

Jahresauswertung 2014 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 43
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.846
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15341-L96916-P46579

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2014
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 43
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.846
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15341-L96916-P46579

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		32.784	8
dokumentierte PCI pro Jahr		12.199	8

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/21n3-KORO-PCI/52331							
QI 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie							
			43,08%	>= 20,87%	innerhalb	38,03%	10
2014/21n3-KORO-PCI/52256							
QI 2: Indikation zur isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund							
			25,68%	nicht definiert	-	28,17%	12

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 3: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI							
3a: 2014/21n3-KORO-PCI/52332							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"							
			89,40%	>= 78,26%	innerhalb	-	14
3b: 2014/21n3-KORO-PCI/52333							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt							
			94,39%	>= 89,09%	innerhalb	-	16
QI 4: MACCE							
4a: 2014/21n3-KORO-PCI/414							
MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,48%	nicht definiert	-	1,47%	18
4b: 2014/21n3-KORO-PCI/415							
MACCE bei PCI							
			5,12%	nicht definiert	-	4,87%	21
4c: 2014/21n3-KORO-PCI/2232							
MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts							
			10,09%	nicht definiert	-	9,70%	25

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus							
5a: 2014/21n3-KORO-PCI/416							
Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,32%	nicht definiert	-	1,28%	27
5b: 2014/21n3-KORO-PCI/52341							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,86	<= 2,56	innerhalb	-	29
5c: 2014/21n3-KORO-PCI/417							
Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			4,02%	nicht definiert	-	4,06%	31
5d: 2014/21n3-KORO-PCI/52342							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			0,89	<= 2,36	innerhalb	-	35
5e: 2014/21n3-KORO-PCI/2311							
Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz			1,04%	<= 4,21%	innerhalb	2,03%	40

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 6: Flächendosisprodukt							
6a: 2014/21n3-KORO-PCI/12774							
Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²							
			22,61%	<= 43,92%	innerhalb	25,38%	42
6b: 2014/21n3-KORO-PCI/12775							
Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²							
			35,77%	<= 54,02%	innerhalb	38,33%	42
6c: 2014/21n3-KORO-PCI/50749							
Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²							
			21,71%	<= 43,65%	innerhalb	22,90%	42
6d: 2014/21n3-KORO-PCI/12773							
Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts							
			1,84%	<= 1,70%	außerhalb	0,19%	46

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 7: Kontrastmittelmenge							
7a: 2014/21n3-KORO-PCI/51405							
Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml							
			2,72%	<= 18,12%	innerhalb	2,84%	48
7b: 2014/21n3-KORO-PCI/51406							
Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml							
			14,25%	<= 45,50%	innerhalb	17,26%	48
7c: 2014/21n3-KORO-PCI/51407							
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml							
			7,13%	<= 34,33%	innerhalb	7,11%	48

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

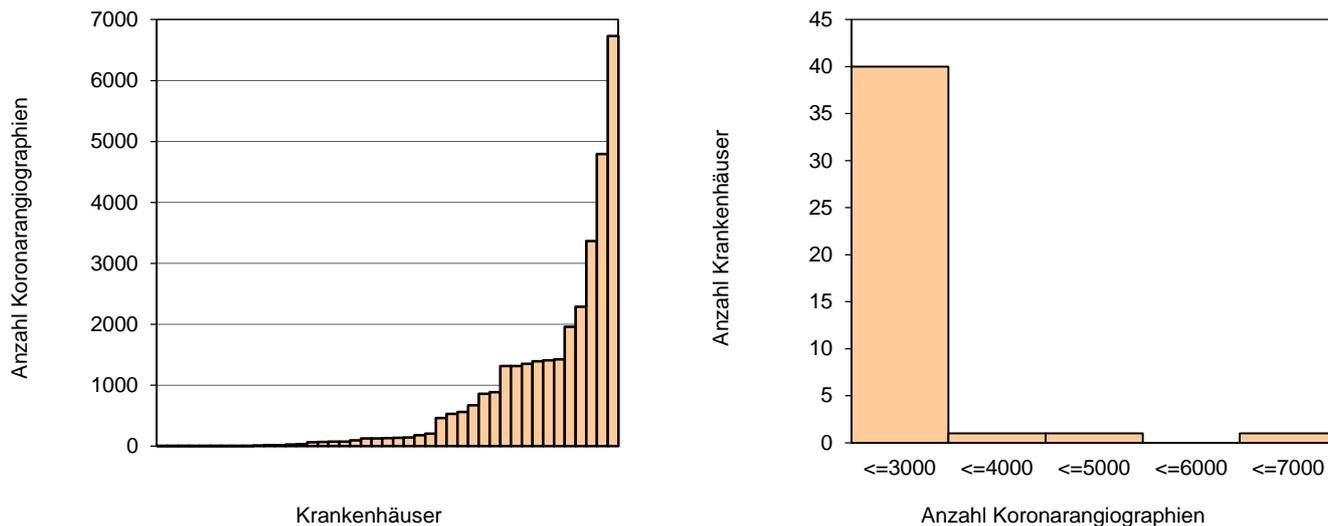
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			32.784	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			12.199	100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			31.542	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			11.538	100,00%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

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

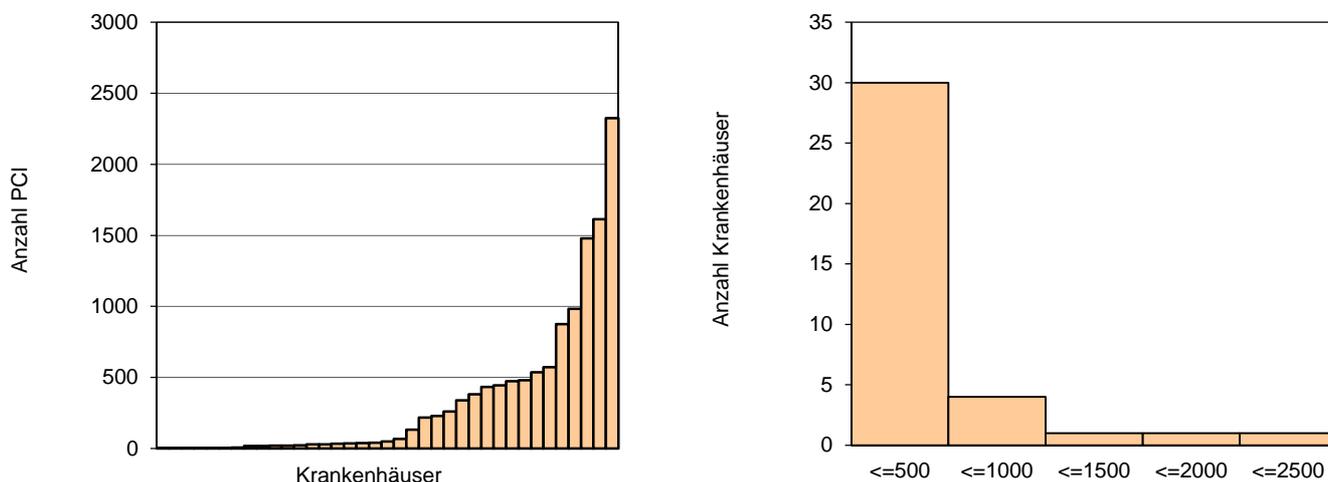


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	1,00	2,00	12,00	128,00	1.313,00	1.954,00	3.367,00	6.731,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/43868]:
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,00	1,00	2,00	19,00	49,00	443,00	982,00	1.613,00	2.325,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Indikator-ID: 2014/21n3-KORO-PCI/52331

Referenzbereich: >= 20,87% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			7.487 / 12.830	58,36%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			8.862 / 12.830	69,07%
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			5.527 / 12.830	43,08%
Vertrauensbereich				42,22% - 43,94%
Referenzbereich		>= 20,87%		>= 20,87%

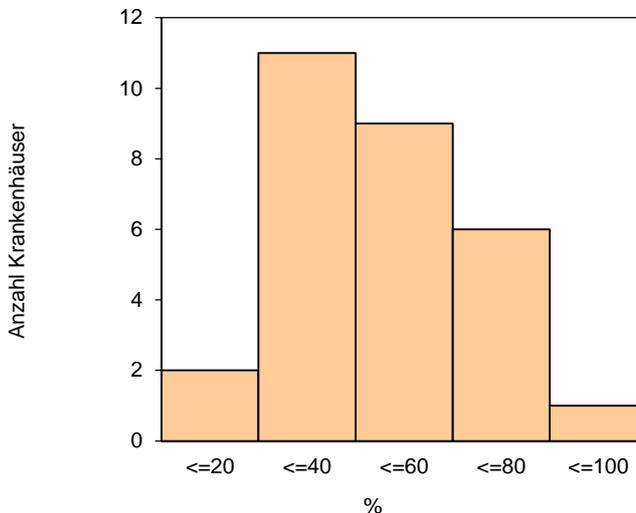
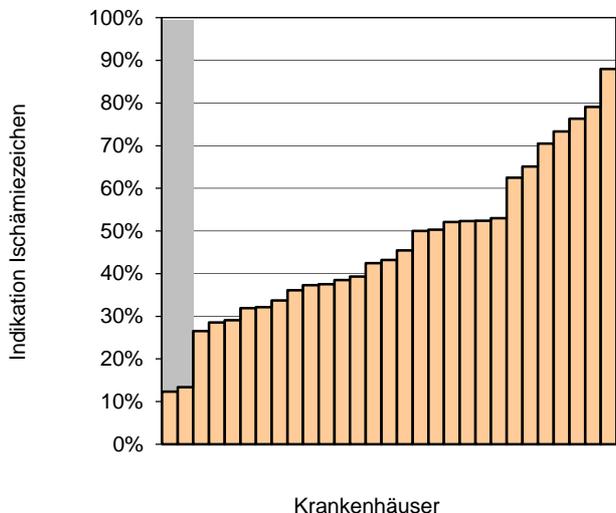
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			4.957 / 13.034	38,03%
Vertrauensbereich				37,20% - 38,87%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52331]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

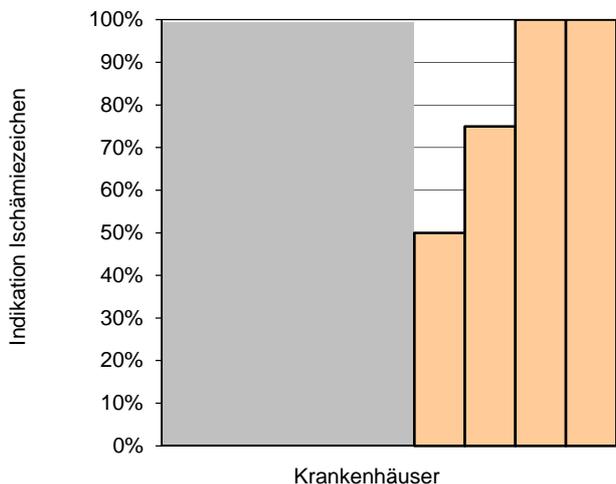
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,34	13,33	26,53	33,73	43,22	53,02	76,30	79,13	87,97

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	75,00			100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Der Anteil durchgeführter isolierter Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) an allen durchgeführten isolierten Koronarangiographien soll niedrig sein

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

Indikator-ID: 2014/21n3-KORO-PCI/52256

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

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

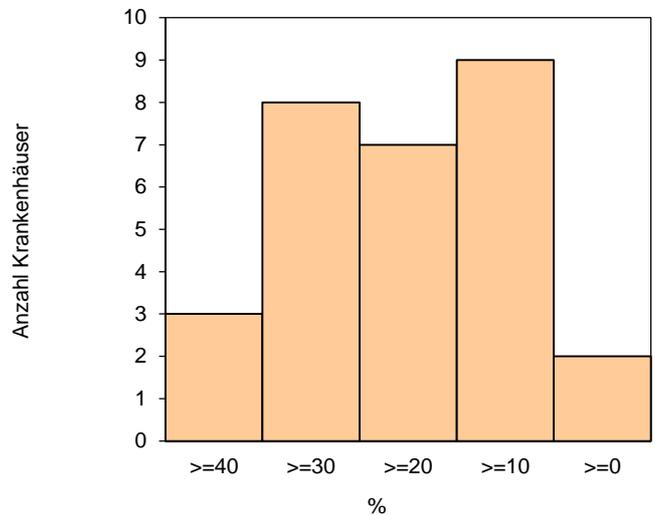
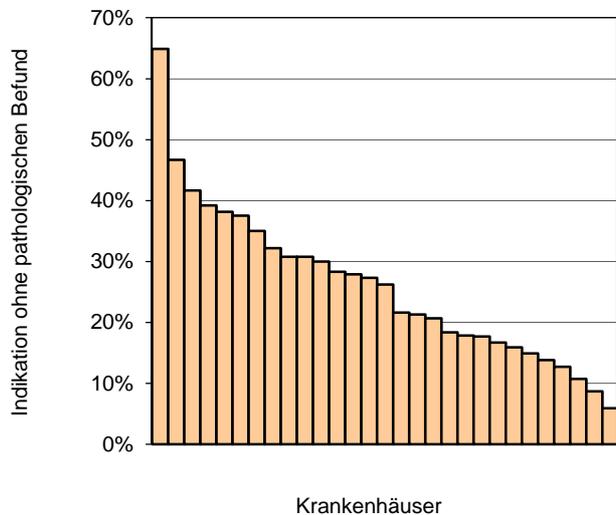
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			2.560 / 9.088	28,17%
Vertrauensbereich				27,25% - 29,10%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52256]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

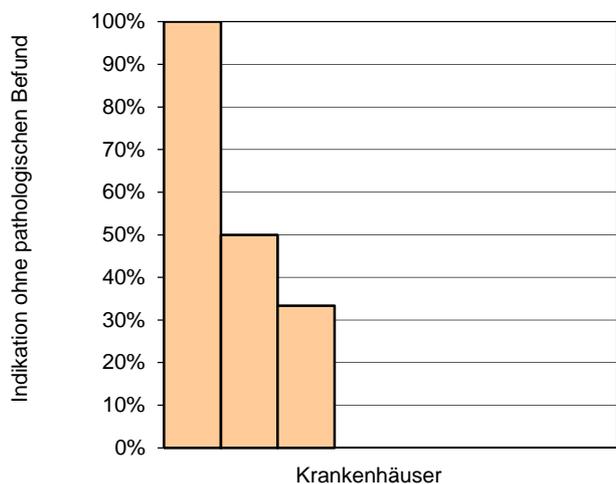
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,92	8,70	10,72	16,67	26,19	32,17	41,67	46,67	64,91

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	41,67			100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Qualitätsziel: Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

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

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

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/21n3-KORO-PCI/52332

Referenzbereich: >= 78,26% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			2.032 / 2.273	89,40%
Vertrauensbereich				88,06% - 90,60%
Referenzbereich		>= 78,26%		>= 78,26%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

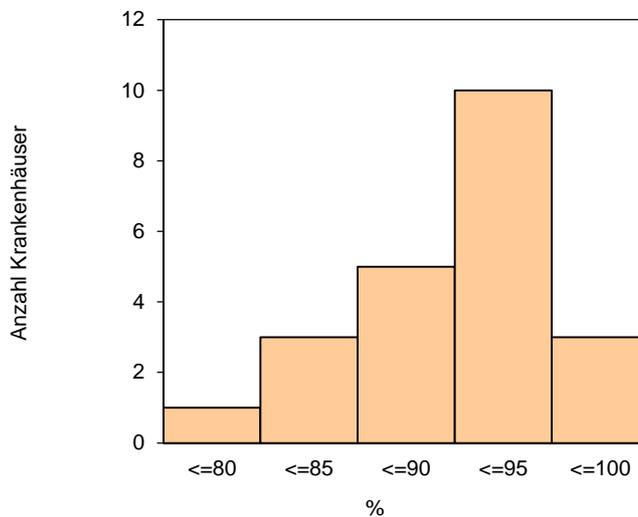
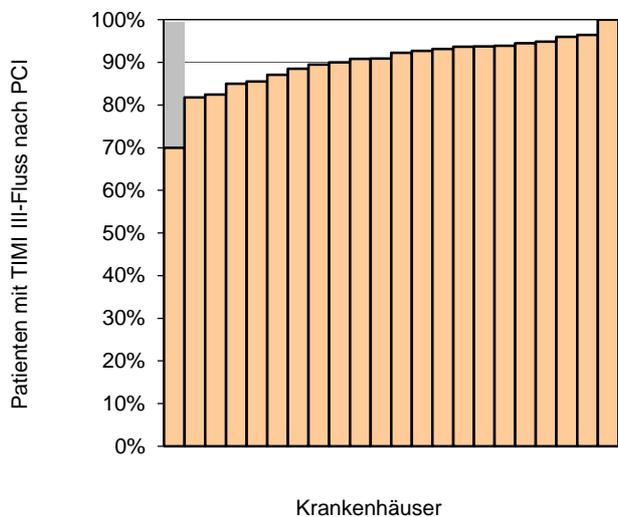
¹ Auf Grund eines neu eingeführten Datenfeldes im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52332]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

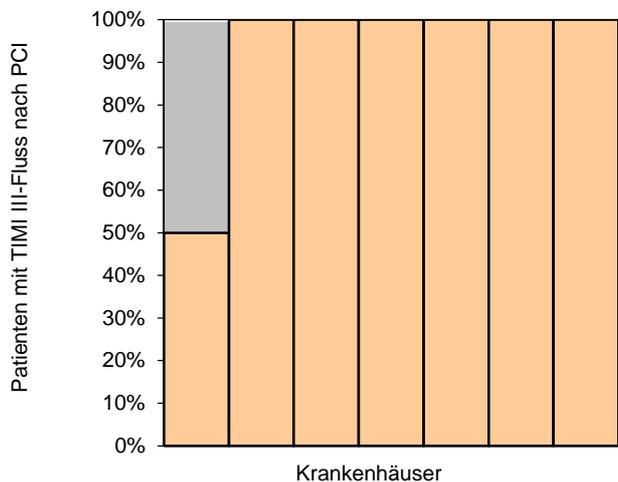
22 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,00	81,82	82,45	87,08	91,60	93,88	96,00	96,47	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI
Indikator-ID: (QI 3b): 2014/21n3-KORO-PCI/52333
Referenzbereich: >= 89,09% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

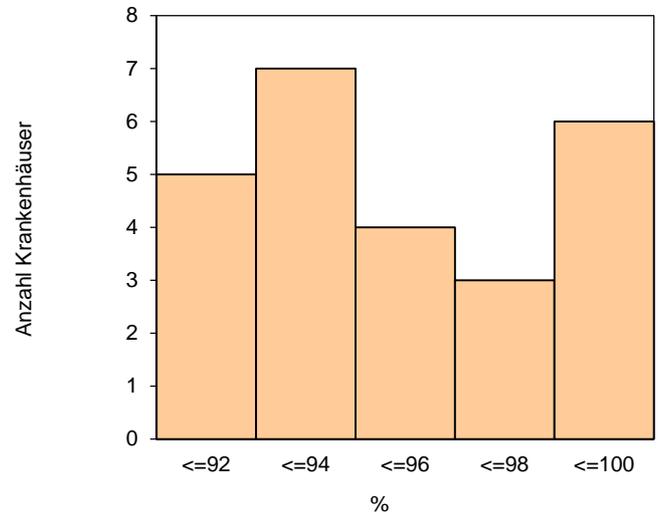
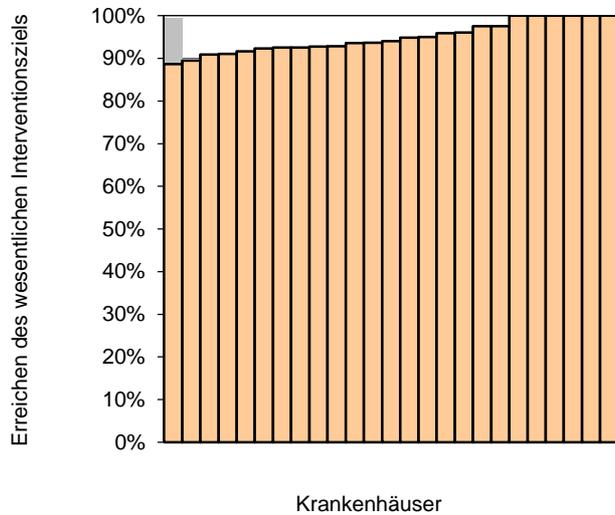
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			6.515 / 6.902	94,39%
Vertrauensbereich				93,83% - 94,91%
Referenzbereich		>= 89,09%		>= 89,09%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund geänderter Schlüsselwerte eines Datenfeldes im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

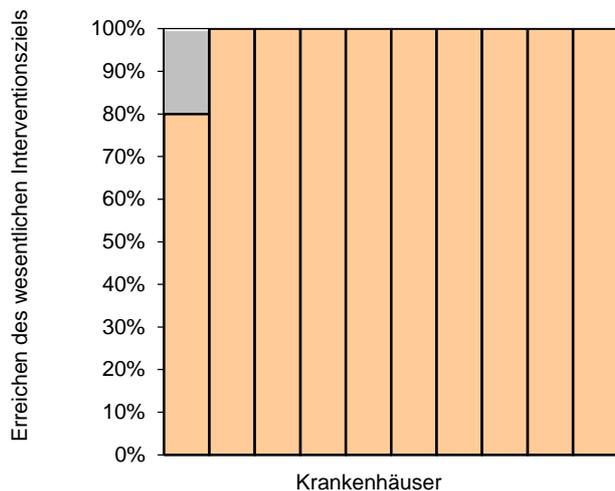
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52333]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,66	89,47	90,91	92,56	94,09	97,59	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00		90,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: MACCE

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

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 4a): 2014/21n3-KORO-PCI/414

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

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	182 / 3.588 5,07%	87 / 14.305 0,61%	283 / 19.146 1,48%
Vertrauensbereich			1,32% - 1,66%
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	101 / 1.459 6,92%	45 / 5.235 0,86%	150 / 7.032 2,13%
Patienten mit Diabetes mellitus	45 / 556 8,09%	16 / 1.981 0,81%	62 / 2.639 2,35%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	36 / 62 58,06%	4 / 19 21,05%	42 / 86 48,84%
Alter < 75 Jahre	81 / 2.129 3,80%	42 / 9.070 0,46%	133 / 12.114 1,10%
Patienten mit Diabetes mellitus	29 / 603 4,81%	14 / 2.662 0,53%	44 / 3.450 1,28%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	32 / 70 45,71%	8 / 27 29,63%	40 / 99 40,40%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	168 / 3.327 5,05%	90 / 14.013 0,64%	278 / 18.972 1,47%
Vertrauensbereich			1,30% - 1,65%

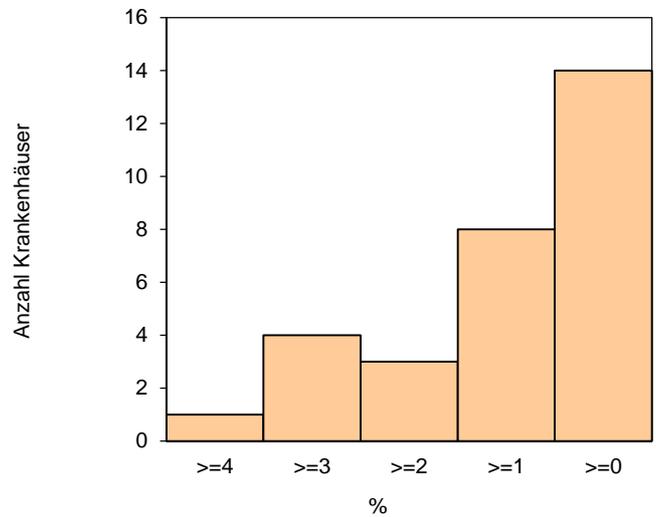
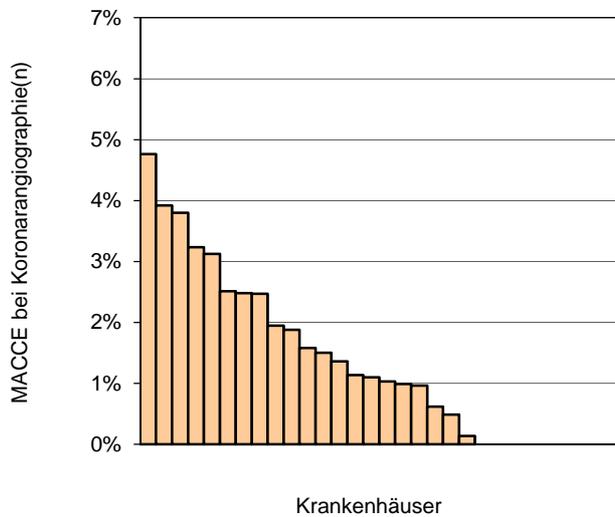
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/414]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

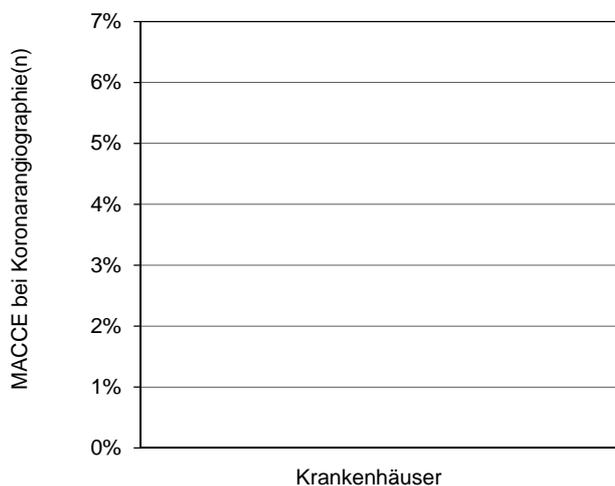
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,07	2,47	3,52	3,92	4,76

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 4b): 2014/21n3-KORO-PCI/415

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

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	500 / 6.367 7,85%	89 / 5.039 1,77%	594 / 11.594 5,12%
Vertrauensbereich			4,74% - 5,54%
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	260 / 2.341 11,11%	50 / 1.902 2,63%	314 / 4.318 7,27%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	116 / 961 12,07%	17 / 846 2,01%	134 / 1.830 7,32%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	105 / 426 24,65%	11 / 257 4,28%	116 / 685 16,93%
Patienten mit Niereninsuffizienz	157 / 1.199 13,09%	29 / 911 3,18%	188 / 2.131 8,82%
Patienten mit Z. n. Bypass	22 / 219 10,05%	6 / 268 2,24%	28 / 494 5,67%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	100 / 184 54,35%	4 / 6 66,67%	104 / 190 54,74%
Alter < 75 Jahre	240 / 4.026 5,96%	39 / 3.137 1,24%	280 / 7.276 3,85%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	98 / 1.149 8,53%	15 / 1.083 1,39%	113 / 2.266 4,99%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	84 / 500 16,80%	5 / 352 1,42%	90 / 861 10,45%
Patienten mit Niereninsuffizienz	110 / 1.092 10,07%	11 / 908 1,21%	121 / 2.017 6,00%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 186 6,99%	5 / 299 1,67%	19 / 494 3,85%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	110 / 268 41,04%	1 / 9 11,11%	111 / 277 40,07%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	455 / 5.751	75 / 4.918	533 / 10.950
Vertrauensbereich	7,91%	1,53%	4,87%
			4,48% - 5,29%

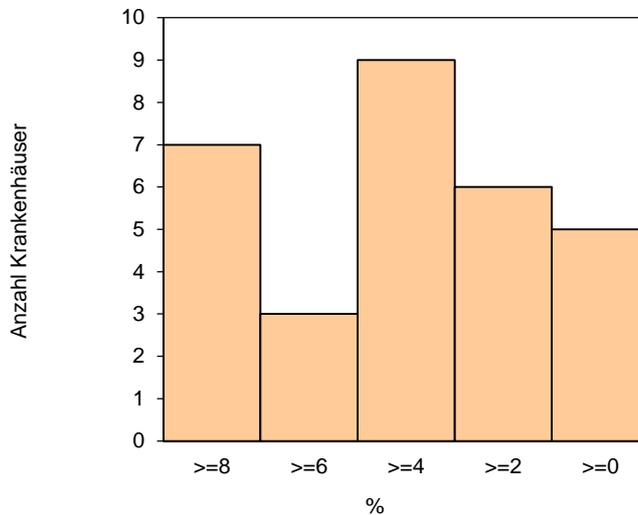
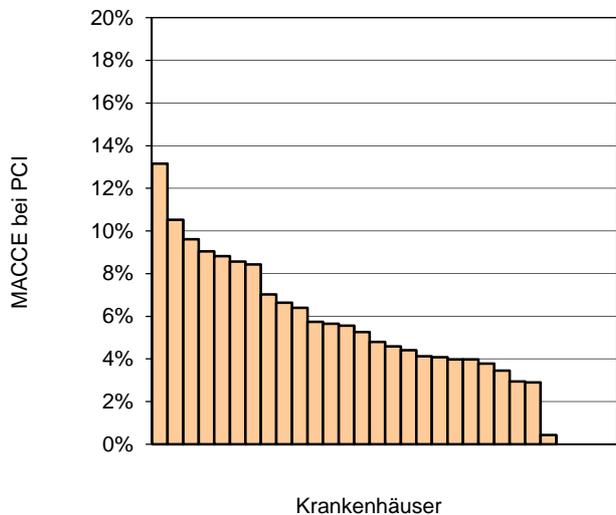
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/415]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

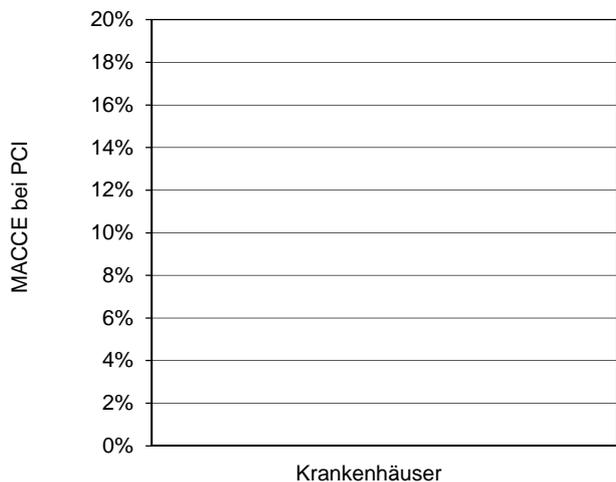
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	3,45	4,69	7,03	9,32	10,53	13,16

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

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

Indikator-ID: (QI 4c): 2014/21n3-KORO-PCI/2232

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			249 / 2.467	10,09%
Vertrauensbereich				8,97% - 11,34%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			117 / 749	15,62%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			48 / 271	17,71%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			50 / 144	34,72%
Patienten mit Niereninsuffizienz			62 / 311	19,94%
Patienten mit Z. n. Bypass			4 / 27	14,81%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			56 / 99	56,57%
Alter < 75 Jahre			132 / 1.718	7,68%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			56 / 412	13,59%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			50 / 226	22,12%
Patienten mit Niereninsuffizienz			55 / 379	14,51%
Patienten mit Z. n. Bypass			0 / 23	0,00%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			65 / 166	39,16%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			232 / 2.392	9,70%
Vertrauensbereich				8,58% - 10,95%

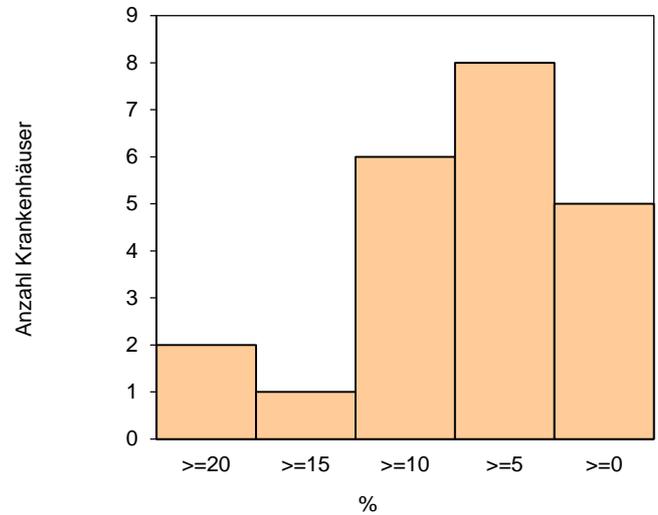
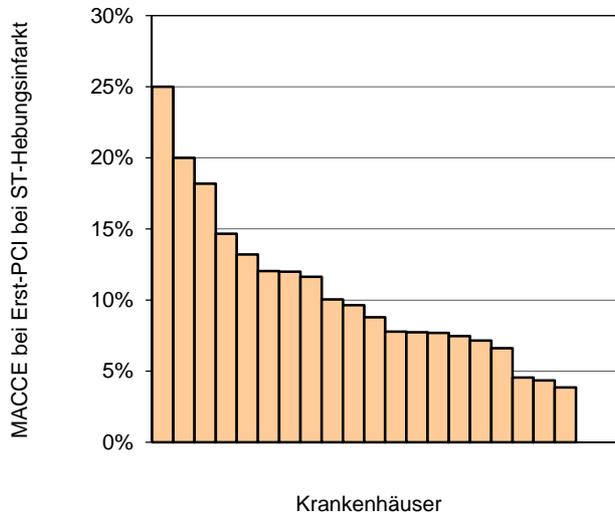
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/2232]:

Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

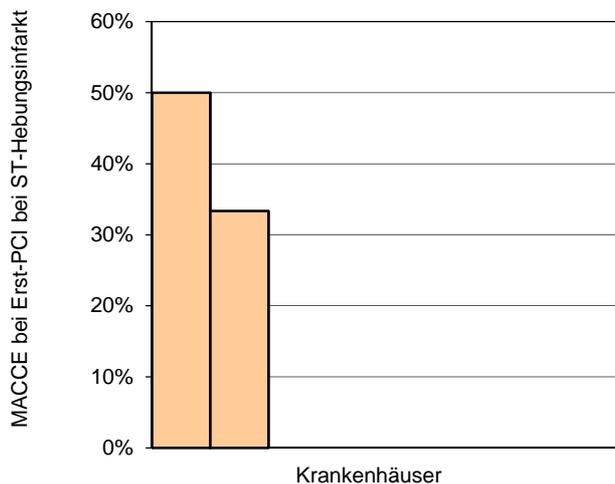
22 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	3,85	6,60	8,28	12,03	18,18	20,00	25,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	16,67			50,00

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			253 / 19.146	1,32% 1,17% - 1,49%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			44 / 334	13,17%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			113 / 2.948	3,83%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			96 / 15.864	0,61%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			78 / 181	43,09%

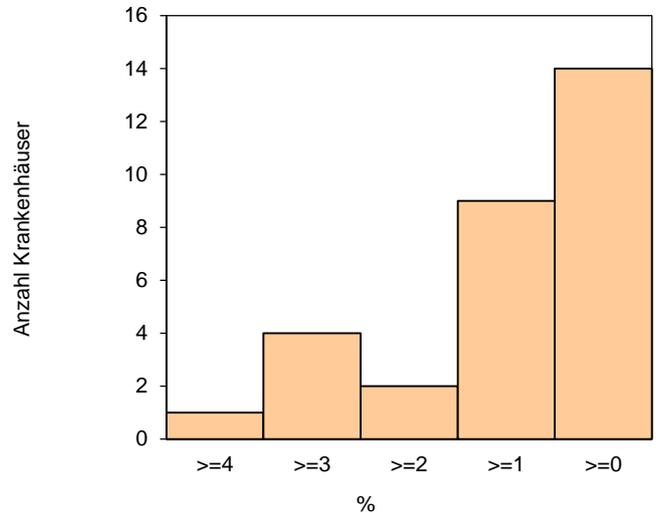
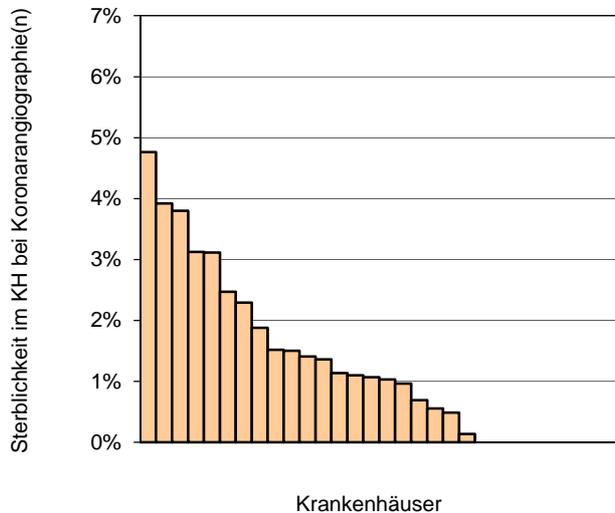
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			242 / 18.972	1,28% 1,13% - 1,45%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/416]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

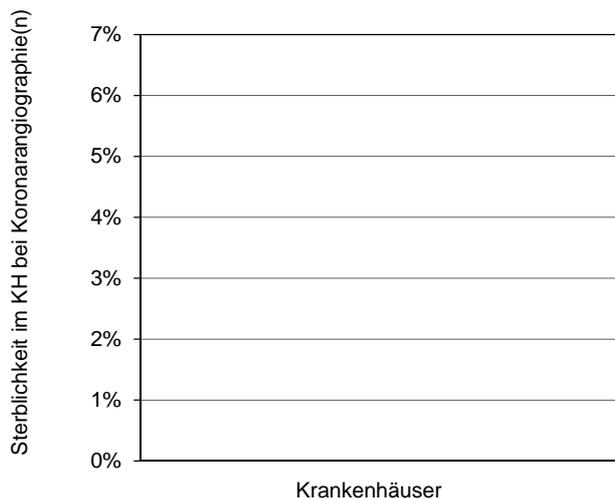
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,05	1,88	3,46	3,92	4,76

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: (QI 5b): 2014/21n3-KORO-PCI/52341

Referenzbereich: <= 2,56 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		237 / 19.040 1,24%
vorhergesagt (E) ¹		276,29 / 19.040 1,45%
O - E		-0,21%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E²		0,86
Vertrauensbereich		0,76 - 0,97
Referenzbereich	<= 2,56	<= 2,56

² Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zur erwarteten Rate an Todesfällen.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

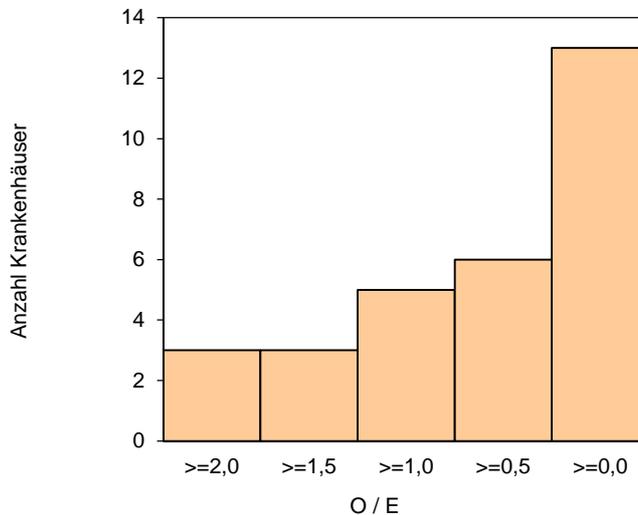
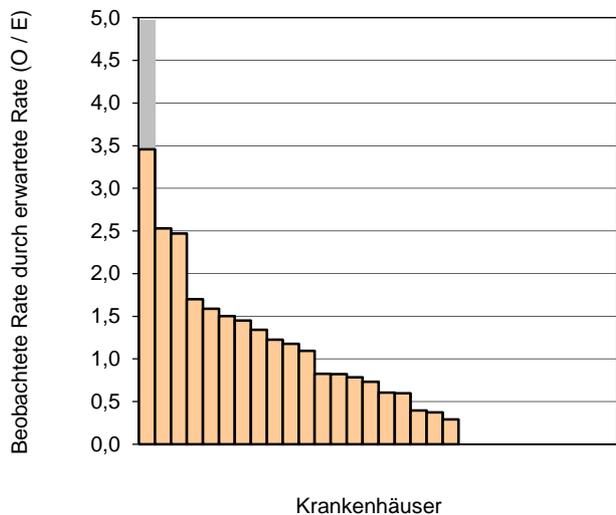
³ Auf Grund neu eingeführter Datenfelder (bzw. neuer Schlüsselwerte) im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52341]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

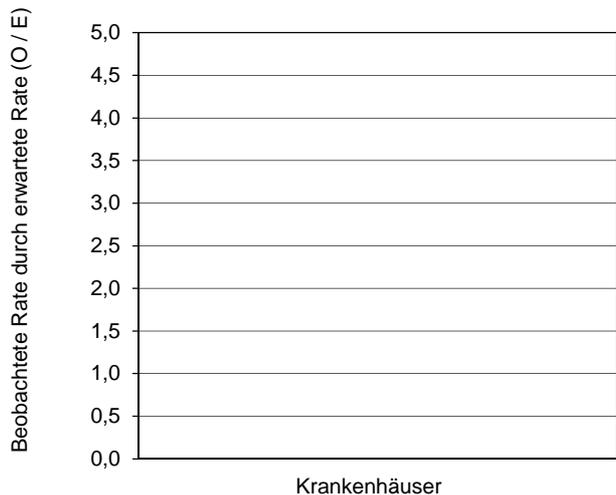
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	1,34	2,09	2,53	3,46

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Indikator-ID: (QI 5c): 2014/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			466 / 11.594	4,02% 3,68% - 4,39% nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			41 / 182	22,53%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			425 / 11.412	3,72%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			236 / 2.495	9,46%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			203 / 4.342	4,68%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, sonstige)			27 / 4.757	0,57%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			202 / 446	45,29%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			445 / 10.950	4,06% 3,71% - 4,45%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			42 / 361	11,63%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			403 / 10.589	3,81%

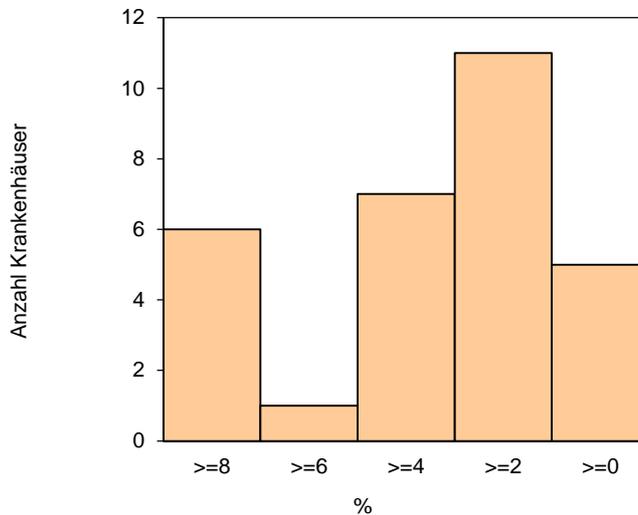
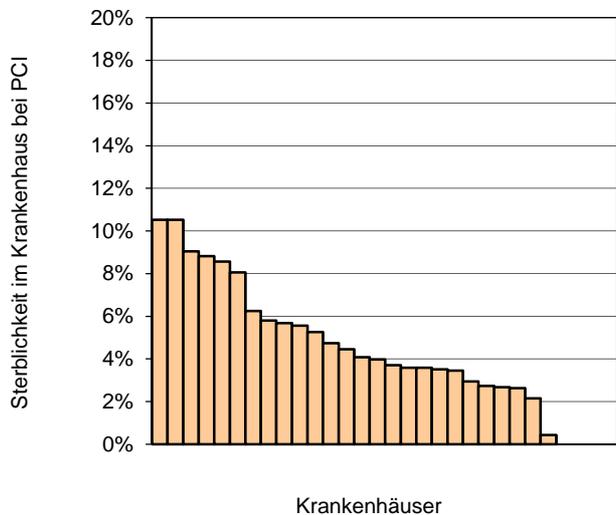
¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/417]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

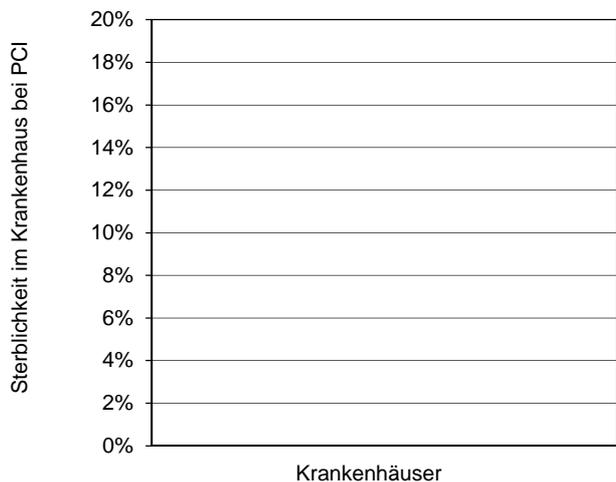
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,67	3,84	5,79	8,93	10,53	10,53

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: (QI 5d): 2014/21n3-KORO-PCI/52342

Referenzbereich: <= 2,36 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2014			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

Gesamt 2014			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	50,97 / 7.274 0,70%	43 / 7.274 0,59%	-0,11%
2 - < 4%	49,10 / 1.702 2,89%	63 / 1.702 3,70%	0,82%
4 - < 6%	37,72 / 769 4,90%	31 / 769 4,03%	-0,87%
>= 6%	348,48 / 1.706 20,43%	297 / 1.706 17,41%	-3,02%
Gesamt	486,27 / 11.451 4,25%	434 / 11.451 3,79%	-0,46%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

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

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		434 / 11.451 3,79%
vorhergesagt (E) ¹		486,27 / 11.451 4,25%
O - E		-0,46%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E²		0,89
Vertrauensbereich		0,81 - 0,98
Referenzbereich	<= 2,36	<= 2,36

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

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund neu eingeführter Datenfelder (bzw. neuer Schlüsselwerte) im Erfassungsjahr 2014 kann dieser Indikator für 2013 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiblich			3.219 / 11.451	28,11%
Alter				
>= 58 - < 66 Jahre			2.153 / 11.451	18,80%
>= 66 - < 73 Jahre			2.053 / 11.451	17,93%
>= 73 - < 79 Jahre			2.702 / 11.451	23,60%
>= 79 Jahre			2.525 / 11.451	22,05%
Diabetes mellitus				
nicht insulinpflichtig			2.721 / 11.451	23,76%
insulinpflichtig			1.340 / 11.451	11,70%
Niereninsuffizienz				
dialysepflichtig			285 / 11.451	2,49%
nicht dialysepflichtig			3.863 / 11.451	33,74%
erste Prozedur				
Dringlichkeit der Prozedur				
dringend			2.378 / 11.451	20,77%
notfallmäßig			3.883 / 11.451	33,91%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
NYHA I			968 / 11.451	8,45%
NYHA II			4.018 / 11.451	35,09%
NYHA III			2.189 / 11.451	19,12%
NYHA IV ohne Schock			356 / 11.451	3,11%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn stabilisiert			214 / 11.451	1,87%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn hämo- dynamisch instabil			202 / 11.451	1,76%

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
erste PCI				
Indikation				
ACS ¹ ohne Myokardinfarkt			1.693 / 11.451	14,78%
ACS ¹ mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt			2.614 / 11.451	22,83%
ACS ¹ mit ST-Hebung bis 24h nach Stellung der Diagnose			2.116 / 11.451	18,48%
ACS ¹ mit ST-Hebung nach 24h nach Stellung der Diagnose			254 / 11.451	2,22%
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.029 / 11.451	8,99%
PCI an				
Hauptstamm			507 / 11.451	4,43%
LAD			4.828 / 11.451	42,16%
RCA			3.485 / 11.451	30,43%
besonderes Merkmal				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.459 / 11.451	21,47%
PCI eines Koronarbypasses			226 / 11.451	1,97%
PCI am ungeschützten Hauptstamm			340 / 11.451	2,97%
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			733 / 11.451	6,40%
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			43 / 11.451	0,38%
PCI an einer In-Stent Stenose			424 / 11.451	3,70%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Wechselwirkungen				
ACS ¹ mit ST-Hebung bei erster PCI und kardiogener Schock bei erster Prozedur			238 / 11.451	2,08%
ACS ¹ mit ST-Hebung und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			1.223 / 11.451	10,68%
kardiogener Schock bei erster Prozedur und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			213 / 11.451	1,86%

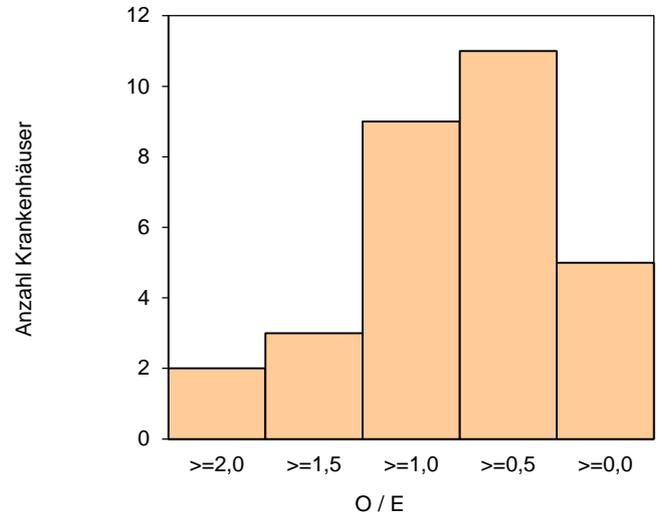
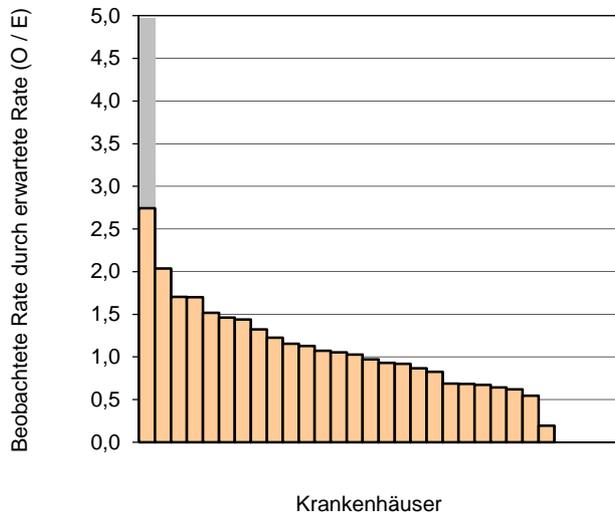
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5d, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/52342]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

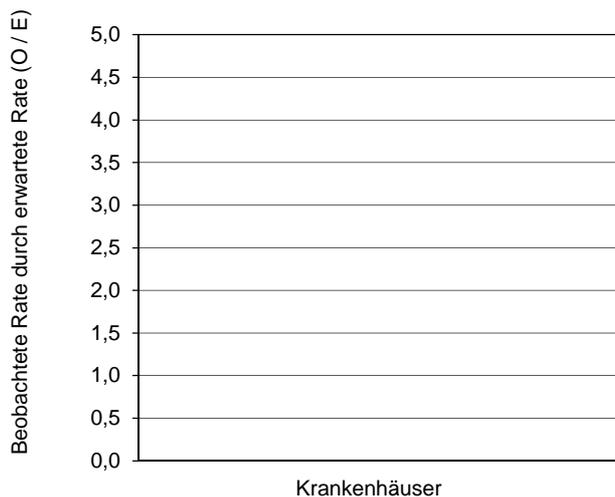
30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,64	0,95	1,32	1,70	2,04	2,74

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5e): 2014/21n3-KORO-PCI/2311

Referenzbereich: <= 4,21 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			164 / 32.846	0,50%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			261 / 32.846	0,79%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			340 / 32.846	1,04%
Vertrauensbereich				0,93% - 1,15%
Referenzbereich		<= 4,21%		<= 4,21%

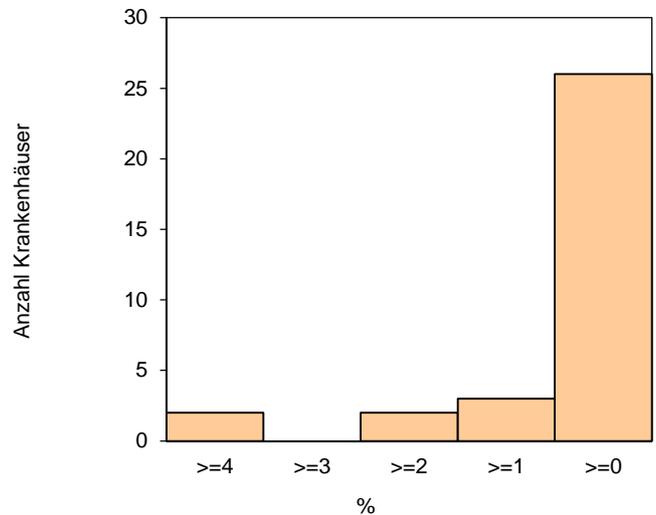
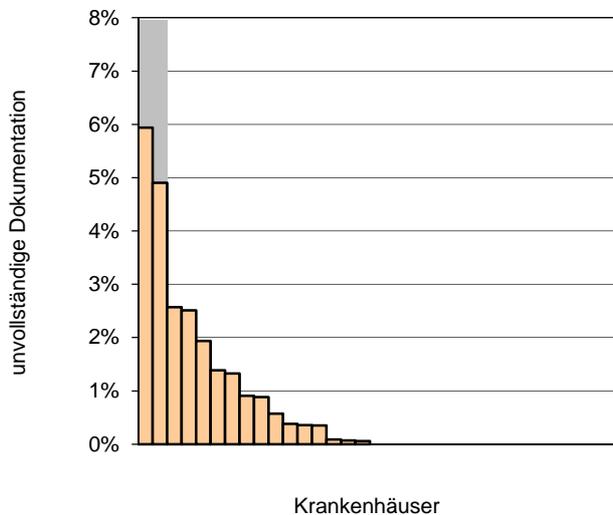
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			644 / 31.662	2,03%
Vertrauensbereich				1,88% - 2,20%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5e, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/2311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

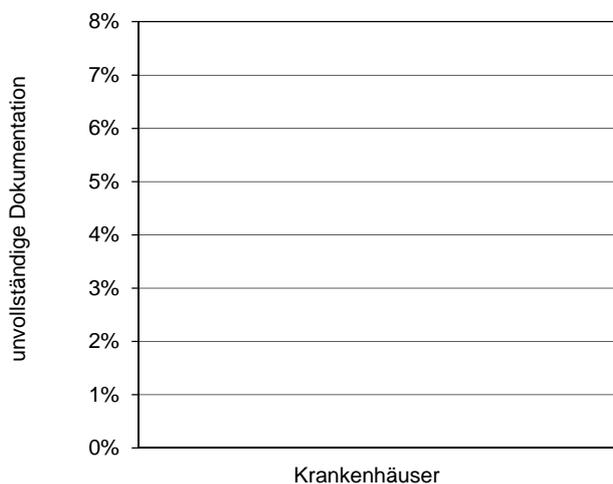
33 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	2,51	4,90	5,94

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 6a):	2014/21n3-KORO-PCI/12774	
	Gruppe 2 (QI 6b):	2014/21n3-KORO-PCI/12775	
	Gruppe 3 (QI 6c):	2014/21n3-KORO-PCI/50749	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 43,92% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 54,02% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 43,65% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			4.835 / 21.387	22,61%
Vertrauensbereich				22,05% - 23,17%
Referenzbereich		<= 43,92%		<= 43,92%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			406 / 1.135	35,77%
Vertrauensbereich				33,03% - 38,60%
Referenzbereich		<= 54,02%		<= 54,02%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			2.344 / 10.797	21,71%
Vertrauensbereich				20,94% - 22,50%
Referenzbereich		<= 43,65%		<= 43,65%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			5.360 / 21.121	25,38%
Vertrauensbereich				24,80% - 25,97%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			442 / 1.153	38,33%
Vertrauensbereich				35,57% - 41,18%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			2.372 / 10.360	22,90%
Vertrauensbereich				22,10% - 23,71%

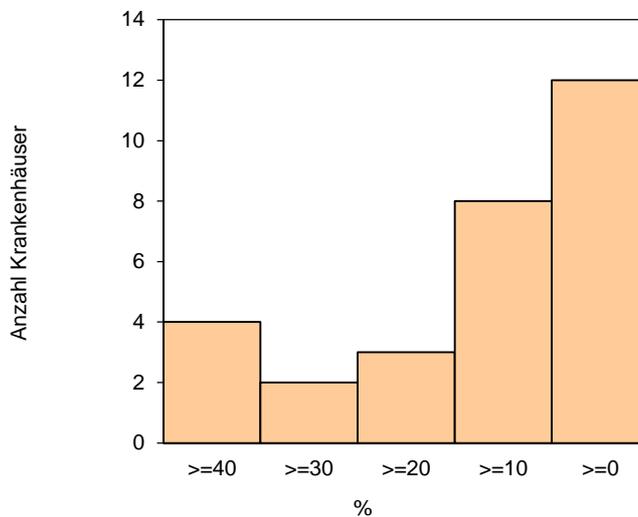
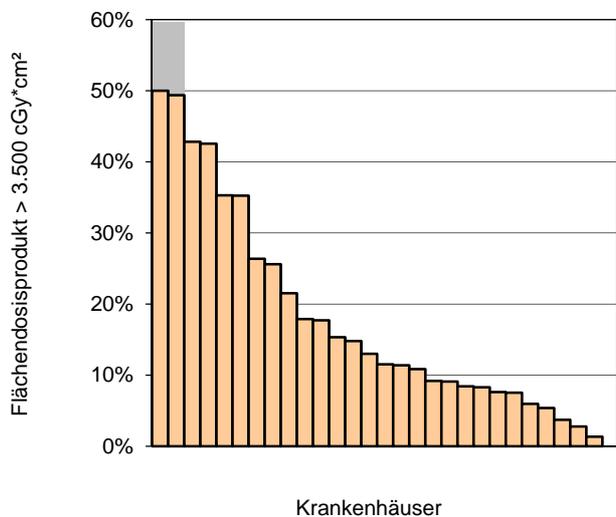
¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12774]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

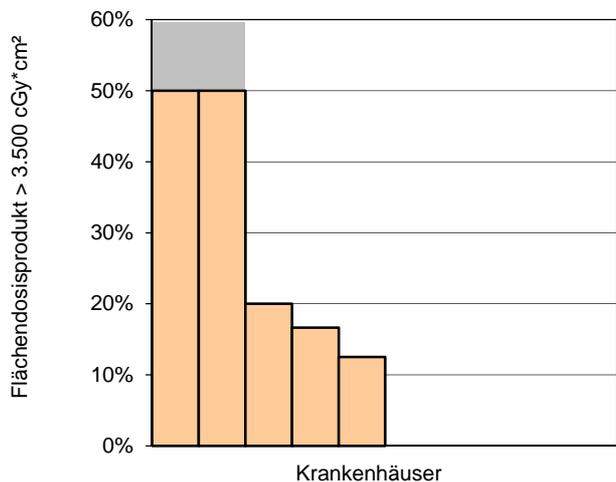
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	1,32	2,78	7,60	11,54	25,59	42,86	49,40	50,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

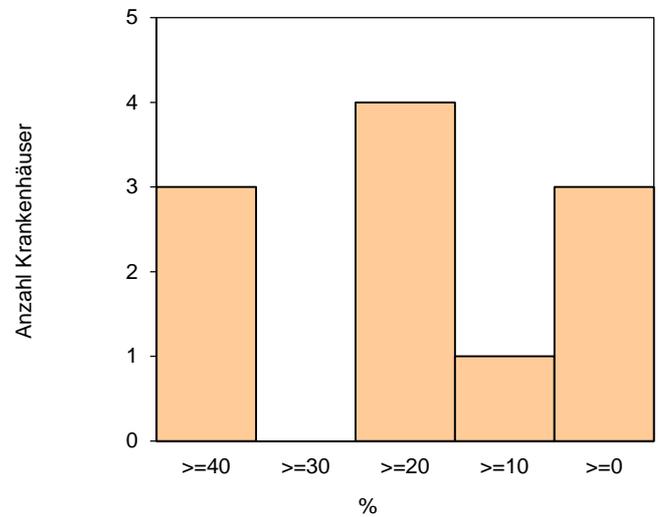
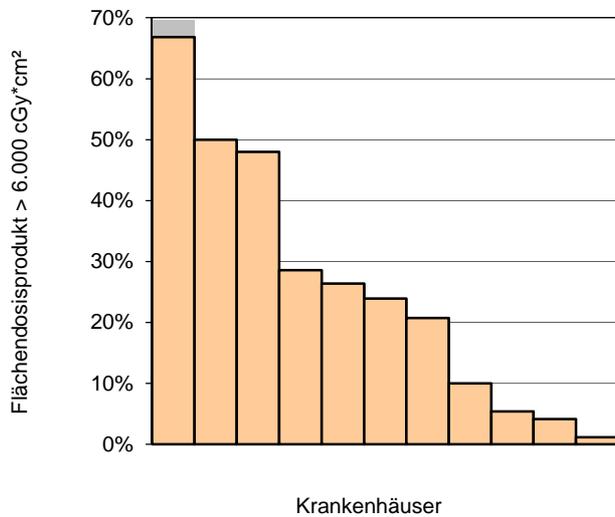


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	6,25	20,00	50,00		50,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

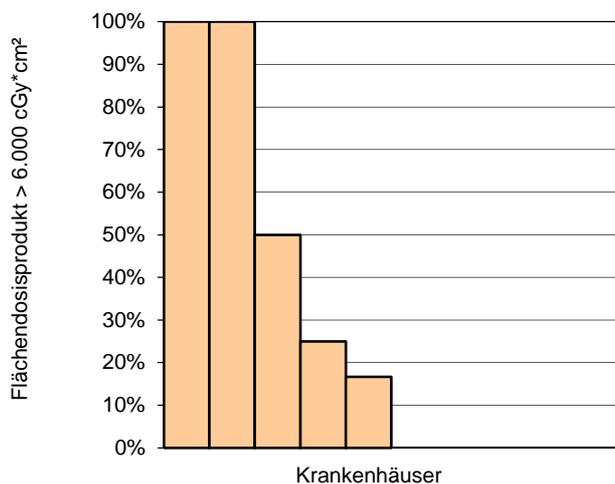
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,11		4,12	5,36	23,91	48,00	50,00		66,83

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

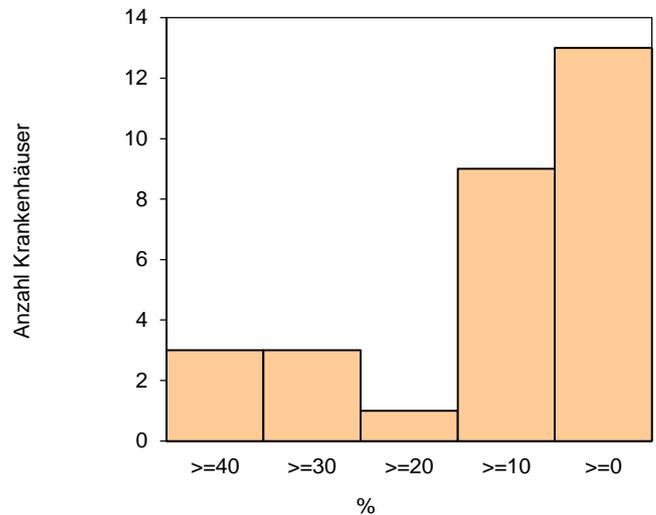
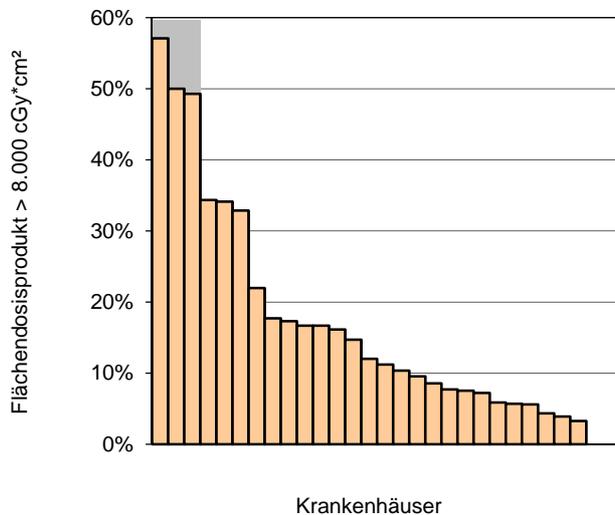


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	8,33	50,00	100,00		100,00

22 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

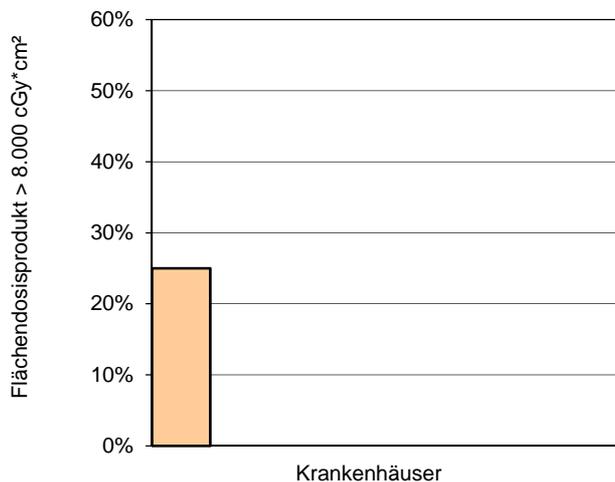
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	3,28	5,88	11,21	17,73	49,32	50,00	57,08

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			25,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

Indikator-ID: (QI 6d): 2014/21n3-KORO-PCI/12773

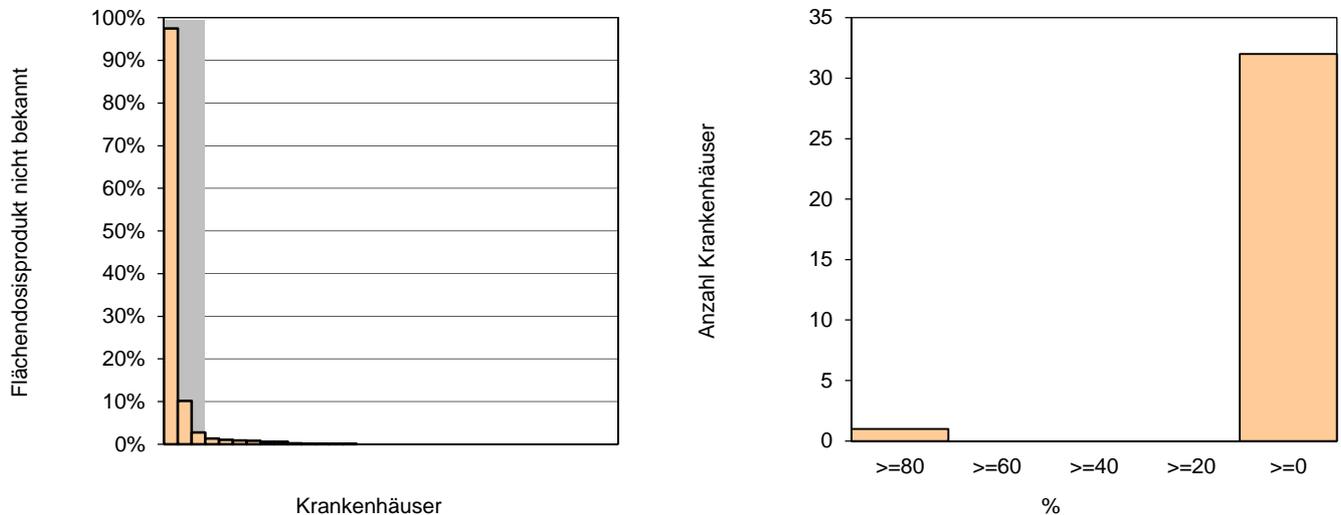
Referenzbereich: <= 1,70% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			623 / 33.942	1,84%
Vertrauensbereich				1,70% - 1,98%
Referenzbereich		<= 1,70%		<= 1,70%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			61 / 32.695	0,19%
Vertrauensbereich				0,15% - 0,24%

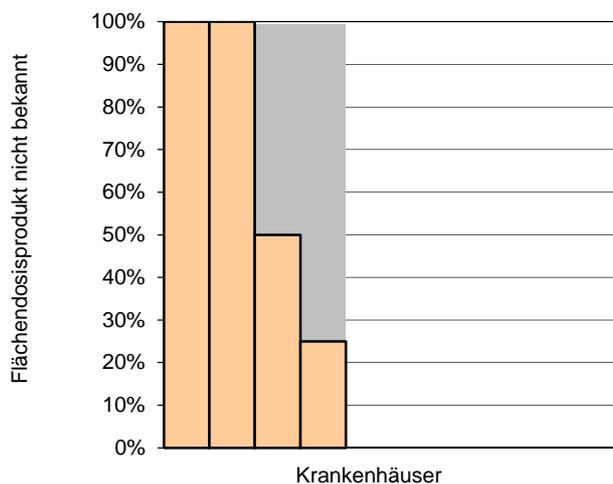
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	1,35	10,14	97,46

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien ¹	
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI ¹	
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 7a):	2014/21n3-KORO-PCI/51405	
	Gruppe 2 (QI 7b):	2014/21n3-KORO-PCI/51406	
	Gruppe 3 (QI 7c):	2014/21n3-KORO-PCI/51407	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 18,12% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 2:	<= 45,50% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Gruppe 3:	<= 34,33% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

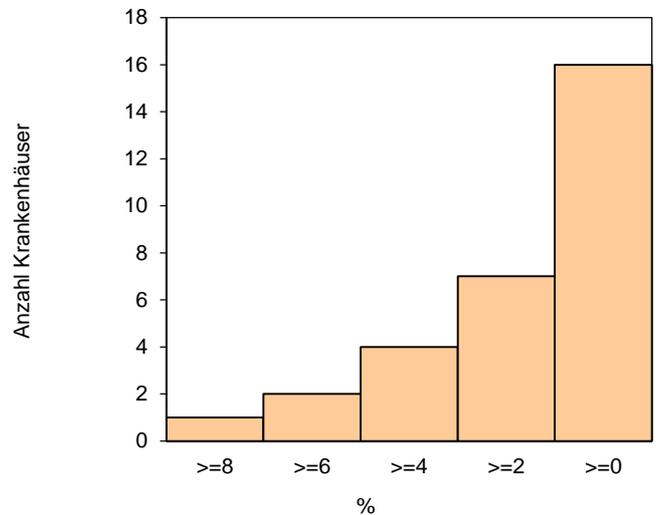
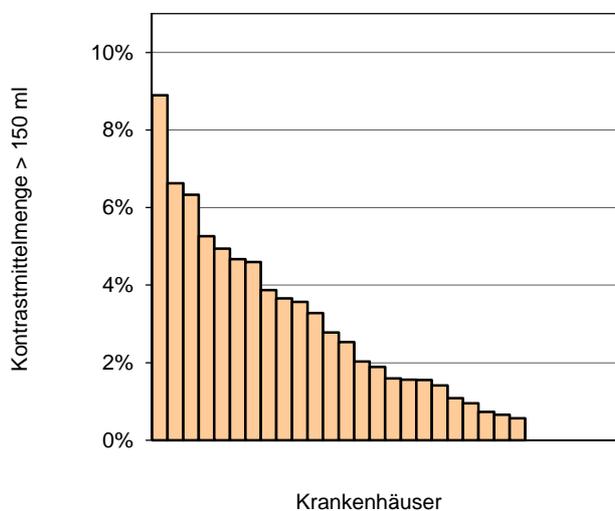
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			591 / 21.743	2,72%
Vertrauensbereich				2,51% - 2,94%
Referenzbereich		<= 18,12%		<= 18,12%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			165 / 1.158	14,25%
Vertrauensbereich				12,35% - 16,38%
Referenzbereich		<= 45,50%		<= 45,50%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			787 / 11.041	7,13%
Vertrauensbereich				6,66% - 7,62%
Referenzbereich		<= 34,33%		<= 34,33%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			600 / 21.157	2,84%
Vertrauensbereich				2,62% - 3,07%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			199 / 1.153	17,26%
Vertrauensbereich				15,19% - 19,55%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			738 / 10.385	7,11%
Vertrauensbereich				6,63% - 7,62%

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

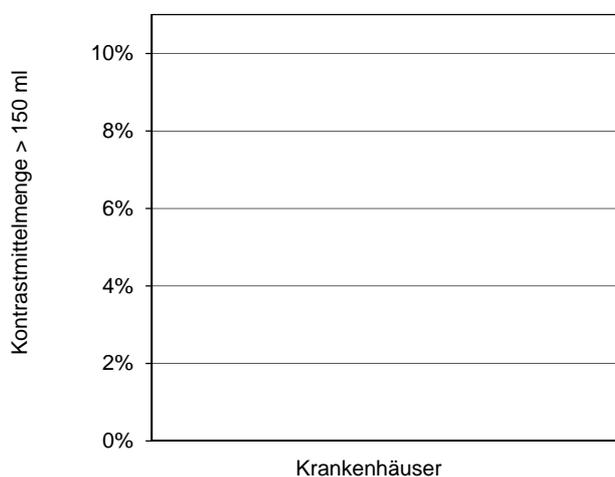
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,66	1,74	3,87	5,80	6,63	8,90

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

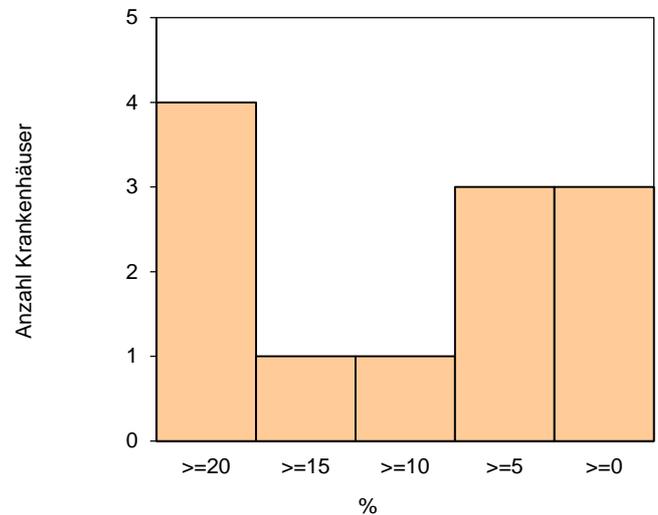
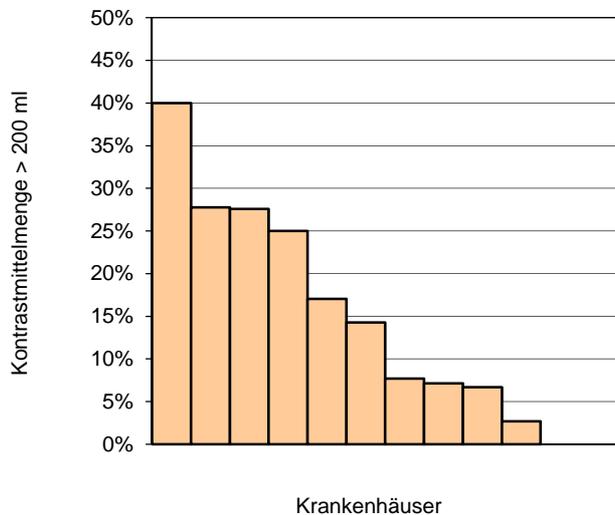


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

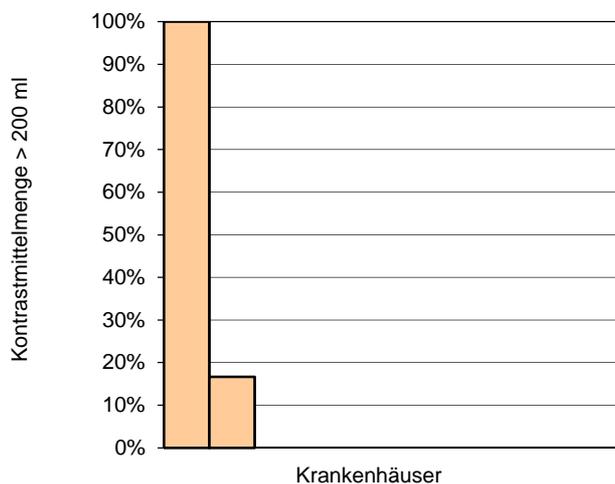
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	4,67	10,99	26,29	27,76		40,00

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

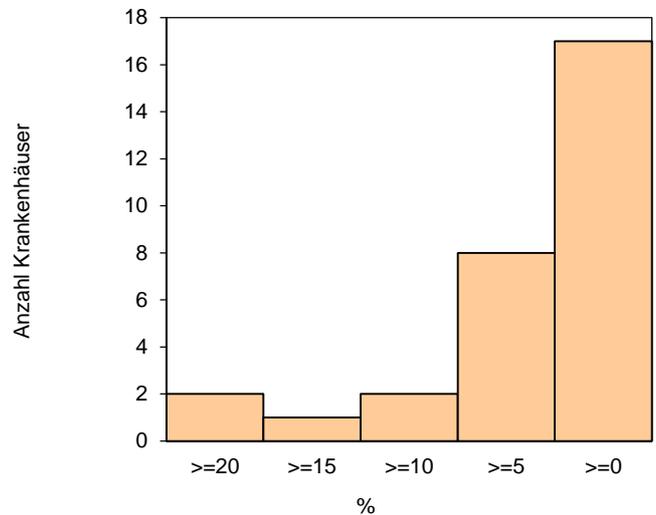
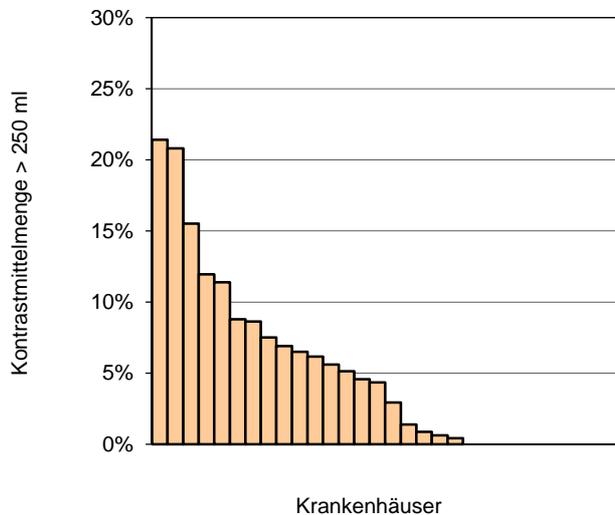


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	58,33		100,00

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

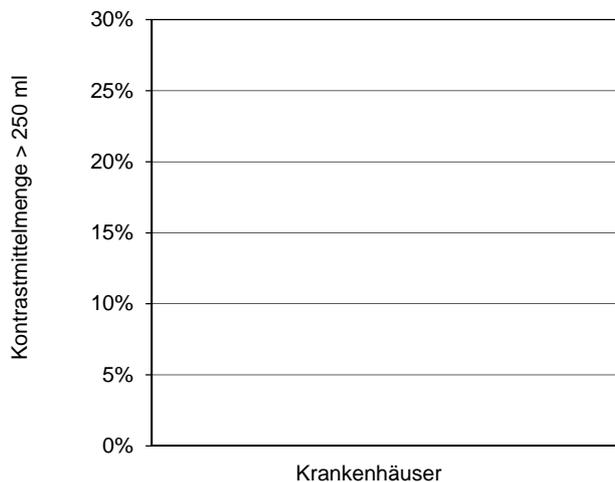
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2014/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	3,64	7,51	13,73	20,81	21,42

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



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

21/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 43
Anzahl Datensätze Gesamt: 32.846
Datensatzversion: 21/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15341-L96916-P46579

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			8.799	26,79	8.368	26,43
2. Quartal			8.127	24,74	8.154	25,75
3. Quartal			8.186	24,92	7.630	24,10
4. Quartal			7.734	23,55	7.510	23,72
Gesamt			32.846	100,00	31.662	100,00
Verbringungsleistung (Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch)						
			3.300	10,05	8.369	26,43
Anzahl Prozeduren			33.942		32.695	
Anzahl PCI			12.199		11.538	
Anzahl Koronarangiographien			32.784		31.542	

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
4	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
5	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
6	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
7	E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
8	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	%
1				I25.13	6.019	18,32	-	-	-
2				I10.00	5.196	15,82	-	-	-
3				I25.11	4.553	13,86	-	-	-
4				I25.12	4.443	13,53	-	-	-
5				I25.10	3.959	12,05	-	-	-
6				I21.4	3.602	10,97	-	-	-
7				E78.5	3.432	10,45	-	-	-
8				E11.90	3.382	10,30	-	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

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

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			32.846		31.662	
18 – 29 Jahre			97 / 32.846	0,30	107 / 31.662	0,34
30 – 39 Jahre			317 / 32.846	0,97	335 / 31.662	1,06
40 – 49 Jahre			1.590 / 32.846	4,84	1.667 / 31.662	5,26
50 – 59 Jahre			4.995 / 32.846	15,21	4.940 / 31.662	15,60
60 – 69 Jahre			7.465 / 32.846	22,73	7.289 / 31.662	23,02
70 – 79 Jahre			12.854 / 32.846	39,13	12.361 / 31.662	39,04
>= 80 Jahre			5.528 / 32.846	16,83	4.963 / 31.662	15,67
Alter (Jahre)						
Median				71,00		71,00
Mittelwert				68,89		68,49
Geschlecht						
männlich			21.372	65,07	20.617	65,12
weiblich			11.474	34,93	11.045	34,88

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			18.767	57,14	18.578	58,68
ja			13.472	41,02	12.579	39,73
unbekannt			607	1,85	505	1,59
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			24.335	74,09	23.647	74,69
ja			7.953	24,21	7.585	23,96
unbekannt			558	1,70	430	1,36
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			30.119	91,70	29.108	91,93
ja			2.658	8,09	2.432	7,68
unbekannt			69	0,21	122	0,39
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			23.853	72,62	22.511	71,10
ja			4.940	15,04	4.473	14,13
fraglich			940	2,86	834	2,63
unbekannt			3.113	9,48	3.844	12,14
Diabetes mellitus						
nein			21.798	66,36	21.001	66,33
ja, nicht insulinpflichtig ¹			7.380	22,47	-	-
ja, insulinpflichtig ¹			3.504	10,67	-	-
unbekannt			164	0,50	219	0,69
Niereninsuffizienz						
nein			21.180	64,48	19.930	62,95
ja, dialysepflichtig			721	2,20	597	1,89
ja, nicht dialysepflichtig			10.684	32,53	10.586	33,43
unbekannt			261	0,79	549	1,73

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

Aktuelle kardiale Anamnese
 (vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			22.224	67,66	21.983	69,43
ja			10.622	32,34	9.679	30,57
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			9.585 / 22.224	43,13	9.199 / 21.983	41,85
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.540 / 22.224	11,43	2.194 / 21.983	9,98
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			7.082 / 22.224	31,87	6.645 / 21.983	30,23
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			3.017 / 22.224	13,58	2.971 / 21.983	13,51
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			7.564 / 22.224	34,04	6.948 / 21.983	31,61
ja			6.493 / 22.224	29,22	5.933 / 21.983	26,99
fraglich			3.264 / 22.224	14,69	2.016 / 21.983	9,17
unbekannt			4.903 / 22.224	22,06	7.086 / 21.983	32,23
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			6.265 / 22.224	28,19	7.042 / 21.983	32,03
ja			15.959 / 22.224	71,81	14.941 / 21.983	67,97

Prozedur

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			33.942		32.695	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			33.942		32.695	
Median				2,00		2,00
Mittelwert				5,77		4,51
Herzinsuffizienz (nach NYHA)¹						
nein			9.659	28,46	-	-
ja, NYHA I			3.059	9,01	-	-
ja, NYHA II			11.349	33,44	-	-
ja, NYHA III			7.681	22,63	-	-
ja, NYHA IV			2.194	6,46	-	-
wenn ja, NYHA IV						
kardiogener Schock¹						
nein			1.078 / 2.194	49,13	-	-
ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert			454 / 2.194	20,69	-	-
ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil			368 / 2.194	16,77	-	-
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			21.743	64,06	21.157	64,71
PCI			1.158	3,41	1.153	3,53
einzeitig Koronarangiographie und PCI			11.041	32,53	10.385	31,76
Dringlichkeit der Prozedur²						
elektiv			21.955	64,68	-	-
dringend			5.989	17,64	-	-
notfallmäßig			5.998	17,67	-	-
Nierenfunktion gemessen²						
nein			3.344	9,85	-	-
ja			30.598	90,15	-	-

¹ neue Schlüsselwerte in 2014

² neues Datenfeld in 2014

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			32.784		31.542	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			11.556	35,25	11.741	37,22
bekannte KHK			6.833	20,84	6.543	20,74
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) ¹			3.112	9,49	-	-
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) ¹			4.395	13,41	-	-
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.572	7,85	2.543	8,06
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			302	0,92	285	0,90
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			373	1,14	386	1,22
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			1.063	3,24	1.025	3,25
Vitium			2.203	6,72	2.073	6,57
Sonstige			375	1,14	408	1,29

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			32.784		31.542	
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.173	9,68	3.473	11,01
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			6.478	19,76	6.444	20,43
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			17.108	52,18	16.253	51,53
Kardiomyopathie			1.300	3,97	1.231	3,90
Herzklappenvitium			2.007	6,12	1.688	5,35
Aortenaneurysma			114	0,35	83	0,26
hypertensive Herzerkrankung			1.402	4,28	1.298	4,12
andere kardiale Erkrankung			1.202	3,67	1.072	3,40
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			726	2,21	817	2,59
medikamentös			15.282	46,61	14.960	47,43
interventionell			11.806	36,01	11.231	35,61
herzchirurgisch			4.205	12,83	3.894	12,35
Sonstige			765	2,33	640	2,03

Koronarangiographie (Fortsetzung) OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
3	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie
5	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				1-275.0	25.554	77,95	1-275.0	24.049	76,24
2				1-275.2	3.877	11,83	1-275.2	4.513	14,31
3				1-275.5	2.184	6,66	1-275.5	2.040	6,47
4				8-837.00	2.018	6,16	1-279.0	1.867	5,92
5				1-279.0	1.866	5,69	1-275.3	1.739	5,51

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

PCI

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			12.199		11.538	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.658	29,99	3.656	31,69
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) ¹			1.817	14,89	-	-
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) ¹			2.753	22,57	-	-
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			2.273	18,63	2.223	19,27
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			271	2,22	270	2,34
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			1.133	9,29	1.086	9,41
Sonstige			294	2,41	161	1,40

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			12.199		11.538	
wenn akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)						
Door-to-Intervention- Zeit¹						
<= 30 Minuten			1.160 / 2.273	51,03	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			518 / 2.273	22,79	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			186 / 2.273	8,18	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			88 / 2.273	3,87	-	-
> 120 Minuten			321 / 2.273	14,12	-	-
Door-to-balloon-Zeit¹						
<= 30 Minuten			856 / 2.273	37,66	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			724 / 2.273	31,85	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			307 / 2.273	13,51	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			141 / 2.273	6,20	-	-
> 120 Minuten			245 / 2.273	10,78	-	-
Fibrinolyse vor der Prozedur						
nein			2.085 / 2.273	91,73	2.008 / 2.223	90,33
ja			100 / 2.273	4,40	110 / 2.223	4,95
unbekannt			88 / 2.273	3,87	105 / 2.223	4,72

¹ neues Datenfeld in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			12.199		11.538	
PCI an						
Hauptstamm ¹			550	4,51	-	-
LAD ¹			5.160	42,30	-	-
RCX ¹			2.795	22,91	-	-
RCA ¹			3.694	30,28	-	-
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			7.857	64,41	7.879	68,29
ja			4.342	35,59	3.659	31,71
wenn ja						
besonderes Merkmal (Mehrfachnennungen möglich)						
PCI am kompletten Gefäßverschluss			2.651 / 4.342	61,05	2.492 / 3.659	68,11
PCI eines Koronarbypasses			241 / 4.342	5,55	226 / 3.659	6,18
PCI am ungeschützten Hauptstamm			377 / 4.342	8,68	398 / 3.659	10,88
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			789 / 4.342	18,17	857 / 3.659	23,42
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			51 / 4.342	1,17	48 / 3.659	1,31
PCI an einer In-Stent Stenose ¹			450 / 4.342	10,36	-	-
sonstiges ¹			315 / 4.342	7,25	-	-
Stent(s) implantiert						
nein			1.111	9,11	1.204	10,44
ja			11.088	90,89	10.334	89,56

¹ neuer Schlüsselwert in 2014

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			12.199		11.538	
wenn Indikation zur PCI: stabile Angina pectoris (nach CCS) oder akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) oder prognostische Indikation oder stumme Ischämie oder Sonstige						
Wesentliches Inter- ventionsziel erreicht¹ (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allge- meinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			327 / 6.902	4,74	271 / 4.903	5,53
ja			6.515 / 6.902	94,39	4.588 / 4.903	93,58
fraglich			60 / 6.902	0,87	44 / 4.903	0,90
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (NSTEMI) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)						
wesentliches Inter- ventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)²						
TIMI 0			167 / 5.297	3,15	-	-
TIMI I			129 / 5.297	2,44	-	-
TIMI II			267 / 5.297	5,04	-	-
TIMI III			4.734 / 5.297	89,37	-	-

¹ Wegen Änderung der Rechenregel können die Vorjahresergebnisse von den im Vorjahr berichteten Werten abweichen.

² neues Datenfeld in 2014

PCI (Fortsetzung)
OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie
2	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
3	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
4	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
5	8-837.k0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				8-837.00	10.068	82,53	8-837.00	9.674	83,84
2				8-837.m0	5.062	41,50	8-837.m0	4.559	39,51
3				1-275.0	2.098	17,20	8-837.k0	2.050	17,77
4				8-837.m1	1.822	14,94	8-837.m1	1.600	13,87
5				8-837.k0	1.764	14,46	1-275.0	1.598	13,85

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			33.942		32.695	
Flächendosisprodukt bekannt						
nein			623	1,84	61	0,19
ja			33.319	98,16	32.634	99,81
wenn ja						
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm ²)			33.271		32.609	
Median				2.464,00		2.581,00
Mittelwert				3.837,36		3.880,09
Durchleuchtungszeit¹ (min)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)			33.287		32.526	
Median				4,40		4,10
Mittelwert				6,82		6,51
applizierte Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			33.942		32.695	
Median				75,00		75,00
Mittelwert				95,23		94,84

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

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			33.942		32.695	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			33.532	98,79	32.322	98,86
ja			410	1,21	373	1,14
wenn ja						
Intraprozedural auftretende Ereignisse <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			81 / 410	19,76	73 / 373	19,57
TIA/Schlaganfall			13 / 410	3,17	18 / 373	4,83
Exitus im Herzkatheterlabor			58 / 410	14,15	41 / 373	10,99
sonstiges			274 / 410	66,83	163 / 373	43,70

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt						
nein ¹			23.948	72,91	31.627	99,89
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			82	0,25	31	0,10
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			9	0,03	4	0,01
fehlende Werte ²			8.807	26,81	-	-
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall						
nein ¹			23.945	72,90	31.605	99,82
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			45	0,14	33	0,10
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			26	0,08	24	0,08
fehlende Werte ²			8.830	26,88	-	-
postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß³						
nein			22.735	69,22	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			47	0,14	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,02	-	-
fehlende Werte			10.058	30,62	-	-
postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation³						
nein			22.643	68,94	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			123	0,37	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			10	0,03	-	-
fehlende Werte			10.070	30,66	-	-

¹ Wegen Änderung der Spezifikation sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

² Wegen Änderung der Felddefinition können Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

³ neues Datenfeld in 2014

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle¹						
nein			23.949	72,91	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			40	0,12	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			4	0,01	-	-
fehlende Werte			8.853	26,95	-	-
wenn ja						
Therapie der Blutung an der Punktionsstelle¹ <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Thrombininjektion			4 / 44	9,09	-	-
Transfusion			24 / 44	54,55	-	-
chirurgische Intervention an der Punktionsstelle			20 / 44	45,45	-	-
Gefäßthrombose (punktionsnah)¹						
nein			22.722	69,18	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			41	0,12	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,01	-	-
fehlende Werte			10.081	30,69	-	-
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)¹						
nein			23.871	72,68	-	-
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			110	0,33	-	-
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			18	0,05	-	-
fehlende Werte			8.847	26,93	-	-

¹ neues Datenfeld in 2014

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse						
nein ¹			21.855	66,54	31.009	97,94
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			505	1,54	156	0,49
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			431	1,31	497	1,57
fehlende Werte ²			10.055	30,61	-	-
Tod						
nein ¹			22.241	67,71	30.947	97,74
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			318	0,97	275	0,87
ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			416	1,27	440	1,39
fehlende Werte ²			9.871	30,05	-	-
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/ überwiesen?						
nein ¹			23.312 / 32.846	70,97	29.922 / 31.662	94,50
ja			2.106 / 32.846	6,41	1.740 / 31.662	5,50
fehlende Werte ²			7.428 / 32.846	22,61	-	-

¹ Wegen Änderung der Spezifikation sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

² Wegen Änderung der Feldefinition können Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			32.846		31.662	
01: regulär beendet			28.656	87,24	27.863	88,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			379	1,15	462	1,46
03: aus sonstigen Gründen			22	0,07	22	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			183	0,56	141	0,45
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			15	0,05	17	0,05
06: Verlegung			1.665	5,07	1.536	4,85
07: Tod			793	2,41	756	2,39
08: Verlegung nach §14			233	0,71	143	0,45
09: in Rehabilitationseinrichtung			539	1,64	447	1,41
10: in Pflegeeinrichtung			54	0,16	66	0,21
11: in Hospiz			1	0,00	3	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,01	1	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,01	1	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			10	0,03	9	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			282	0,86	188	0,59
22: Fallabschluss			6	0,02	5	0,02
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			1	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) Risikoadjustierung

**Die Risikoadjustierungsmodelle wurden auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert.
Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.**

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 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

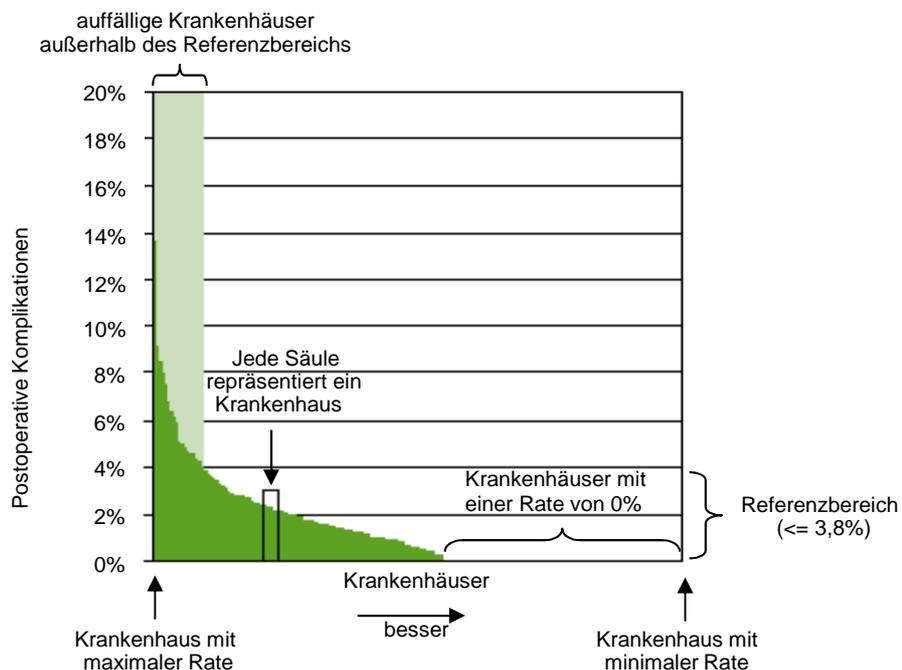
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

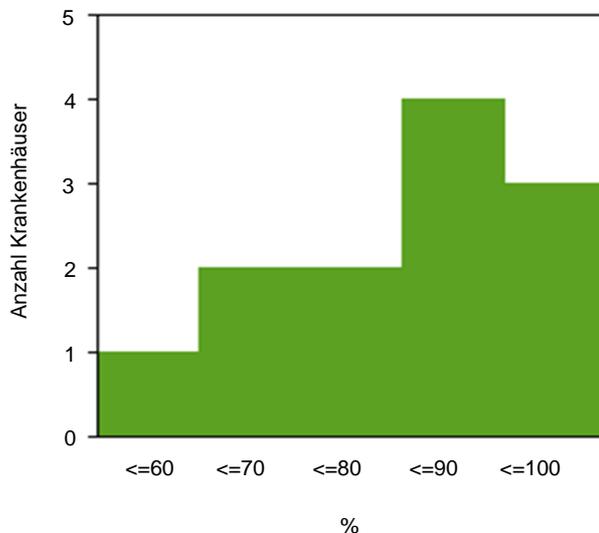
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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