
5e: 2015/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Nieren- insuffizienz			0,17%	<= 1,21%	innerhalb	1,04%	44
<b>QI 6: Dosisflächenprodukt</b>							
6a: 2015/21n3-KORO-PCI/12774 Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			16,02%	<= 40,38%	innerhalb	22,61%	46
6b: 2015/21n3-KORO-PCI/12775 Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			29,43%	<= 51,89%	innerhalb	35,77%	46
6c: 2015/21n3-KORO-PCI/50749 Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			14,60%	<= 40,55%	innerhalb	21,71%	46

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
6d: 2015/21n3-KORO-PCI/12773 Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts			0,36%	<= 1,29%	innerhalb	1,84%	50
<b>QI 7: Kontrastmittelmenge</b>							
7a: 2015/21n3-KORO-PCI/51405 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			2,93%	<= 17,00%	innerhalb	2,72%	52
7b: 2015/21n3-KORO-PCI/51406 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			14,77%	<= 46,94%	innerhalb	14,25%	52
7c: 2015/21n3-KORO-PCI/51407 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			8,42%	<= 33,22%	innerhalb	7,13%	52

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

**Anzahl dokumentierter Prozeduren**

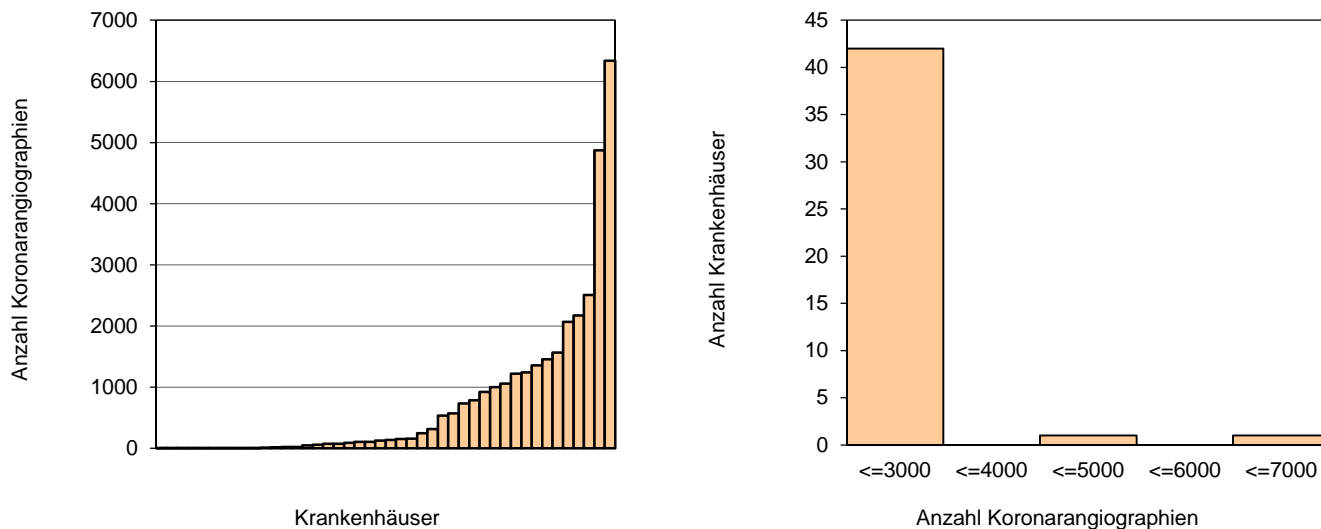
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.112	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.550	100,00%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.784	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.199	100,00%



**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/43867]:  
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**  
 44 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

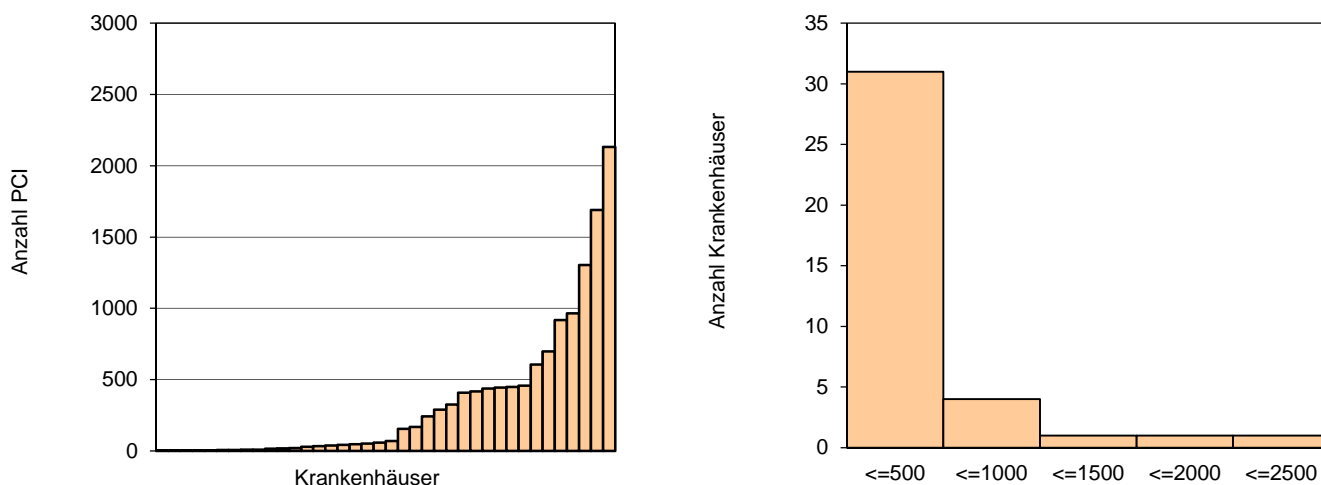


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	1,00	1,00	13,50	130,50	1.027,00	2.068,00	2.504,00	6.336,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/43868]:  
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**  
 38 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	1,00	1,00	15,00	62,50	445,00	965,00	1.691,00	2.132,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie**

**Qualitätsziel:** Der Anteil angemessener Indikationsstellungen (objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen) bei Patienten mit elektiver, isolierter Koronarangiographie soll hoch sein

**Grundgesamtheit:** Alle isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom und ohne Patienten aus der Herzchirurgie oder mit Verlegung in die Herzchirurgie

**Indikator-ID:** 2015/21n3-KORO-PCI/52331

**Referenzbereich:** >= 24,18% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			6.716 / 11.827	56,79%
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			5.388 / 11.827	45,56%
Vertrauensbereich				44,66% - 46,46%
Referenzbereich		>= 24,18%		>= 24,18%

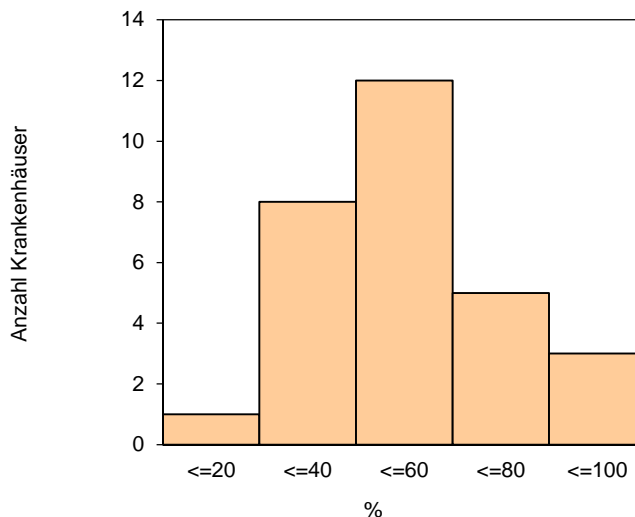
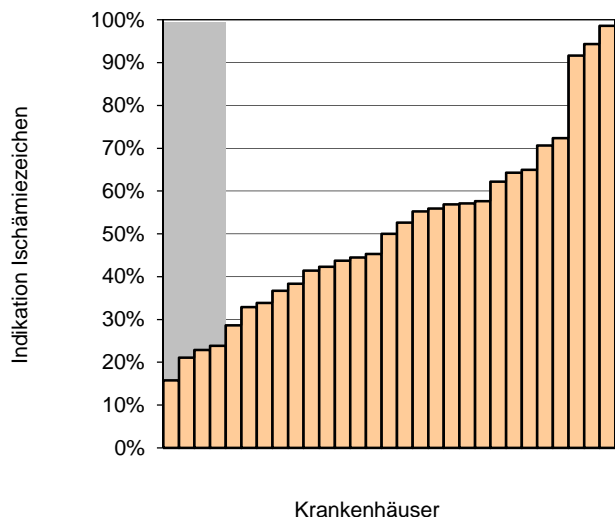
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			5.527 / 12.830	43,08%
Vertrauensbereich				42,22% - 43,94%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52331]:**

**Anteil von elektiven, isolierten Koronarangiographien bei Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen an allen isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation "bekannte KHK" oder "Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention" bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

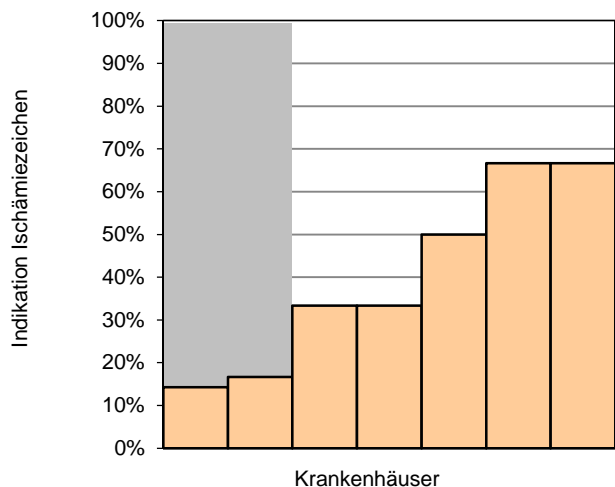
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,79	21,05	22,86	36,71	50,00	62,22	91,67	94,34	98,61

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	14,29			16,67	33,33	66,67			66,67

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 2: Indikation zur elektiven isolierten Koronarangiographie:  
 Anteil ohne pathologischen Befund**

**Qualitätsziel:** Der Anteil elektiver, isolierter Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) an allen elektiven, isolierten Koronarangiographien soll niedrig sein

**Grundgesamtheit:** Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) bei Patienten, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** 2015/21n3-KORO-PCI/52256

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			2.332 / 8.245	28,28%
Vertrauensbereich				27,32% - 29,27%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

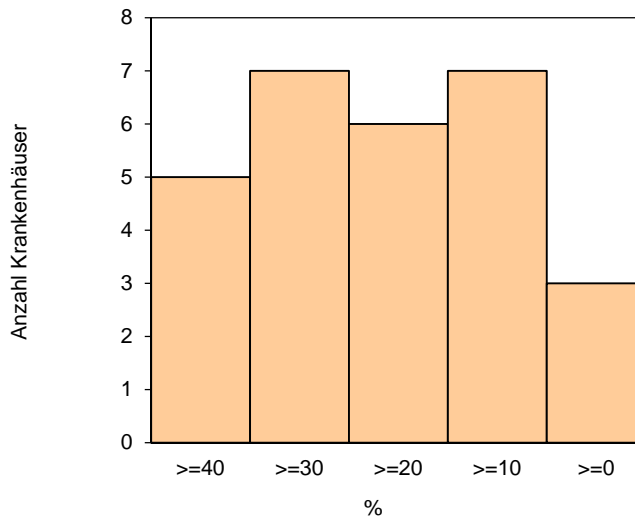
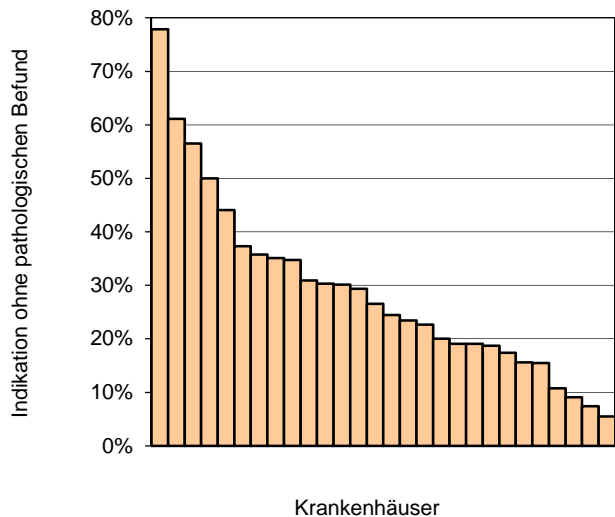
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			2.256 / 8.785	25,68%
Vertrauensbereich				24,78% - 26,60%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52256]:**

**Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK) an allen isolierten Koronarangiographien mit der Indikation "Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK" (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) bei Patienten, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

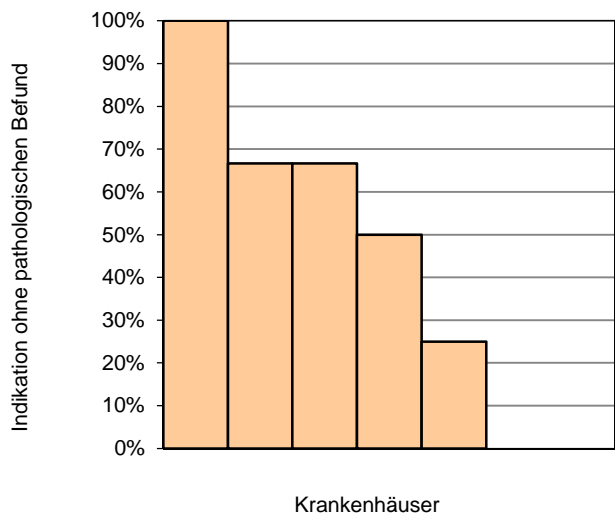
28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,47	7,41	9,09	18,06	25,48	35,45	56,52	61,11	77,89

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	50,00	66,67			100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 3: Erreichen des Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI**

**Qualitätsziel:** Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI

**Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"**

**Grundgesamtheit:** Alle PCI mit Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h nach Stellung der Diagnose"

**Indikator-ID:** (QI 3a): 2015/21n3-KORO-PCI/52332

**Referenzbereich:** >= 80,56% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			2.089 / 2.348	88,97%
Vertrauensbereich				87,64% - 90,17%
Referenzbereich		>= 80,56%		>= 80,56%

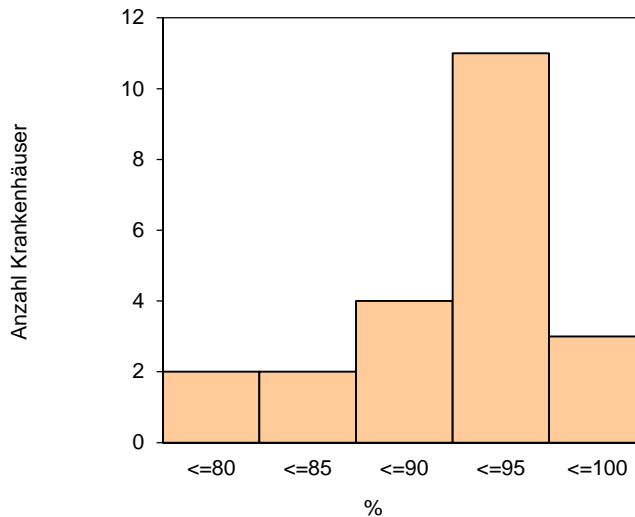
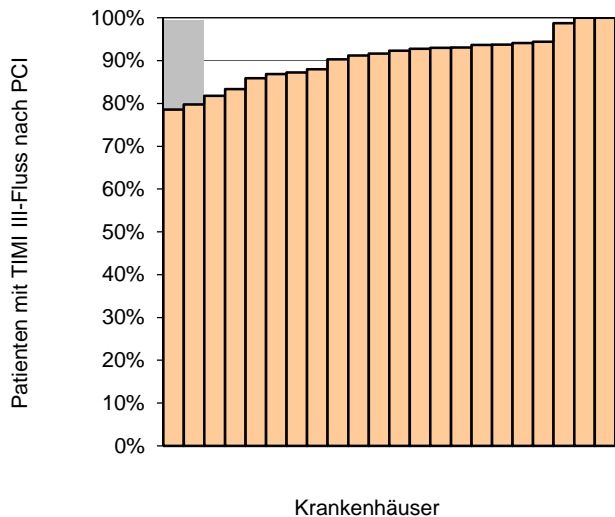
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			2.032 / 2.273	89,40%
Vertrauensbereich				88,06% - 90,60%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52332]:**

**Anteil von Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI an allen PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24h“ nach Stellung der Diagnose**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

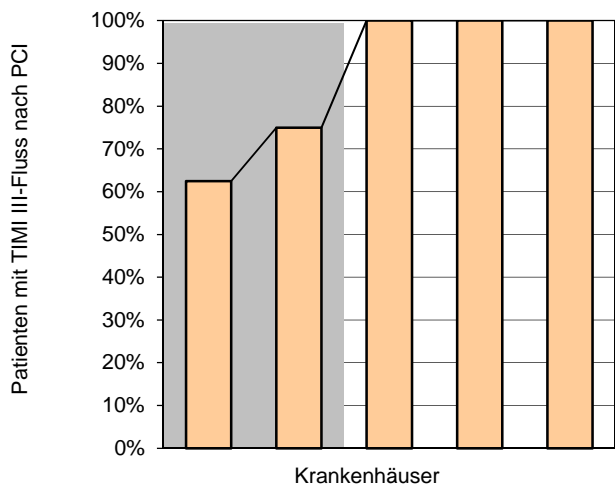
22 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,57	79,78	81,82	86,86	91,99	93,75	98,75	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,50			75,00	100,00	100,00			100,00

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt**

**Grundgesamtheit:** Alle PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI  
**Indikator-ID:** (QI 3b): 2015/21n3-KORO-PCI/52333  
**Referenzbereich:** >= 89,75% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			6.694 / 7.056	94,87%
Vertrauensbereich				94,33% - 95,36%
Referenzbereich		>= 89,75%		>= 89,75%

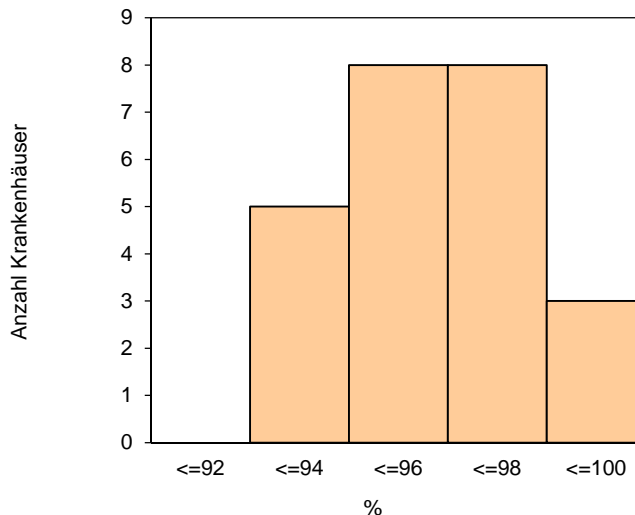
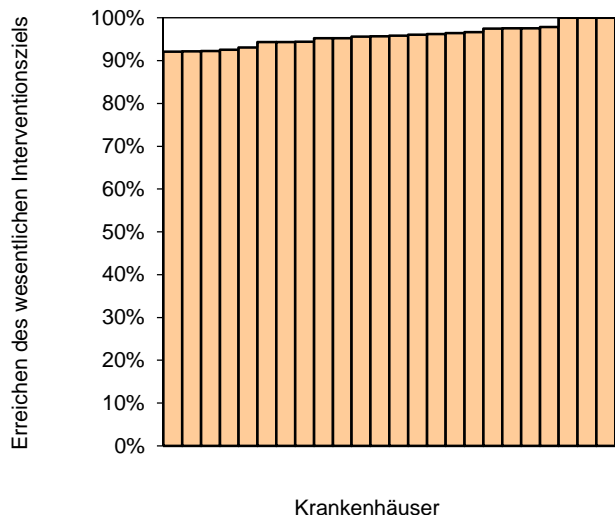
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			6.515 / 6.902	94,39%
Vertrauensbereich				93,83% - 94,91%



**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52333]:  
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

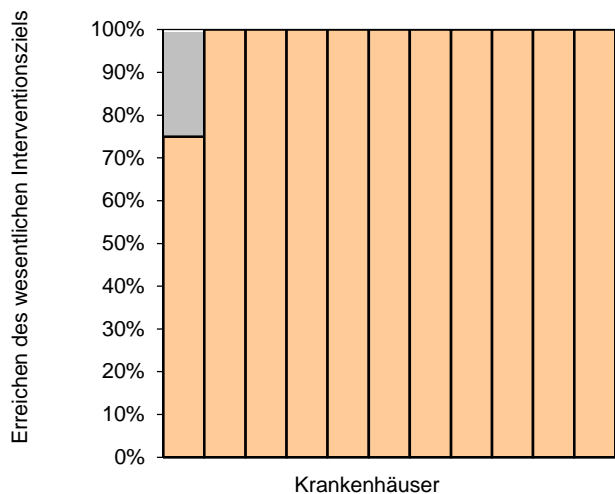
24 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,11	92,19	92,26	94,37	95,79	97,53	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 4: MACCE

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

#### MACCE bei isolierter Koronarangiographie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden  
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom  
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung  
 Gruppe 3: Alle Patienten

**Indikator-ID:** Gruppe 3 (QI 4a): 2015/21n3-KORO-PCI/414

**Referenzbereich:** Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	176 / 3.703 4,75%	61 / 8.952 0,68%	286 / 18.005 1,59%
Vertrauensbereich			1,42% - 1,78%
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	97 / 1.563 6,21%	36 / 3.391 1,06%	156 / 7.060 2,21%
Patienten mit Diabetes mellitus	42 / 633 6,64%	17 / 1.199 1,42%	66 / 2.605 2,53%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	32 / 64 50,00%	2 / 12 16,67%	42 / 90 46,67%
Alter < 75 Jahre	79 / 2.140 3,69%	25 / 5.561 0,45%	130 / 10.945 1,19%
Patienten mit Diabetes mellitus	37 / 593 6,24%	7 / 1.483 0,47%	55 / 3.031 1,81%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	36 / 96 37,50%	2 / 18 11,11%	45 / 136 33,09%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	182 / 3.588 5,07%	37 / 9.984 0,37%	283 / 19.146 1,48%
Vertrauensbereich			1,32% - 1,66%

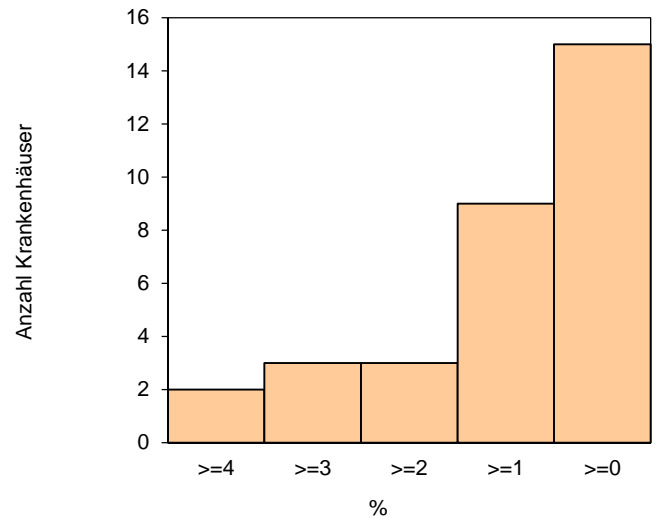
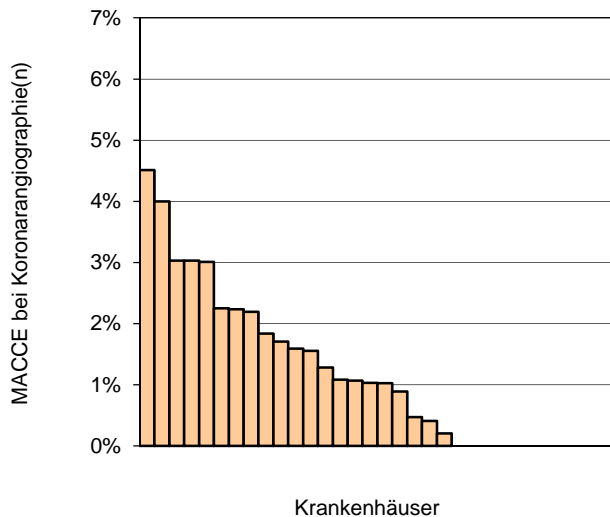
<sup>1</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/414]:**

**Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

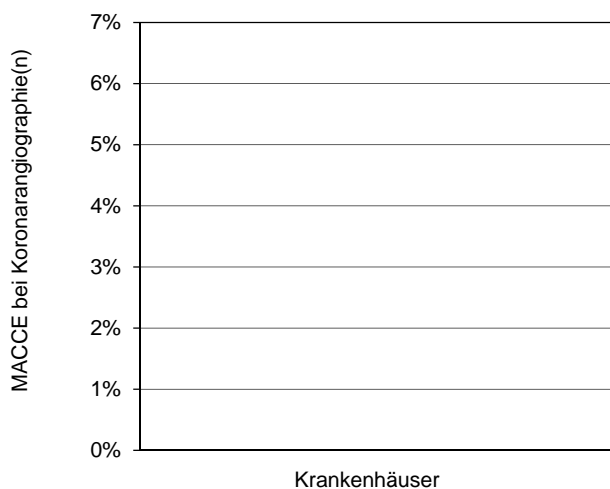
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	2,01	3,03	4,00	4,51

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an MACCE bei isolierter Koronarangiographie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum MACCE-Score für QI-ID 52524, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 4b): 2015/21n3-KORO-PCI/52524

**Referenzbereich:** <= 2,30 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		286 / 18.005 1,59%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		354,86 / 18.005 1,97%
O - E		-0,38%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> bei isolierter Koronarangiographie, risikoadjustiert nach logistischem MACCE<sup>3</sup>-Score für QI-ID 52524.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E <sup>2</sup>		0,81
Vertrauensbereich		0,72 - 0,90
Referenzbereich	<= 2,30	<= 2,30

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> bei isolierter Koronarangiographie  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE<sup>3</sup> ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE<sup>3</sup> ist 10% kleiner als erwartet.

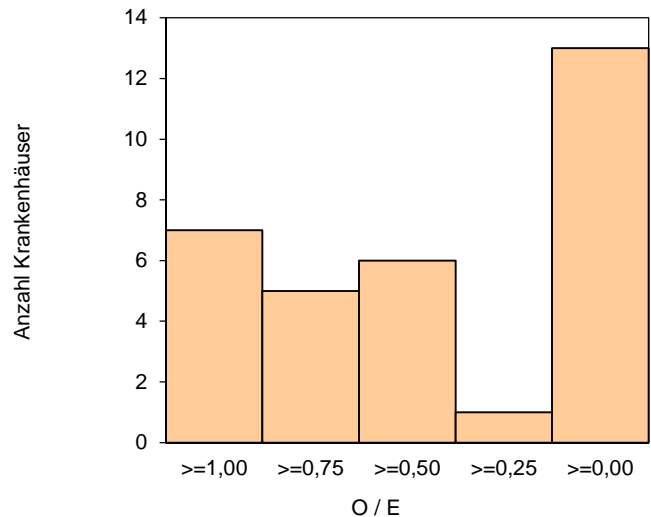
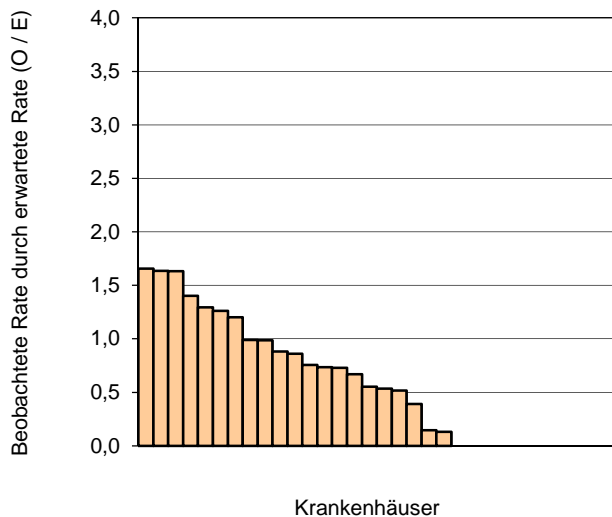
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		283 / 19.146 1,48%
vorhergesagt (E)		346,01 / 19.146 1,81%
O - E		-0,33%
O / E		0,82
Vertrauensbereich		0,73 - 0,92

<sup>3</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52524]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit MACCE bei isolierter Koronarangiographie**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

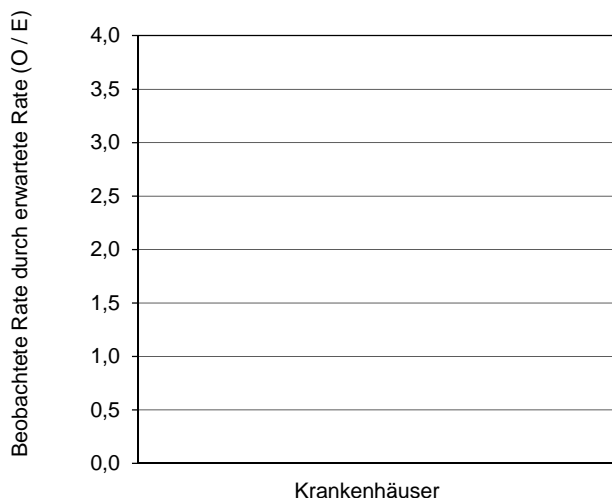
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,99	1,40	1,63	1,66

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**MACCE bei PCI**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden  
 Gruppe 1: Patienten mit akutem Koronarsyndrom  
 Gruppe 2: Patienten mit stabiler Angina pectoris oder objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung  
 Gruppe 3: Alle Patienten

**Indikator-ID:** Gruppe 3 (QI 4c): 2015/21n3-KORO-PCI/415

**Referenzbereich:** Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	470 / 6.476 7,26%	62 / 4.367 1,42%	545 / 11.845 4,60%
Vertrauensbereich			4,24% - 4,99%
Referenzbereich			nicht definiert
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>	271 / 2.522 10,75%	34 / 1.725 1,97%	313 / 4.666 6,71%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	123 / 1.069 11,51%	10 / 701 1,43%	137 / 1.971 6,95%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	114 / 515 22,14%	9 / 219 4,11%	125 / 823 15,19%
Patienten mit Niereninsuffizienz	157 / 1.273 12,33%	23 / 842 2,73%	185 / 2.301 8,04%
Patienten mit Z. n. Bypass	22 / 234 9,40%	5 / 231 2,16%	28 / 504 5,56%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	106 / 216 49,07%	0 / 2 0,00%	107 / 219 48,86%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>	199 / 3.954 5,03%	28 / 2.642 1,06%	232 / 7.179 3,23%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	79 / 1.119 7,06%	11 / 971 1,13%	91 / 2.323 3,92%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	80 / 559 14,31%	1 / 278 0,36%	82 / 958 8,56%
Patienten mit Niereninsuffizienz	85 / 1.015 8,37%	10 / 727 1,38%	96 / 1.903 5,04%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 183 7,10%	3 / 255 1,18%	16 / 472 3,39%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	84 / 279 30,11%	0 / 2 0,00%	85 / 285 29,82%

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



Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	500 / 6.367	75 / 4.232	594 / 11.594
Vertrauensbereich	7,85%	1,77%	5,12% 4,74% - 5,54%

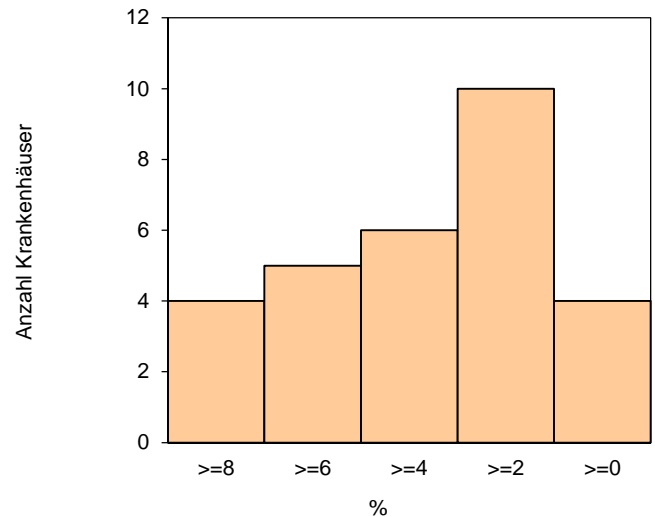
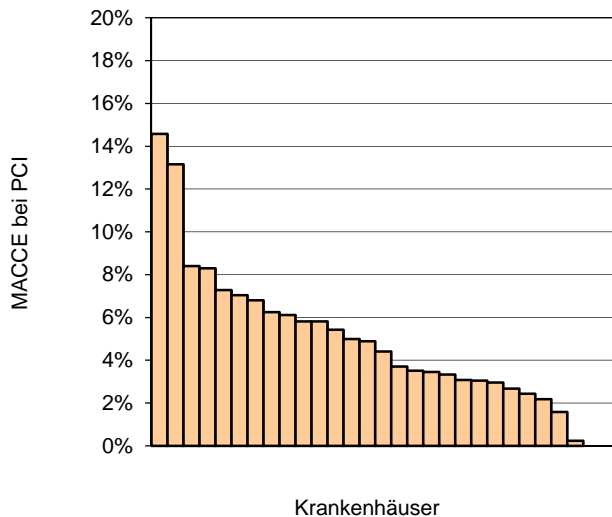
<sup>1</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/415]:**

**Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

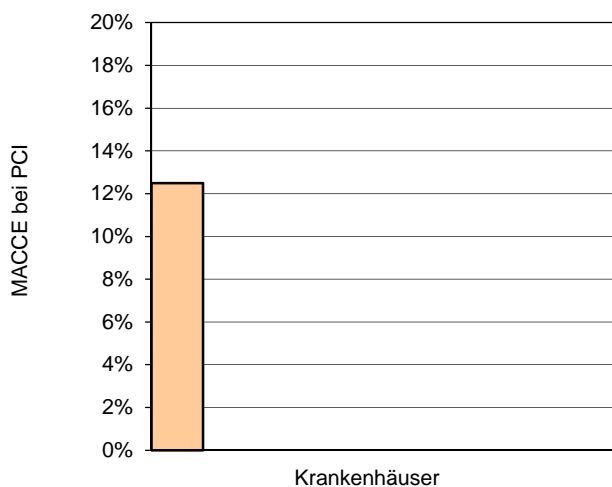
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,23	2,95	4,41	6,25	8,40	13,16	14,58

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			12,50

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an MACCE bei PCI**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum MACCE-Score für QI-ID 52529, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 4d): 2015/21n3-KORO-PCI/52529

**Referenzbereich:** <= 2,07 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		545 / 11.845 4,60%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		629,24 / 11.845 5,31%
O - E		-0,71%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> bei PCI, risikoadjustiert nach logistischem MACCE<sup>3</sup>-Score für QI-ID 52529.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E <sup>2</sup>		0,87
Vertrauensbereich		0,80 - 0,94
Referenzbereich	<= 2,07	<= 2,07

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> bei PCI

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE<sup>3</sup> bei PCI kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE<sup>3</sup> bei PCI ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE<sup>3</sup> bei PCI ist 10% kleiner als erwartet.

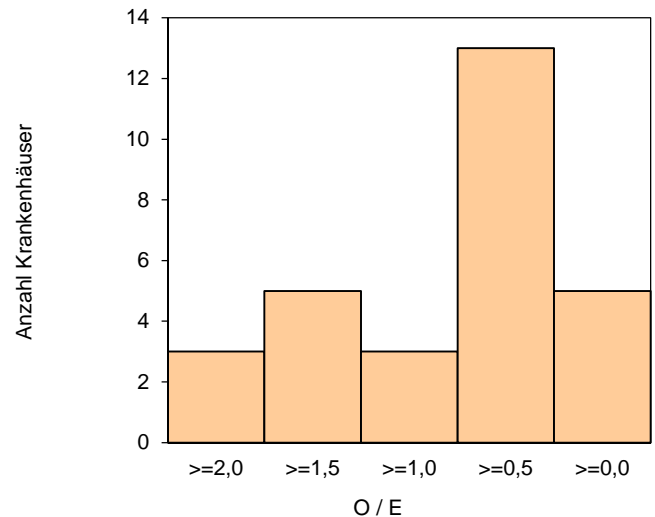
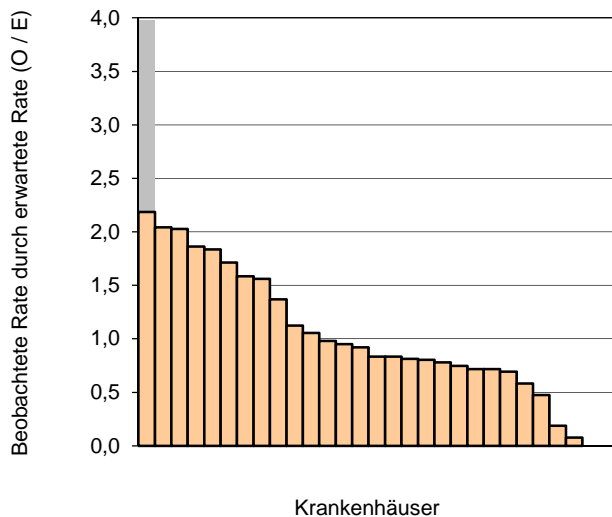
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		594 / 11.594 5,12%
vorhergesagt (E)		598,47 / 11.594 5,16%
O - E		-0,04%
O / E		0,99
Vertrauensbereich	0,80 - 0,94	0,92 - 1,07

<sup>3</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4d, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52529]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit MACCE bei PCI**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

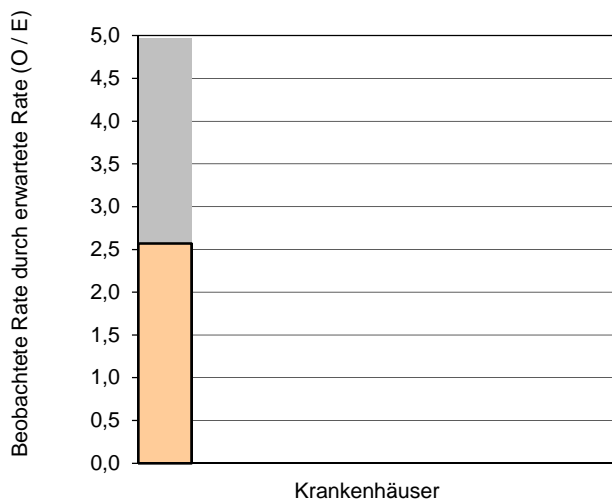
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,08	0,72	0,83	1,56	2,03	2,04	2,18

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			2,57

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarktes, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 4e): 2015/21n3-KORO-PCI/2232

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

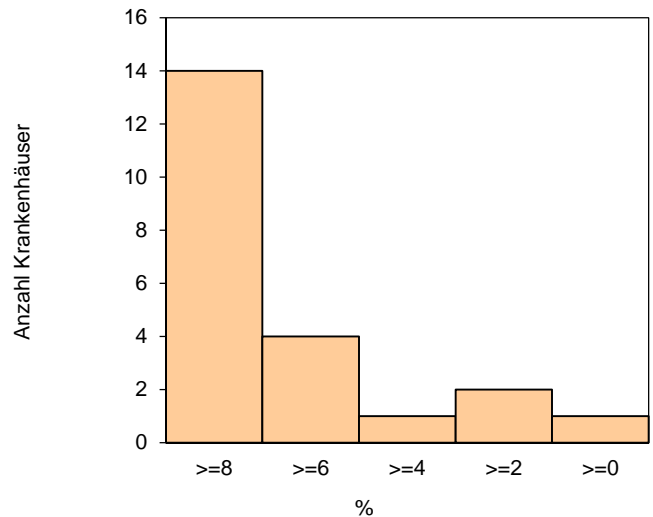
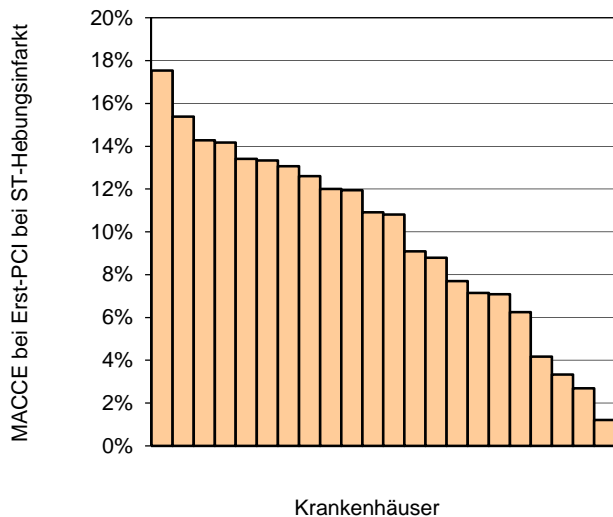
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			220 / 2.484	8,86%
Vertrauensbereich				7,80% - 10,04%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			120 / 777	15,44%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			55 / 297	18,52%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			49 / 171	28,65%
Patienten mit Niereninsuffizienz			67 / 353	18,98%
Patienten mit Z. n. Bypass			5 / 29	17,24%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			53 / 114	46,49%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			100 / 1.707	5,86%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			39 / 404	9,65%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			36 / 250	14,40%
Patienten mit Niereninsuffizienz			38 / 369	10,30%
Patienten mit Z. n. Bypass			4 / 26	15,38%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			51 / 183	27,87%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			249 / 2.467	10,09%
Vertrauensbereich				8,97% - 11,34%

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

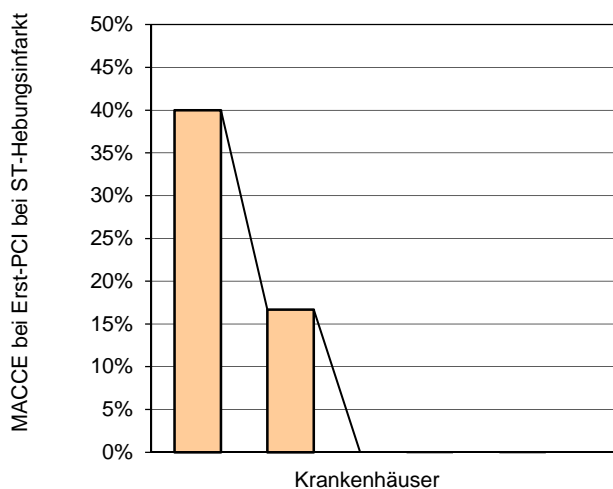
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4e, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/2232]:  
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt, die nicht in einer  
 herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 22 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,20	2,69	3,33	7,08	10,86	13,33	14,29	15,38	17,54

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	16,67			40,00

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

#### Isolierte Koronarangiographie(n)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 5a): 2015/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			238 / 18.005	1,32% 1,17% - 1,50%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			37 / 302	12,25%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			107 / 3.135	3,41%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			94 / 14.571	0,65%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			86 / 224	38,39%

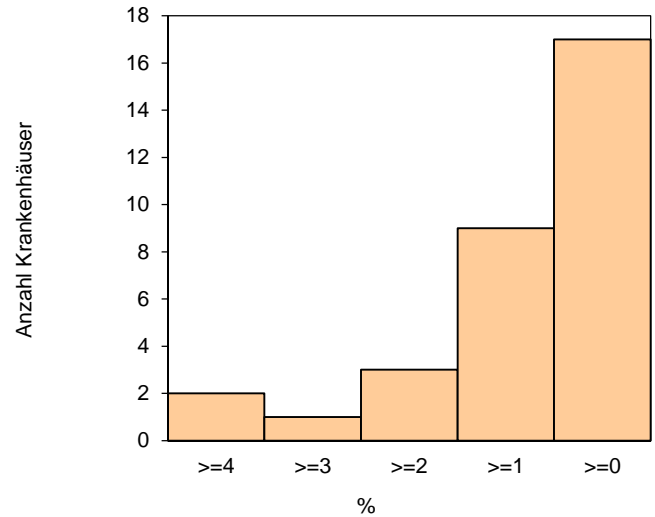
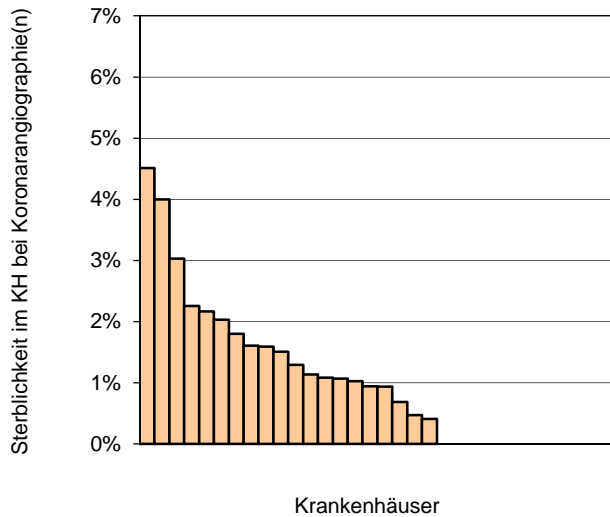
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			253 / 19.146	1,32% 1,17% - 1,49%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/416]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

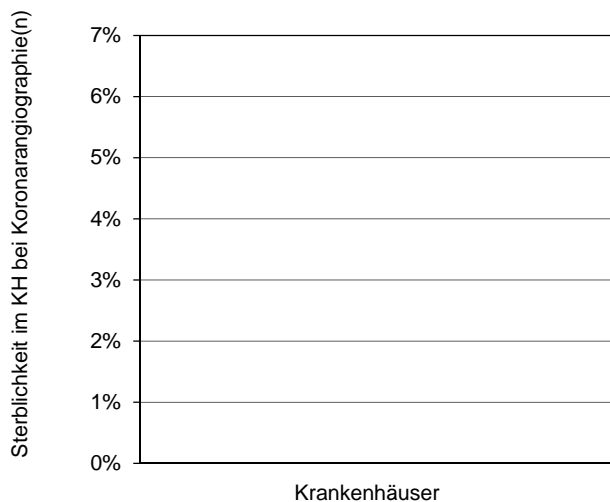
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,94	1,60	2,26	4,00	4,51

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen  
 bei isolierter Koronarangiographie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 52341, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 5b): 2015/21n3-KORO-PCI/52341

**Referenzbereich:** <= 2,38 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>		
beobachtet (O)		238 / 18.005 1,32%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		299,10 / 18.005 1,66%
O - E		-0,34%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score für QI-ID 52341.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
<b>O / E<sup>2</sup></b>		0,80
<b>Vertrauensbereich</b>		0,70 - 0,90
<b>Referenzbereich</b>	<= 2,38	<= 2,38

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		253 / 19.146 1,32%
vorhergesagt (E)		290,41 / 19.146 1,52%
O - E		-0,20%
<b>O / E</b>		0,87
<b>Vertrauensbereich</b>		0,77 - 0,98

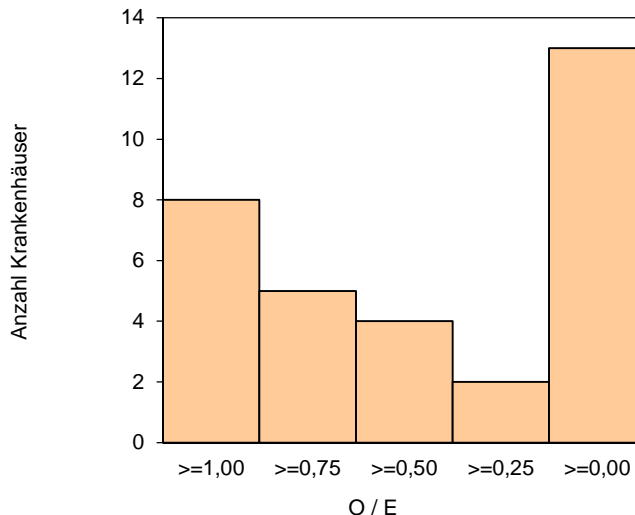
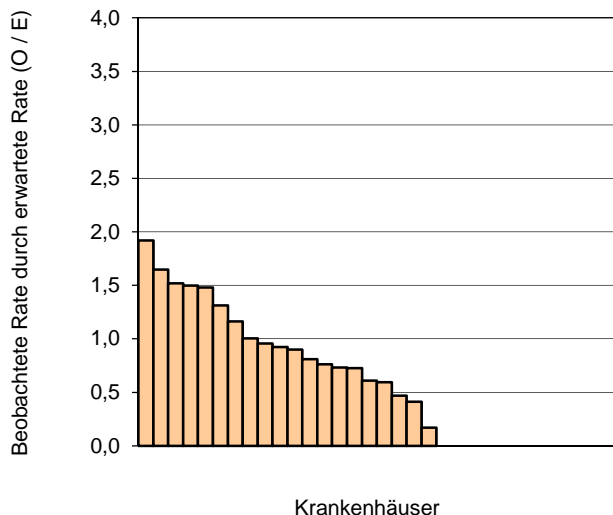
<sup>3</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52341]:**

**Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie und mit vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 52341, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

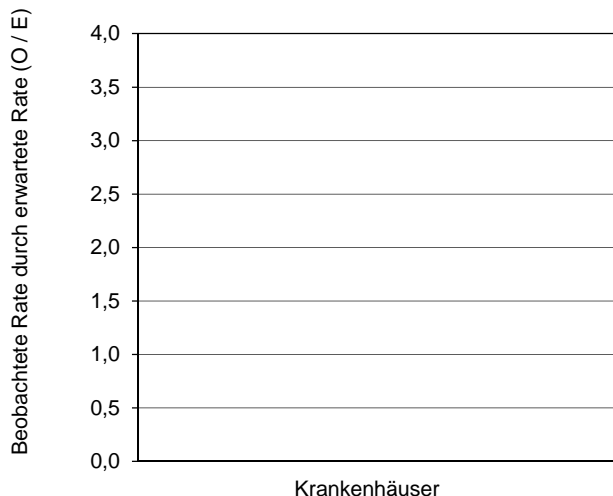
32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,98	1,50	1,65	1,92

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**PCI**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 5c): 2015/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			432 / 11.845	3,65% 3,32% - 4,00% nicht definiert
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>1</sup> Dokumentation			9 / 35	25,71%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			423 / 11.810	3,58%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			202 / 2.539	7,96%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			203 / 4.473	4,54%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, sonstige)			27 / 4.833	0,56%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			179 / 489	36,61%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			466 / 11.594	4,02% 3,68% - 4,39%
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>1</sup> Dokumentation			41 / 182	22,53%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			425 / 11.412	3,72%

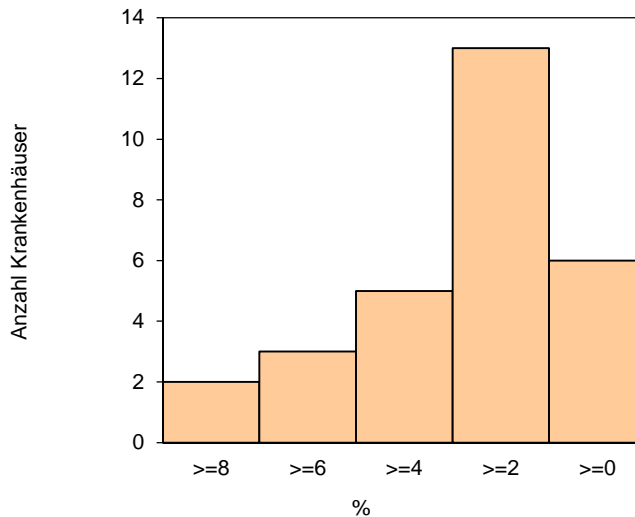
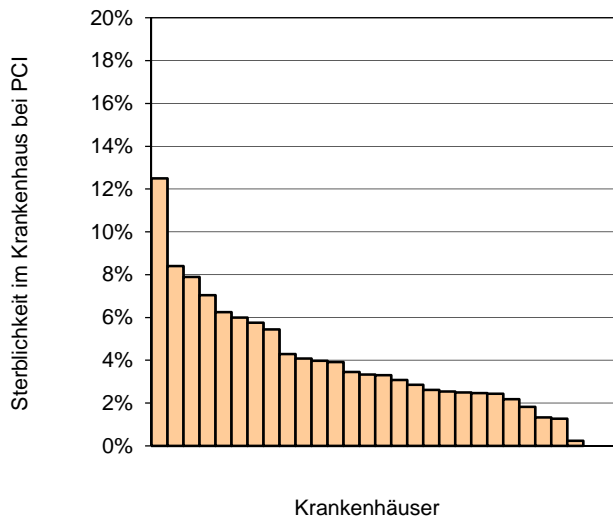
<sup>1</sup> bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/417]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

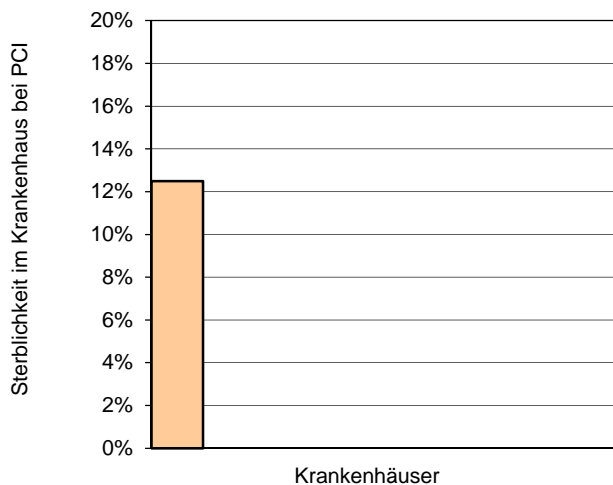
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,23	2,44	3,30	5,44	7,89	8,40	12,50

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			12,50

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score für QI-ID 52342, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 5d): 2015/21n3-KORO-PCI/52342

**Referenzbereich:** <= 2,05 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2015			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
<b>Gesamt</b>			

Gesamt 2015			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	52,77 / 7.407 0,71%	41 / 7.407 0,55%	-0,16%
2 - < 4%	48,10 / 1.651 2,91%	39 / 1.651 2,36%	-0,55%
4 - < 6%	39,26 / 795 4,94%	40 / 795 5,03%	0,09%
>= 6%	403,44 / 1.992 20,25%	312 / 1.992 15,66%	-4,59%
<b>Gesamt</b>	543,57 / 11.845 4,59%	432 / 11.845 3,65%	-0,94%

<sup>1</sup> E = erwartet

<sup>2</sup> O = observiert

<sup>3</sup> Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

Negative Werte bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet.

Positive Werte bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>		
beobachtet (O)		432 / 11.845 3,65%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		543,57 / 11.845 4,59%
O - E		-0,94%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für QI-ID 52342.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E <sup>2</sup>		0,79
Vertrauensbereich		0,72 - 0,87
Referenzbereich	<= 2,05	<= 2,05

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		466 / 11.594 4,02%
vorhergesagt (E)		522,53 / 11.594 4,51%
O - E		-0,49%
O / E		0,89
Vertrauensbereich		0,82 - 0,97

<sup>3</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen.

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Weiblich</b>			3.403 / 11.845	28,73%
<b>Alter</b>				
>= 58 - < 66 Jahre			2.264 / 11.845	19,11%
>= 66 - < 73 Jahre			2.034 / 11.845	17,17%
>= 73 - < 79 Jahre			2.873 / 11.845	24,25%
>= 79 Jahre			2.675 / 11.845	22,58%
<b>Diabetes mellitus</b>				
nicht insulinpflichtig			2.792 / 11.845	23,57%
insulinpflichtig			1.502 / 11.845	12,68%
<b>Niereninsuffizienz</b>				
dialysepflichtig			273 / 11.845	2,30%
nicht dialysepflichtig			3.931 / 11.845	33,19%
<b>erste Prozedur</b>				
<b>Dringlichkeit der Prozedur</b>				
dringend			2.332 / 11.845	19,69%
notfallmäßig			4.139 / 11.845	34,94%
<b>Herzinsuffizienz (nach NYHA)</b>				
NYHA I			1.320 / 11.845	11,14%
NYHA II			4.685 / 11.845	39,55%
NYHA III			2.700 / 11.845	22,79%
NYHA IV ohne Schock			424 / 11.845	3,58%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn stabilisiert			264 / 11.845	2,23%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn hämo- dynamisch instabil			225 / 11.845	1,90%



Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>erste PCI</b>				
<b>Indikation</b>				
ACS <sup>1</sup> ohne Myokardinfarkt			1.617 / 11.845	13,65%
ACS <sup>1</sup> mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt			2.788 / 11.845	23,54%
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung bis 24h nach Stellung der Diagnose			2.274 / 11.845	19,20%
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung nach 24h nach Stellung der Diagnose			210 / 11.845	1,77%
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.137 / 11.845	9,60%
<b>PCI an</b>				
Hauptstamm			541 / 11.845	4,57%
LAD			5.418 / 11.845	45,74%
RCA			4.098 / 11.845	34,60%
<b>besonderes Merkmal</b>				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.556 / 11.845	21,58%
PCI eines Koronarbypasses			244 / 11.845	2,06%
PCI am ungeschützten Hauptstamm			392 / 11.845	3,31%
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			790 / 11.845	6,67%
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			54 / 11.845	0,46%
PCI an einer In-Stent Stenose			523 / 11.845	4,42%

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

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wechselwirkungen</b>				
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung bei erster PCI und kardiogener Schock bei erster Prozedur			285 / 11.845	2,41%
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			1.295 / 11.845	10,93%
kardiogener Schock bei erster Prozedur und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			233 / 11.845	1,97%

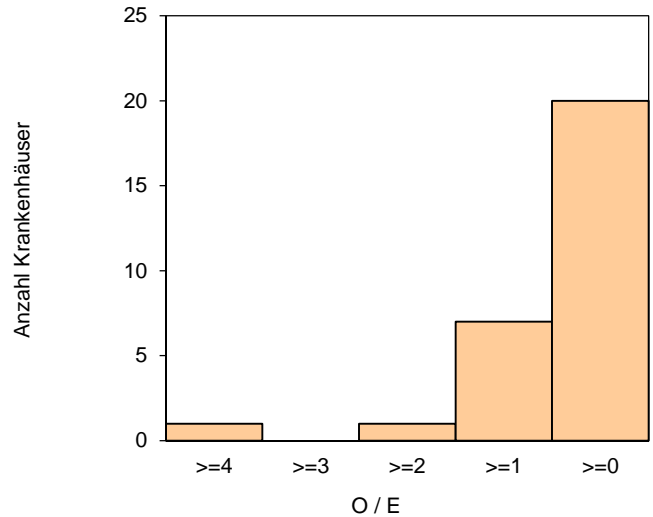
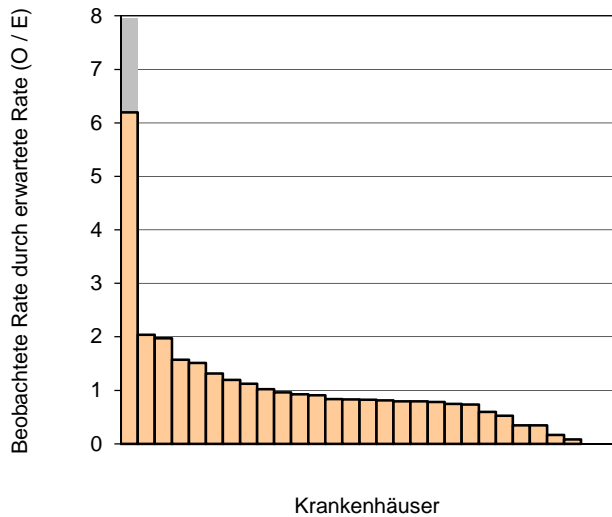
<sup>1</sup> ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5d, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52342]:**

**Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score für QI-ID 52342, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

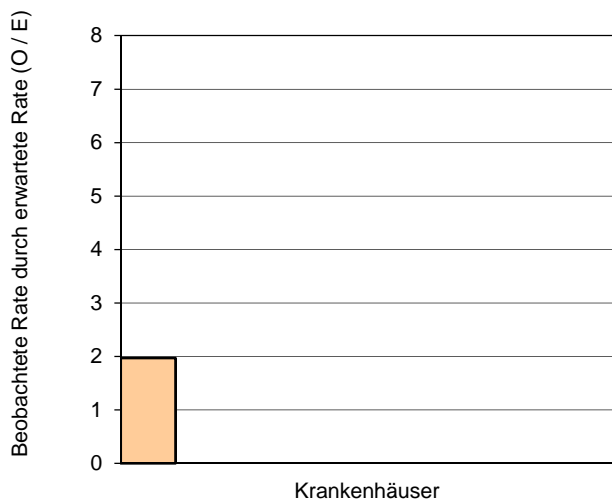
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,08	0,60	0,82	1,12	1,97	2,04	6,20

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			1,97

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 5e): 2015/21n3-KORO-PCI/2311

**Referenzbereich:** <= 1,21 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			26 / 32.276	0,08%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			51 / 32.276	0,16%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			54 / 32.276	0,17%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,22%
Referenzbereich		<= 1,21%		<= 1,21%

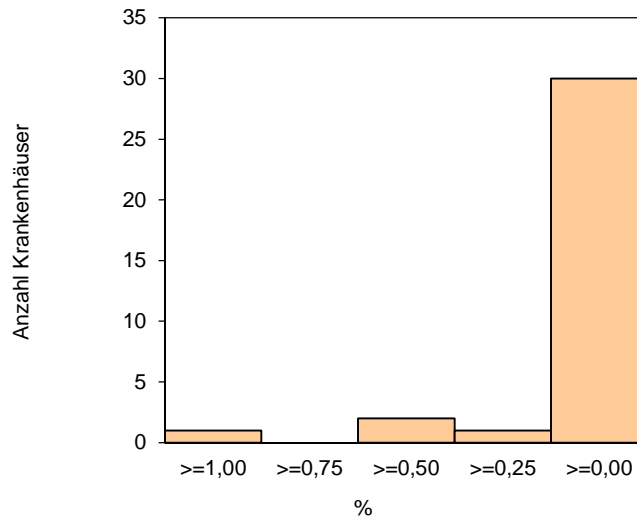
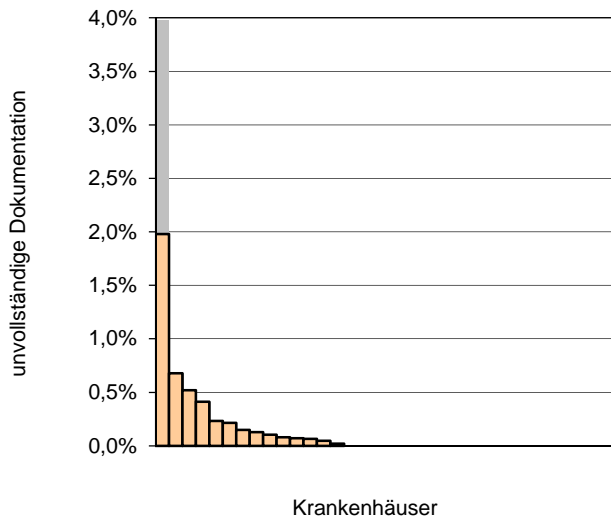
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			340 / 32.846	1,04%
Vertrauensbereich				0,93% - 1,15%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5e, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/2311]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

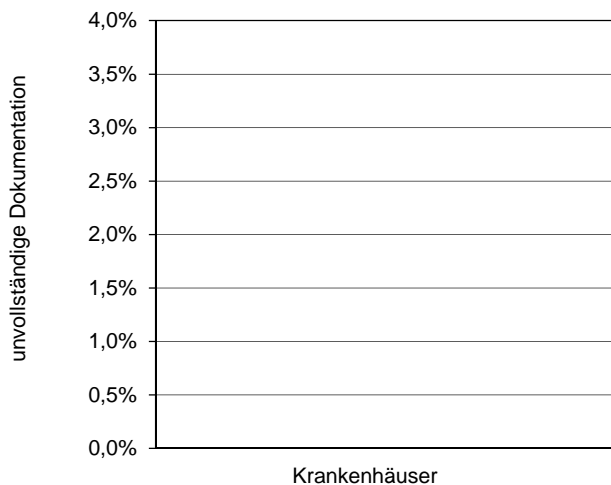
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,41	0,68	1,98

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 6: Dosisflächenprodukt

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst niedriges Dosisflächenprodukt		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 6a):	2015/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 6b):	2015/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 6c):	2015/21n3-KORO-PCI/50749	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 40,38% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 51,89% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 40,55% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dosisflächenprodukt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			3.329 / 20.774	16,02%
Vertrauensbereich				15,53% - 16,53%
Referenzbereich		<= 40,38%		<= 40,38%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			377 / 1.281	29,43%
Vertrauensbereich				27,00% - 31,98%
Referenzbereich		<= 51,89%		<= 51,89%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			1.639 / 11.224	14,60%
Vertrauensbereich				13,96% - 15,27%
Referenzbereich		<= 40,55%		<= 40,55%

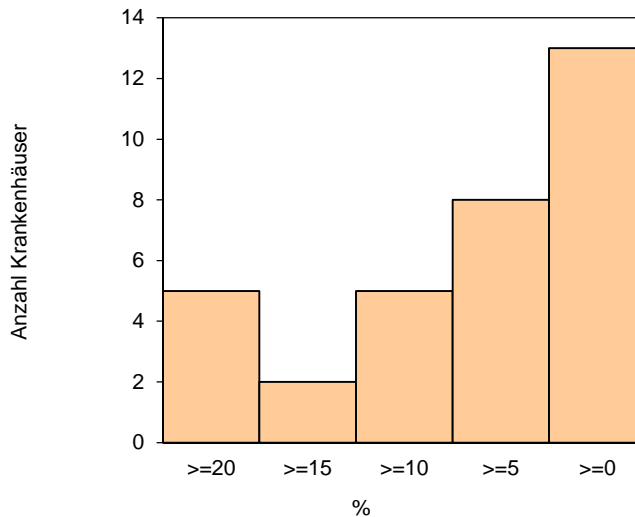
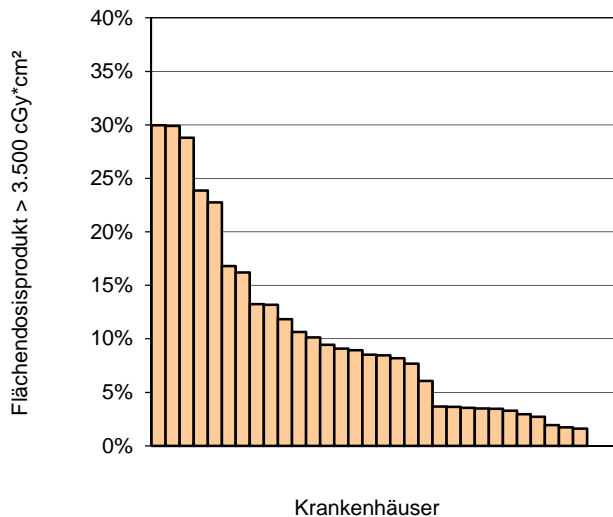
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dosisflächenprodukt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			4.835 / 21.387	22,61%
Vertrauensbereich				22,05% - 23,17%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			406 / 1.135	35,77%
Vertrauensbereich				33,03% - 38,60%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			2.344 / 10.797	21,71%
Vertrauensbereich				20,94% - 22,50%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12774]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

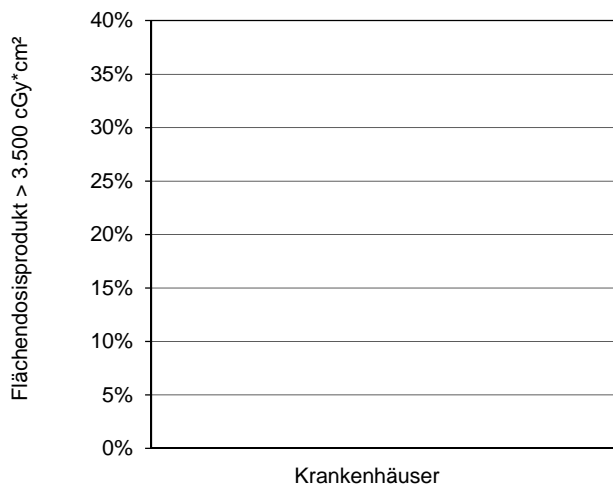
33 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,72	3,45	8,47	13,19	23,87	29,92	29,97

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

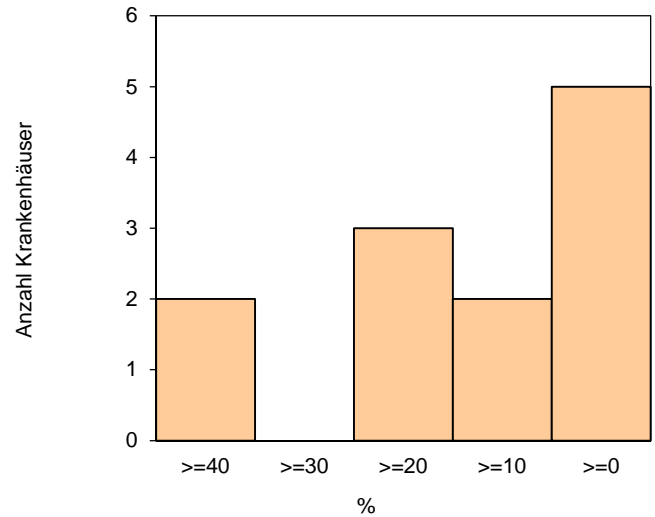
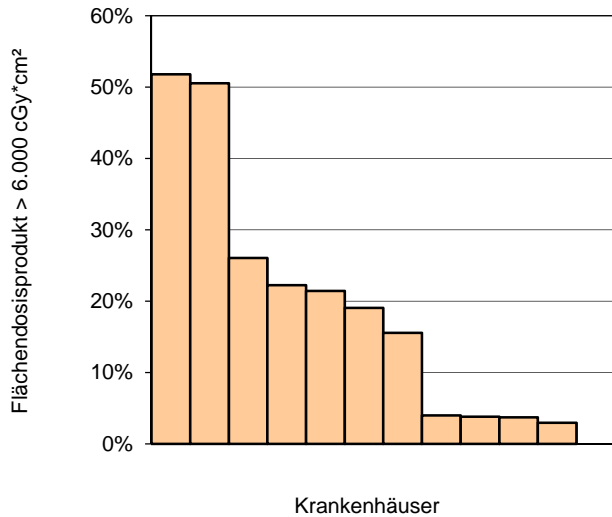


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

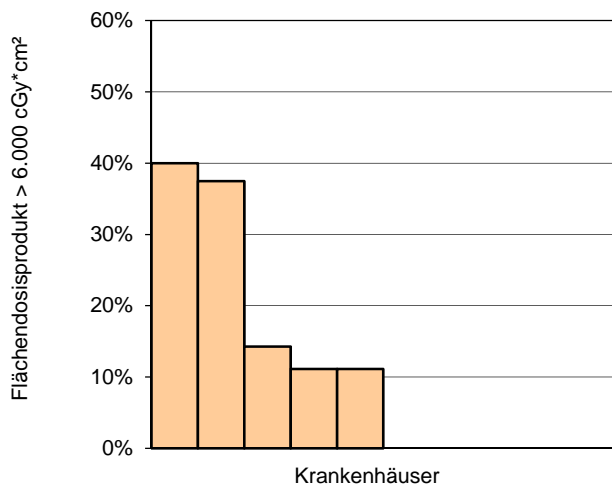
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12775]:  
 Anteil von PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen isolierten PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		2,94	3,76	17,30	24,14	50,54		51,82

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	5,56	14,29	38,75		40,00

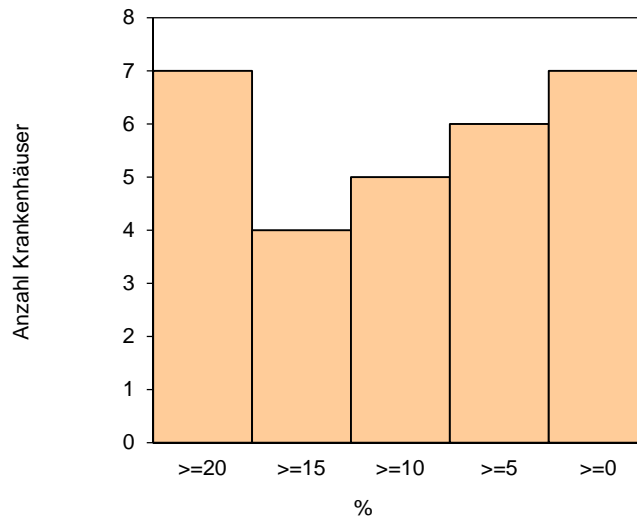
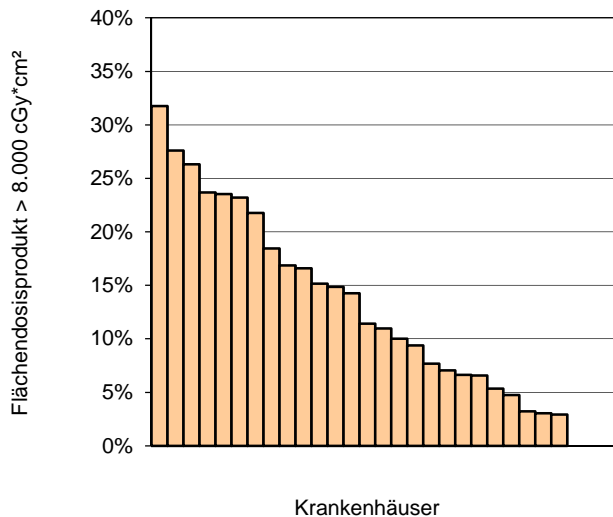
22 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/50749]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

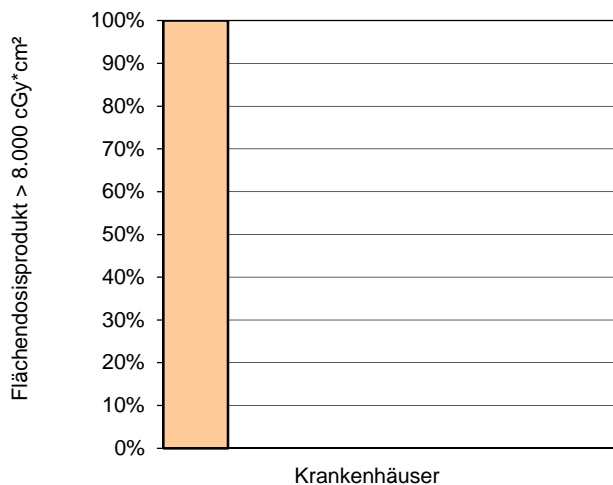
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	5,36	10,96	18,46	26,32	27,59	31,76

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts**

**Grundgesamtheit:** Alle Prozeduren

**Indikator-ID:** (QI 6d): 2015/21n3-KORO-PCI/12773

**Referenzbereich:** <= 1,29% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

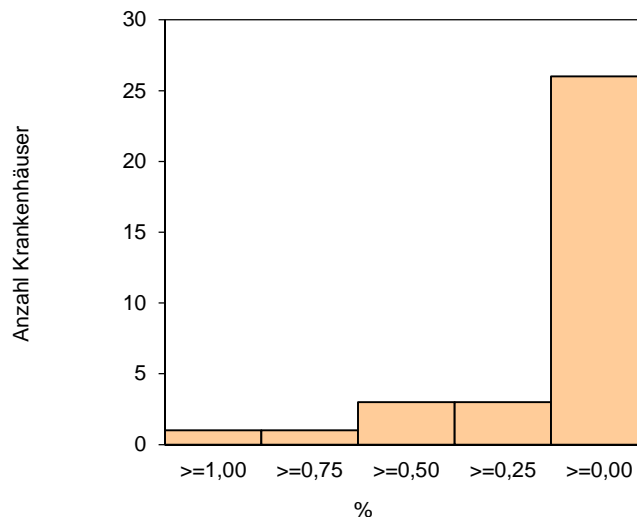
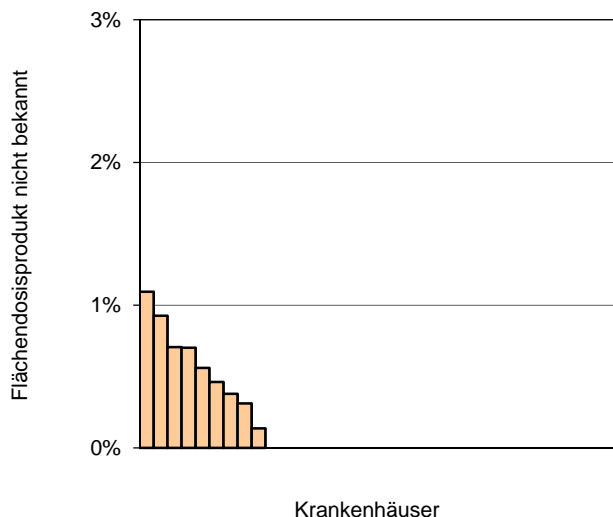
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			119 / 33.398	0,36%
Vertrauensbereich				0,30% - 0,43%
Referenzbereich		<= 1,29%		<= 1,29%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			623 / 33.942	1,84%
Vertrauensbereich				1,70% - 1,98%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12773]:  
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Dosisflächenprodukt nicht bekannt“**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

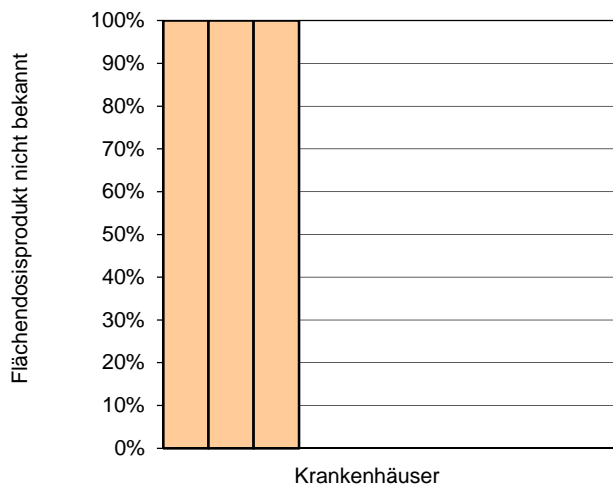
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,70	0,93	1,09

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 7: Kontrastmittelmenge

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 7a):	2015/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 7b):	2015/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 7c):	2015/21n3-KORO-PCI/51407	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 17,00% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 46,94% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 33,22% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

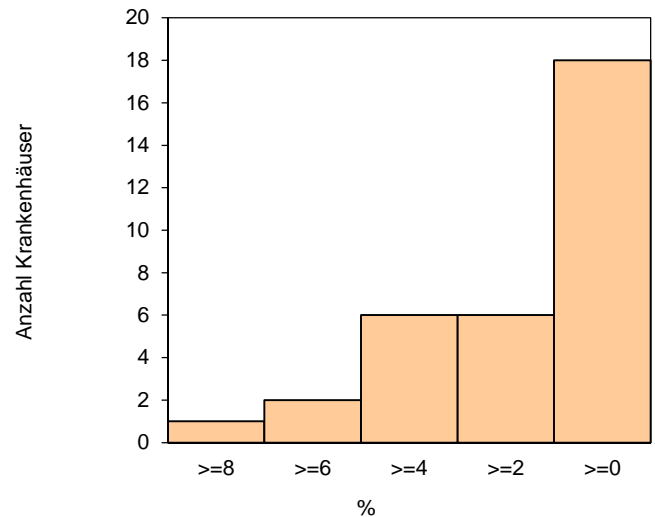
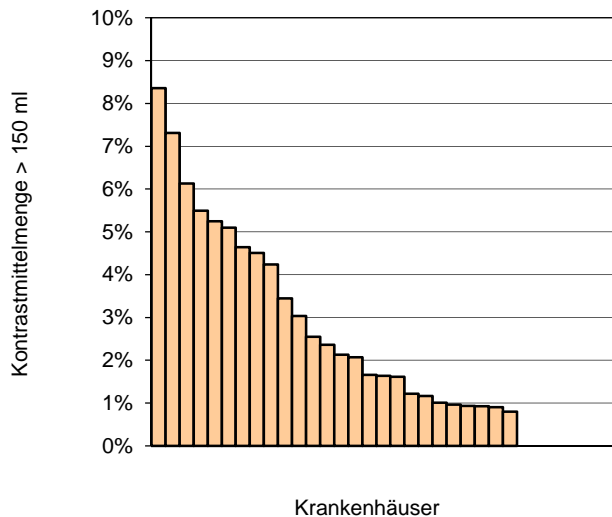
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			611 / 20.848	2,93%
Vertrauensbereich				2,71% - 3,17%
Referenzbereich		<= 17,00%		<= 17,00%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			190 / 1.286	14,77%
Vertrauensbereich				12,94% - 16,82%
Referenzbereich		<= 46,94%		<= 46,94%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			948 / 11.264	8,42%
Vertrauensbereich				7,92% - 8,94%
Referenzbereich		<= 33,22%		<= 33,22%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			591 / 21.743	2,72%
Vertrauensbereich				2,51% - 2,94%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			165 / 1.158	14,25%
Vertrauensbereich				12,35% - 16,38%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			787 / 11.041	7,13%
Vertrauensbereich				6,66% - 7,62%

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

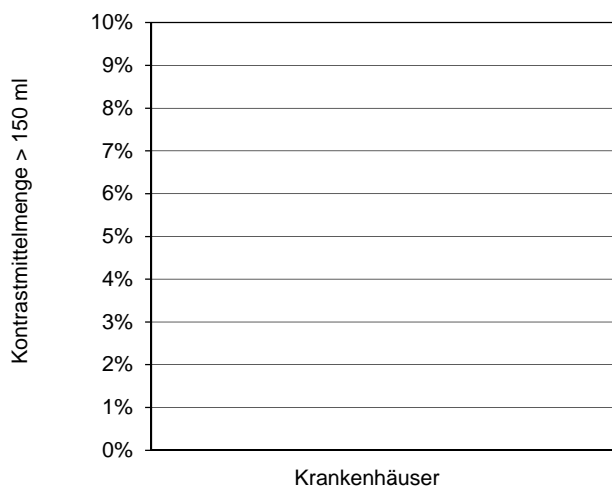
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51405]:  
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 33 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,90	1,64	4,24	5,50	7,31	8,36

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

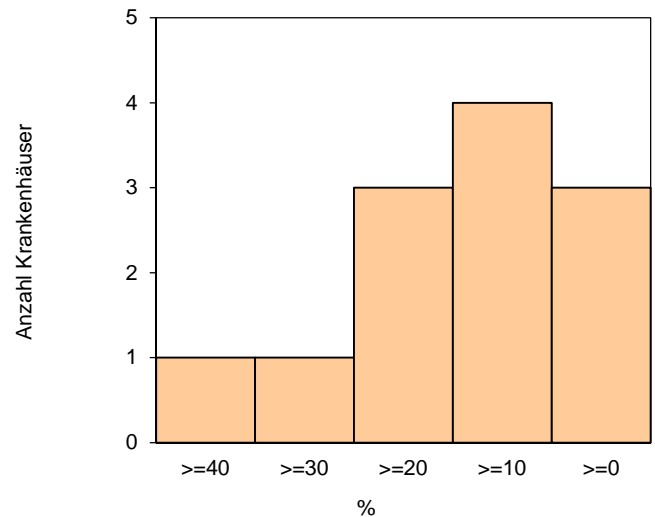
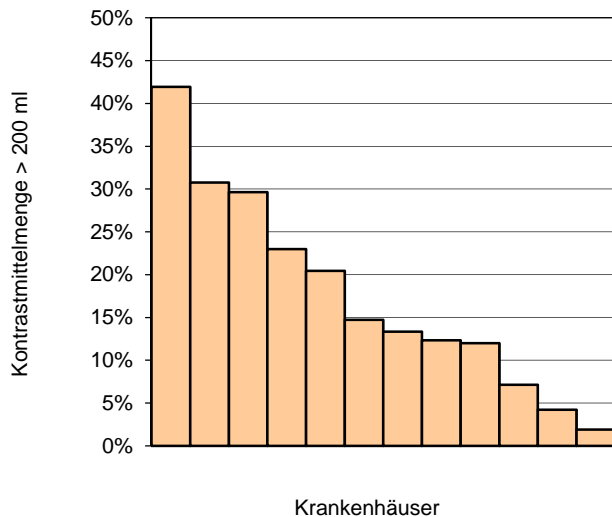


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

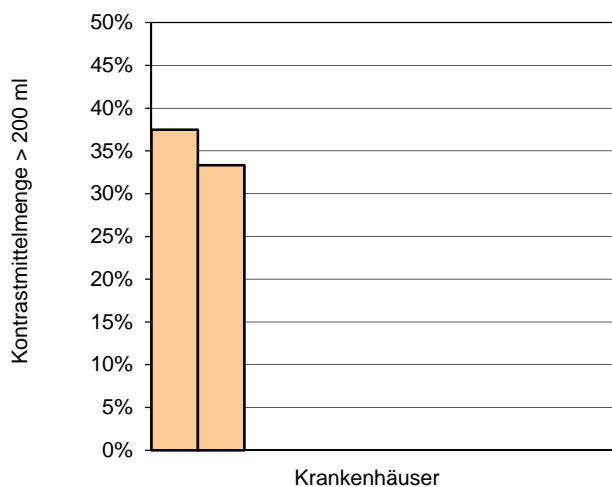
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51406]:  
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,90		4,23	9,57	14,02	26,30	30,77		41,94

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

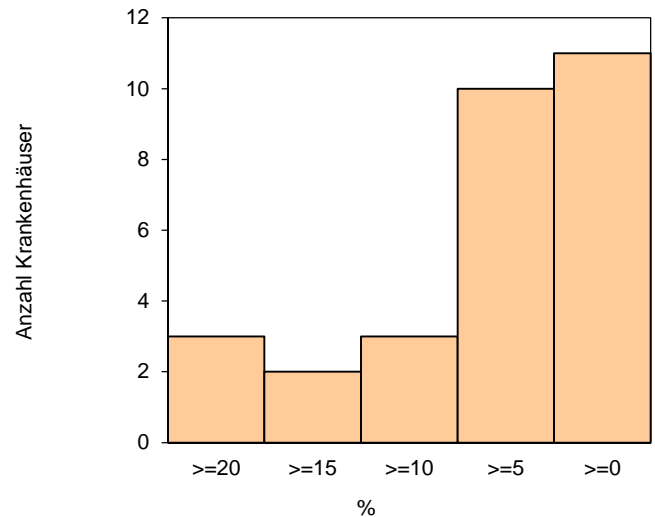
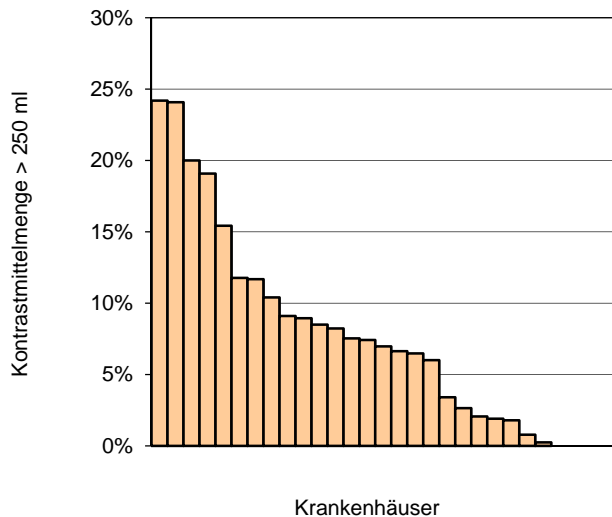


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	35,42		37,50

22 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

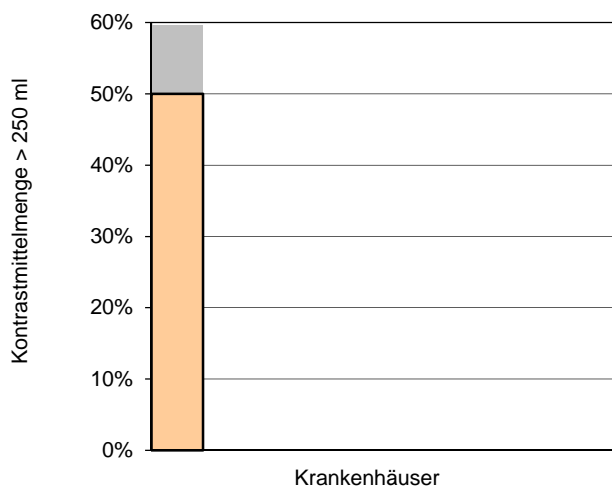
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51407]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,89	6,98	10,40	20,00	24,08	24,20

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			50,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015  
Koronarangiographie und  
Perkutane Koronarintervention (PCI)  
21/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 44  
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.276  
Datensatzversion: 21/3 2015  
Datenbankstand: 01. März 2016  
2015 - D16165-L101916-P49096



## Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			8.533	26,44	8.799	26,79
2. Quartal			8.048	24,93	8.127	24,74
3. Quartal			7.879	24,41	8.186	24,92
4. Quartal			7.816	24,22	7.734	23,55
Gesamt			32.276	100,00	32.846	100,00
<b>Verbringungsleistung (Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch)</b>						
			2.979	9,23	3.300	10,05
<b>Anzahl Prozeduren</b>			33.398		33.942	
<b>Anzahl PCI</b>			12.550		12.199	
<b>Anzahl Koronarangiographien</b>			32.112		32.784	

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
4	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
5	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
6	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
7	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>
1				I25.13	5.763	17,86	I25.13	6.019	18,32
2				I10.00	4.222	13,08	I10.00	5.196	15,82
3				I25.12	4.154	12,87	I25.11	4.553	13,86
4				I25.11	4.118	12,76	I25.12	4.443	13,53
5				I25.10	3.729	11,55	I25.10	3.959	12,05
6				I21.4	3.608	11,18	I21.4	3.602	10,97
7				E11.90	2.957	9,16	E78.5	3.432	10,45
8				I20.8	2.789	8,64	E11.90	3.382	10,30

<sup>1</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

**Patienten**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			32.276		32.846	
18 – 29 Jahre			104 / 32.276	0,32	97 / 32.846	0,30
30 – 39 Jahre			333 / 32.276	1,03	317 / 32.846	0,97
40 – 49 Jahre			1.409 / 32.276	4,37	1.590 / 32.846	4,84
50 – 59 Jahre			4.803 / 32.276	14,88	4.995 / 32.846	15,21
60 – 69 Jahre			7.417 / 32.276	22,98	7.465 / 32.846	22,73
70 – 79 Jahre			12.361 / 32.276	38,30	12.854 / 32.846	39,13
>= 80 Jahre			5.849 / 32.276	18,12	5.528 / 32.846	16,83
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median				72,00		71,00
Mittelwert				69,17		68,89
<b>Geschlecht</b>						
männlich			21.053	65,23	21.372	65,07
weiblich			11.223	34,77	11.474	34,93

## Vorgeschichte

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			18.600	57,63	18.767	57,14
ja			13.336	41,32	13.472	41,02
unbekannt			340	1,05	607	1,85
<b>Katheterintervention vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			23.860	73,92	24.335	74,09
ja			8.118	25,15	7.953	24,21
unbekannt			298	0,92	558	1,70
<b>Zustand nach koronarer Bypass-Op</b>						
nein			29.758	92,20	30.119	91,70
ja			2.455	7,61	2.658	8,09
unbekannt			63	0,20	69	0,21
<b>Ejektionsfraktion unter 40%</b>						
nein			23.220	71,94	23.853	72,62
ja			5.287	16,38	4.940	15,04
fraglich			826	2,56	940	2,86
unbekannt			2.943	9,12	3.113	9,48
<b>Diabetes mellitus</b>						
nein			21.509	66,64	21.798	66,36
ja, nicht insulinpflichtig			7.007	21,71	7.380	22,47
ja, insulinpflichtig			3.734	11,57	3.504	10,67
unbekannt			26	0,08	164	0,50
<b>Niereninsuffizienz</b>						
nein			21.210	65,71	21.180	64,48
ja, dialysepflichtig			740	2,29	721	2,20
ja, nicht dialysepflichtig			10.275	31,83	10.684	32,53
unbekannt			51	0,16	261	0,79

**Aktuelle kardiale Anamnese**  
 (vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>Akutes Koronarsyndrom</b> (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			21.420	66,37	22.224	67,66
ja			10.856	33,63	10.622	32,34
wenn nein: <b>andere klinische Befunde</b>						
<b>stabile Angina pectoris (nach CCS)</b>						
nein			9.388 / 21.420	43,83	9.585 / 22.224	43,13
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.441 / 21.420	11,40	2.540 / 22.224	11,43
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			6.684 / 21.420	31,20	7.082 / 22.224	31,87
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.907 / 21.420	13,57	3.017 / 22.224	13,58
<b>objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung</b> (Belastungs- EKG oder andere nicht- invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung)						
nein			6.890 / 21.420	32,17	7.564 / 22.224	34,04
ja			6.277 / 21.420	29,30	6.493 / 22.224	29,22
fraglich			3.484 / 21.420	16,27	3.264 / 22.224	14,69
unbekannt			4.769 / 21.420	22,26	4.903 / 22.224	22,06

**Prozedur**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			33.398		33.942	
<b>Postprozedurale Verweildauer (Tage)</b>						
Median				2,00		2,00
Mittelwert				4,52		5,77
<b>Herzinsuffizienz (nach NYHA)</b>						
nein			5.939	17,78	9.659	28,46
ja, NYHA I			3.645	10,91	3.059	9,01
ja, NYHA II			12.779	38,26	11.349	33,44
ja, NYHA III			8.782	26,29	7.681	22,63
ja, NYHA IV			2.253	6,75	2.194	6,46
wenn ja, NYHA IV						
<b>kardiogener Schock</b>						
nein			1.122 / 2.253	49,80	1.078 / 2.194	49,13
ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert			500 / 2.253	22,19	454 / 2.194	20,69
ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil			362 / 2.253	16,07	368 / 2.194	16,77
<b>Art der Prozedur</b>						
Diagnostische Koronarangiographie			20.848	62,42	21.743	64,06
PCI			1.286	3,85	1.158	3,41
einzeitig Koronarangiographie und PCI			11.264	33,73	11.041	32,53
<b>Dringlichkeit der Prozedur</b>						
elektiv			21.465	64,27	21.955	64,68
dringend			5.850	17,52	5.989	17,64
notfallmäßig			6.083	18,21	5.998	17,67
<b>Nierenfunktion gemessen</b>						
nein			3.037	9,09	3.344	9,85
ja			30.361	90,91	30.598	90,15

## Koronarangiographie

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			32.112		32.784	
<b>Führende Indikation zur Koronarangiographie</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			11.219	34,94	11.556	35,25
bekannte KHK			6.559	20,43	6.833	20,84
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) <b>ohne</b> Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			3.051	9,50	3.112	9,49
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			4.588	14,29	4.395	13,41
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.608	8,12	2.572	7,85
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			253	0,79	302	0,92
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			284	0,88	373	1,14
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			1.099	3,42	1.063	3,24
Vitium			2.104	6,55	2.203	6,72
Sonstige			347	1,08	375	1,14

**Koronarangiographie (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			32.112		32.784	
<b>Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.284	10,23	3.173	9,68
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			6.537	20,36	6.478	19,76
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			17.231	53,66	17.108	52,18
Kardiomyopathie			1.105	3,44	1.300	3,97
Herzklappenvitium			1.899	5,91	2.007	6,12
Aortenaneurysma			72	0,22	114	0,35
hypertensive Herzerkrankung			852	2,65	1.402	4,28
andere kardiale Erkrankung			1.132	3,53	1.202	3,67
<b>Therapieempfehlung bezüglich des Koronarbefundes / der KHK nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			1.359	4,23	726	2,21
nur medikamentös			15.199	47,33	15.282	46,61
interventionell			12.137	37,80	11.806	36,01
herzchirurgisch			3.417	10,64	4.205	12,83



**Koronarangiographie (Fortsetzung)**  
**OPS 2015<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
3	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
4	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker

**OPS 2015**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	%
1				1-275.0	25.401	79,10	1-275.0	25.554	77,95
2				1-275.2	3.109	9,68	1-275.2	3.877	11,83
3				1-275.5	1.998	6,22	1-275.5	2.184	6,66
4				1-275.4	1.976	6,15	8-837.00	2.018	6,16
5				8-83b.c6	1.926	6,00	1-279.0	1.866	5,69

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2014 und OPS 2015 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

**PCI**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			12.550		12.199	
<b>Indikation zur PCI</b>						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.782	30,14	3.658	29,99
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) <b>ohne</b> Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			1.757	14,00	1.817	14,89
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			2.913	23,21	2.753	22,57
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.348	18,71	2.273	18,63
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			233	1,86	271	2,22
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.241	9,89	1.133	9,29
Sonstige			276	2,20	294	2,41

**PCI (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			12.550		12.199	
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI)						
<b>Hauptdiagnose STEMI<sup>1</sup></b>			2.485 / 2.581	96,28	-	-
wenn ja:						
<b>Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt<sup>1</sup></b>						
nein			220 / 2.485	8,85	-	-
ja			2.265 / 2.485	91,15	-	-
wenn ja:						
<b>Door-to-balloon-Zeit<sup>2</sup></b>						
gültige Angaben			2.256 / 2.265	99,60	-	-
<= 30 Minuten			762 / 2.256	33,78	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			765 / 2.256	33,91	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			315 / 2.256	13,96	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			145 / 2.256	6,43	-	-
> 120 Minuten			269 / 2.256	11,92	-	-
<b>Fibrinolyse vor der Prozedur<sup>3</sup></b>						
nein			2.383 / 2.581	92,33	2.085 / 2.544	81,96
ja			99 / 2.581	3,84	100 / 2.544	3,93
unbekannt			99 / 2.581	3,84	88 / 2.544	3,46

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2015

<sup>2</sup> Aufgrund von Änderungen in der Spezifikation können die Vorjahresergebnisse nicht dargestellt werden. Gültige Angaben entsprechen den Dokumentationen mit Datum des Door- und Balloon-Zeitpunktes im Erfassungsjahr.

<sup>3</sup> Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten abweichen.

**PCI (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			12.550		12.199	
<b>PCI an<sup>1</sup></b>						
Hauptstamm			583	4,65	550	4,51
LAD			5.712	45,51	5.160	42,30
RCX			3.508	27,95	2.795	22,91
RCA			4.346	34,63	3.694	30,28
<b>PCI mit besonderen Merkmalen</b>						
nein			7.971	63,51	7.857	64,41
ja			4.579	36,49	4.342	35,59
wenn ja						
<b>besonderes Merkmal</b> <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.700 / 4.579	58,96	2.651 / 4.342	61,05
PCI eines Koronarbypasses			253 / 4.579	5,53	241 / 4.342	5,55
PCI am ungeschützten Hauptstamm			424 / 4.579	9,26	377 / 4.342	8,68
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			847 / 4.579	18,50	789 / 4.342	18,17
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			58 / 4.579	1,27	51 / 4.342	1,17
PCI an einer In-Stent Stenose			556 / 4.579	12,14	450 / 4.342	10,36
sonstiges			447 / 4.579	9,76	315 / 4.342	7,25
<b>Stent(s) implantiert</b>						
nein			1.066	8,49	1.111	9,11
ja			11.484	91,51	11.088	90,89

<sup>1</sup> Wegen Änderung der Spezifikation sind im Auswertungsjahr 2015 Mehrfachnennungen möglich, daher können die Werte vom Auswertungsjahr 2014 abweichen.

**PCI (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			12.550		12.199	
wenn Indikation zur PCI: stabile Angina pectoris (nach CCS) oder akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) <b>ohne</b> Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) oder prognostische Indikation oder stumme Ischämie oder Sonstige						
<b>wesentliches Inter-                      ventionsziel erreicht</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allge- meinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			288 / 7.056	4,08	327 / 6.902	4,74
ja			6.694 / 7.056	94,87	6.515 / 6.902	94,39
fraglich			74 / 7.056	1,05	60 / 6.902	0,87
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) oder akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose) oder akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)						
<b>wesentliches Inter-                      ventionsziel erreicht PCI                      bei STEMI / NSTEMI                      (nach TIMI)</b>						
TIMI 0			152 / 5.494	2,77	167 / 5.297	3,15
TIMI I			138 / 5.494	2,51	129 / 5.297	2,44
TIMI II			249 / 5.494	4,53	267 / 5.297	5,04
TIMI III			4.955 / 5.494	90,19	4.734 / 5.297	89,37

**PCI (Fortsetzung)**  
**OPS 2015<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie
2	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
3	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
4	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker

**OPS 2015**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	%
1				8-837.00	10.225	81,47	8-837.00	10.068	82,53
2				8-837.m0	5.769	45,97	8-837.m0	5.062	41,50
3				1-275.0	2.521	20,09	1-275.0	2.098	17,20
4				8-837.m1	2.305	18,37	8-837.m1	1.822	14,94
5				8-83b.c6	1.397	11,13	8-837.k0	1.764	14,46

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2014 und OPS 2015 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

**Prozedurdaten**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			33.398		33.942	
<b>Dosisflächenprodukt bekannt</b>						
nein			119	0,36	623	1,84
ja			33.279	99,64	33.319	98,16
wenn ja						
<b>Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)<sup>1</sup></b>						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm²)			33.279		33.319	
Median				2.035,00		2.467,00
Mittelwert				3.205,15		3.930,50
<b>applizierte Kontrastmittelmenge (ml)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			33.398		33.942	
Median				80,00		75,00
Mittelwert				97,78		95,23

<sup>1</sup> Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten geringfügig abweichen.

### Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			33.398		33.942	
<b>Intraprozedural auftretende Ereignisse</b>						
nein			33.083	99,06	33.532	98,79
ja			315	0,94	410	1,21
wenn ja						
<b>Intraprozedural auftretende Ereignisse (Mehrfachnennungen möglich)</b>						
koronarer Verschluss			68 / 315	21,59	81 / 410	19,76
TIA/Schlaganfall			14 / 315	4,44	13 / 410	3,17
Exitus im Herzkatheterlabor			50 / 315	15,87	58 / 410	14,15
sonstige			199 / 315	63,17	274 / 410	66,83



### Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt<sup>1</sup></b>						
nein			32.210	99,80	23.948	72,91
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			54	0,17	82	0,25
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			12	0,04	9	0,03
<b>postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall<sup>1</sup></b>						
nein			32.179	99,70	23.945	72,90
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			58	0,18	45	0,14
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			39	0,12	26	0,08
<b>postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß<sup>1</sup></b>						
nein			32.232	99,86	22.735	69,22
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			39	0,12	47	0,14
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			5	0,02	6	0,02

<sup>1</sup> Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

**Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>postprozedurale Verletzung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation<sup>1</sup></b>						
nein			32.104	99,47	22.643	68,94
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			146	0,45	123	0,37
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			26	0,08	10	0,03
<b>schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle<sup>1</sup></b>						
nein			32.243	99,90	23.949	72,91
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			28	0,09	40	0,12
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			5	0,02	4	0,01
wenn ja						
<b>Therapie der Blutung an der Punktionsstelle (Mehrfachnennungen möglich)</b>						
Thrombininjektion			2 / 33	6,06	4 / 44	9,09
Transfusion			21 / 33	63,64	24 / 44	54,55
chirurgische Intervention an der Punktionsstelle			13 / 33	39,39	20 / 44	45,45
<b>Gefäßthrombose (punktionstah)<sup>1</sup></b>						
nein			32.250	99,92	22.722	69,18
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			24	0,07	41	0,12
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			2	0,01	2	0,01

<sup>1</sup> Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

**Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
<b>Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)<sup>1</sup></b>						
nein			32.155	99,63	23.871	72,68
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			105	0,33	110	0,33
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			16	0,05	18	0,05
<b>sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse<sup>1</sup></b>						
nein			31.537	97,71	21.855	66,54
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			316	0,98	505	1,54
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			423	1,31	431	1,31
<b>Tod<sup>1</sup></b>						
nein			31.610	97,94	22.241	67,71
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			307	0,95	318	0,97
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			359	1,11	416	1,27
<b>Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde er elektiv dorthin verlegt / überwiesen?</b>						
nein			26.648	82,56	23.312	70,97
ja			2.424	7,51	2.106	6,41
fehlende Werte			3.204	9,93	7.428	22,61

<sup>1</sup> Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			32.276		32.846	
01: regulär beendet			28.178	87,30	28.656	87,24
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			450	1,39	379	1,15
03: aus sonstigen Gründen			31	0,10	22	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			194	0,60	183	0,56
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			19	0,06	15	0,05
06: Verlegung			1.756	5,44	1.665	5,07
07: Tod			721	2,23	793	2,41
08: Verlegung nach §14			226	0,70	233	0,71
09: in Rehabilitationseinrichtung			434	1,34	539	1,64
10: in Pflegeeinrichtung			68	0,21	54	0,16
11: in Hospiz			8	0,02	1	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,01	4	0,01
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,00	3	0,01
15: gegen ärztlichen Rat			9	0,03	10	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			177	0,55	282	0,86
22: Fallabschluss			0	0,00	6	0,02
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	1	0,00

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

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                              | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet   | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br>voll- und teilstationärer Behandlung  |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke<br>der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)  |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus   |  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen<br>einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) |  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  |  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen                |  |

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2015 erhalten Sie beim IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

#### **Zielbereich:**

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

#### **Toleranzbereich:**

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

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

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

#### **Beispiel:**

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15,00\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15,00\%$  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 2015.

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:  $\leq 2,50\%$   
5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)  
10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (auffällig)

**Hinweis:**

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

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,50\%$   
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).  
Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$   
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).  
Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  und damit unauffällig.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

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

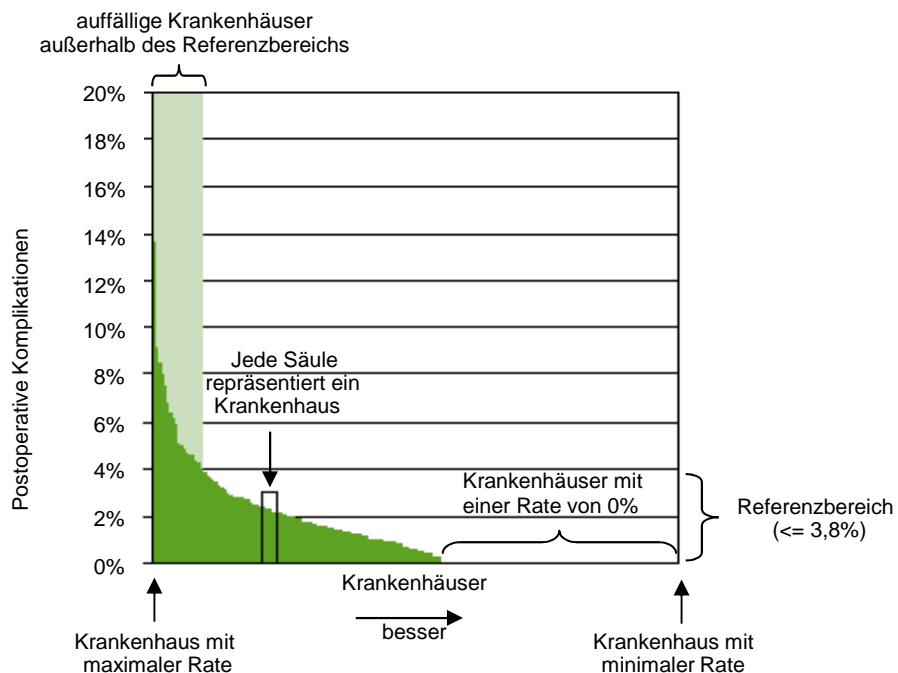


### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der 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.

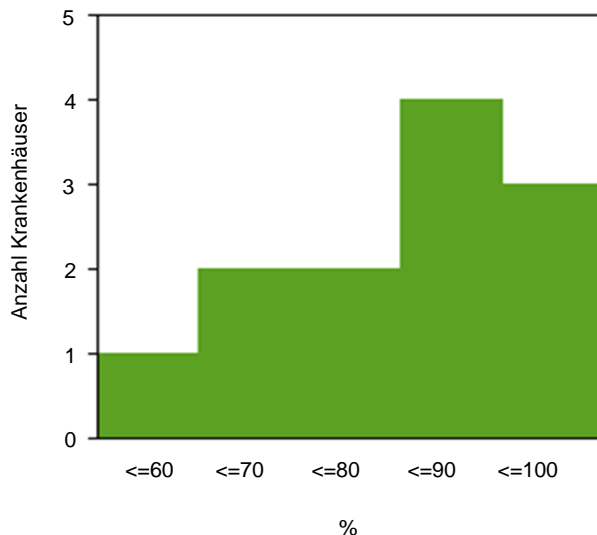
**Beispiel:**

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

### 6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

### 7. Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

### Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

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

### Verhältniszahl

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

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.