

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 42  
Anzahl Datensätze Gesamt: 31.662  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14220-L89484-P43527

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 42  
Anzahl Datensätze Gesamt: 31.662  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14220-L89484-P43527

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
<b>Anzahl dokumentierter Prozeduren</b>			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		31.542	9
dokumentierte PCI pro Jahr		11.538	9

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
--------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------	--	--	-------

2013/21n3-KORO-PCI/399

**QI 1: Ischämiezeichen als  
 Indikation zur elektiven  
 Koronarangiographie**

92,6%      >= 80,0%      innerhalb      92,3%      11

**QI 2: Empfehlung zur  
 invasiven Therapie nach  
 Koronarangiographie**

2a: 2013/21n3-KORO-PCI/2061

Seltene Empfehlung zur  
 invasiven Therapie nach  
 Koronarangiographie

36,0%      nicht definiert      -      37,4%      15

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2b: 2013/21n3-KORO-PCI/50750 Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie			36,0%	nicht definiert	-	37,4%	15
2013/21n3-KORO-PCI/2062 <b>QI 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen</b>			3,3%	<= 10,0%	innerhalb	3,3%	18
<b>QI 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI</b>							
4a: 2013/21n3-KORO-PCI/2063 Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"			93,6%	>= 85,0%	innerhalb	94,1%	20
4b: 2013/21n3-KORO-PCI/2064 Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI			93,4%	>= 85,0%	innerhalb	93,4%	20

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 5: MACCE</b>							
5a: 2013/21n3-KORO-PCI/414 MACCE bei isolierter Koronarangiographie			1,6%	<= 3,5%	innerhalb	1,9%	23
5b: 2013/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			5,1%	<= 6,8%	innerhalb	4,7%	26
5c: 2013/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			9,7%	<= 17,1%	innerhalb	10,4%	30
<b>QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>							
6a: 2013/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,3%	nicht definiert	-	1,5%	32
6b: 2013/21n3-KORO-PCI/50829 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,98	<= 2,35	innerhalb	1,16	34
6c: 2013/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			4,1%	nicht definiert	-	3,8%	36

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
6d: 2013/21n3-KORO-PCI/11863 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			1,33	<= 2,19	innerhalb	1,23	40
6e: 2013/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz			2,0%	nicht definiert	-	1,7%	43
<b>QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)</b>							
7a: 2013/21n3-KORO-PCI/419 Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie			2,5	<= 5,0	innerhalb	2,4	45
7b: 2013/21n3-KORO-PCI/2073 Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI			8,0	<= 12,0	innerhalb	7,7	45

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 8: Flächendosisprodukt</b>							
8a: 2013/21n3-KORO-PCI/12774							
Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>							
			25,4%	<= 47,2%	innerhalb	26,9%	48
8b: 2013/21n3-KORO-PCI/12775							
Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>							
			38,2%	<= 57,3%	innerhalb	35,3%	48
8c: 2013/21n3-KORO-PCI/50749							
Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>							
			22,8%	<= 46,1%	innerhalb	25,8%	48
8d: 2013/21n3-KORO-PCI/12773							
Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts							
			0,2%	<= 0,9%	innerhalb	0,4%	52

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>QI 9: Kontrastmittelmenge</b>							
9a: 2013/21n3-KORO-PCI/51405							
Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml							
			2,8%	<= 19,7%	innerhalb	2,6%	54
9b: 2013/21n3-KORO-PCI/51406							
Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml							
			17,3%	<= 50,7%	innerhalb	11,0%	54
9c: 2013/21n3-KORO-PCI/51407							
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml							
			7,1%	<= 35,7%	innerhalb	6,5%	54

<sup>1</sup> „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

### Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			31.542	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			11.538	100,0%

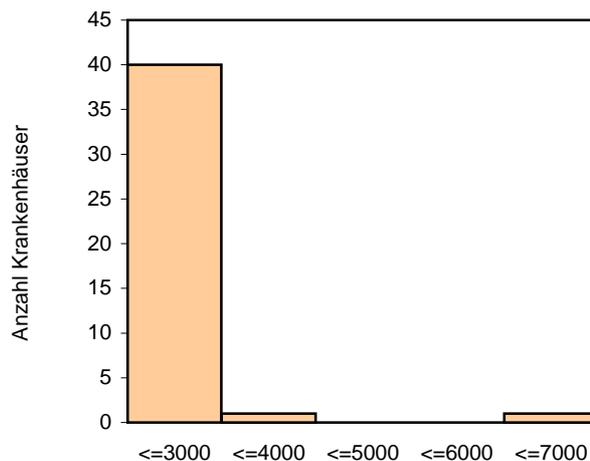
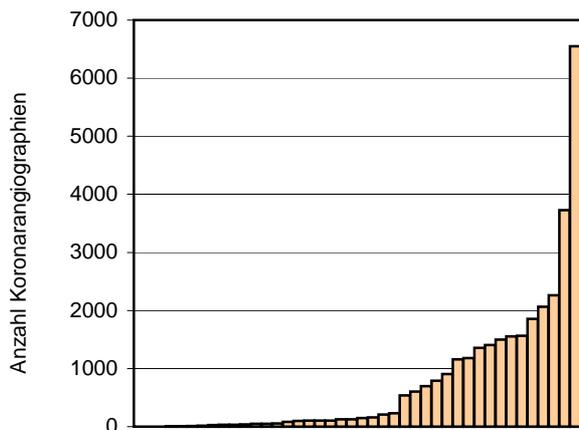
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.942	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.279	100,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/43867]:**

**Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

42 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Anzahl Koronarangiographien

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1	1	6	38	138	1.181	1.858	2.260	6.551

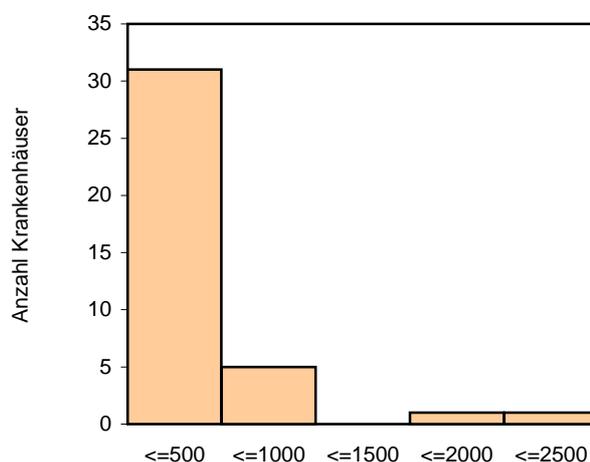
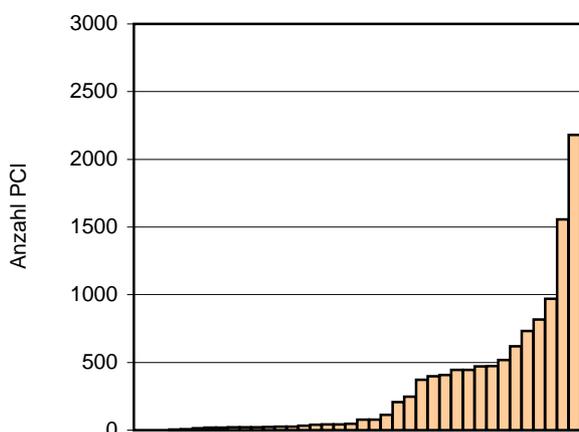
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/43868]:**

**Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

38 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1	1	4	22	63	445	817	1.557	2.180

4 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:** 2013/21n3-KORO-PCI/399

**Referenzbereich:** >= 80,0% (Toleranzbereich)

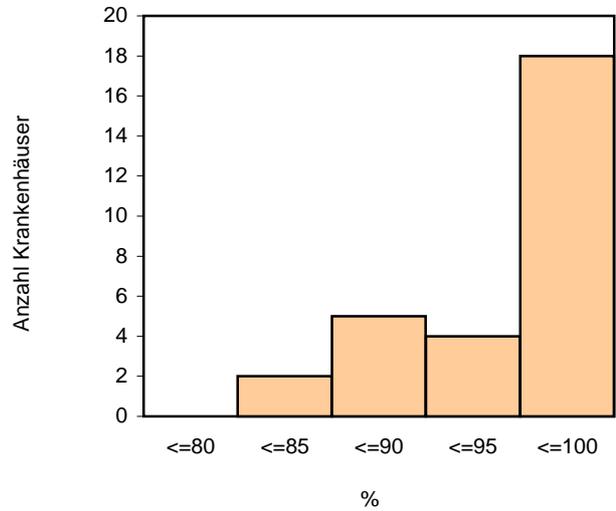
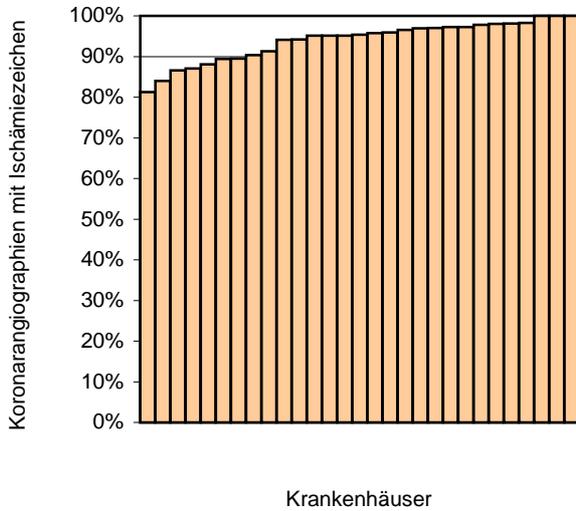
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			10.899 / 17.644	61,8%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			11.484 / 17.644	65,1%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			5.229 / 17.644	29,6%
mit stabiler Angina pectoris <b>oder</b> mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe <b>oder</b> mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			16.342 / 17.644	92,6%
Vertrauensbereich				92,2% - 93,0%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris <b>oder</b> mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe <b>oder</b> mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			17.038 / 18.464	92,3%
Vertrauensbereich				91,9% - 92,7%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/399]:**

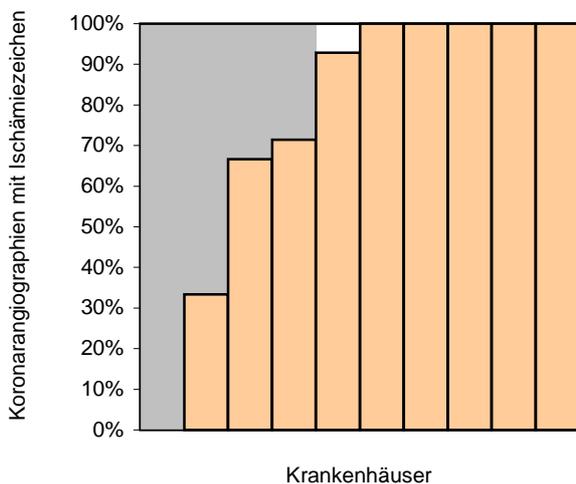
**Anteil von Koronarangiographien bei Patienten mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) an allen Patienten ohne akutes Koronarsyndrom und mit Koronarangiographien mit führender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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,3	84,0	86,6	90,4	95,4	97,3	100,0	100,0	100,0

**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		16,7	66,7	96,4	100,0	100,0		100,0

3 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 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 (QI 2a): seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 2013/21n3-KORO-PCI/2061  
 (QI 2b): häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 2013/21n3-KORO-PCI/50750

**Referenzbereich:** Gruppe 4: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.  
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:  
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 1</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			2.245 / 11.741	19,1%
herzchirurgisch			1.133 / 11.741	9,6%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.461 / 11.741	29,5%
keine			663 / 11.741	5,6%
medikamentös			7.494 / 11.741	63,8%
Sonstige			206 / 11.741	1,8%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 2</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "bekannte KHK"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			2.571 / 6.543	39,3%
herzchirurgisch			455 / 6.543	7,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.126 / 6.543	47,8%
keine			27 / 6.543	0,4%
medikamentös			3.354 / 6.543	51,3%
Sonstige			136 / 6.543	2,1%
<b>Gruppe 3</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			114 / 386	29,5%
herzchirurgisch			7 / 386	1,8%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			125 / 386	32,4%
keine			1 / 386	0,3%
medikamentös			264 / 386	68,4%
Sonstige			0 / 386	0,0%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 4</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
interventionell			4.930 / 18.670	26,4%
herzchirurgisch			1.595 / 18.670	8,5%
<b>seltene Empfehlung<sup>1</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.712 / 18.670	36,0%
Vertrauensbereich				35,3% - 36,6%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
<b>häufige Empfehlung<sup>1</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			6.712 / 18.670	36,0%
Vertrauensbereich				35,3% - 36,6%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
keine			691 / 18.670	3,7%
medikamentös			11.112 / 18.670	59,5%
Sonstige			342 / 18.670	1,8%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Gruppe 4</b> <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
<b>Therapieempfehlung:</b>				
<b>seltene Empfehlung<sup>2</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			7.301 / 19.502	37,4%
Vertrauensbereich				36,8% - 38,1%
<b>häufige Empfehlung<sup>2</sup></b>				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			7.301 / 19.502	37,4%
Vertrauensbereich				36,8% - 38,1%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

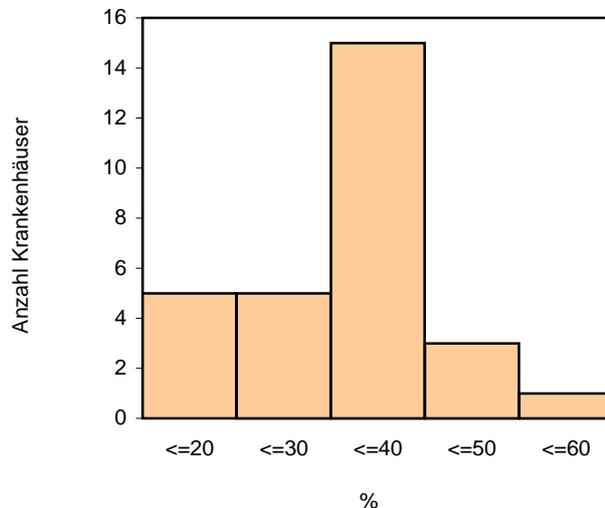
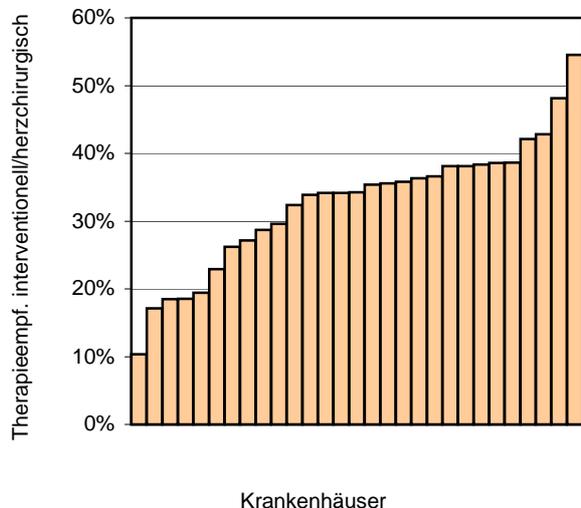
<sup>2</sup> Die Berechnung des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/2061 (2a) sowie des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/50750 (2b) erfolgt mit identischen Rechenregeln, sodass dieselben Ergebnisse dargestellt werden.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2061]:**

**Anteil von Koronarangiographien 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:**

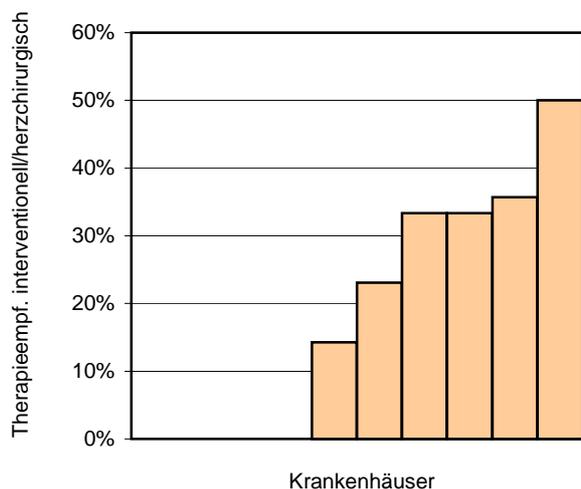
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,3	17,1	18,5	27,2	34,2	38,1	42,8	48,1	54,5

**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	18,7	33,3	42,9	50,0	50,0

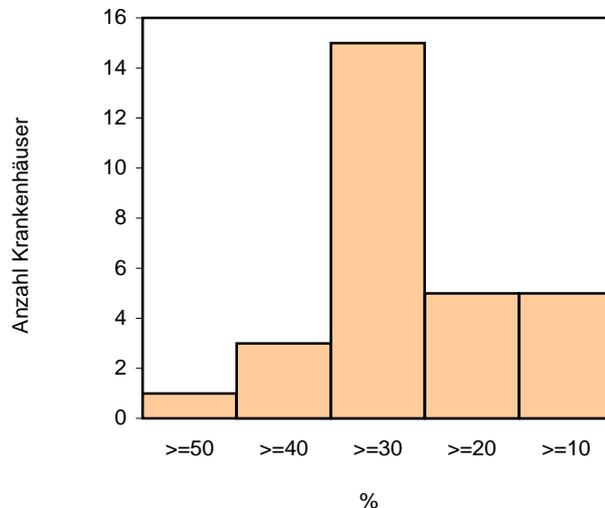
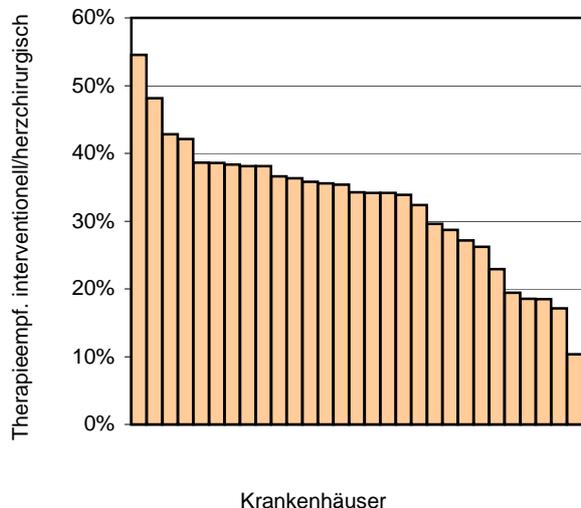
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50750]:**

**Anteil von Koronarangiographien 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:**

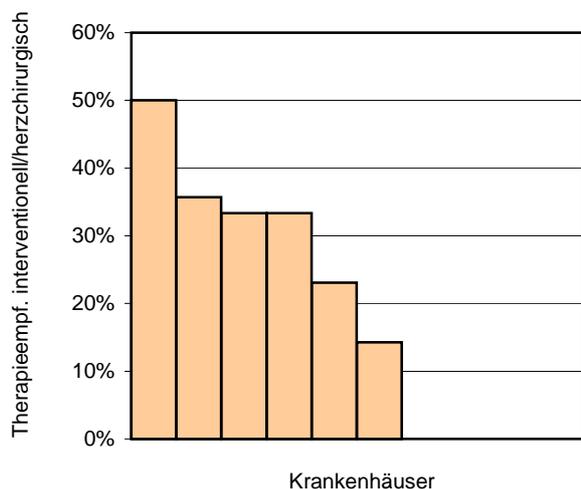
29 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,3	17,1	18,5	27,2	34,2	38,1	42,8	48,1	54,5

**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	18,7	33,3	42,9	50,0	50,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen

**Qualitätsziel:** Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

**Grundgesamtheit:** Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

**Indikator-ID:** 2013/21n3-KORO-PCI/2062

**Referenzbereich:** <= 10,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> <b>ohne</b> stabile Angina pectoris nach CCS, <b>ohne</b> Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
<b>bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			81 / 4.563	1,8%
<b>ohne Prüfung</b> auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			69 / 4.563	1,5%
<b>ohne Nachweis</b> von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. <b>ohne Prüfung</b> <b>oder bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen)			150 / 4.563	3,3%
Vertrauensbereich				2,8% - 3,8%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

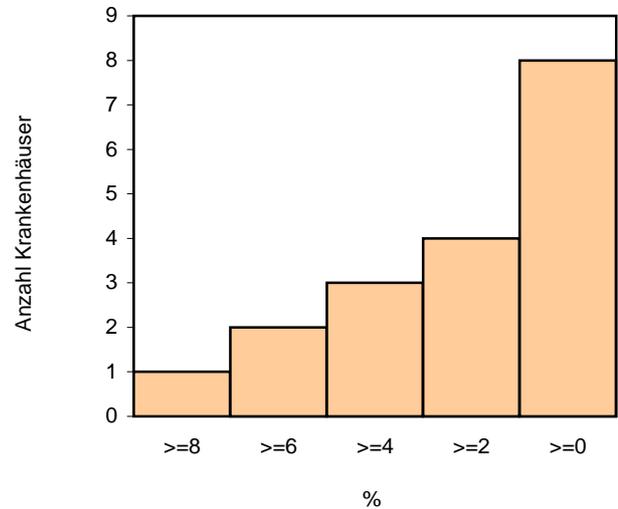
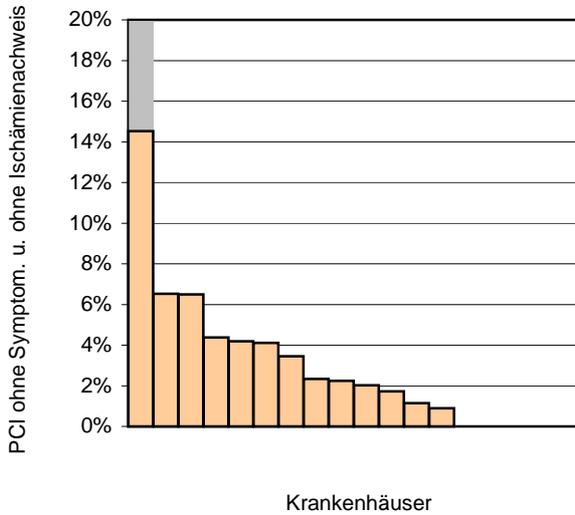
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> <b>ohne</b> stabile Angina pectoris nach CCS, <b>ohne</b> Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
<b>ohne Nachweis</b> von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. <b>ohne Prüfung</b> <b>oder bei Prüfung ohne</b> objektive (apparative) Ischämiezeichen)			164 / 4.972	3,3%
Vertrauensbereich				2,8% - 3,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/21n3-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:**

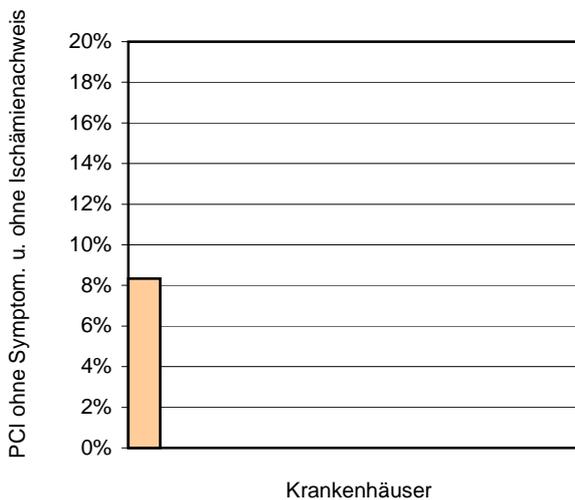
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	2,1	4,2	6,5		14,5

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



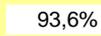
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		8,3

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

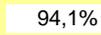
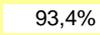
### Qualitätsindikatorengruppe 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1: Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose Gruppe 2: Alle PCI
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 4a): 2013/21n3-KORO-PCI/2063 Gruppe 2 (QI 4b): 2013/21n3-KORO-PCI/2064
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: >= 85,0% (Toleranzbereich) Gruppe 2: >= 85,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	
	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%

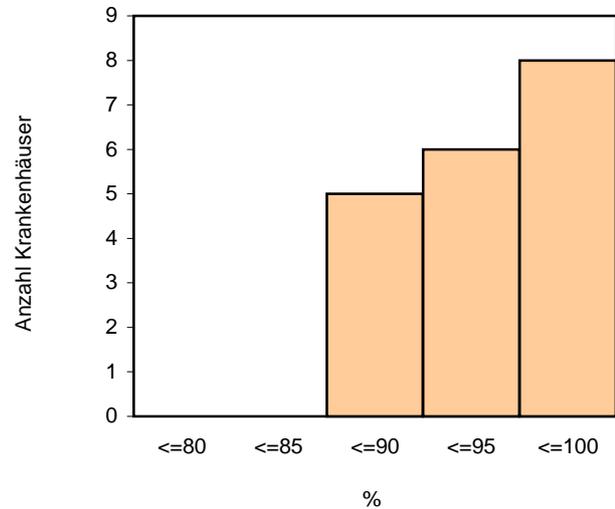
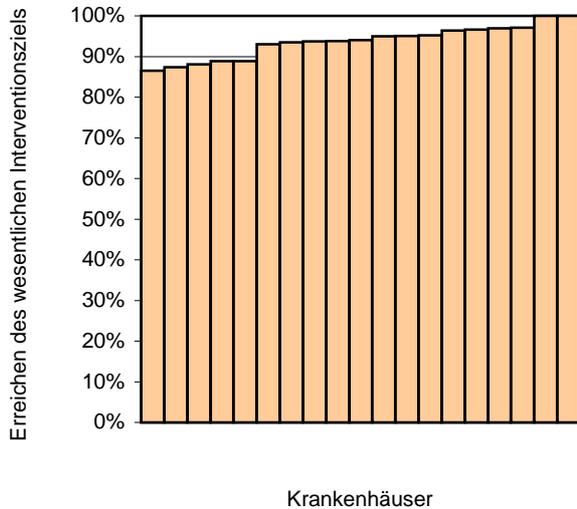
	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	2.080 / 2.223  92,5% - 94,5% => 85,0%	10.777 / 11.538  92,9% - 93,8% => 85,0%

Vorjahresdaten	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		

Vorjahresdaten	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	2.300 / 2.445  93,1% - 94,9%	11.472 / 12.279  93,0% - 93,9%

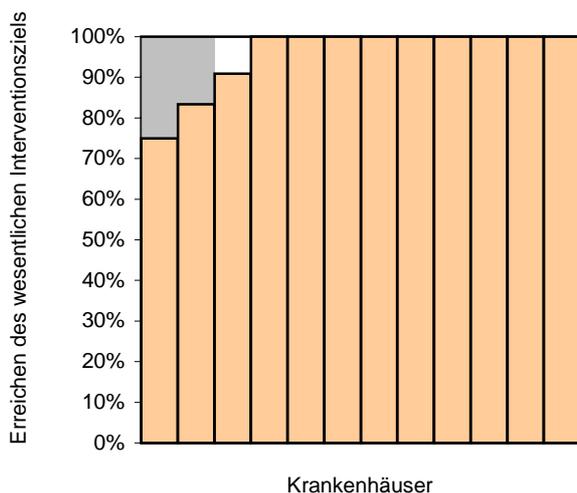
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2063]:  
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-  
 Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose**

**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
	86,5		87,4	88,9	94,0	96,6	100,0		100,0

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

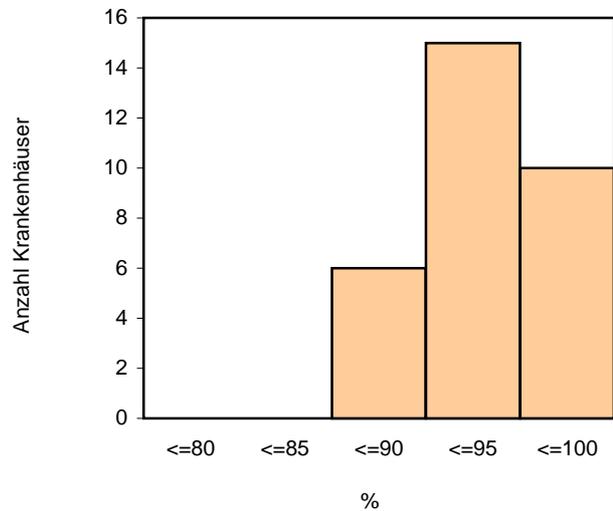
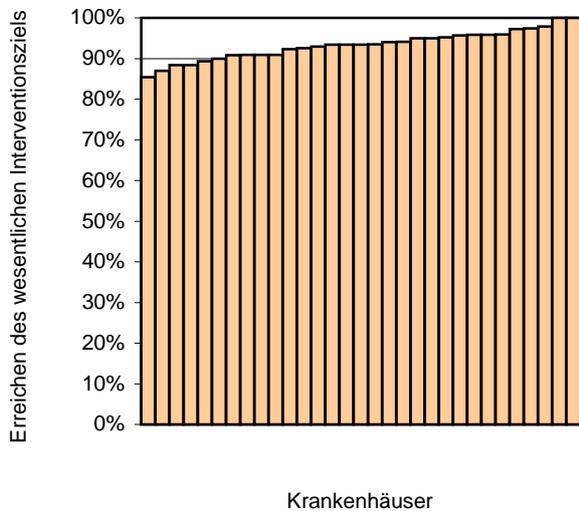


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0		83,3	95,5	100,0	100,0	100,0		100,0

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

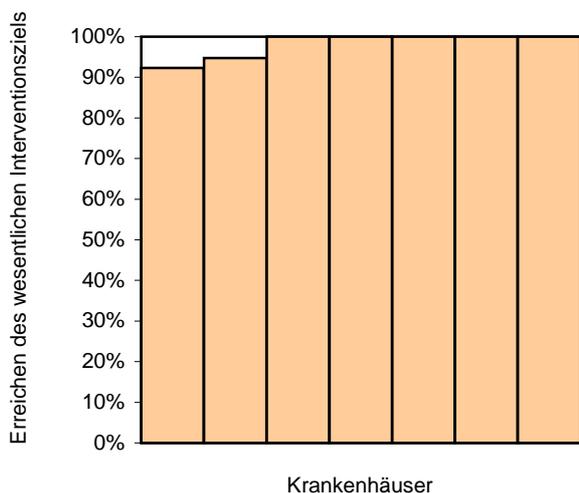
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2064]:  
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

**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
	85,4	87,0	88,4	90,9	93,4	95,8	97,4	100,0	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
	92,3			94,7	100,0	100,0			100,0

4 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 (QI 5a): 2013/21n3-KORO-PCI/414

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,5%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	179 / 3.832 4,7%	139 / 15.140 0,9%	338 / 20.524 1,6%
Vertrauensbereich			1,5% - 1,8%
Referenzbereich			<= 3,5%
Alter >= 75 Jahre	95 / 1.407 6,8%	81 / 5.145 1,6%	181 / 6.946 2,6%
Patienten mit Diabetes mellitus	48 / 609 7,9%	35 / 1.991 1,8%	85 / 2.732 3,1%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	24 / 53 45,3%	9 / 12 75,0%	33 / 65 50,8%
Alter < 75 Jahre	84 / 2.425 3,5%	58 / 9.995 0,6%	157 / 13.578 1,2%
Patienten mit Diabetes mellitus	33 / 659 5,0%	26 / 2.887 0,9%	63 / 3.785 1,7%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	34 / 76 44,7%	3 / 26 11,5%	40 / 108 37,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	212 / 4.157 5,1%	162 / 15.572 1,0%	398 / 21.374 1,9%
Vertrauensbereich			1,7% - 2,1%

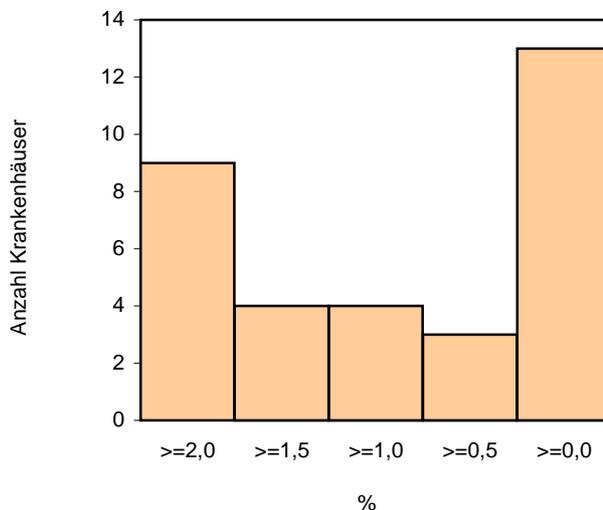
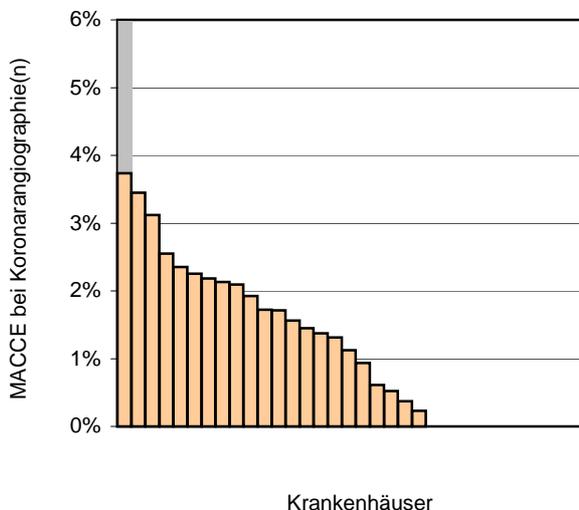
<sup>1</sup> Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/21n3-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:**

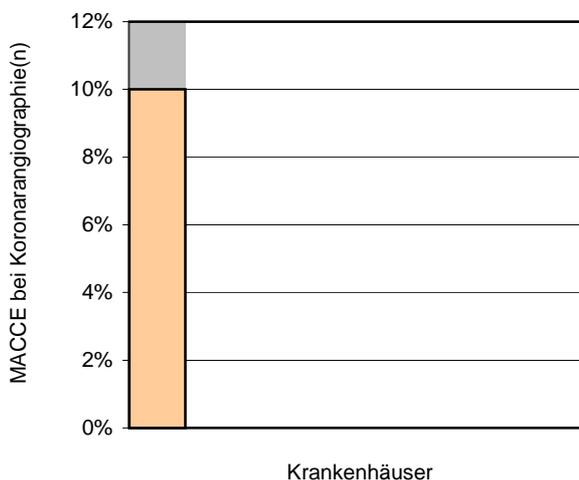
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**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			10,0

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 (QI 5b): 2013/21n3-KORO-PCI/415

**Referenzbereich:** Gruppe 3: <= 6,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,8%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	469 / 5.847	94 / 5.091	566 / 11.138
Vertrauensbereich	8,0%	1,8%	5,1%
Referenzbereich			4,7% - 5,5%
			<= 6,8%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>	278 / 2.157	42 / 1.826	322 / 4.040
	12,9%	2,3%	8,0%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	122 / 937	14 / 774	136 / 1.737
	13,0%	1,8%	7,8%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	114 / 402	10 / 243	125 / 652
	28,4%	4,1%	19,2%
Patienten mit Niereninsuffizienz	167 / 1.106	20 / 870	187 / 1.990
	15,1%	2,3%	9,4%
Patienten mit Z. n. Bypass	23 / 178	6 / 225	29 / 408
	12,9%	2,7%	7,1%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	101 / 161	1 / 3	103 / 166
	62,7%	33,3%	62,0%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>	191 / 3.690	52 / 3.265	244 / 7.098
	5,2%	1,6%	3,4%
<b>Vorgeschichte</b>			
Patienten mit Diabetes mellitus	69 / 966	21 / 1.181	90 / 2.188
	7,1%	1,8%	4,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	75 / 413	10 / 347	85 / 773
	18,2%	2,9%	11,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz	81 / 1.115	22 / 1.040	103 / 2.180
	7,3%	2,1%	4,7%
Patienten mit Z. n. Bypass	9 / 162	7 / 325	16 / 495
	5,6%	2,2%	3,2%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	82 / 197	2 / 8	85 / 207
	41,6%	25,0%	41,1%

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

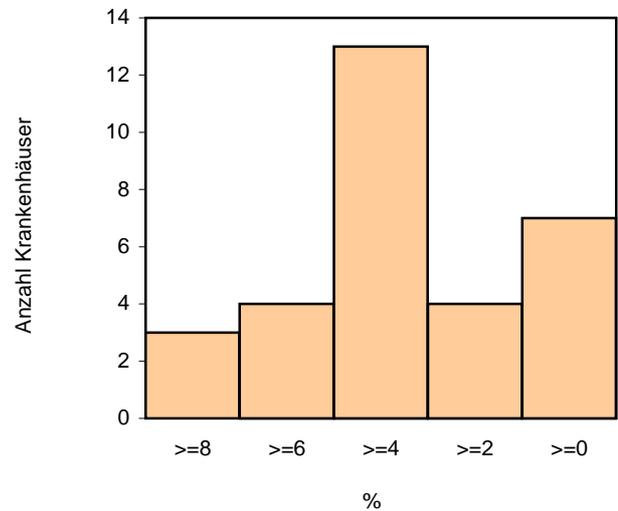
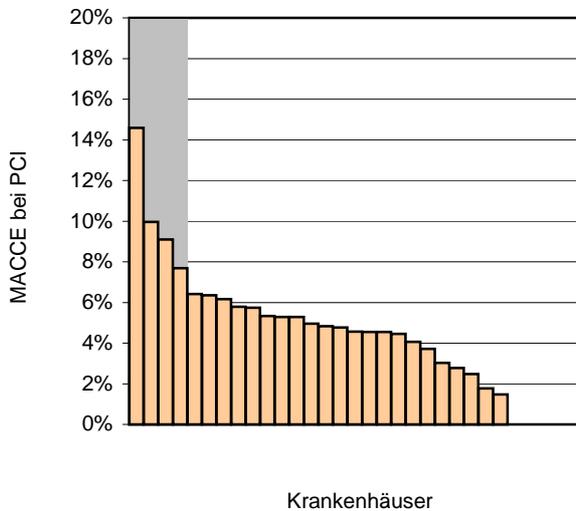
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>	453 / 6.129	97 / 5.429	552 / 11.782
Vertrauensbereich	7,4%	1,8%	4,7%
			4,3% - 5,1%

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

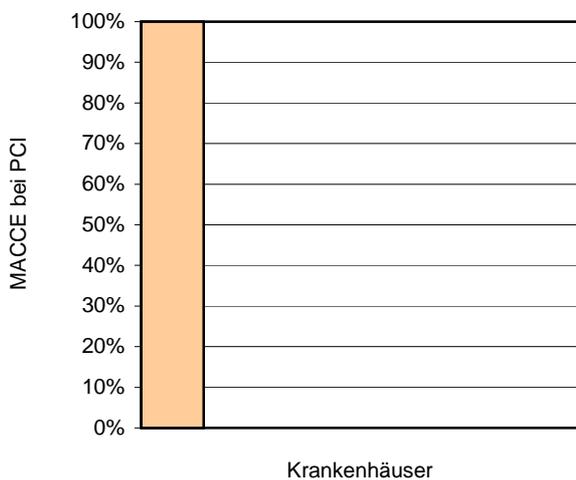
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/415]:  
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 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	2,5	4,6	5,8	7,7	10,0	14,6

**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
	0,0			0,0	0,0	0,0			100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

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

**Indikator-ID:** (QI 5c): 2013/21n3-KORO-PCI/2232

**Referenzbereich:** <= 17,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

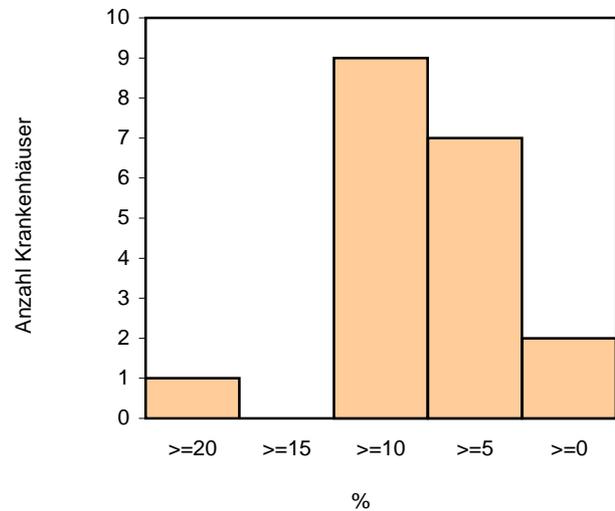
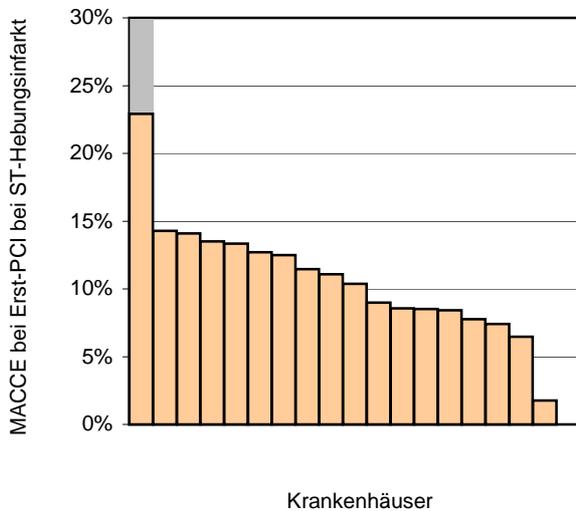
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			237 / 2.438	9,7%
Vertrauensbereich				8,6% - 11,0%
Referenzbereich		<= 17,1%		<= 17,1%
<b>Alter &gt;= 75 Jahre</b>			135 / 730	18,5%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			52 / 280	18,6%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			65 / 154	42,2%
Patienten mit Niereninsuffizienz			71 / 310	22,9%
Patienten mit Z. n. Bypass			4 / 31	12,9%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			57 / 83	68,7%
<b>Alter &lt; 75 Jahre</b>			102 / 1.708	6,0%
<b>Vorgeschichte</b>				
Patienten mit Diabetes mellitus			35 / 368	9,5%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			39 / 177	22,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz			42 / 443	9,5%
Patienten mit Z. n. Bypass			2 / 31	6,5%
<b>intraprozedurale Merkmale</b>				
Patienten mit kardiogenem Schock			48 / 130	36,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE <sup>1</sup>			270 / 2.601	10,4%
Vertrauensbereich				9,3% - 11,6%

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

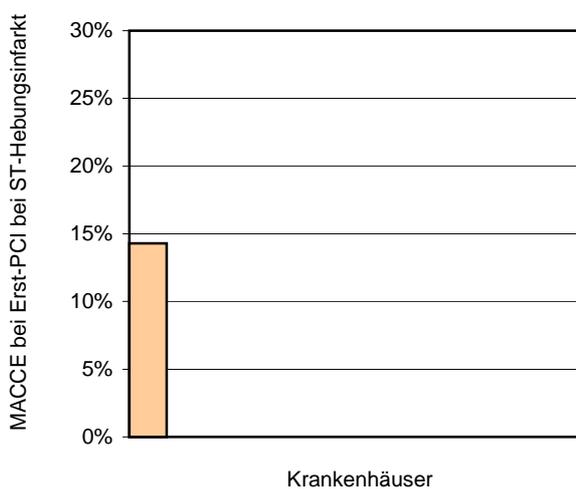
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2232]:  
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt**

**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		1,8	7,8	10,4	13,3	14,3		22,9

**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		14,3

11 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 einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 6a): 2013/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			242 / 18.972	1,3% 1,1% - 1,4%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			33 / 322	10,2%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			105 / 2.662	3,9%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			104 / 15.988	0,7%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			64 / 127	50,4%

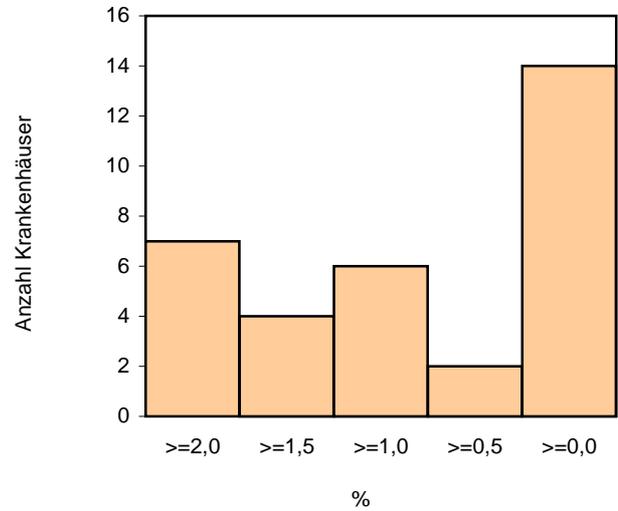
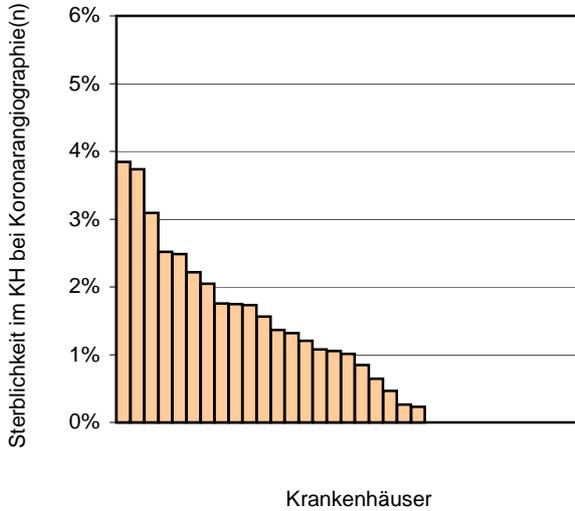
<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			286 / 19.649	1,5% 1,3% - 1,6%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/416]:**

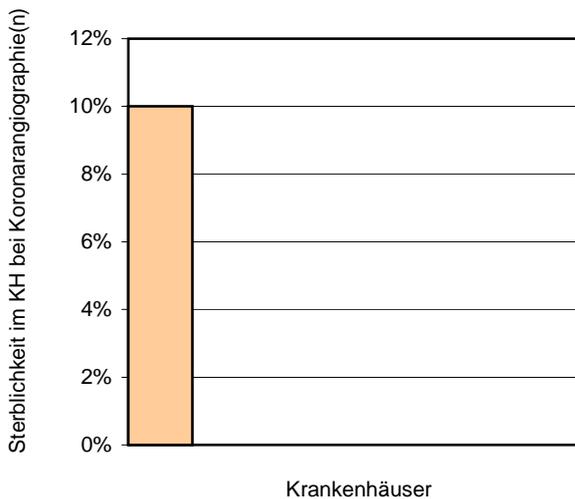
**Anteil von Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod oder Entlassungsgrund Tod an allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 33 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	1,0	1,7	2,5	3,7	3,8

**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
	0,0			0,0	0,0	0,0			10,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 50829, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 6b): 2013/21n3-KORO-PCI/50829

**Referenzbereich:** <= 2,35 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		195 / 16.936 1,15%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		198,71 / 16.936 1,17%
O - E		-0,02%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score für QI-ID 50829.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E <sup>2</sup>		0,98
Vertrauensbereich		0,85 - 1,13
Referenzbereich	<= 2,35	<= 2,35

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

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		230 / 17.420 1,32%
vorhergesagt (E)		198,61 / 17.420 1,14%
O - E		0,18%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		1,02 - 1,32

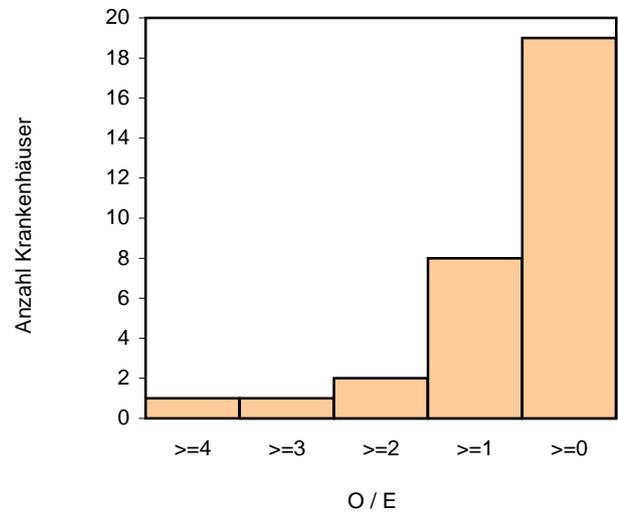
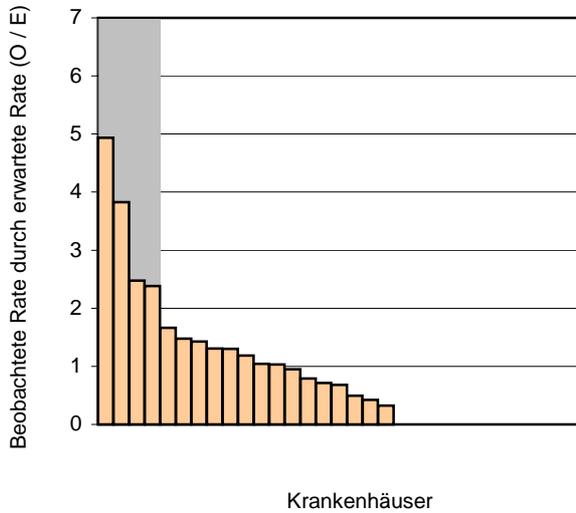
<sup>3</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/21n3-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 für QI-ID 50829, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

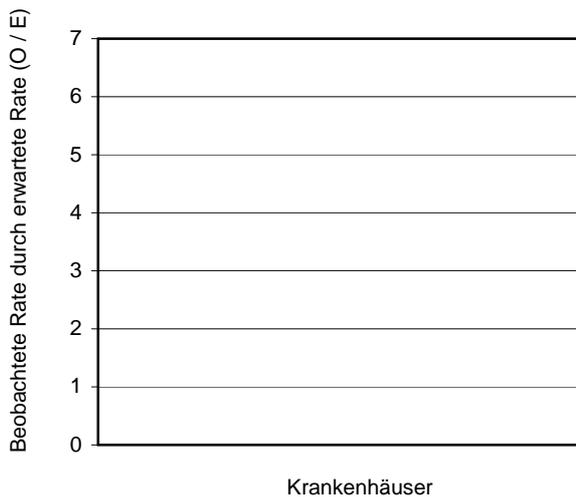
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	1,31	2,38	3,83	4,94

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**PCI**

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

**Indikator-ID:** (QI 6c): 2013/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			445 / 10.950	4,1% 3,7% - 4,5%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>1</sup> Dokumentation			42 / 361	11,6%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			403 / 10.589	3,8%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung			220 / 2.424	9,1%
Akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung			194 / 3.916	5,0%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			31 / 4.610	0,7%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			176 / 340	51,8%

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b> (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			436 / 11.543	3,8% 3,4% - 4,1%
Patienten mit <b>unvollständiger</b> <sup>2</sup> Dokumentation			49 / 324	15,1%
Patienten mit <b>vollständiger</b> Dokumentation			387 / 11.219	3,4%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

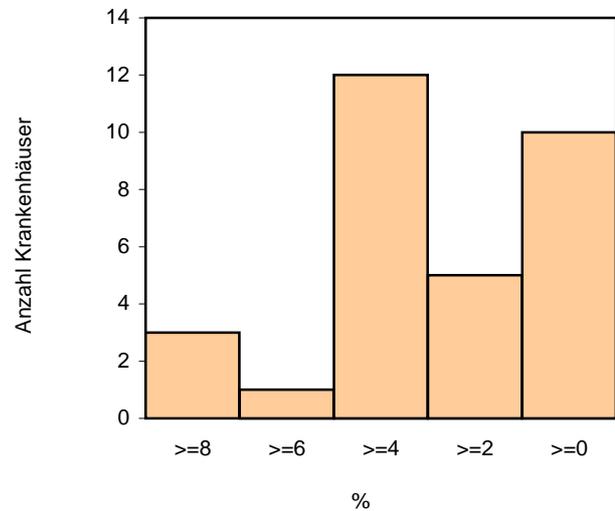
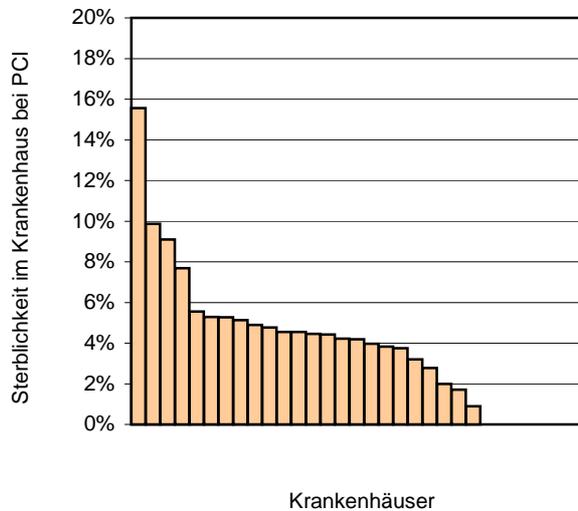
<sup>2</sup> bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2013/21n3-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 einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

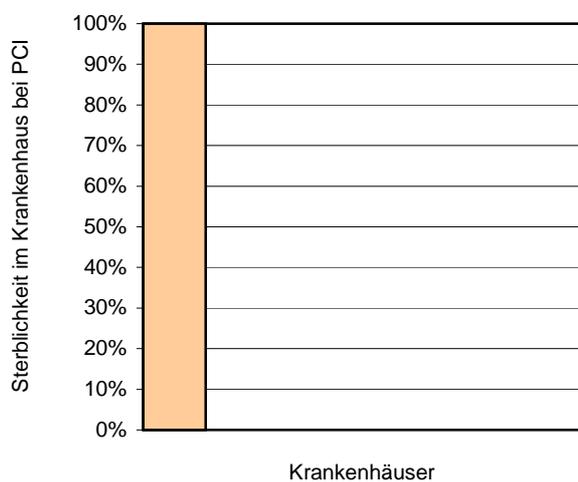
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,9	4,2	5,1	7,7	9,9	15,6

**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
	0,0			0,0	0,0	0,0			100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score für QI-ID 11863, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

**Indikator-ID:** (QI 6d): 2013/21n3-KORO-PCI/11863

**Referenzbereich:** <= 2,19 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2013			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
<b>Gesamt</b>			

Gesamt 2013			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E <sup>1</sup> )	Beobachtet (O <sup>2</sup> )	O - E <sup>3</sup>
0 - < 2%	50,82 / 6.894 0,74%	71 / 6.894 1,03%	0,29%
2 - < 4%	50,59 / 1.796 2,82%	74 / 1.796 4,12%	1,30%
4 - < 6%	34,15 / 703 4,86%	44 / 703 6,26%	1,40%
>= 6%	167,78 / 1.196 14,03%	214 / 1.196 17,89%	3,86%
<b>Gesamt</b>	303,34 / 10.589 2,86%	403 / 10.589 3,81%	0,94%

<sup>1</sup> E = erwartet

<sup>2</sup> O = observiert

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

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>		
beobachtet (O)		403 / 10.589 3,81%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		303,34 / 10.589 2,86%
O - E		0,94%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für QI-ID 11863.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E <sup>2</sup>		1,33
Vertrauensbereich		1,21 - 1,46
Referenzbereich	<= 2,19	<= 2,19

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

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		387 / 11.219 3,45%
vorhergesagt (E)		315,66 / 11.219 2,81%
O - E		0,64%
O / E		1,23
Vertrauensbereich		1,11 - 1,35

<sup>3</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			6.851 / 10.589	64,7%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			185 / 10.589	1,7%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			3.896 / 10.589	36,8%
Diabetes mellitus			3.785 / 10.589	35,7%
Weiblich			2.987 / 10.589	28,2%
Herzinsuffizienz			2.271 / 10.589	21,4%
Kardiogener Schock			294 / 10.589	2,8%
ACS <sup>1</sup> mit ST-Hebung			2.188 / 10.589	20,7%
ACS <sup>1</sup> ohne ST-Hebung			3.837 / 10.589	36,2%
PCI am Hauptstamm			341 / 10.589	3,2%
PCI am letzten Gefäß			40 / 10.589	0,4%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			2.188 / 10.589	20,7%

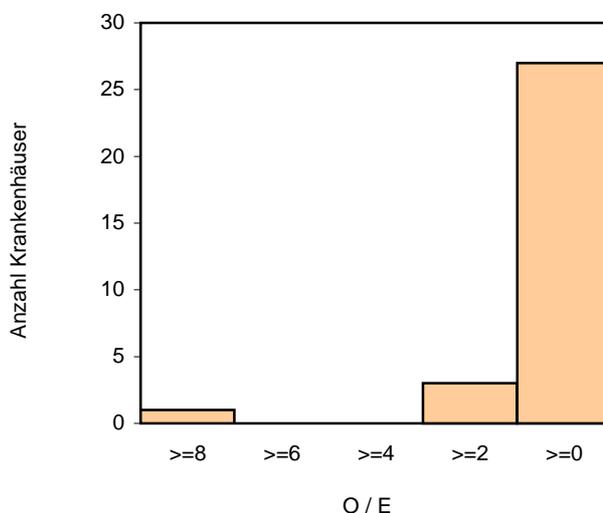
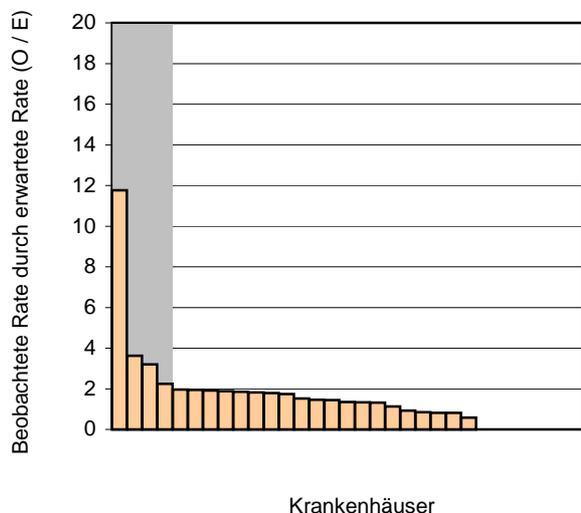
<sup>1</sup> ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/11863]:**

**Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger Dokumentation zum PCI-Score zum PCI-Score für QI-ID 11863, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

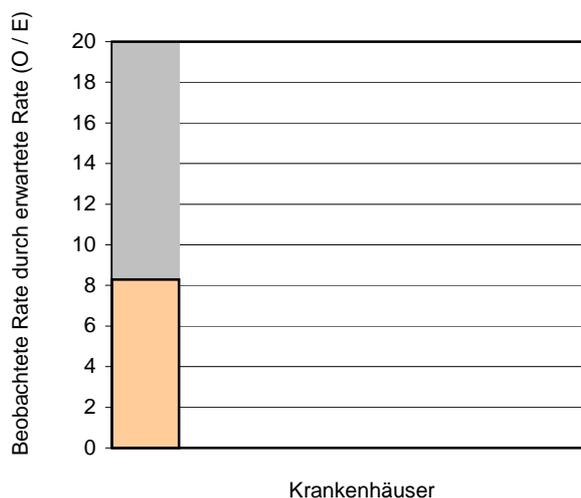
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,57	1,34	1,89	2,25	3,63	11,76

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 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			8,28

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Dokumentationsqualität

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 6e): 2013/21n3-KORO-PCI/2311

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

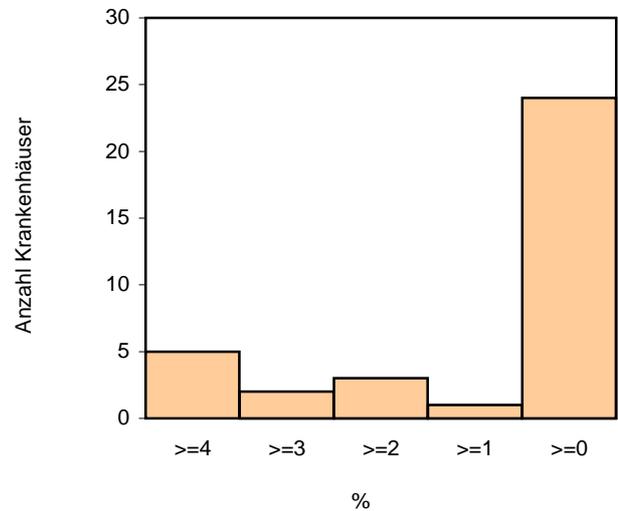
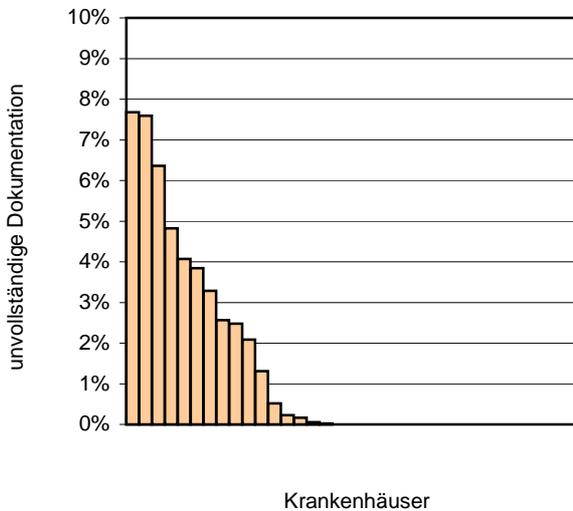
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			219 / 31.662	0,7%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			549 / 31.662	1,7%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			644 / 31.662	2,0%
Vertrauensbereich				1,9% - 2,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			573 / 33.156	1,7%
Vertrauensbereich				1,6% - 1,9%

<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

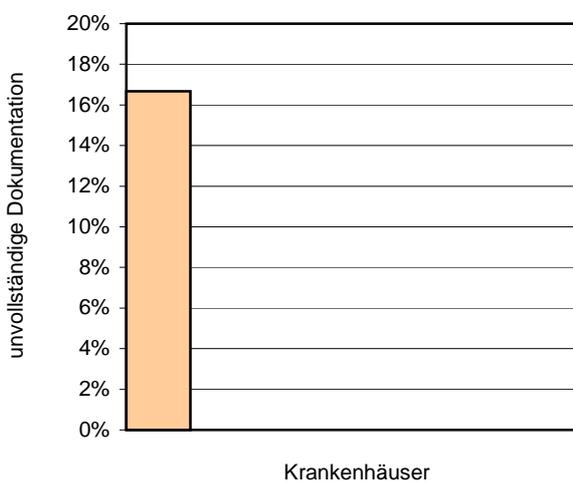
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6e, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2311]:**  
**Anteil von Patienten mit unvollständigen Angaben zum Diabetes mellitus oder zur Niereninsuffizienz an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 35 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	2,5	4,8	7,6	7,7

**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
	0,0			0,0	0,0	0,0			16,7

0 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 (QI 7a): 2013/21n3-KORO-PCI/419  
 Gruppe 2 (QI 7b): 2013/21n3-KORO-PCI/2073

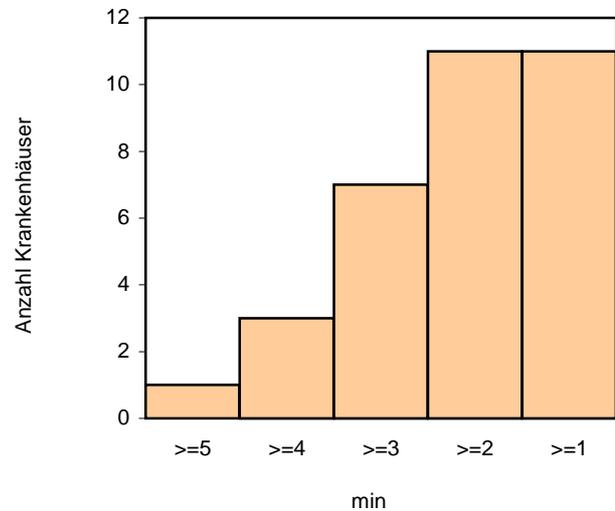
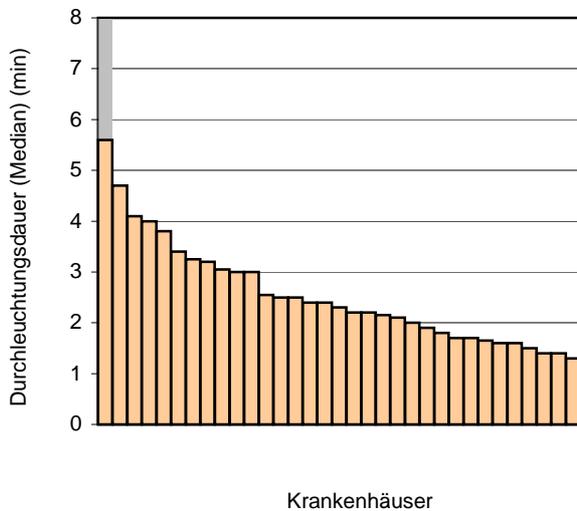
**Referenzbereich:** Gruppe 1: <= 5,0 min (Toleranzbereich)  
 Gruppe 2: <= 12,0 min (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Durchleuchtungsdauer (min)</b>				
Mittelwert			4,3	10,5
Median			2,5	8,0
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 12,0 min	<= 5,0 min	<= 12,0 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
<b>Durchleuchtungsdauer (min)</b>				
Mittelwert			4,0	10,1
Median			2,4	7,7

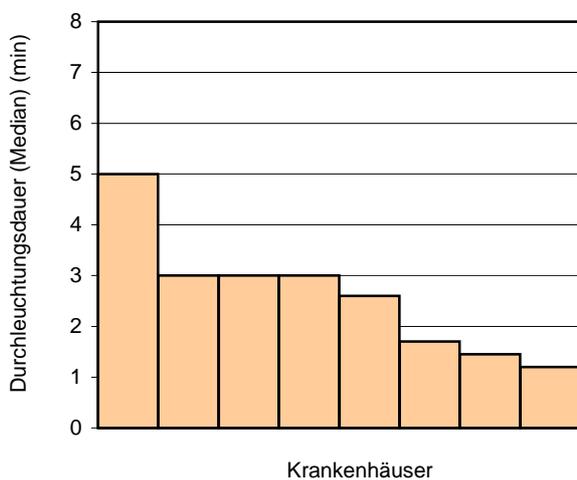
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/419]:  
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen isolierten Koronarangiographien**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,3	1,4	1,5	1,7	2,3	3,1	4,0	4,7	5,6

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



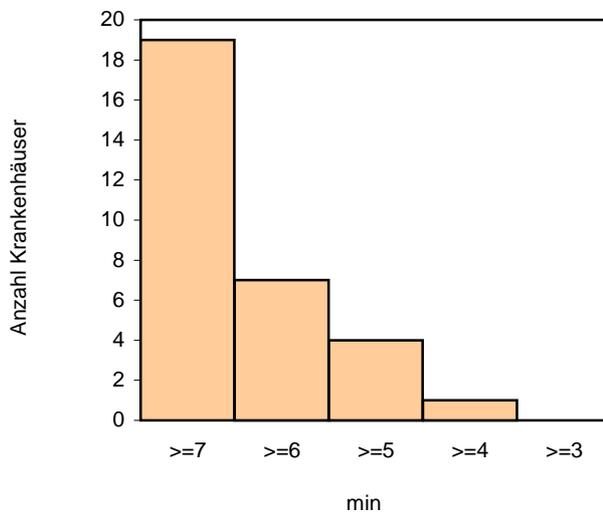
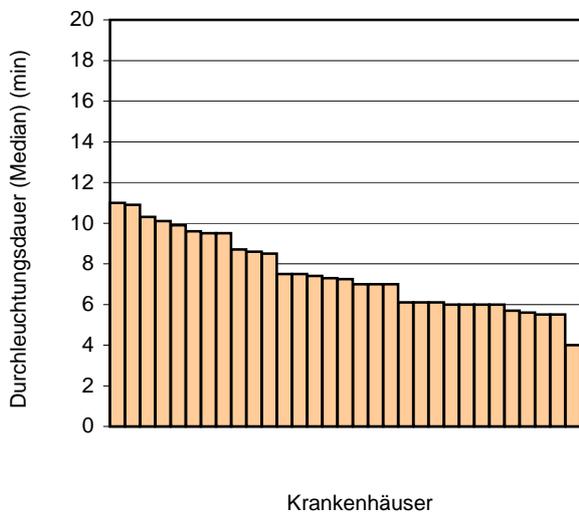
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,2			1,6	2,8	3,0			5,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2073]:  
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

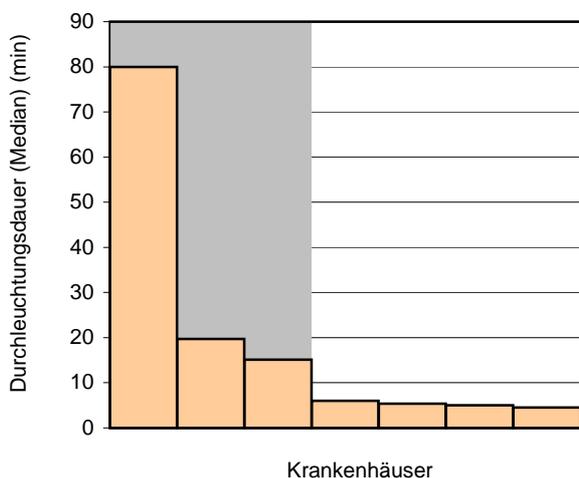
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,0	5,5	5,6	6,0	7,3	9,5	10,1	10,9	11,0

**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)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,5			5,0	6,0	19,7			80,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 8: Flächendosisprodukt

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 8a):	2013/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 8b):	2013/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 8c):	2013/21n3-KORO-PCI/50749	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 47,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 57,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 46,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Flächendosisprodukt (cGy*cm<sup>2</sup>)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>			5.355 / 21.116	25,4%
Vertrauensbereich				24,8% - 26,0%
Referenzbereich		<= 47,2%		<= 47,2%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>			439 / 1.150	38,2%
Vertrauensbereich				35,4% - 41,0%
Referenzbereich		<= 57,3%		<= 57,3%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>			2.355 / 10.343	22,8%
Vertrauensbereich				22,0% - 23,6%
Referenzbereich		<= 46,1%		<= 46,1%

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

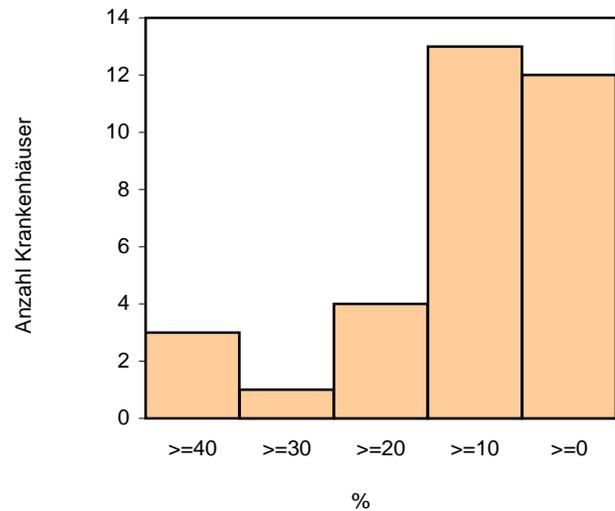
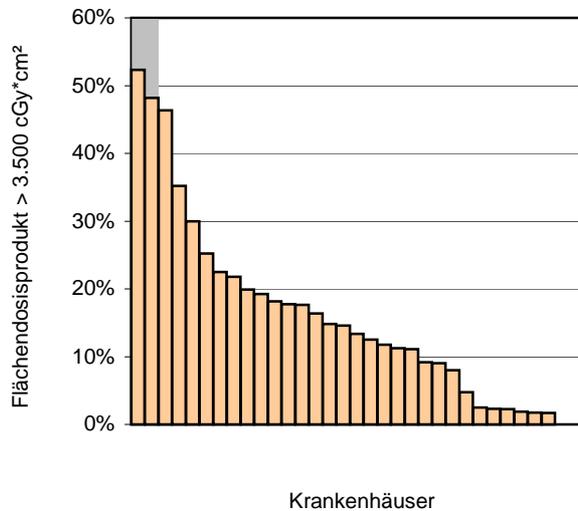
<sup>1</sup> Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy\*cm<sup>2</sup>.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12774]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

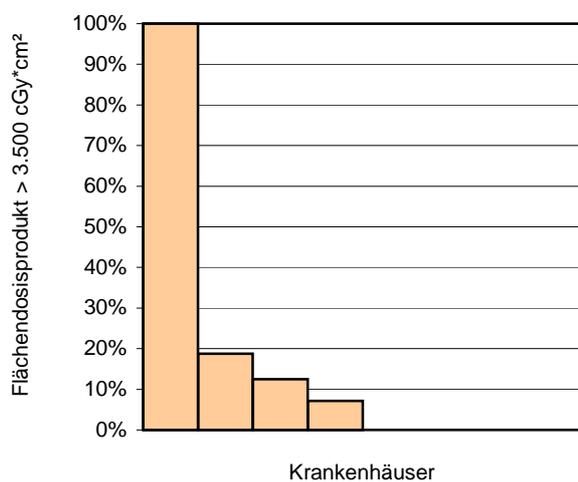
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,7	4,8	13,3	19,9	35,2	48,2	52,3

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

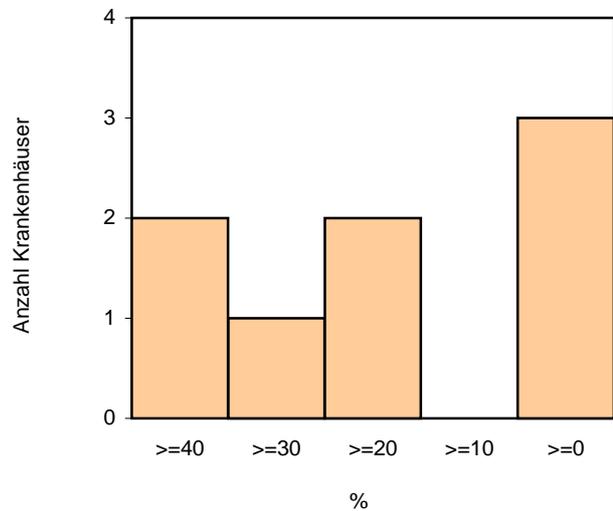
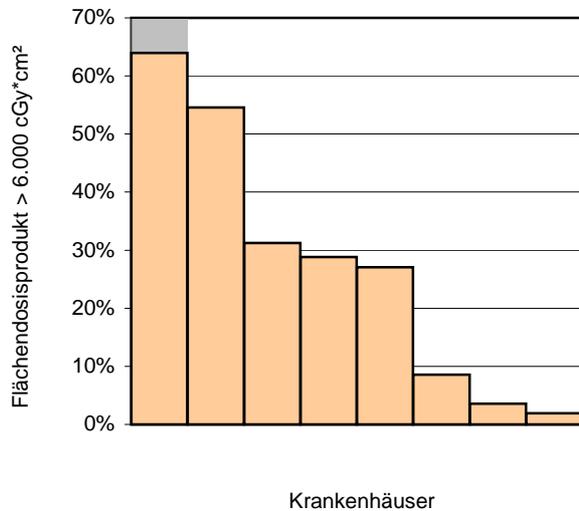


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	3,6	15,6			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

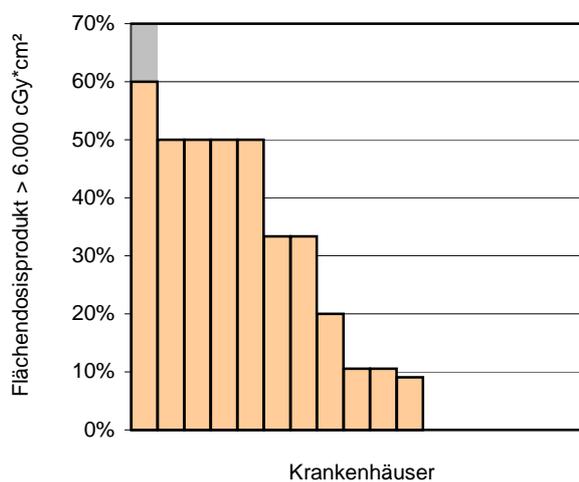
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12775]:  
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,9			6,1	27,9	42,9			63,9

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

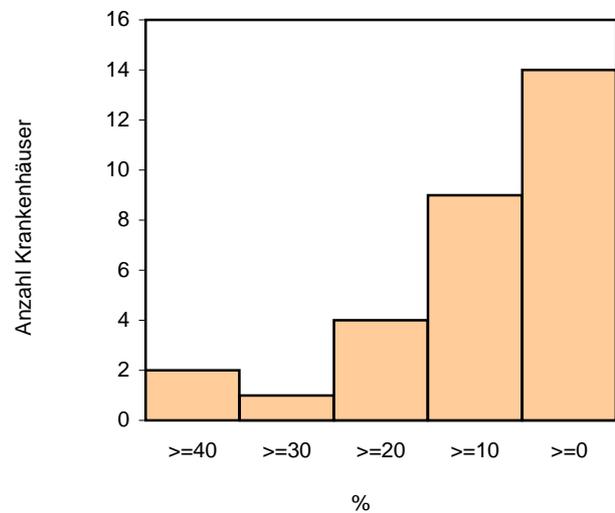
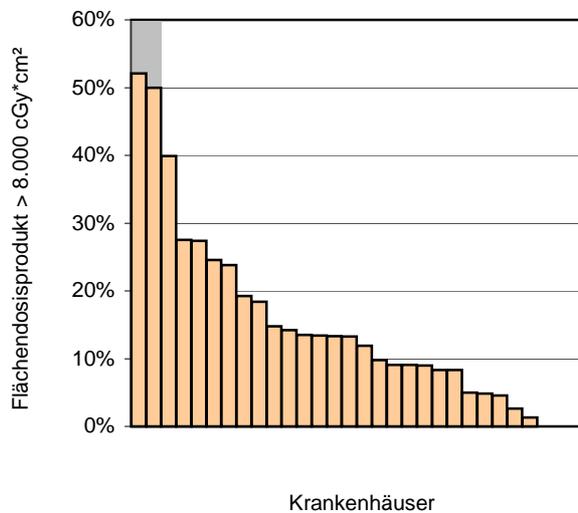


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	10,5	50,0	50,0		60,0

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

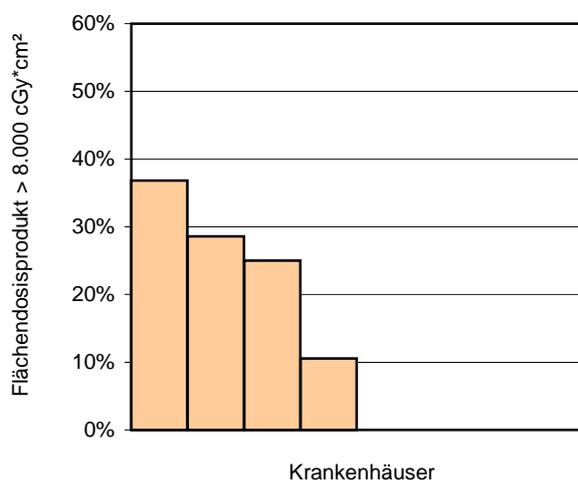
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50749]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup> an allen Einzeitig-PCI**

**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	0,7	5,0	12,6	19,2	33,7	50,0	52,1

**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	5,3	26,8			36,8

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Flächendosisprodukt nicht bekannt**

**Grundgesamtheit:** Alle Prozeduren

**Indikator-ID:** (QI 8d): 2013/21n3-KORO-PCI/12773

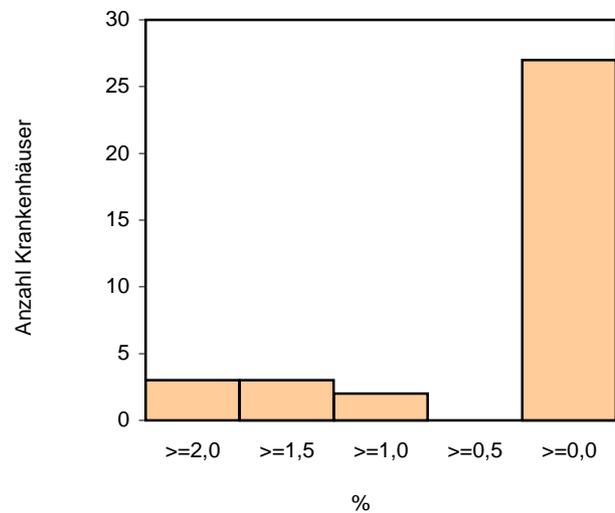
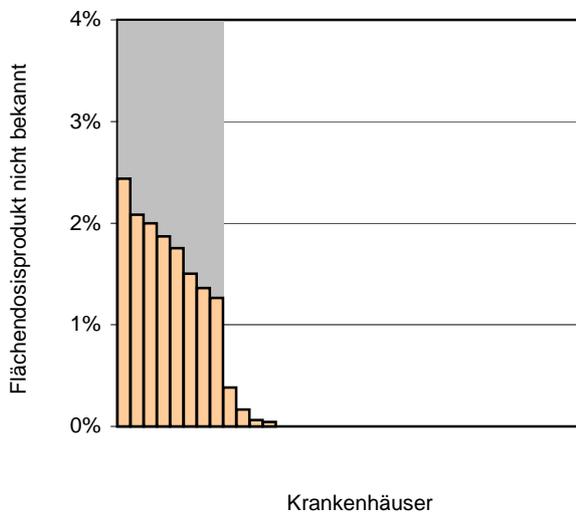
**Referenzbereich:** <= 0,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			61 / 32.695	 0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,2%
Referenzbereich		<= 0,9%		<= 0,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			143 / 34.427	 0,4%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,5%

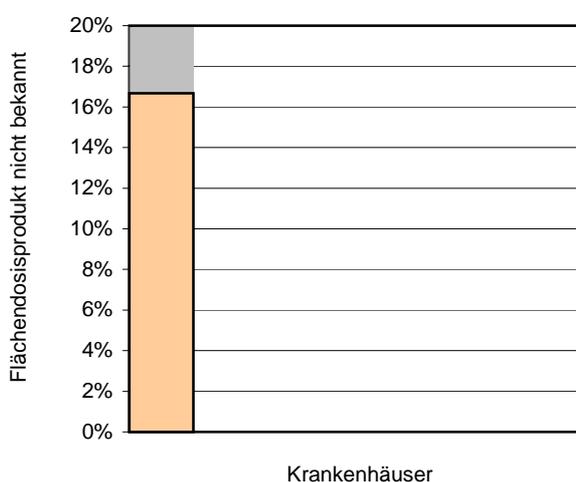
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12773]:  
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 35 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	0,4	1,9	2,1	2,4

**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
	0,0			0,0	0,0	0,0			16,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 9: Kontrastmittelmenge

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1 (QI 9a):	2013/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 9b):	2013/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 9c):	2013/21n3-KORO-PCI/51407	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 19,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 50,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 35,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

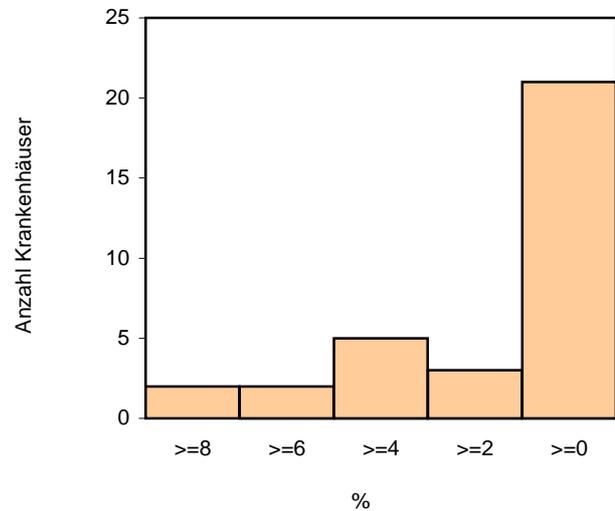
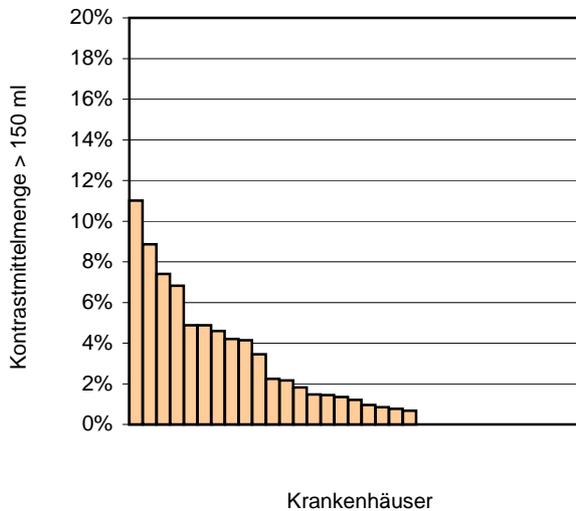
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			600 / 21.157	2,8%
Vertrauensbereich				2,6% - 3,1%
Referenzbereich		<= 19,7%		<= 19,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			199 / 1.153	17,3%
Vertrauensbereich				15,2% - 19,5%
Referenzbereich		<= 50,7%		<= 50,7%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			738 / 10.385	7,1%
Vertrauensbereich				6,6% - 7,6%
Referenzbereich		<= 35,7%		<= 35,7%

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

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

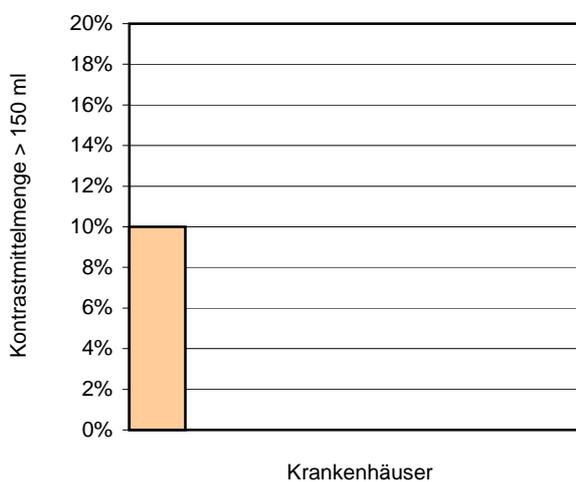
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51405]:  
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 33 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	1,2	4,1	6,8	8,9	11,0

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

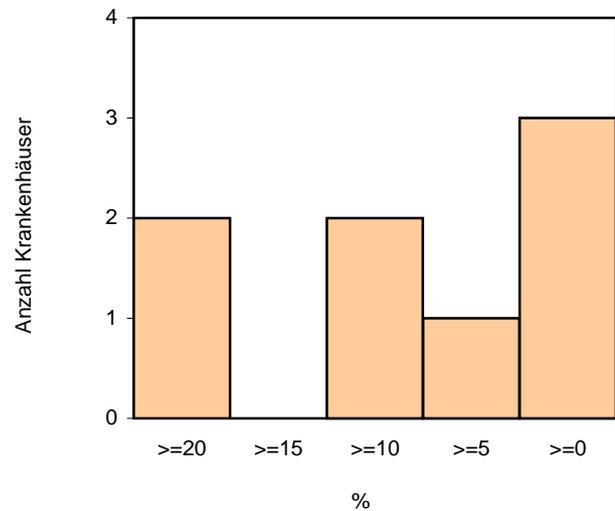
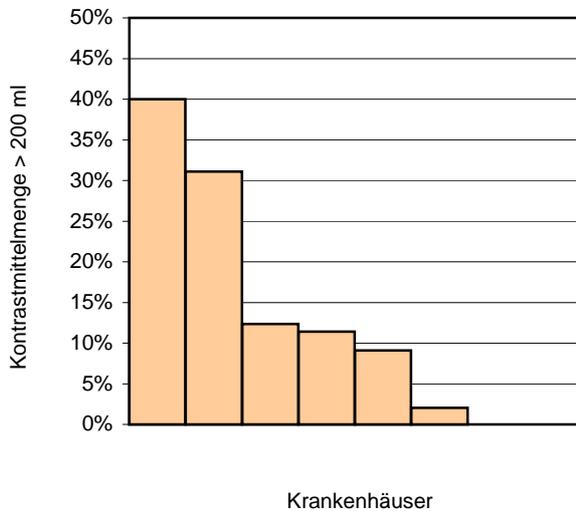


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			10,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

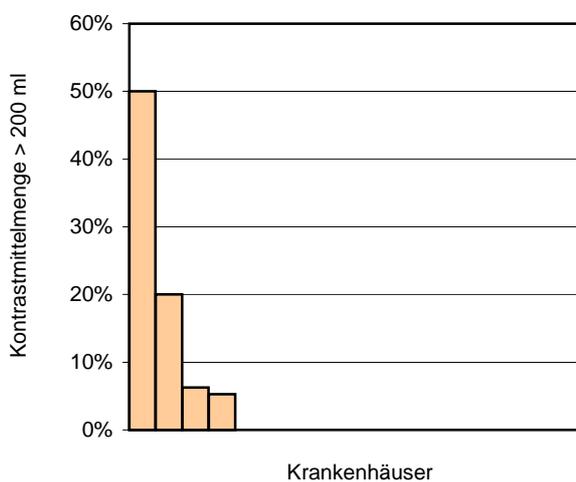
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51406]:  
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			1,0	10,3	21,7			40,0

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



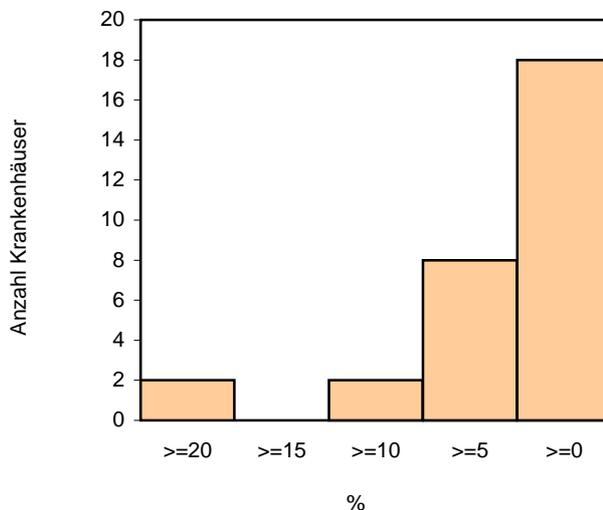
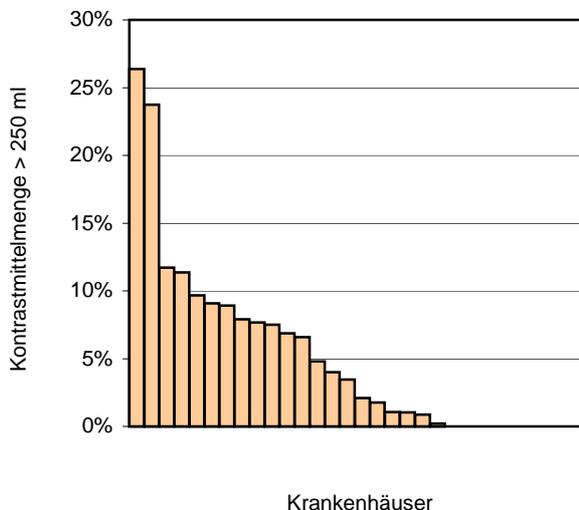
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	20,0		50,0

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51407]:  
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

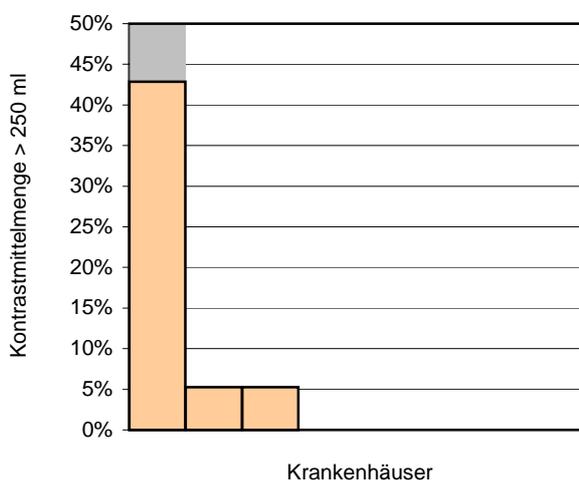
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	7,9	11,5	23,7	26,4

**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	5,3			42,9

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

## Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 42  
Anzahl Datensätze Gesamt: 31.662  
Datensatzversion: 21/3 2013  
Datenbankstand: 28. Februar 2014  
2013 - D14220-L89484-P43527

## Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			8.368	26,4	9.256	27,9
2. Quartal			8.154	25,8	8.244	24,9
3. Quartal			7.630	24,1	7.704	23,2
4. Quartal			7.510	23,7	7.952	24,0
Gesamt			31.662	100,0	33.156	100,0
<b>Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch (Verbringungsleistung)</b>			8.369	26,4	30.991	93,5
<b>Anzahl Prozeduren</b>			32.695		34.427	
<b>Anzahl PCI</b>			11.538		12.279	
<b>Anzahl Koronarangiographien</b>			31.542		32.942	

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

## Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			31.662		33.156	
18 – 29 Jahre			107 / 31.662	0,3	114 / 33.156	0,3
30 – 39 Jahre			335 / 31.662	1,1	363 / 33.156	1,1
40 – 49 Jahre			1.667 / 31.662	5,3	1.857 / 33.156	5,6
50 – 59 Jahre			4.940 / 31.662	15,6	5.118 / 33.156	15,4
60 – 69 Jahre			7.289 / 31.662	23,0	7.713 / 33.156	23,3
70 – 79 Jahre			12.361 / 31.662	39,0	12.732 / 33.156	38,4
>= 80 Jahre			4.963 / 31.662	15,7	5.259 / 33.156	15,9
<b>Alter (Jahre)</b>						
Median				71,0		71,0
Mittelwert				68,5		68,3
<b>Geschlecht</b>						
männlich			20.617	65,1	21.457	64,7
weiblich			11.045	34,9	11.699	35,3

## Vorgeschichte

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
<b>Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			18.578	58,7	19.273	58,1
ja			12.579	39,7	13.589	41,0
unbekannt			505	1,6	294	0,9
<b>Katheterintervention vor diesem Aufenthalt</b>						
nein			23.647	74,7	24.592	74,2
ja			7.585	24,0	8.328	25,1
unbekannt			430	1,4	236	0,7
<b>Zustand nach koronarer Bypass-Op</b>						
nein			29.108	91,9	30.489	92,0
ja			2.432	7,7	2.615	7,9
unbekannt			122	0,4	52	0,2
<b>Ejektionsfraktion unter 40%</b>						
nein			22.511	71,1	23.186	69,9
ja			4.473	14,1	4.654	14,0
fraglich			834	2,6	844	2,5
unbekannt			3.844	12,1	4.472	13,5
<b>Diabetes mellitus</b>						
nein			21.001	66,3	21.887	66,0
ja			10.442	33,0	11.014	33,2
unbekannt			219	0,7	255	0,8
<b>Niereninsuffizienz</b>						
nein			19.930	62,9	21.814	65,8
dialysepflichtig			597	1,9	704	2,1
nicht dialysepflichtig			10.586	33,4	10.170	30,7
unbekannt			549	1,7	468	1,4

### Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
<b>Akutes Koronarsyndrom</b> (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			21.983	69,4	22.870	69,0
ja			9.679	30,6	10.286	31,0
wenn nein:						
<b>andere klinische Befunde</b>						
<b>stabile Angina pectoris (nach CCS)</b>						
nein			9.199 / 21.983	41,8	9.319 / 22.870	40,7
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.194 / 21.983	10,0	2.233 / 22.870	9,8
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			6.645 / 21.983	30,2	6.974 / 22.870	30,5
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.971 / 21.983	13,5	3.306 / 22.870	14,5
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			974 / 21.983	4,4	1.038 / 22.870	4,5
<b>objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung</b> (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			6.948 / 21.983	31,6	6.831 / 22.870	29,9
ja			5.933 / 21.983	27,0	5.873 / 22.870	25,7
fraglich			2.016 / 21.983	9,2	2.183 / 22.870	9,5
nicht geprüft			7.086 / 21.983	32,2	7.983 / 22.870	34,9
<b>kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe</b>						
nein			7.042 / 21.983	32,0	7.606 / 22.870	33,3
ja			14.941 / 21.983	68,0	15.264 / 22.870	66,7
<b>sonstige Symptomatik</b> (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			13.046 / 21.983	59,3	13.407 / 22.870	58,6
ja			8.937 / 21.983	40,7	9.463 / 22.870	41,4

## Prozedur

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			32.695		34.427	
<b>Postprozedurale Verweildauer (Tage)</b>			32.695		34.427	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,5		4,5
<b>Manifeste Herzinsuffizienz</b>						
nein			25.420	77,7	27.226	79,1
ja			7.275	22,3	7.201	20,9
wenn ja						
<b>bei Prozedurbeginn kardiogener Schock</b>			566 / 7.275	7,8	585 / 7.201	8,1
<b>Art der Prozedur</b>						
Diagnostische Koronarangiographie			21.157	64,7	22.148	64,3
PCI			1.153	3,5	1.485	4,3
einzeitig Koronarangiographie und PCI			10.385	31,8	10.794	31,4

## Koronarangiographie

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			31.542		32.942	
<b>Führende Indikation zur Koronarangiographie</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			11.741	37,2	12.231	37,1
bekannte KHK			6.543	20,7	6.821	20,7
akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			6.538	20,7	6.896	20,9
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.543	8,1	2.684	8,1
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			285	0,9	284	0,9
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			386	1,2	450	1,4
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			1.025	3,2	988	3,0
Vitium			2.073	6,6	2.137	6,5
Sonstige			408	1,3	451	1,4

### Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			31.542		32.942	
<b>Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.473	11,0	3.779	11,5
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			6.444	20,4	6.344	19,3
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			16.253	51,5	16.915	51,3
Kardiomyopathie			1.231	3,9	1.316	4,0
Herzklappenvitium			1.688	5,4	1.864	5,7
Aortenaneurysma			83	0,3	109	0,3
hypertensive Herzerkrankung			1.298	4,1	1.525	4,6
andere kardiale Erkrankung			1.072	3,4	1.090	3,3

### Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Koronarangiographien</b>			31.542		32.942	
<b>Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			675	2,1	790	2,4
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			746	2,4	782	2,4
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			913	2,9	857	2,6
Kardiomyopathie			897	2,8	1.022	3,1
Herzklappenvitium			738	2,3	757	2,3
Aortenaneurysma			59	0,2	76	0,2
hypertensive Herzerkrankung			1.462	4,6	1.438	4,4
andere kardiale Erkrankung			792	2,5	1.450	4,4
<b>Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter</b> (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			817	2,6	662	2,0
medikamentös			14.960	47,4	15.629	47,4
interventionell			11.231	35,6	12.154	36,9
herzchirurgisch			3.894	12,3	3.807	11,6
Sonstige			640	2,0	690	2,1

**PCI**

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			11.538		12.279	
<b>Indikation zur PCI</b>						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.656	31,7	3.894	31,7
akutes Koronarsyndrom <b>ohne</b> ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			4.124	35,7	4.266	34,7
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.223	19,3	2.445	19,9
akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>nach</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)			270	2,3	256	2,1
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.086	9,4	1.212	9,9
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			18	0,2	17	0,1
Sonstige			161	1,4	189	1,5
wenn akutes Koronarsyndrom <b>mit</b> ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) <b>bis</b> 24 h nach Stellung der Diagnose)						
<b>Fibrinolyse vor der Prozedur</b>						
nein			2.008 / 2.223	90,3	2.232 / 2.445	91,3
ja			110 / 2.223	4,9	119 / 2.445	4,9
unbekannt			105 / 2.223	4,7	94 / 2.445	3,8

**PCI (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl PCI</b>			11.538		12.279	
<b>PCI an</b>						
einem Versorgungsgebiet			10.557	91,5	11.199	91,2
zwei Versorgungsgebieten			935	8,1	1.028	8,4
drei Versorgungsgebieten			46	0,4	52	0,4
<b>PCI mit besonderen Merkmalen</b>						
nein			7.879	68,3	8.506	69,3
ja			3.659	31,7	3.773	30,7
wenn ja						
<b>PCI an komplettem Gefäßverschluss</b>			2.492 / 3.659	68,1	2.619 / 3.773	69,4
<b>PCI eines Koronarbypasses</b>			226 / 3.659	6,2	238 / 3.773	6,3
<b>PCI an ungeschütztem Hauptstamm</b>			398 / 3.659	10,9	370 / 3.773	9,8
<b>PCI einer Ostiumstenose LAD/RCA/RCA</b>			857 / 3.659	23,4	837 / 3.773	22,2
<b>PCI an letztem verbliebenen Gefäß</b>			48 / 3.659	1,3	54 / 3.773	1,4
<b>Stent(s) implantiert</b>						
nein			1.204	10,4	1.298	10,6
ja			10.334	89,6	10.981	89,4
<b>Wesentliches Interventionsziel erreicht</b> (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			612	5,3	691	5,6
ja			10.777	93,4	11.472	93,4
fraglich			149	1,3	116	0,9

## Prozedurdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			32.695		34.427	
<b>Durchleuchtungszeit (min)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)			32.585		34.331	
Median				4,1		4,0
Mittelwert				6,5		6,2
<b>Flächendosisprodukt (cGy*cm²)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)			32.609		34.270	
Median				2.581,0		2.785,0
Mittelwert				3.880,1		4.021,8
Angabe „nicht bekannt“			61	0,2	143	0,4
<b>Kontrastmittelmenge (ml)</b>						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			32.695		34.427	
Median				75,0		75,0
Mittelwert				94,8		93,3

### Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Prozeduren</b>			32.695		34.427	
<b>Intraprozedural auftretende Ereignisse</b>						
nein			32.322	98,9	34.072	99,0
ja			373	1,1	355	1,0
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
<b>koronarer Verschluss</b>			73	0,2	76	0,2
<b>TIA/Schlaganfall</b>			18	0,1	14	0,0
<b>Reanimation</b>			146	0,4	151	0,4
<b>Sonstige</b>			163	0,5	150	0,4
<b>Exitus im Herzkatheterlabor</b>			41	0,13	56	0,16

## Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
<b>Postprozedural festgestellte Komplikationen</b>						
nein			30.064	95,0	31.471	94,9
ja			1.598	5,0	1.685	5,1
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
<b>Herzinfarkt</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			31	0,1	46	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			4	0,0	7	0,0
<b>TIA/Schlaganfall</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			33	0,1	21	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			24	0,1	23	0,1
<b>Lungenembolie</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			1	0,0	5	0,0
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,0	6	0,0
<b>Komplikationen an der Punktionsstelle</b> (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			343	1,1	385	1,2
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			31	0,1	45	0,1
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			73 / 374	19,5	85 / 430	19,8
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			301 / 374	80,5	345 / 430	80,2

**Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
<b>Reanimation</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			133	0,4	159	0,5
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			48	0,2	65	0,2
<b>Sonstige (z. B. Sepsis)</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			156	0,5	178	0,5
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			497	1,6	464	1,4
<b>Tod</b>						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			275	0,9	299	0,9
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			440	1,4	464	1,4
<b>Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?</b>			1.740 / 31.662	5,5	1.964 / 33.156	5,9

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl Patienten</b>			31.662		33.156	
01: regulär beendet			27.863	88,0	28.370	85,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			462	1,5	670	2,0
03: aus sonstigen Gründen			22	0,1	13	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			141	0,4	129	0,4
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			17	0,1	5	0,0
06: Verlegung			1.536	4,9	1.617	4,9
07: Tod			756	2,4	819	2,5
08: Verlegung nach § 14			143	0,5	150	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			447	1,4	493	1,5
10: in Pflegeeinrichtung			66	0,2	67	0,2
11: in Hospiz			3	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			2	0,0	445	1,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	5	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	2	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			9	0,0	4	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	7	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			188	0,6	19	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	178	0,5
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	18	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	137	0,4
22: Fallabschluss			5	0,0	6	0,0

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

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                              | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-<br>bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere<br>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-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§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<br>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<br>voll- und teilstationärer Behandlung  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen                |  |

## Koronarangiographie und PCI Risikoadjustierung mit dem logistischen KORO/PCI-Score

Das ursprünglich durch das BQS-Institut auf der Basis der Daten des Erfassungsjahres 2006 entwickelte logistische Regessionsmodell für die "Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI" wurde – ebenso wie das Modell für "Sterblichkeit im Krankenhaus bei Koronarangiographie" – auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 erneut aktualisiert. Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de).

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung erneut aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

## 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 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sqg.de](http://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 2013.

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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 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.

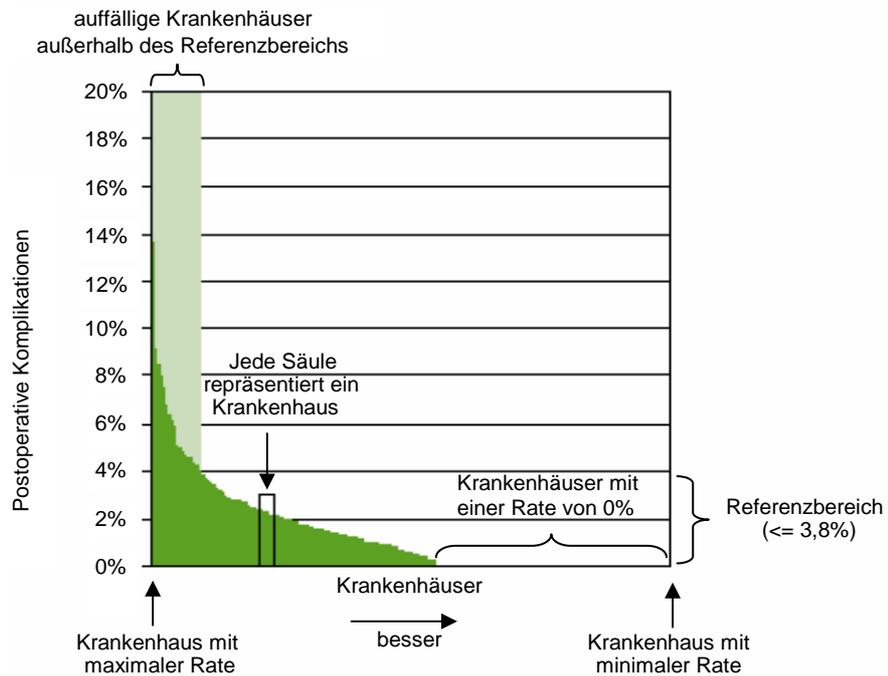
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 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.

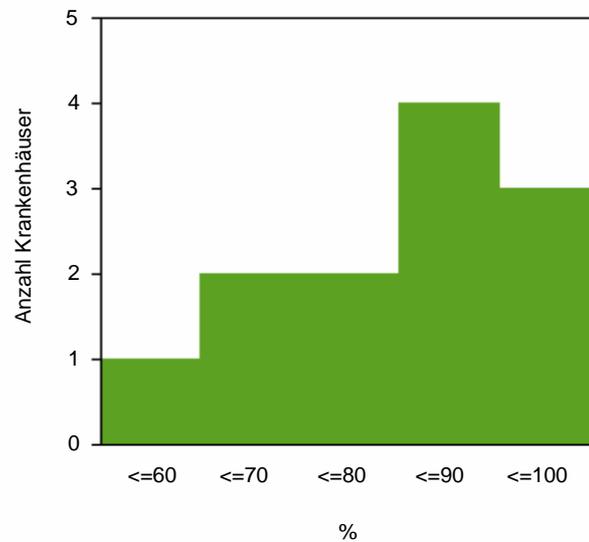
### Beispiel:

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. Darstellung Median/Mittelwert

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

### 6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7. Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

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.