

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.156
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12539-L82564-P39225

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.156
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12539-L82564-P39225

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		32.942	1.1
dokumentierte PCI pro Jahr		12.279	1.1

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/21n3-KORO-PCI/399					
QI 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie					
			92,3%	>= 80,0%	1.3
QI 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
2a: 2012/21n3-KORO-PCI/2061					
Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
			38,1%	>= 23,8%	1.7
2b: 2012/21n3-KORO-PCI/50750					
Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
			38,1%	<= 56,1%	1.7
2012/21n3-KORO-PCI/2062					
QI 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen					
			3,3%	<= 10,0%	1.10
QI 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI					
4a: 2012/21n3-KORO-PCI/2063					
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"					
			94,1%	>= 85,0%	1.12
4b: 2012/21n3-KORO-PCI/2064					
Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI					
			93,4%	>= 85,0%	1.12

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: MACCE					
5a: 2012/21n3-KORO-PCI/414 MACCE bei isolierter Koronarangiographie			1,9%	<= 3,2%	1.15
5b: 2012/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			4,7%	<= 6,6%	1.18
5c: 2012/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			10,4%	<= 15,9%	1.22
QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus					
6a: 2012/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,5%	nicht definiert	1.24
6b: 2012/21n3-KORO-PCI/50829 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			1,18	<= 2,71	1.26
6c: 2012/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			3,8%	nicht definiert	1.28
6d: 2012/21n3-KORO-PCI/11863 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			1,01	<= 2,40	1.32
6e: 2012/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz bei einer Verweil- dauer von über einem Tag			3,0%	nicht definiert	1.35
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)					
7a: 2012/21n3-KORO-PCI/419 Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie			2,4	<= 5,0	1.37
7b: 2012/21n3-KORO-PCI/2073 Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI			7,7	<= 12,0	1.37

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 8: Flächendosisprodukt					
8a: 2012/21n3-KORO-PCI/12774 Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²			26,9%	<= 51,1%	1.40
8b: 2012/21n3-KORO-PCI/12775 Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²			35,3%	<= 61,9%	1.40
8c: 2012/21n3-KORO-PCI/50749 Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²			25,8%	<= 51,9%	1.40
8d: 2012/21n3-KORO-PCI/12773 Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts			0,4%	<= 1,6%	1.44
QI 9: Kontrastmittelmenge					
9a: 2012/21n3-KORO-PCI/51405 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			2,6%	<= 21,7%	1.46
9b: 2012/21n3-KORO-PCI/51406 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			11,0%	<= 48,3%	1.46
9c: 2012/21n3-KORO-PCI/51407 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			6,5%	<= 37,9%	1.46

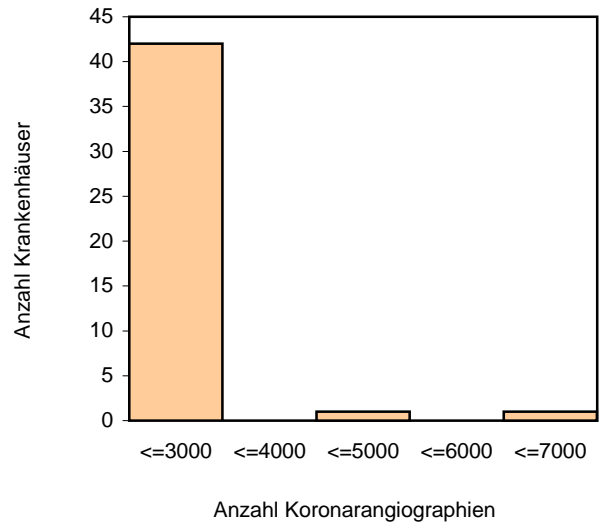
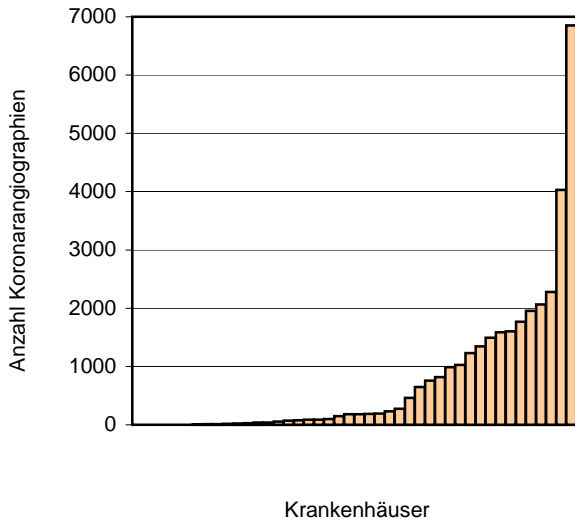
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.942	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.279	100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.270	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.168	100,0%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

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

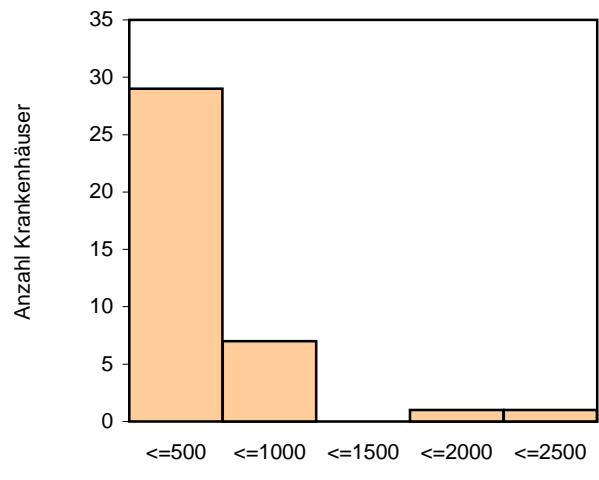
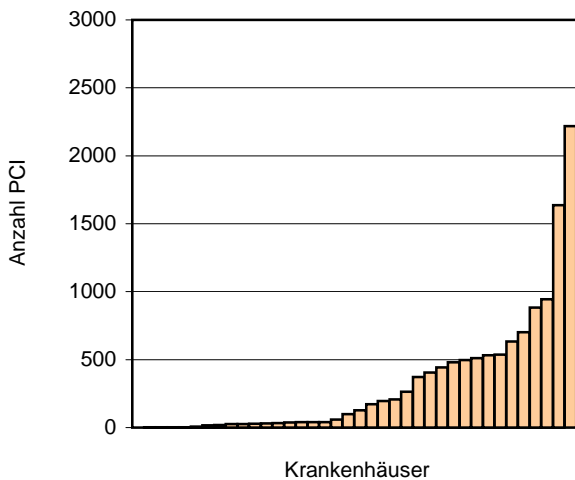


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1	1	1	25	181	1.129	1.955	2.280	6.851

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2012/21n3-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	2	3	27	114	497	884	1.637	2.219

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie

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

Grundgesamtheit: Alle Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/399

Referenzbereich: >= 80,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			11.592 / 18.464	62,8%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			11.737 / 18.464	63,6%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.182 / 18.464	28,1%
mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			17.038 / 18.464	92,3%
Vertrauensbereich				91,9% - 92,7%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

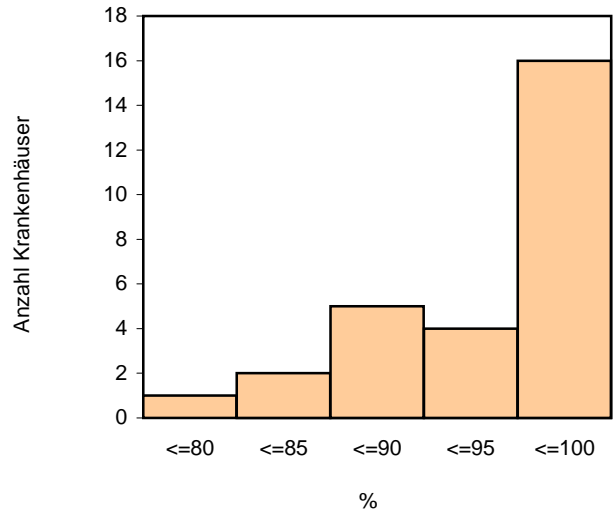
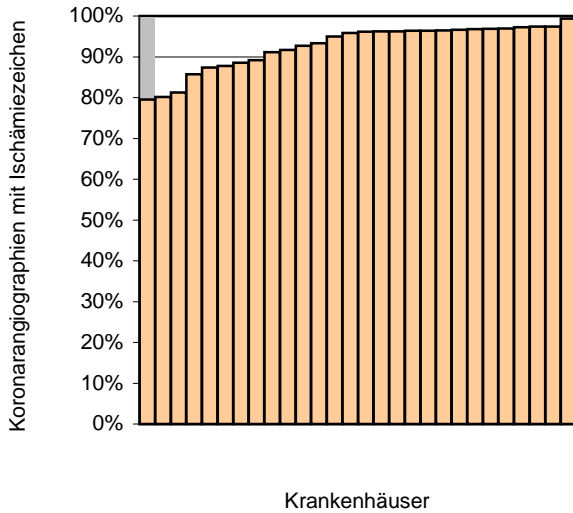
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			16.444 / 18.091	90,9%
Vertrauensbereich				90,5% - 91,3%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/399]:

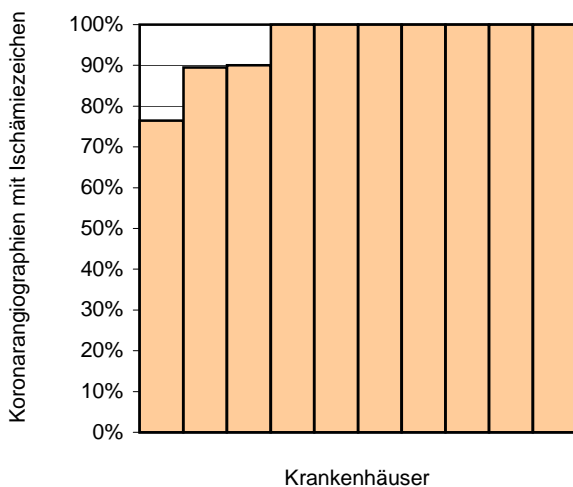
Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) an allen Patienten ohne akutes Koronarsyndrom und mit Koronarangiographien mit führender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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	79,5	80,2	81,2	88,9	96,0	96,7	97,4	97,4	99,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,5		83,0	90,0	100,0	100,0	100,0		100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie

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

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

Indikator-ID: Gruppe 4: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2012/21n3-KORO-PCI/2061
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2012/21n3-KORO-PCI/50750

Referenzbereich: Gruppe 4: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:
 >= 23,8% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:
 <= 56,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation</i> <i>"V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			2.546 / 11.407	22,3%
herzchirurgisch			991 / 11.407	8,7%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.632 / 11.407	31,8%
keine			483 / 11.407	4,2%
medikamentös			7.161 / 11.407	62,8%
Sonstige			226 / 11.407	2,0%

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 2				
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "bekannte KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			2.671 / 6.496	41,1%
herzchirurgisch			434 / 6.496	6,7%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.214 / 6.496	49,5%
keine			35 / 6.496	0,5%
medikamentös			3.230 / 6.496	49,7%
Sonstige			126 / 6.496	1,9%
Gruppe 3				
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			117 / 446	26,2%
herzchirurgisch			17 / 446	3,8%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			144 / 446	32,3%
keine			2 / 446	0,4%
medikamentös			307 / 446	68,8%
Sonstige			3 / 446	0,7%

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			5.334 / 18.349	29,1%
herzchirurgisch			1.442 / 18.349	7,9%
seltene Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			6.990 / 18.349	38,1%
Referenzbereich		>= 23,8%		37,4% - 38,8% >= 23,8%
häufige Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			6.990 / 18.349	38,1%
Referenzbereich		<= 56,1%		37,4% - 38,8% <= 56,1%
keine			520 / 18.349	2,8%
medikamentös			10.698 / 18.349	58,3%
Sonstige			355 / 18.349	1,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
seltene Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			6.506 / 18.188	35,8%
Referenzbereich				35,1% - 36,5%
häufige Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			6.506 / 18.188	35,8%
Referenzbereich				35,1% - 36,5%

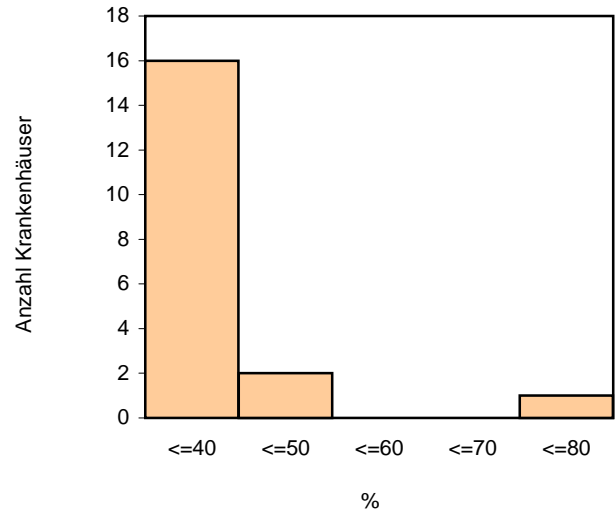
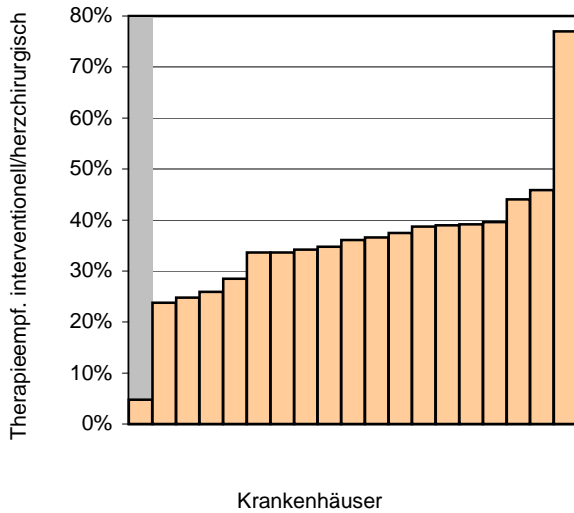
¹ Die Berechnung der Qualitätskennzahl 2012/21n3-KORO-PCI/2061 (2a) sowie der Qualitätskennzahl 2012/21n3-KORO-PCI/50750 (2b) erfolgt mit identischen Rechenregeln, sodass dieselben Ergebnisse dargestellt werden. Der Unterschied in der Betrachtung der beiden Kennzahlen liegt ausschließlich im Referenzbereich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2061]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

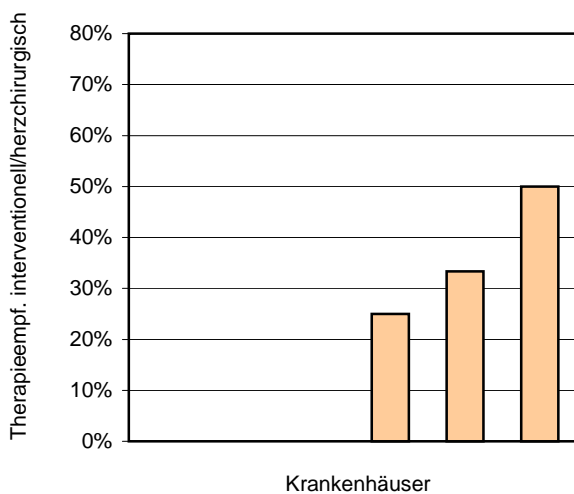
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,8		23,8	28,5	36,1	39,1	45,8		77,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	12,5	33,3			50,0

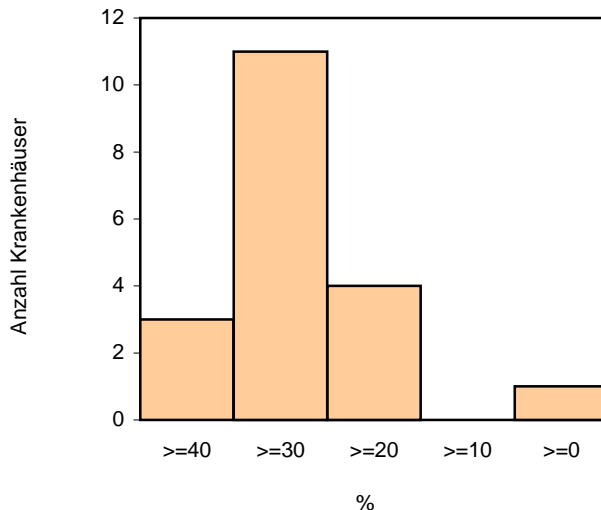
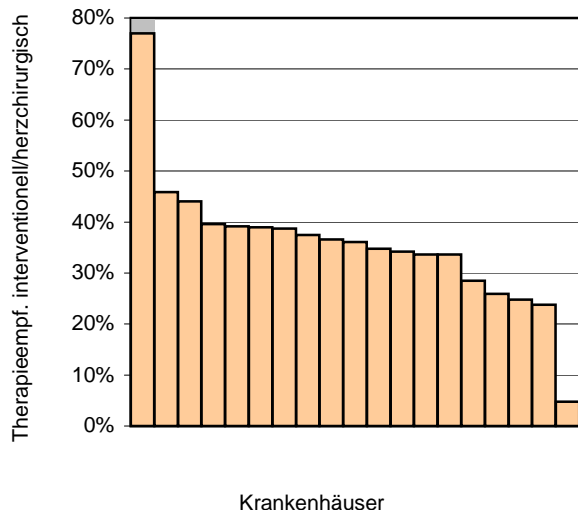
19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/50750]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

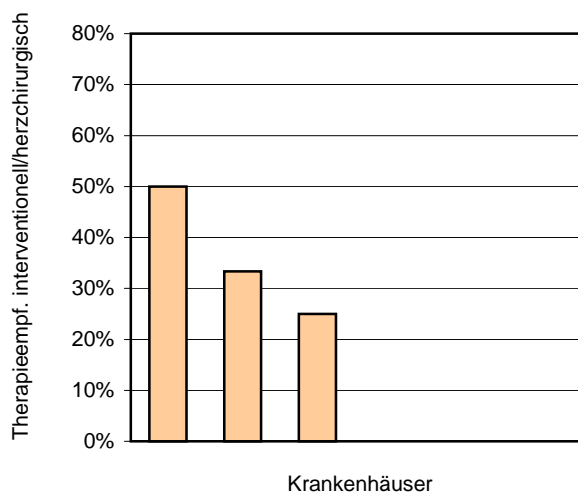
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,8		23,8	28,5	36,1	39,1	45,8		77,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	12,5	33,3			50,0

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen

Qualitätsziel: Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2062

Referenzbereich: <= 10,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			75 / 4.972	1,5%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			89 / 4.972	1,8%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			164 / 4.972	3,3%
Vertrauensbereich				2,8% - 3,8%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			216 / 5.260	4,1%
Vertrauensbereich				3,6% - 4,7%

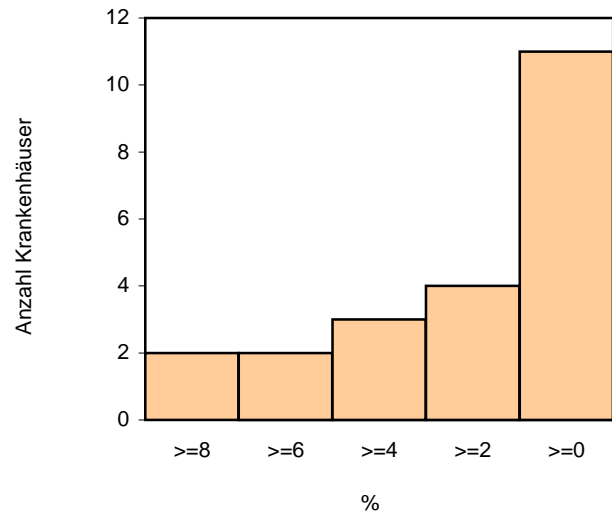
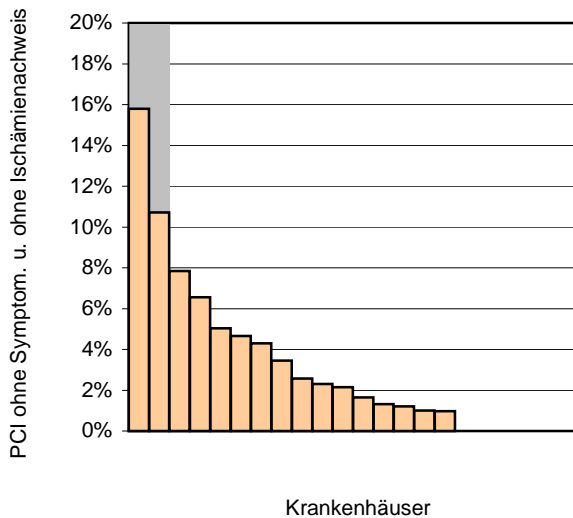
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2062]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

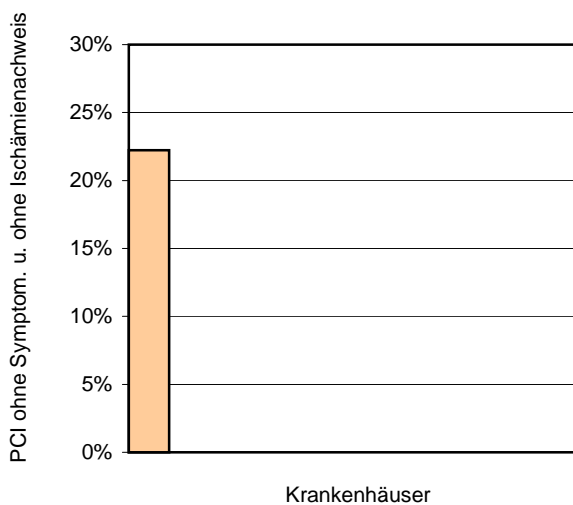
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	4,7	7,8	10,7	15,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





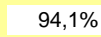
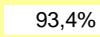
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2



11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

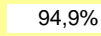
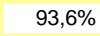
Qualitätsindikatorengruppe 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose
	Gruppe 2:	Alle PCI
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/21n3-KORO-PCI/2063
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/2064
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 85,0% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	>= 85,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 85,0%	 >= 85,0%

	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	2.300 / 2.445  93,1% - 94,9% >= 85,0%	11.472 / 12.279  93,0% - 93,9% >= 85,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	 >= 85,0%	 >= 85,0%

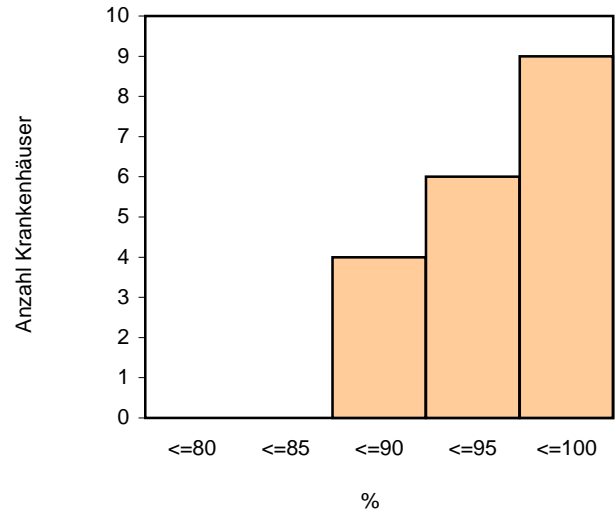
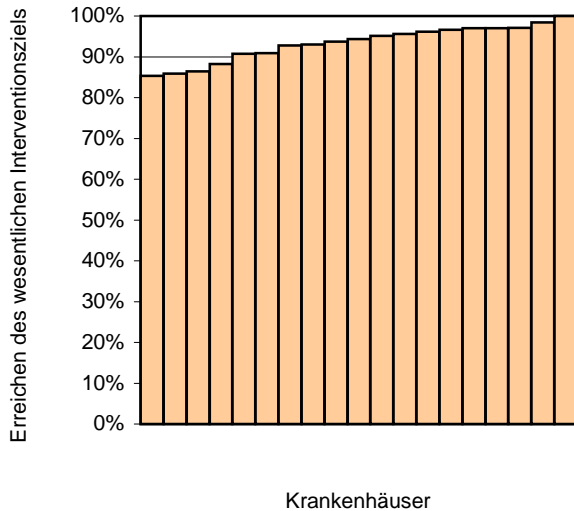
Vorjahresdaten	Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	2.322 / 2.446  94,0% - 95,7%	11.393 / 12.168  93,2% - 94,1%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2063]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

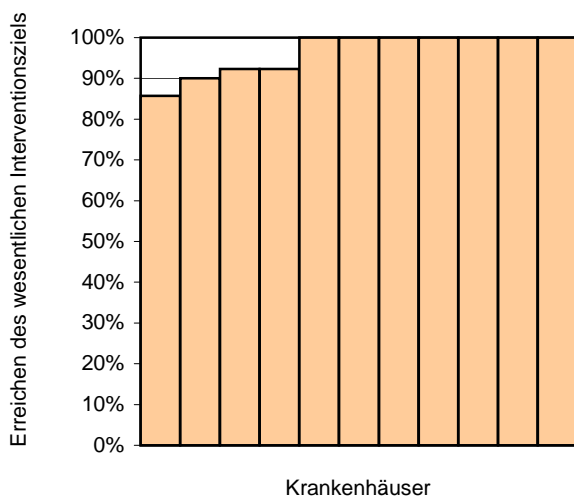
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,3		85,9	90,8	94,3	97,0	98,4		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

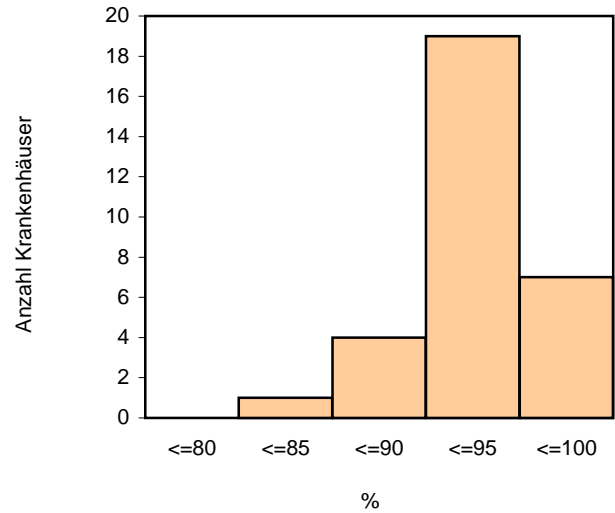
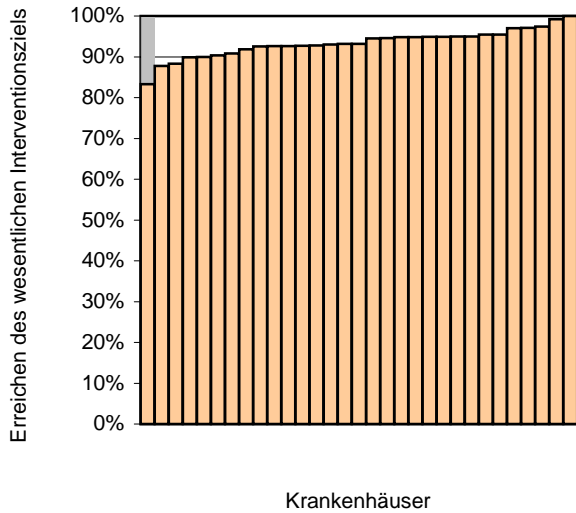


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7		90,0	92,3	100,0	100,0	100,0		100,0

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

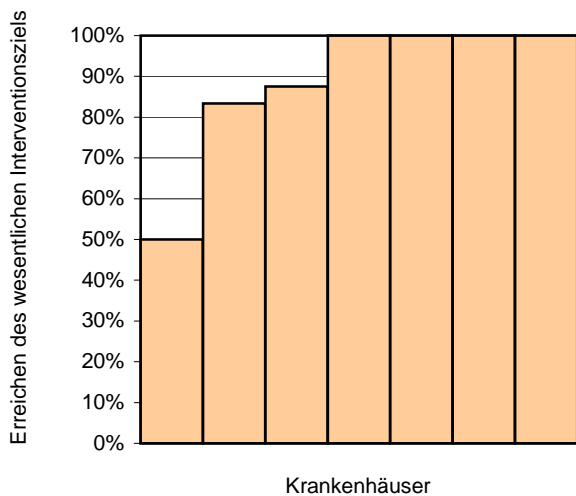
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2064]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,3	87,7	89,9	91,8	93,2	95,0	97,1	99,2	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0			83,3	100,0	100,0			100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: MACCE

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

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

Indikator-ID: Gruppe 3: 2012/21n3-KORO-PCI/414

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 3,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,2%
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ 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 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	212 / 4.157 5,1%	162 / 15.572 1,0%	398 / 21.374 1,9%
Vertrauensbereich			1,7% - 2,1%
Referenzbereich			<= 3,2%
Alter >= 75 Jahre	118 / 1.553 7,6%	88 / 5.059 1,7%	214 / 7.024 3,0%
Patienten mit Diabetes mellitus	63 / 657 9,6%	32 / 1.944 1,6%	97 / 2.754 3,5%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	25 / 45 55,6%	6 / 13 46,2%	31 / 59 52,5%
Alter < 75 Jahre	94 / 2.604 3,6%	74 / 10.513 0,7%	184 / 14.350 1,3%
Patienten mit Diabetes mellitus	33 / 751 4,4%	31 / 3.047 1,0%	68 / 4.067 1,7%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	35 / 82 42,7%	9 / 35 25,7%	48 / 123 39,0%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ²	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	167 / 3.927 4,3%	144 / 14.972 1,0%	334 / 20.715 1,6%
Vertrauensbereich			1,4% - 1,8%

¹ 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.

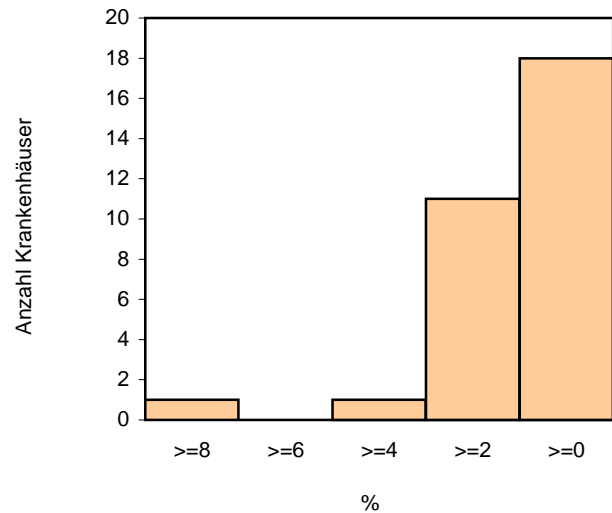
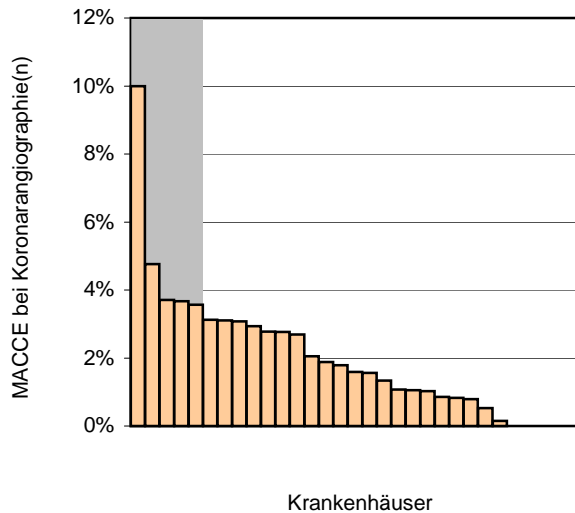
² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/414]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

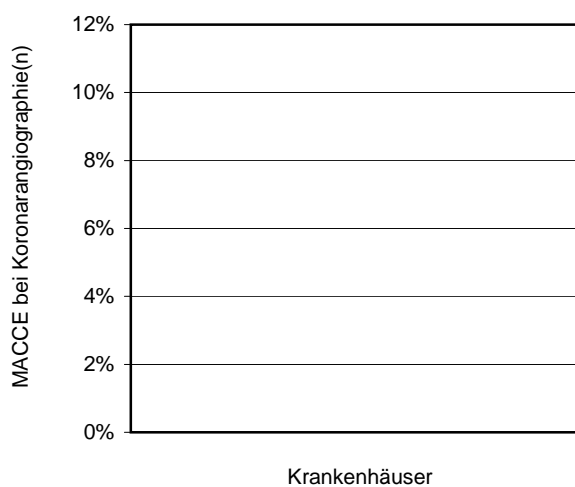
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	3,1	3,7	4,8	10,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Indikator-ID: Gruppe 3: 2012/21n3-KORO-PCI/415

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 6,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,6%
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

¹ 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.

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	453 / 6.129 7,4%	97 / 5.429 1,8%	552 / 11.782 4,7%
Vertrauensbereich			4,3% - 5,1%
Referenzbereich			<= 6,6%
Alter >= 75 Jahre	265 / 2.160 12,3%	51 / 1.878 2,7%	317 / 4.101 7,7%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	131 / 912 14,4%	24 / 774 3,1%	155 / 1.714 9,0%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	99 / 362 27,3%	10 / 237 4,2%	109 / 608 17,9%
Patienten mit Niereninsuffizienz	153 / 1.025 14,9%	20 / 816 2,5%	173 / 1.859 9,3%
Patienten mit Z. n. Bypass	21 / 216 9,7%	1 / 234 0,4%	22 / 456 4,8%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	87 / 138 63,0%	4 / 7 57,1%	91 / 145 62,8%
Alter < 75 Jahre	188 / 3.969 4,7%	46 / 3.551 1,3%	235 / 7.681 3,1%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	85 / 1.136 7,5%	15 / 1.281 1,2%	100 / 2.479 4,0%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	60 / 490 12,2%	7 / 353 2,0%	68 / 859 7,9%
Patienten mit Niereninsuffizienz	82 / 1.106 7,4%	13 / 981 1,3%	95 / 2.123 4,5%
Patienten mit Z. n. Bypass	8 / 185 4,3%	5 / 318 1,6%	13 / 515 2,5%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	82 / 230 35,7%	3 / 11 27,3%	85 / 242 35,1%

¹ 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 ¹	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ²			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ²	431 / 6.119 7,0%	79 / 5.410 1,5%	512 / 11.791 4,3%
Vertrauensbereich			4,0% - 4,7%

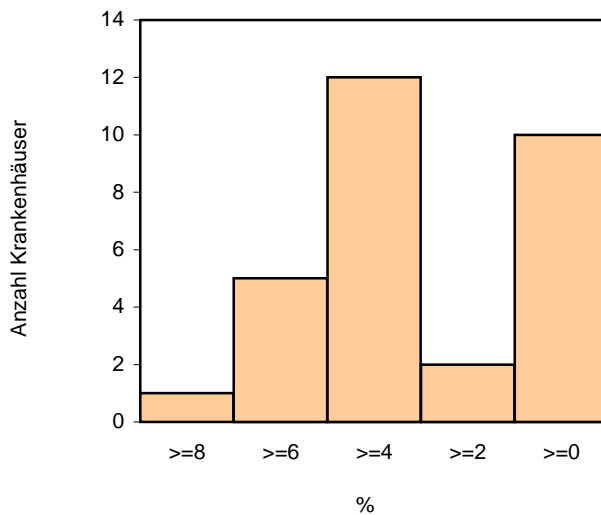
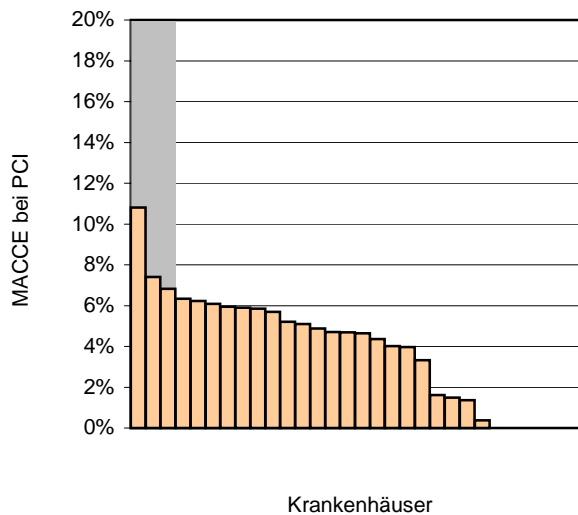
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

² 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 5b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/415]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

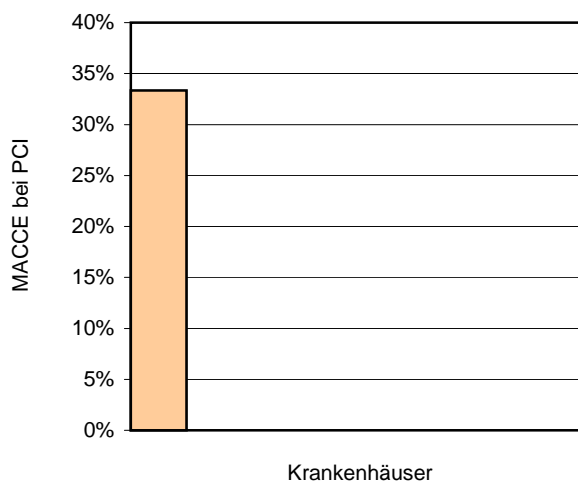
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,4	4,7	5,9	6,6	7,4	10,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			33,3

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarktes

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2232

Referenzbereich: <= 15,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			270 / 2.601	10,4%
Vertrauensbereich				9,3% - 11,6%
Referenzbereich		<= 15,9%		<= 15,9%
Alter >= 75 Jahre			148 / 774	19,1%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			68 / 265	25,7%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			53 / 127	41,7%
Patienten mit Niereninsuffizienz			78 / 316	24,7%
Patienten mit Z. n. Bypass			6 / 33	18,2%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			54 / 78	69,2%
Alter < 75 Jahre			122 / 1.827	6,7%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			46 / 429	10,7%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			47 / 249	18,9%
Patienten mit Niereninsuffizienz			55 / 454	12,1%
Patienten mit Z. n. Bypass			1 / 25	4,0%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			58 / 156	37,2%

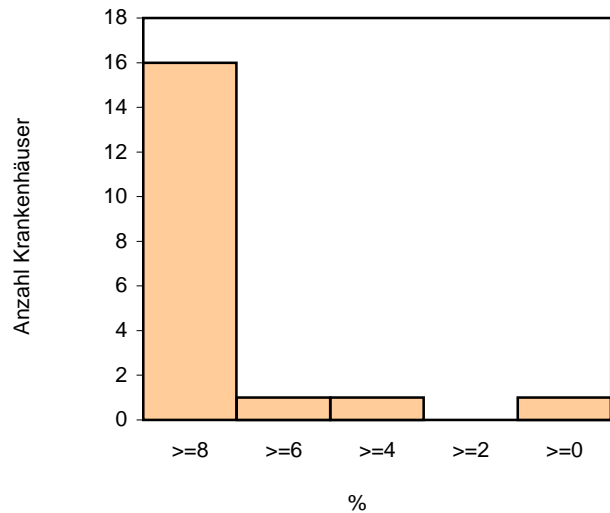
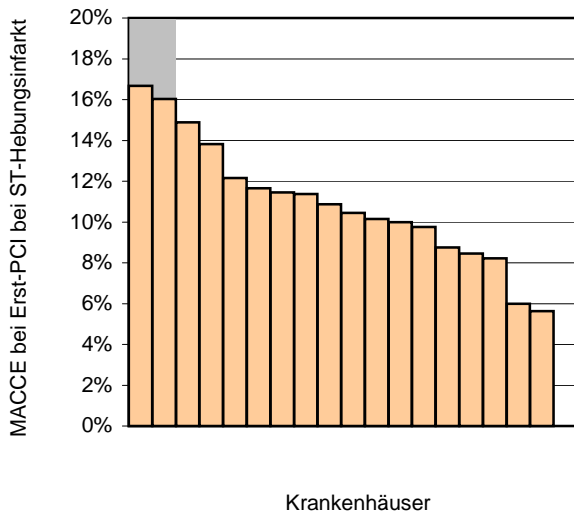
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			250 / 2.610	9,6%
Vertrauensbereich				8,5% - 10,8%

¹ 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.

² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

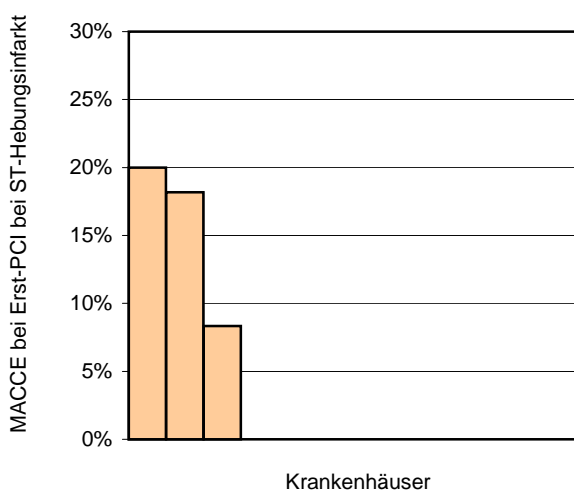
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2232]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		5,6	8,5	10,4	12,1	16,0		16,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	4,2	18,2		20,0

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Isolierte Koronarangiographie(n)

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			286 / 19.649	1,5% 1,3% - 1,6% nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			41 / 343	12,0%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			105 / 2.819	3,7%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			140 / 16.487	0,8%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			57 / 129	44,2%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			255 / 19.304	1,3% 1,2% - 1,5%

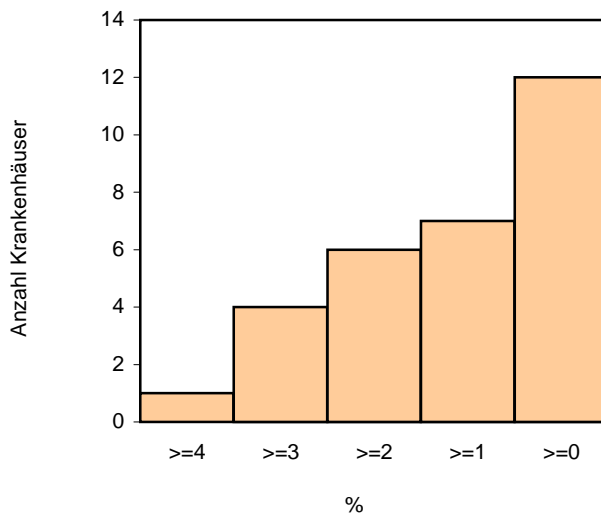
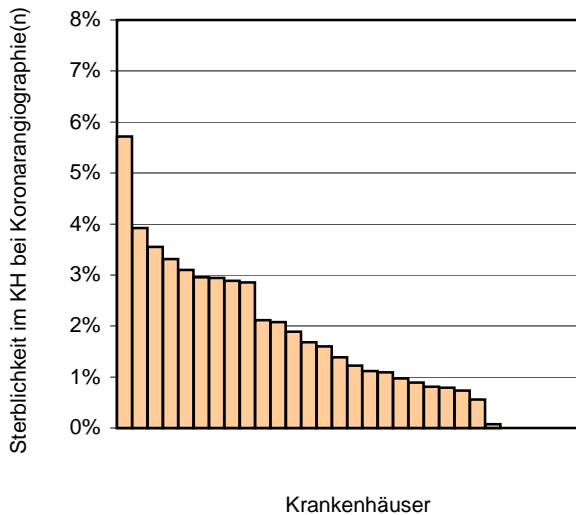
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/416]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund Tod an allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

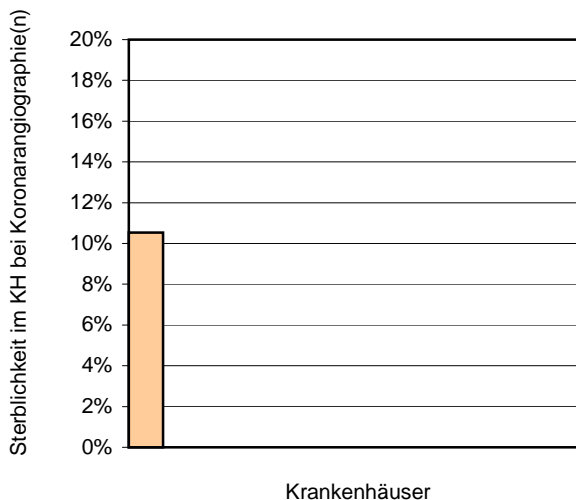
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	2,9	3,4	3,9	5,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5

1 Krankenhaus hat 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 6b, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/50829

Referenzbereich: <= 2,71 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		230 / 17.420 1,32%
vorhergesagt (E) ¹		195,52 / 17.420 1,12%
O - E		0,20%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score 6b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E²		1,18
Vertrauensbereich		1,03 - 1,34
Referenzbereich	<= 2,71	<= 2,71

² 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.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		212 / 17.249 1,23%
vorhergesagt (E)		181,35 / 17.249 1,05%
O - E		0,18%
O / E		1,17
Vertrauensbereich		1,02 - 1,34

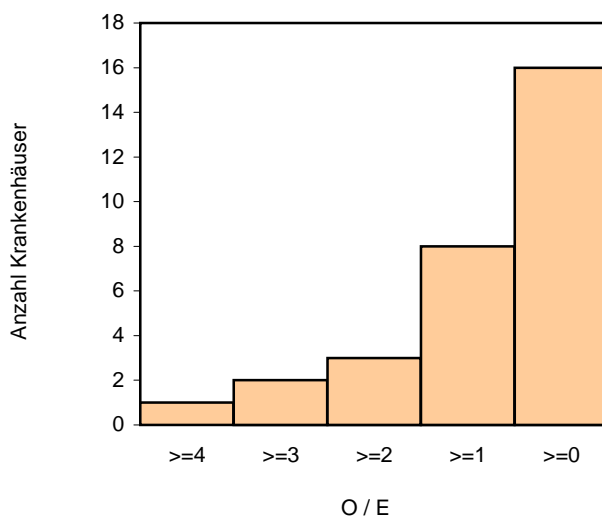
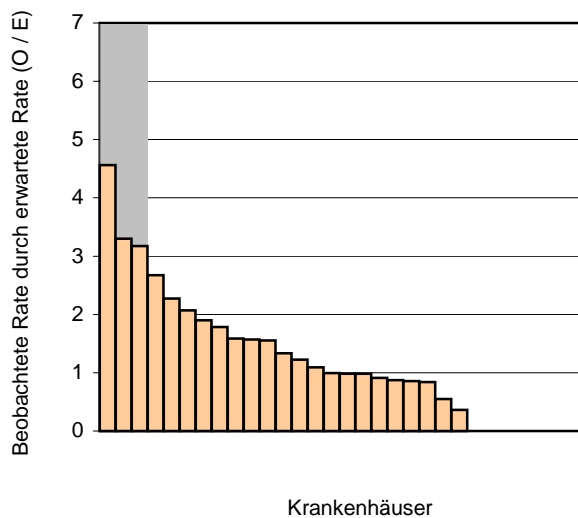
³ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/50829]:

Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie und mit vollständiger Dokumentation zum KORO-Score 6b, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

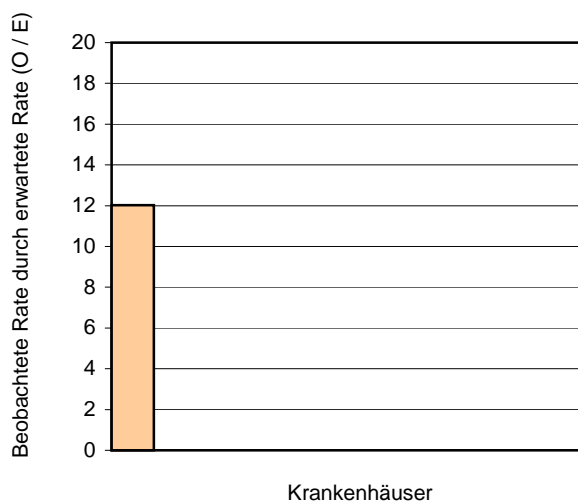
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,36	0,99	1,78	2,92	3,30	4,56

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 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	12,02	12,02

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			436 / 11.543	3,8%
		nicht definiert		3,4% - 4,1%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			49 / 324	15,1%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			387 / 11.219	3,4%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			252 / 2.578	9,8%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			140 / 4.017	3,5%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			44 / 4.948	0,9%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			156 / 346	45,1%

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			417 / 11.608	3,6% 3,3% - 3,9%
Patienten mit unvollständiger ² Dokumentation			46 / 168	27,4%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			371 / 11.440	3,2%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

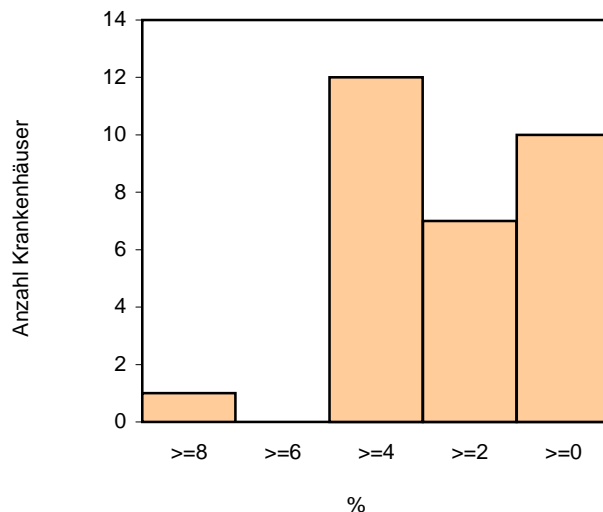
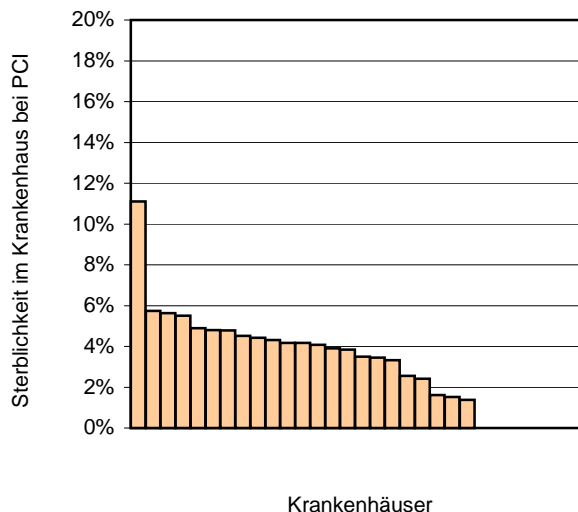
² bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/417]:

Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund Tod an allen Patienten mit PCI, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

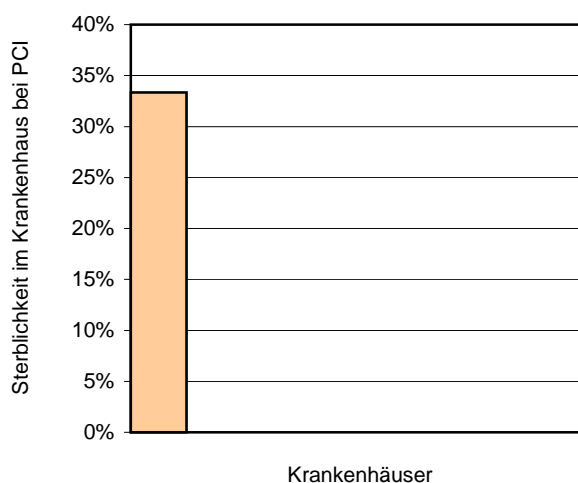
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,4	3,7	4,5	5,6	5,7	11,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			33,3

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, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/11863

Referenzbereich: <= 2,40 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2012			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

Gesamt 2012			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	56,31 / 7.759 0,73%	61 / 7.759 0,79%	0,06%
2 - < 4%	44,90 / 1.550 2,90%	40 / 1.550 2,58%	-0,32%
4 - < 6%	31,20 / 632 4,94%	39 / 632 6,17%	1,23%
>= 6%	250,28 / 1.278 19,58%	247 / 1.278 19,33%	-0,26%
Gesamt	382,69 / 11.219 3,41%	387 / 11.219 3,45%	0,04%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ 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 2012	Gesamt 2012
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		387 / 11.219 3,45%
vorhergesagt (E) ¹		382,69 / 11.219 3,41%
O - E		0,04%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,01
Vertrauensbereich		0,92 - 1,12
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

² 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

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		371 / 11.440 3,24%
vorhergesagt (E)		356,43 / 11.440 3,12%
O - E		0,13%
O / E		1,04
Vertrauensbereich		0,94 - 1,15

³ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

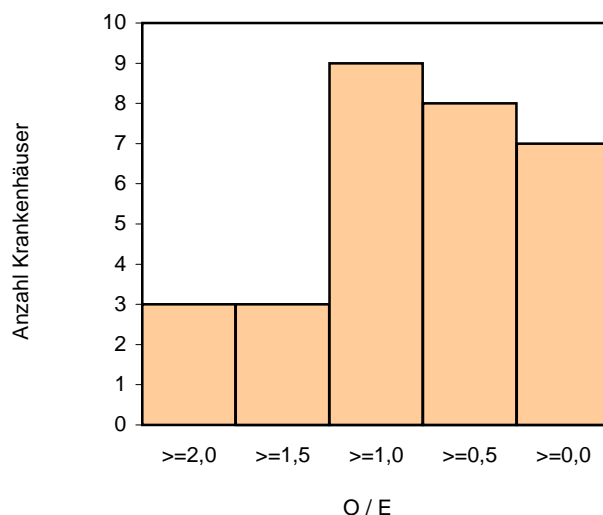
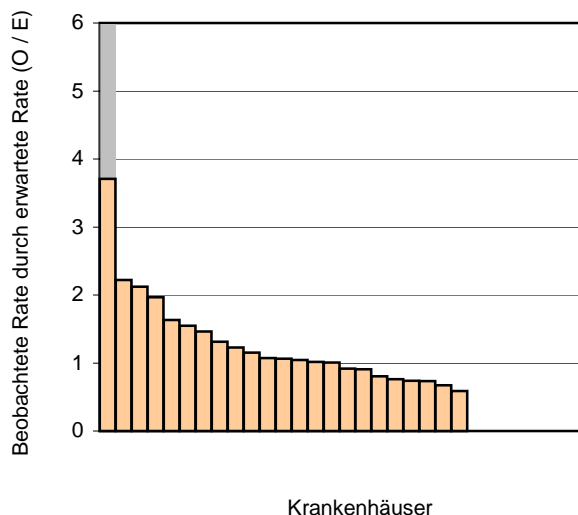
Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			7.205 / 11.219	64,2%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			243 / 11.219	2,2%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			3.635 / 11.219	32,4%
Diabetes mellitus			4.049 / 11.219	36,1%
Weiblich			3.152 / 11.219	28,1%
Herzinsuffizienz			2.320 / 11.219	20,7%
Kardiogener Schock			309 / 11.219	2,8%
ACS ¹ mit ST-Hebung			2.357 / 11.219	21,0%
ACS ¹ ohne ST-Hebung			3.933 / 11.219	35,1%
PCI am Hauptstamm			317 / 11.219	2,8%
PCI am letzten Gefäß			49 / 11.219	0,4%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			2.275 / 11.219	20,3%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/11863]:
 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger
 Dokumentation zum PCI-Score, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

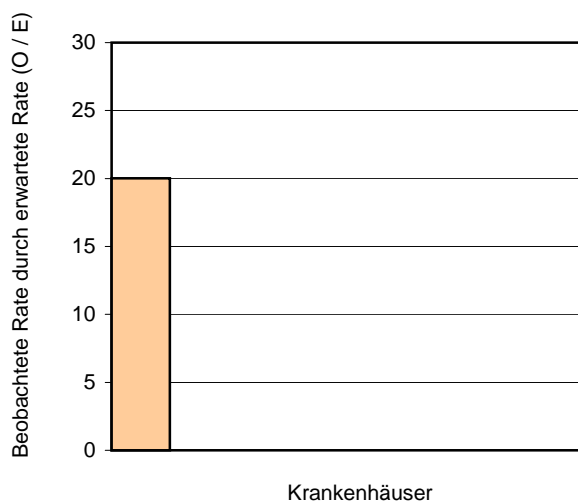
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,59	0,96	1,31	2,05	2,22	3,71

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 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			20,03

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2311

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			120 / 8.881	1,4%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			230 / 8.881	2,6%
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			269 / 8.881	3,0%
Vertrauensbereich				2,7% - 3,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

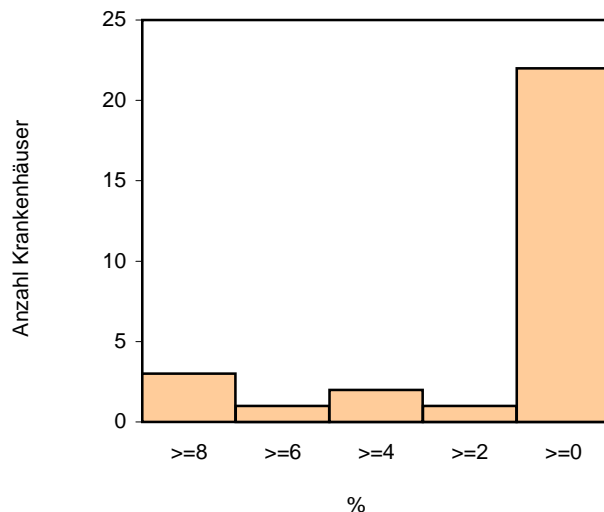
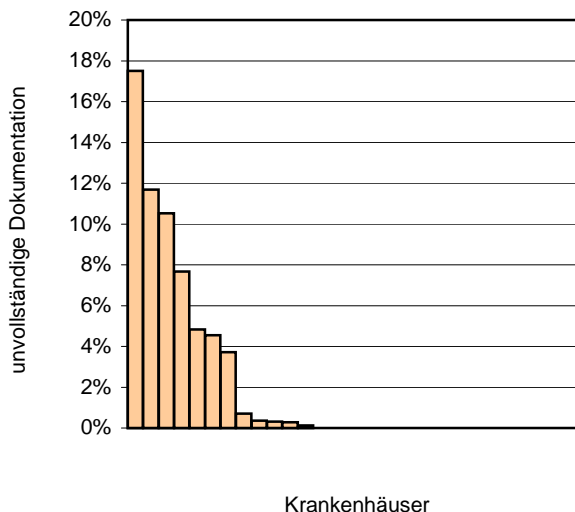
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			84 / 9.010	0,9%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,2%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6e, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

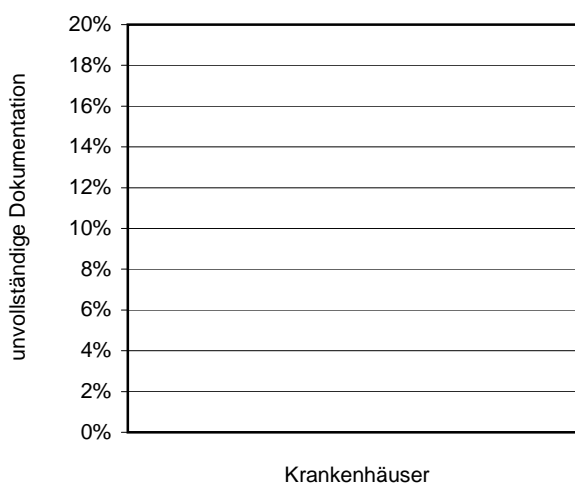
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	10,5	11,7	17,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Qualitätsindikatorengruppe 7: Durchleuchtungsdauer



Qualitätsziel: Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle isolierten Koronarangiographien
 Gruppe 2: Alle PCI

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/21n3-KORO-PCI/419
 Gruppe 2: 2012/21n3-KORO-PCI/2073

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,0 min (Toleranzbereich)
 Gruppe 2: <= 12,0 min (Toleranzbereich)

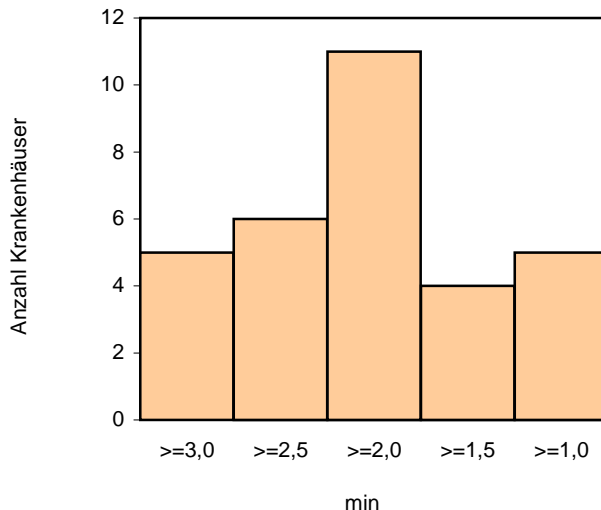
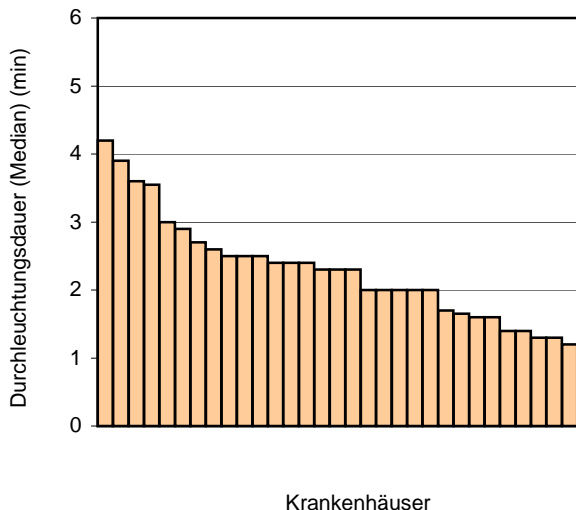
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,0	10,1
Median			2,4	7,7
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 12,0 min	<= 5,0 min	<= 12,0 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,0	10,1
Median			2,3	7,9

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/419]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen isolierten Koronarangiographien**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

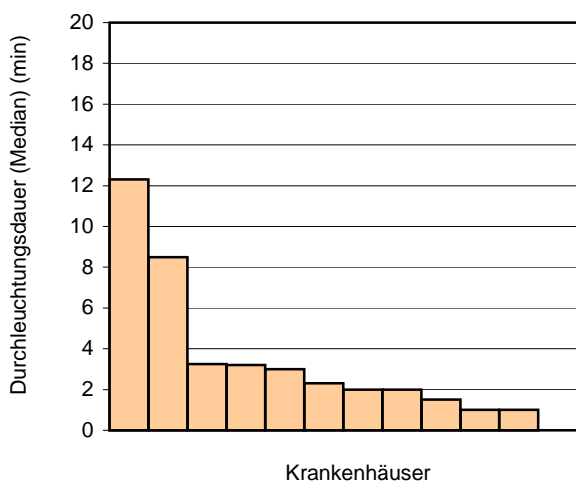
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,2	1,3	1,4	1,7	2,3	2,6	3,6	3,9	4,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

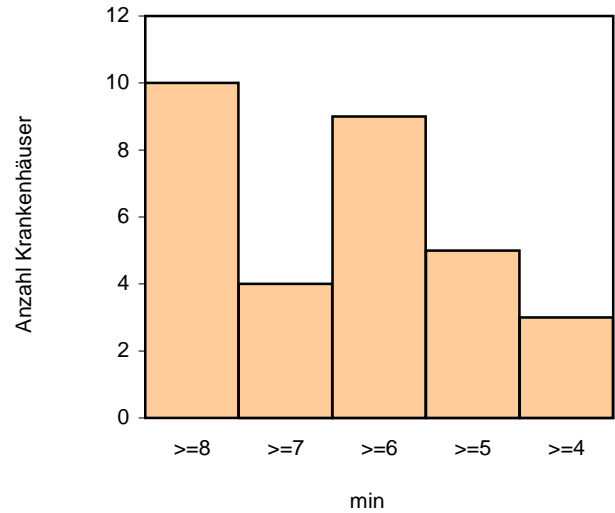
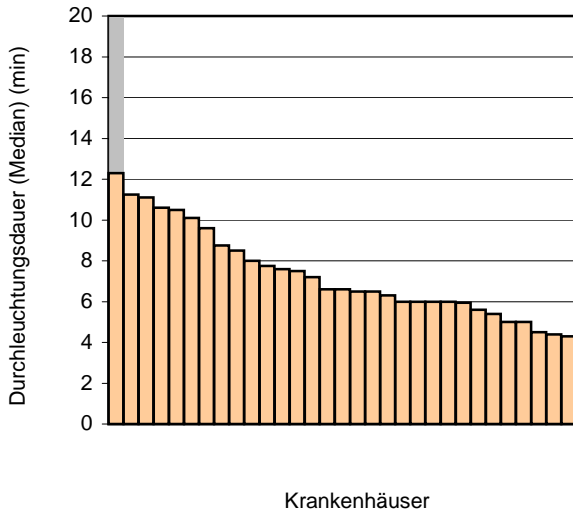


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		1,0	1,3	2,2	3,2	8,5		12,3

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

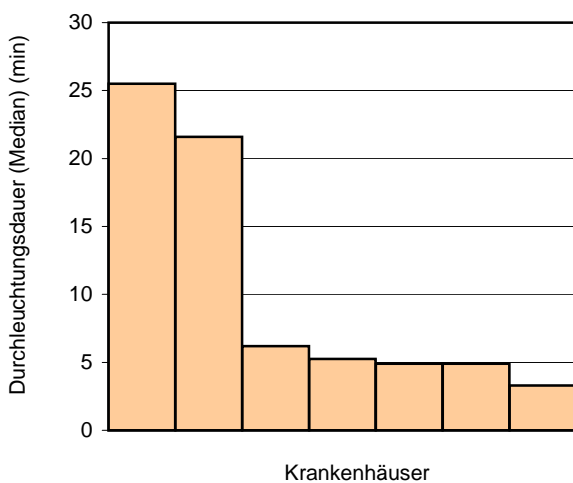
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2073]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,3	4,4	5,0	6,0	6,6	8,8	10,6	11,3	12,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,3			4,9	5,3	21,6			25,5

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3:	2012/21n3-KORO-PCI/50749	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 51,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 61,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 51,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			5.924 / 22.048	26,9%
Vertrauensbereich				26,3% - 27,5%
Referenzbereich		<= 51,1%		<= 51,1%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			519 / 1.471	35,3%
Vertrauensbereich				32,9% - 37,8%
Referenzbereich		<= 61,9%		<= 61,9%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			2.770 / 10.751	25,8%
Vertrauensbereich				24,9% - 26,6%
Referenzbereich		<= 51,9%		<= 51,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			6.177 / 21.157	29,2%
Vertrauensbereich				28,6% - 29,8%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			469 / 1.202	39,0%
Vertrauensbereich				36,3% - 41,8%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			3.063 / 10.864	28,2%
Vertrauensbereich				27,4% - 29,0%

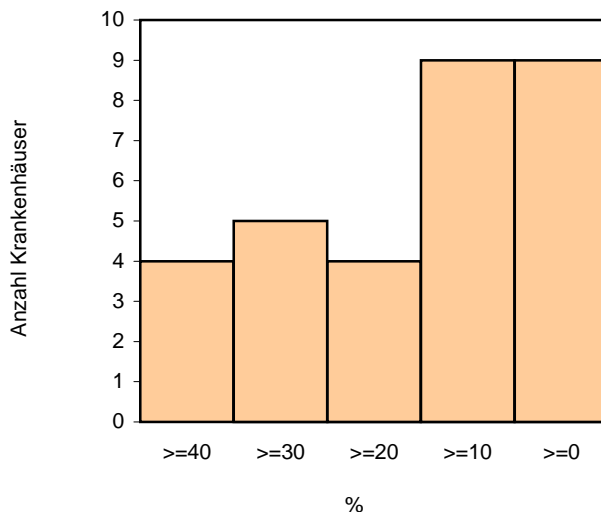
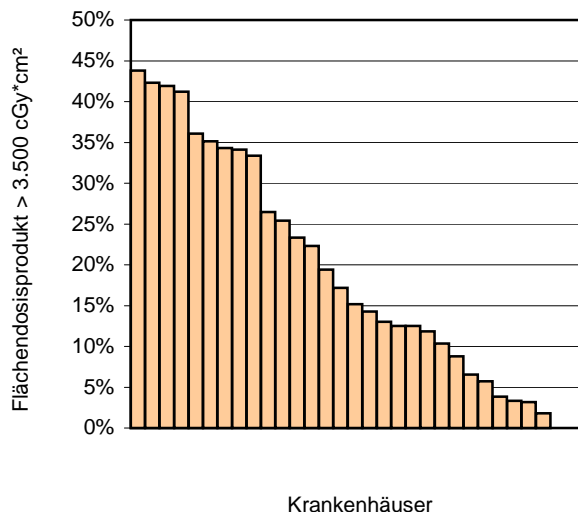
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/12774]:

Anteil von Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm² an allen isolierten Koronarangiographien

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

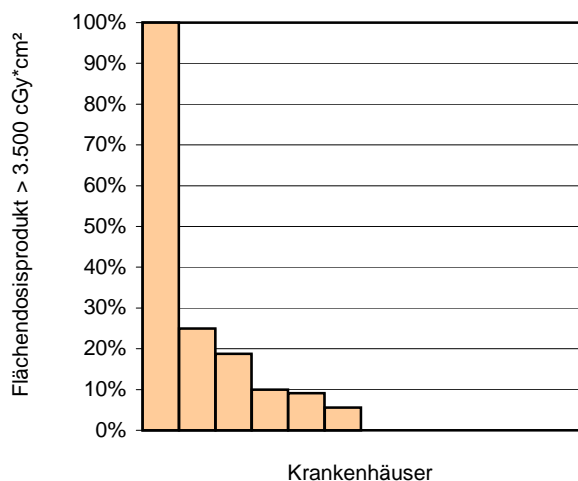
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	3,2	6,5	15,2	34,1	41,2	42,3	43,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

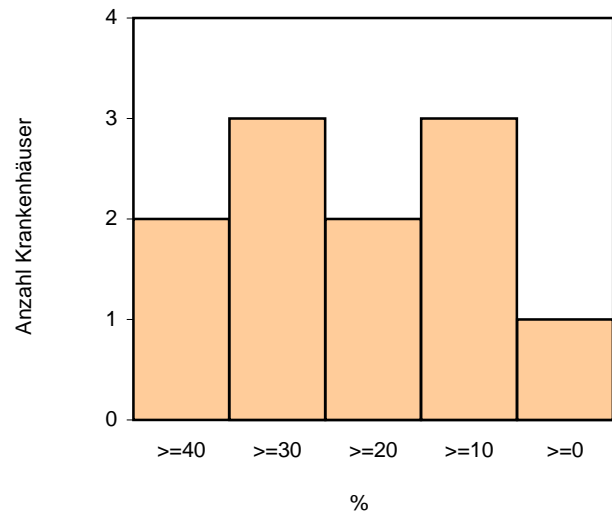
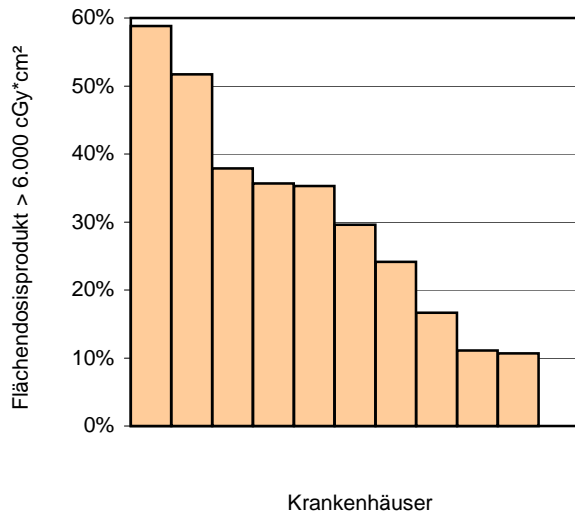


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	14,4	25,0	100,0	

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

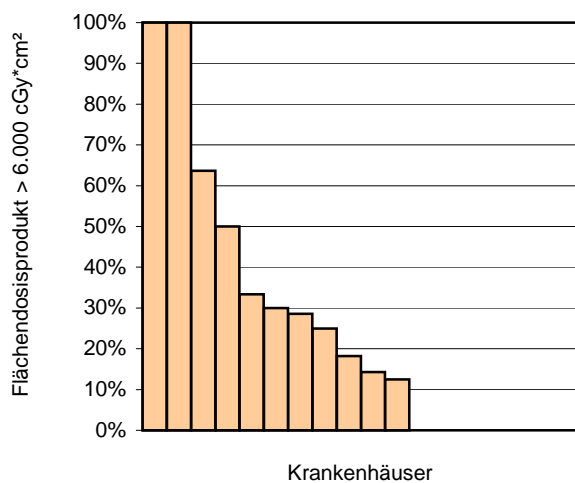
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		10,7	11,1	29,6	37,9	51,7		58,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

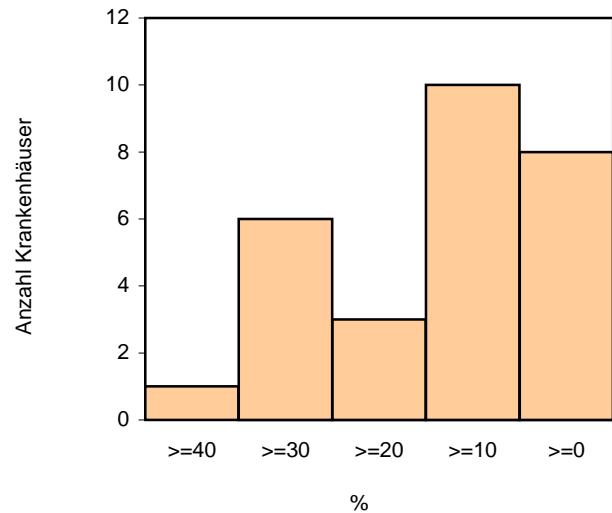
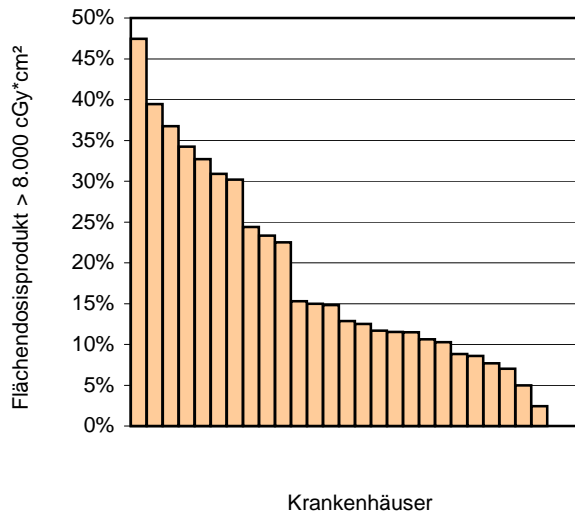


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	16,2	33,3	100,0		100,0

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

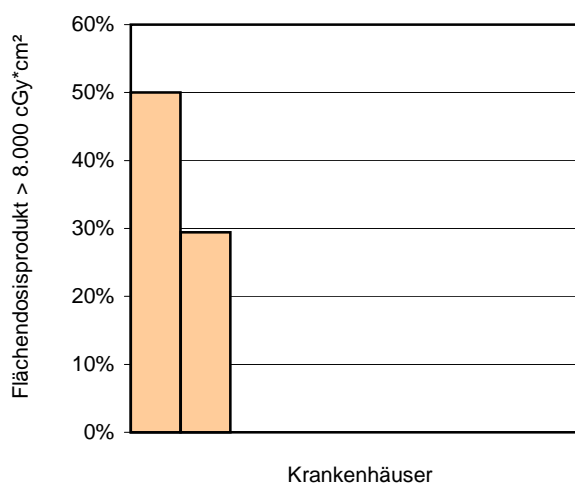
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	2,4	8,7	12,7	27,3	36,7	39,4	47,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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



7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/12773

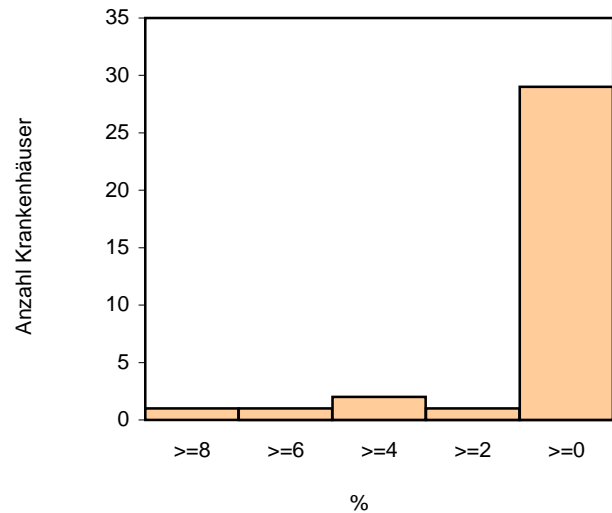
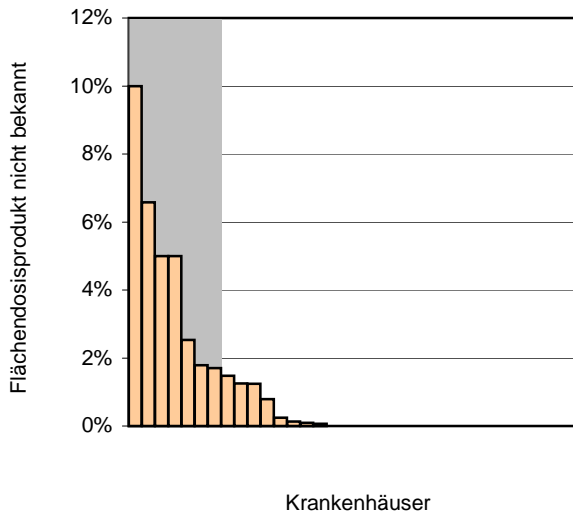
Referenzbereich: <= 1,6% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			143 / 34.427	 0,4%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,5%
Referenzbereich		<= 1,6%		<= 1,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			250 / 33.482	 0,7%
Vertrauensbereich				0,7% - 0,8%

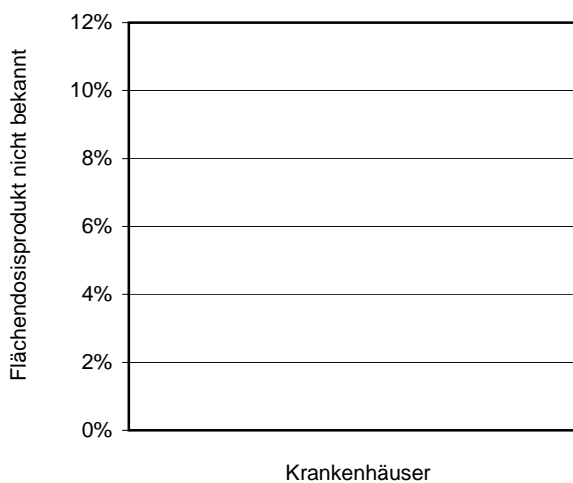
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	5,0	6,6	10,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Kontrastmittelmenge

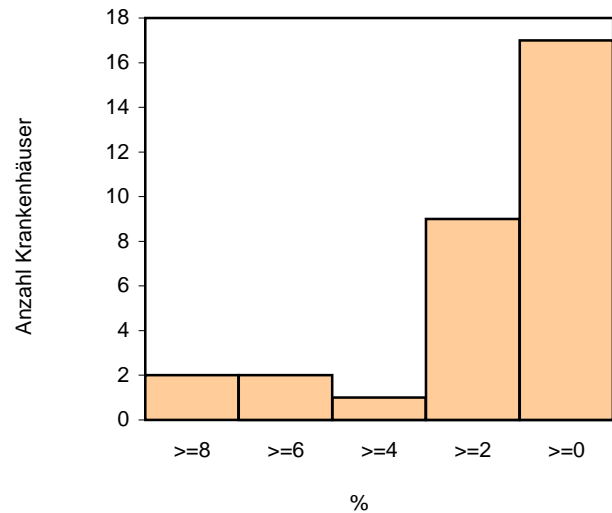
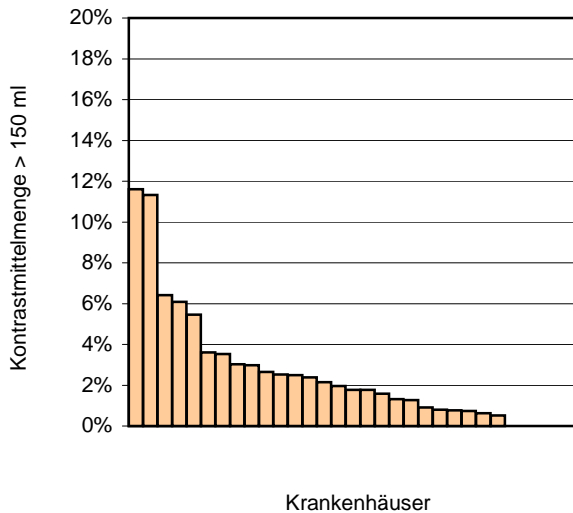
Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien ¹
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI ¹
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/21n3-KORO-PCI/51405
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/51406
	Gruppe 3:	2012/21n3-KORO-PCI/51407
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 21,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 48,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 37,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			572 / 22.148	2,6%
Vertrauensbereich				2,4% - 2,8%
Referenzbereich		<= 21,7%		<= 21,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			164 / 1.485	11,0%
Vertrauensbereich				9,5% - 12,7%
Referenzbereich		<= 48,3%		<= 48,3%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			706 / 10.794	6,5%
Vertrauensbereich				6,1% - 7,0%
Referenzbereich		<= 37,9%		<= 37,9%

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

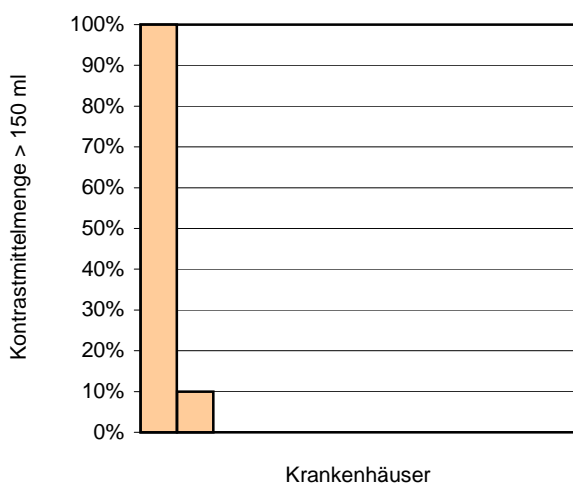
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,7	1,8	3,0	6,1	11,3	11,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

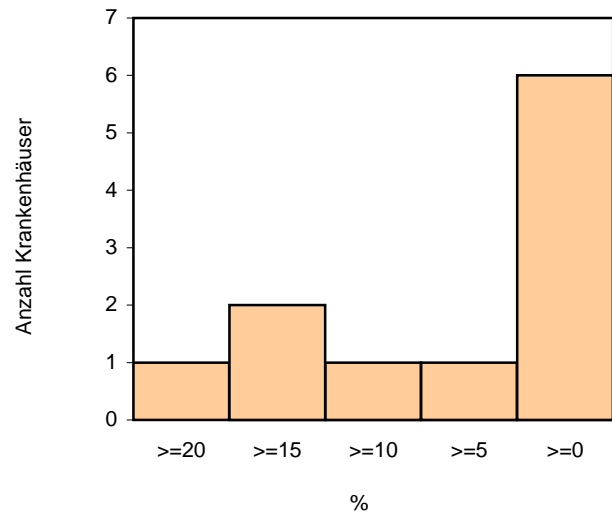
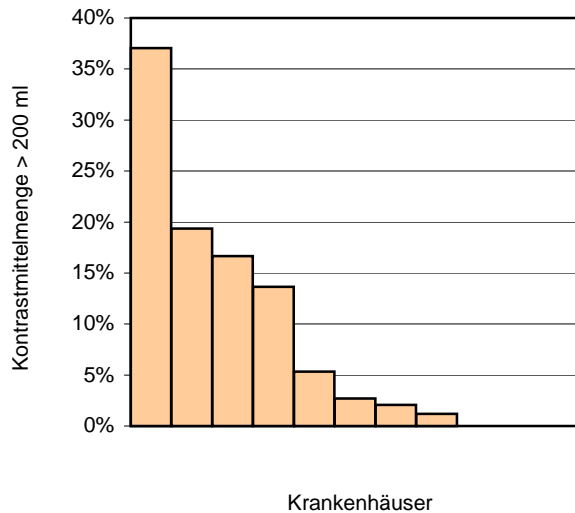


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	100,0	

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

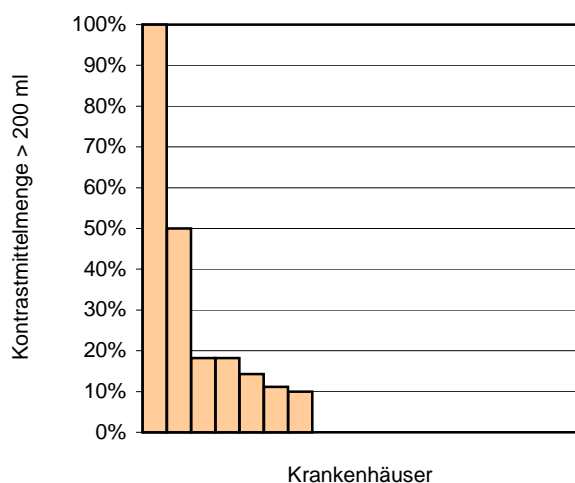
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	2,7	16,7	19,4		37,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

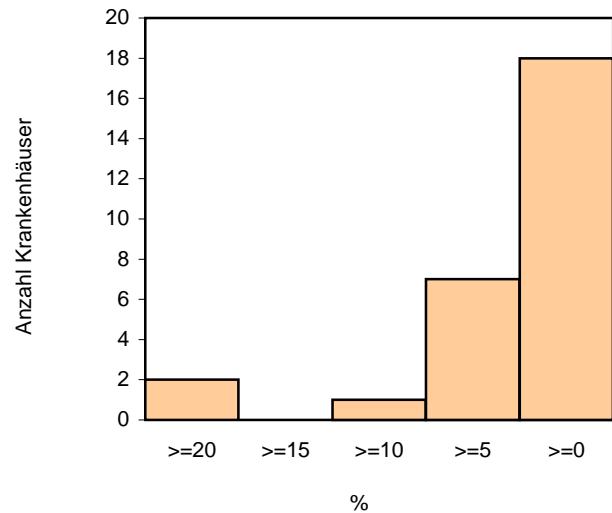
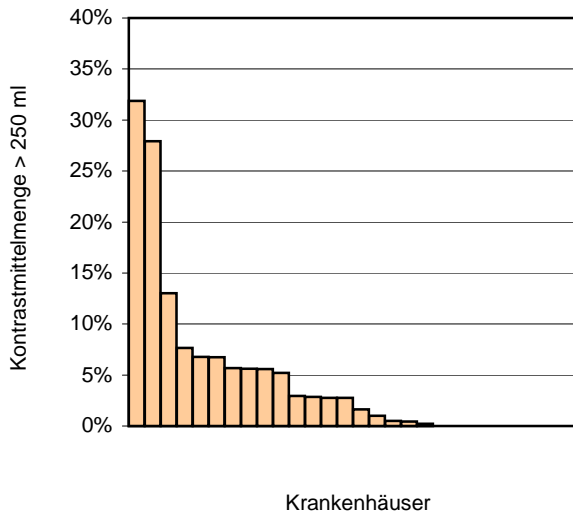


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	14,3	50,0		100,0

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

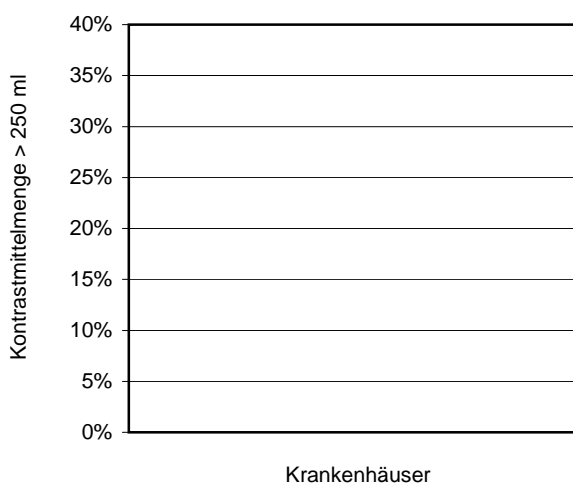
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	5,7	13,0	27,9	31,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.156
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12539-L82564-P39225

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			9.256	27,9	8.911	27,4
2. Quartal			8.244	24,9	7.974	24,5
3. Quartal			7.704	23,2	7.966	24,5
4. Quartal			7.952	24,0	7.655	23,5
Gesamt			33.156	100,0	32.506	100,0
Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution identisch			30.991	93,5	30.525	93,9
Anzahl Prozeduren			34.427		33.482	
Anzahl PCI			12.279		12.168	
Anzahl Koronarangiographien			32.942		32.270	

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

Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			33.156		32.506	
18 – 29 Jahre			114 / 33.156	0,3	96 / 32.506	0,3
30 – 39 Jahre			363 / 33.156	1,1	325 / 32.506	1,0
40 – 49 Jahre			1.857 / 33.156	5,6	1.782 / 32.506	5,5
50 – 59 Jahre			5.118 / 33.156	15,4	5.012 / 32.506	15,4
60 – 69 Jahre			7.713 / 33.156	23,3	7.526 / 32.506	23,2
70 – 79 Jahre			12.732 / 33.156	38,4	12.523 / 32.506	38,5
>= 80 Jahre			5.259 / 33.156	15,9	5.242 / 32.506	16,1
Alter (Jahre)						
Median				71,0		71,0
Mittelwert				68,3		68,4
Geschlecht						
männlich			21.457	64,7	21.013	64,6
weiblich			11.699	35,3	11.493	35,4

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			33.156		32.506	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			19.273	58,1	18.564	57,1
ja			13.589	41,0	13.624	41,9
unbekannt			294	0,9	318	1,0
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			24.592	74,2	23.873	73,4
ja			8.328	25,1	8.400	25,8
unbekannt			236	0,7	233	0,7
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			30.489	92,0	29.671	91,3
ja			2.615	7,9	2.785	8,6
unbekannt			52	0,2	50	0,2
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			23.186	69,9	23.334	71,8
ja			4.654	14,0	4.268	13,1
fraglich			844	2,5	767	2,4
unbekannt			4.472	13,5	4.137	12,7
Diabetes mellitus						
nein			21.887	66,0	21.149	65,1
ja			11.014	33,2	11.183	34,4
unbekannt			255	0,8	174	0,5
Niereninsuffizienz						
nein			21.814	65,8	22.503	69,2
dialysepflichtig			704	2,1	652	2,0
nicht dialysepflichtig			10.170	30,7	9.138	28,1
unbekannt			468	1,4	213	0,7

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			22.870	69,0	22.460	69,1
ja			10.286	31,0	10.046	30,9
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			9.319 / 22.870	40,7	8.730 / 22.460	38,9
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.233 / 22.870	9,8	2.244 / 22.460	10,0
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			6.974 / 22.870	30,5	7.473 / 22.460	33,3
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.306 / 22.870	14,5	3.078 / 22.460	13,7
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			1.038 / 22.870	4,5	935 / 22.460	4,2
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			6.831 / 22.870	29,9	6.697 / 22.460	29,8
ja			5.873 / 22.870	25,7	5.967 / 22.460	26,6
fraglich			2.183 / 22.870	9,5	2.282 / 22.460	10,2
nicht geprüft			7.983 / 22.870	34,9	7.514 / 22.460	33,5
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			7.606 / 22.870	33,3	7.853 / 22.460	35,0
ja			15.264 / 22.870	66,7	14.607 / 22.460	65,0
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			13.407 / 22.870	58,6	13.312 / 22.460	59,3
ja			9.463 / 22.870	41,4	9.148 / 22.460	40,7

Prozedur

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			34.427		33.482	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			34.427		33.482	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,5		4,4
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			27.226	79,1	27.582	82,4
ja			7.201	20,9	5.900	17,6
wenn ja						
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			585 / 7.201	8,1	532 / 5.900	9,0
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			22.148	64,3	21.314	63,7
PCI			1.485	4,3	1.212	3,6
einzeitig Koronarangiographie und PCI			10.794	31,4	10.956	32,7

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			32.942		32.270	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			12.231	37,1	11.804	36,6
bekannte KHK			6.821	20,7	6.996	21,7
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			6.896	20,9	6.469	20,0
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.684	8,1	2.725	8,4
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			284	0,9	282	0,9
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			450	1,4	467	1,4
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			988	3,0	996	3,1
Vitium			2.137	6,5	2.142	6,6
Sonstige			451	1,4	389	1,2

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.779	11,5	3.765	11,7
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			6.344	19,3	5.869	18,2
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			16.915	51,3	17.097	53,0
Kardiomyopathie			1.316	4,0	1.103	3,4
Herzklappenvitium			1.864	5,7	1.841	5,7
Aortenaneurysma			109	0,3	96	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.525	4,6	1.305	4,0
andere kardiale Erkrankung			1.090	3,3	1.194	3,7

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			790	2,4	602	1,9
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			782	2,4	599	1,9
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			857	2,6	904	2,8
Kardiomyopathie			1.022	3,1	804	2,5
Herzklappenvitium			757	2,3	665	2,1
Aortenaneurysma			76	0,2	64	0,2
hypertensive Herzerkrankung			1.438	4,4	2.346	7,3
andere kardiale Erkrankung			1.450	4,4	1.126	3,5
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			662	2,0	666	2,1
medikamentös			15.629	47,4	15.483	48,0
interventionell			12.154	36,9	11.527	35,7
herzchirurgisch			3.807	11,6	3.716	11,5
Sonstige			690	2,1	878	2,7

PCI

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			12.279		12.168	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.894	31,7	4.149	34,1
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			4.266	34,7	3.863	31,7
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.445	19,9	2.446	20,1
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			256	2,1	260	2,1
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.212	9,9	1.246	10,2
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			17	0,1	22	0,2
Sonstige			189	1,5	182	1,5
wenn akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)						
Fibrinolyse vor der Prozedur¹						
nein			2.232 / 2.445	91,3	-	-
ja			119 / 2.445	4,9	-	-
unbekannt			94 / 2.445	3,8	-	-

¹ Datenfeld 2011 noch nicht im Datensatz.

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI an						
einem Versorgungsgebiet			11.199	91,2	10.977	90,2
zwei Versorgungsgebieten			1.028	8,4	1.132	9,3
drei Versorgungsgebieten			52	0,4	59	0,5
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			8.506	69,3	8.489	69,8
ja			3.773	30,7	3.679	30,2
wenn ja						
PCI an komplettem Gefäßverschluss			2.619 / 3.773	69,4	2.547 / 3.679	69,2
PCI eines Koronarbypasses			238 / 3.773	6,3	236 / 3.679	6,4
PCI an ungeschütztem Hauptstamm			370 / 3.773	9,8	342 / 3.679	9,3
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			837 / 3.773	22,2	869 / 3.679	23,6
PCI an letztem verbliebenen Gefäß			54 / 3.773	1,4	59 / 3.679	1,6
Stent(s) implantiert						
nein			1.298	10,6	1.085	8,9
ja			10.981	89,4	11.083	91,1
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			691	5,6	632	5,2
ja			11.472	93,4	11.393	93,6
fraglich			116	0,9	143	1,2

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Bezug: Anzahl der Prozeduren		34.427	33.482
Durchleuchtungszeit (min)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)		34.331	33.388
Median		4,0	4,0
Mittelwert		6,2	6,3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)		34.270	33.223
Median		2.785,0	3.004,0
Mittelwert		4.021,8	4.299,5
Angabe „nicht bekannt“		143	250
Kontrastmittelmenge (ml)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)		34.427	33.482
Median		75,0	75,0
Mittelwert		93,3	95,3

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			34.427		33.482	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			34.072	99,0	33.147	99,0
ja			355	1,0	335	1,0
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			76	0,22	72	0,22
TIA/Schlaganfall			14	0,04	15	0,04
Reanimation			151	0,44	139	0,42
Sonstige			150	0,44	143	0,43
Exitus im Herzkatheterlabor			56	0,16	41	0,12

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural festgestellte Komplikationen						
nein			31.471	94,9	30.954	95,2
ja			1.685	5,1	1.552	4,8
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			46	0,14	40	0,12
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			7	0,02	9	0,03
TIA/Schlaganfall						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			21	0,06	23	0,07
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			23	0,07	12	0,04
Lungenembolie						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,02	1	0,00
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,02	1	0,00
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			385	1,16	379	1,17
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			45	0,14	33	0,10
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			85 / 430	19,8	85 / 412	20,6
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			345 / 430	80,2	327 / 412	79,4

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reanimation bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			159	0,48	129	0,40
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			65	0,20	49	0,15
Sonstige (z. B. Sepsis) bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			178	0,54	151	0,46
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			464	1,40	420	1,29
Tod bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			299	0,90	278	0,86
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			464	1,40	407	1,25
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?			1.964 / 33.156	5,9	1.594 / 32.506	4,9

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			28.370	85,6	28.188	86,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			670	2,0	609	1,9
03: aus sonstigen Gründen			13	0,0	15	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			129	0,4	127	0,4
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			5	0,0	3	0,0
06: Verlegung			1.617	4,9	1.478	4,5
07: Tod			819	2,5	726	2,2
08: Verlegung nach § 14			150	0,5	128	0,4
09: in Rehabilitationseinrichtung			493	1,5	712	2,2
10: in Pflegeeinrichtung			67	0,2	56	0,2
11: in Hospiz			1	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			445	1,3	204	0,6
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			5	0,0	9	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	8	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	12	0,0
16: externe Verlegung			7	0,0	3	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			19	0,1	9	0,0
18: Rückverlegung			178	0,5	165	0,5
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			18	0,1	22	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			1	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			137	0,4	27	0,1
22: Fallabschluss			6	0,0	2	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Koronarangiographie und PCI

Risikoadjustierung mit dem logistischen KORO/PCI-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 44
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.156
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12539-L82564-P39225

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/21n3-KORO-PCI/813123 AK 2: Indikation zur Koronar- angiographie - Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte			92,7%	< 100,0%	AK.1

Auffälligkeitskriterium 2:
Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte

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

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/813123

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 399

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			18.076 / 19.502	92,7%
Vertrauensbereich				92,3% - 93,0%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

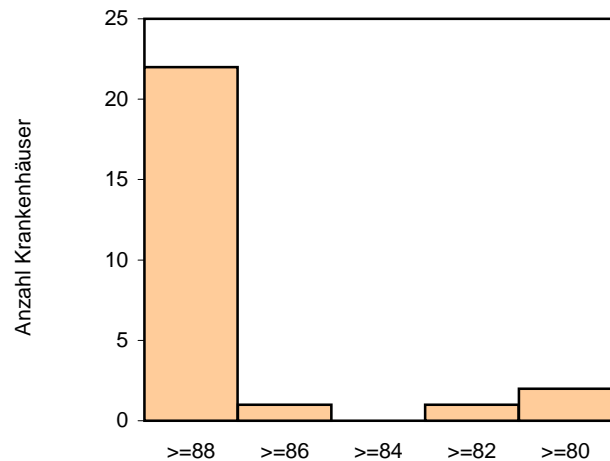
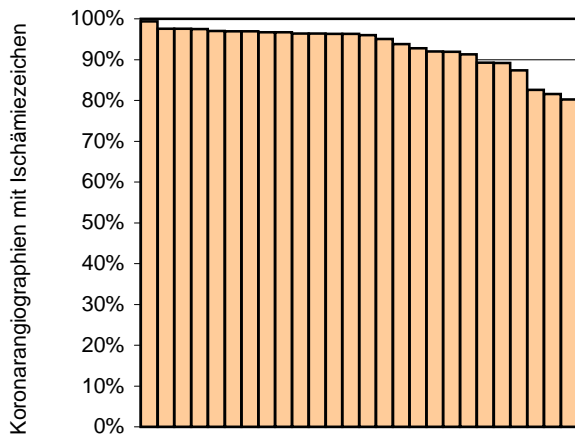
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			17.620 / 19.267	91,5%
Vertrauensbereich				91,0% - 91,8%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/813123]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

26 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



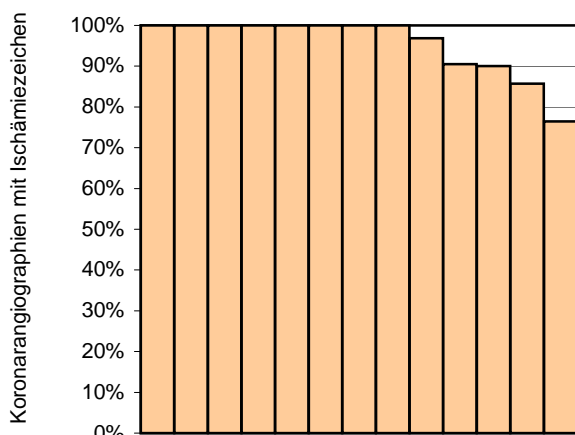
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,2	81,6	82,6	91,3	96,2	96,9	97,5	97,6	99,4

Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,5		85,7	90,5	100,0	100,0	100,0		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

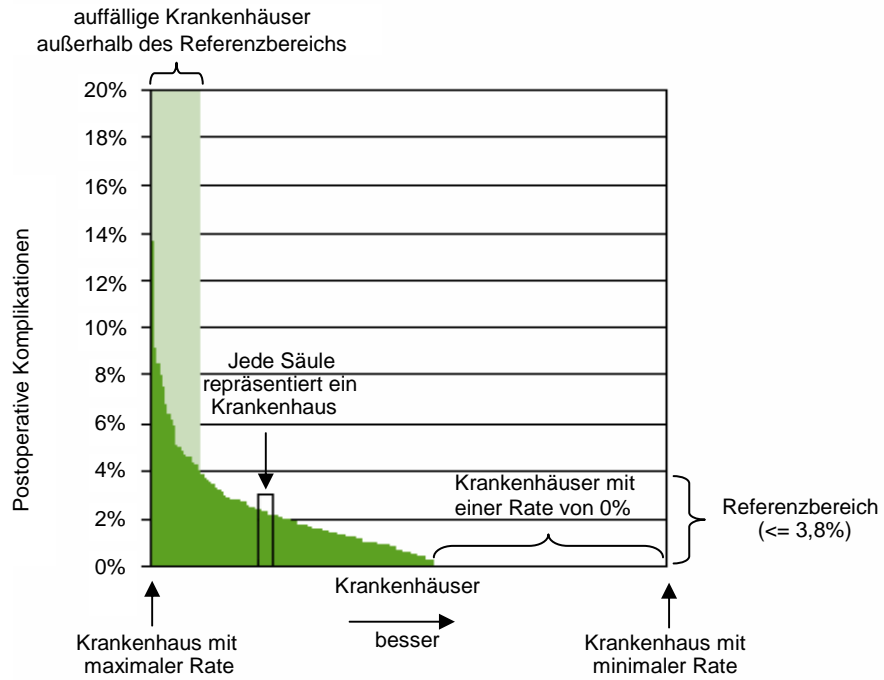
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

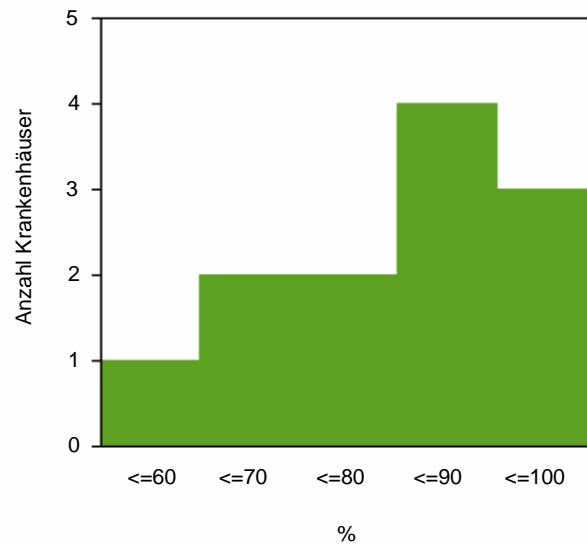
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil 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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse 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.