

Jahresauswertung 2010
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 15.939
Datensatzversion: 21/3 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10418-L71200-P33400

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Jahresauswertung 2010
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 15.939
Datensatzversion: 21/3 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10418-L71200-P33400

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		15.999	1.1
dokumentierte PCI pro Jahr		6.913	1.1

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/21n3-KORO-PCI/399					
QI 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen					
			94,6%	>= 80%	1.3
2010/21n3-KORO-PCI/2061					
QI 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung					
			45,9%	>= 22,6%	1.8
2010/21n3-KORO-PCI/2062					
QI 3: Indikation zur PCI					
			2,2%	<= 10%	1.10
QI 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI					
2010/21n3-KORO-PCI/2063					
Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“					
			94,3%	>= 85%	1.13
2010/21n3-KORO-PCI/2064					
Alle PCI					
			94,9%	>= 85%	1.13
QI 5: MACCE					
2010/21n3-KORO-PCI/414					
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)					
			1,0%	<= 3,0%	1.17
2010/21n3-KORO-PCI/415					
Patienten mit PCI					
			2,5%	<= 6,5%	1.21
2010/21n3-KORO-PCI/2232					
Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt					
			7,8%	<= 15,0%	1.25

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 6: In-Hospital-Letalität					
2010/21n3-KORO-PCI/416					
Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)			0,9%	<= 2,9%	1.28
2010/21n3-KORO-PCI/417					
Patienten mit PCI			2,4%	nicht definiert	1.31
2010/21n3-KORO-PCI/11863					
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,01	<= 2,4	1.36
2010/21n3-KORO-PCI/11864					
Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität			2,5%	<= 5,8%	1.36
2010/21n3-KORO-PCI/2311					
Patienten mit Angabe „Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			0,2%	nicht definiert	1.41
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)					
2010/21n3-KORO-PCI/419					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			3,0	<= 5	1.43
2010/21n3-KORO-PCI/2073					
Alle PCI			9,0	<= 12	1.43

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 8: Flächendosisprodukt (Median in cGy*cm²)					
2010/21n3-KORO-PCI/12770					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			1.956,0	nicht definiert	1.46
2010/21n3-KORO-PCI/12771					
Alle PCI ohne Einzeitig-PCI			3.817,0	nicht definiert	1.46
2010/21n3-KORO-PCI/12772					
Alle Einzeitig-PCI			3.810,5	<= 9.095,0	1.46
2010/21n3-KORO-PCI/12773					
Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“			0,8%	<= 4,1%	1.51
2010/21n3-KORO-PCI/12774					
Anteil Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) > 6.000 cGy*cm ²			7,2%	<= 28,0%	1.53
2010/21n3-KORO-PCI/12775					
Anteil PCI (ohne Einzeitig-PCI) > 12.000 cGy*cm ²			7,5%	<= 30,3%	1.53
QI 9: Kontrastmittelmenge (Median in ml)					
2010/21n3-KORO-PCI/422					
Alle Koronarangiographien (ohne PCI)			80,0	<= 150	1.56
2010/21n3-KORO-PCI/423					
Alle PCI ohne Einzeitig-PCI			125,0	<= 200	1.56
2010/21n3-KORO-PCI/424					
Alle Einzeitig-PCI			150,0	<= 250	1.56

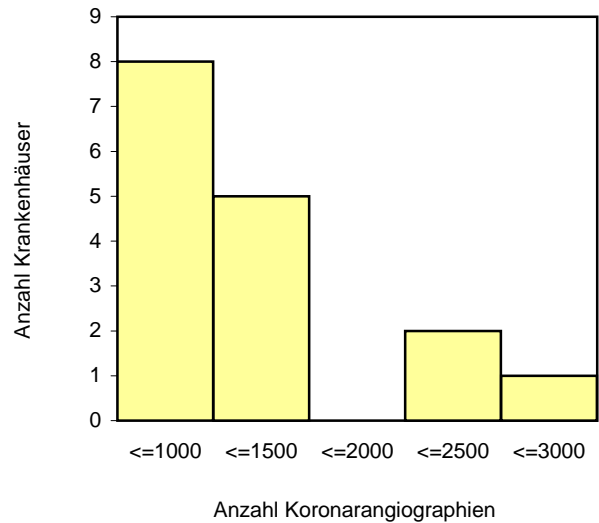
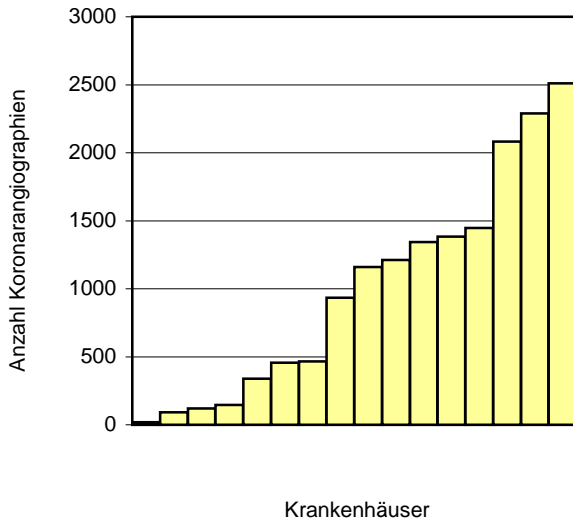
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			15.999	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			6.913	100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			15.027	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			6.524	100,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

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

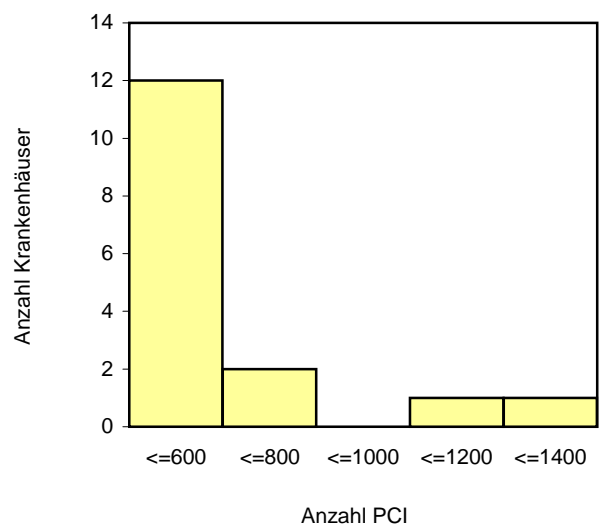
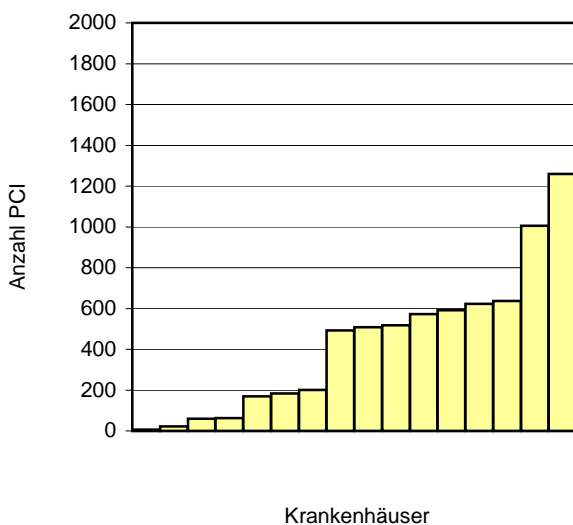


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	19,0		91,0	242,5	1.046,5	1.415,0	2.290,0		2.510,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 0b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/43868]:
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,0		22,0	116,5	500,5	607,5	1.005,0		1.260,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 1: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen

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

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

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/399

Referenzbereich: >= 80% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom			1.156 / 9.491	12,2%
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			6.489 / 9.491	68,4%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			5.121 / 9.491	54,0%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			2.909 / 9.491	30,7%
mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			8.976 / 9.491	94,6%
Vertrauensbereich				94,1% - 95,0%
Referenzbereich		>= 80%		>= 80%

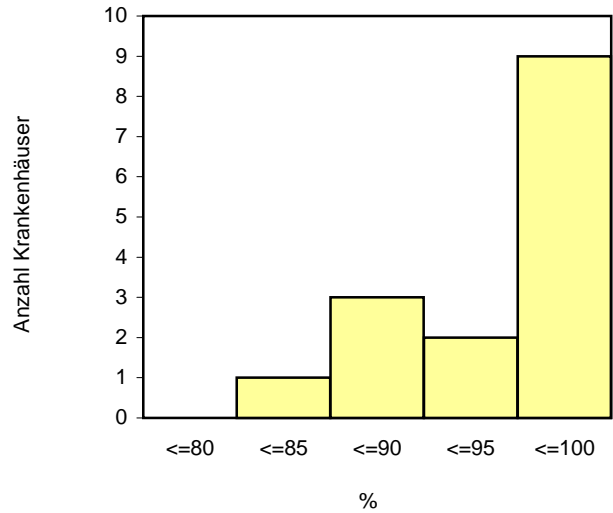
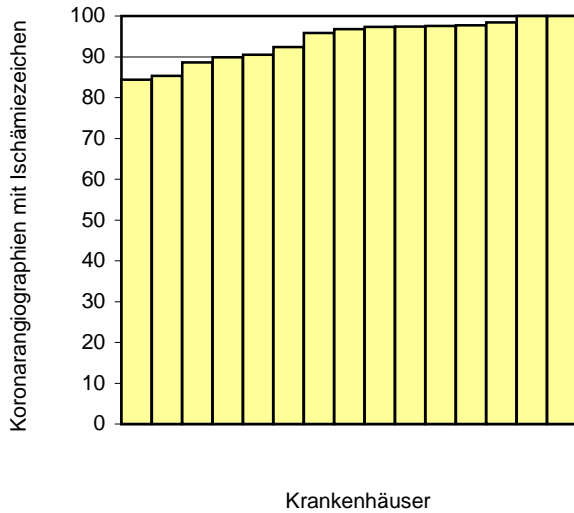
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) Vertrauensbereich			8.162 / 8.671	94,1% 93,6% - 94,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/399]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

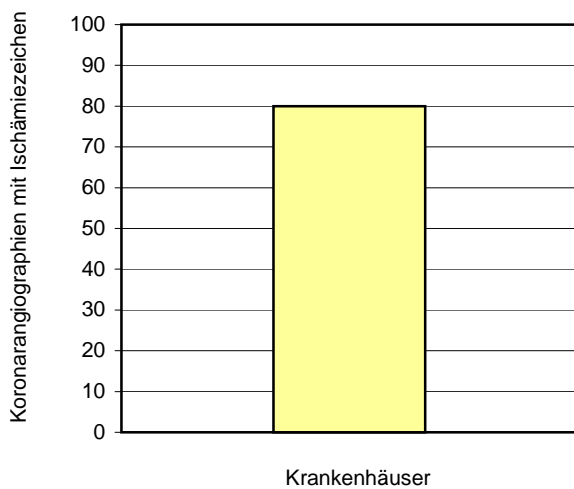
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,4		85,3	89,9	96,8	97,7	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0				80,0				80,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung

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

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

Kennzahl-ID: Gruppe 4: 2010/21n3-KORO-PCI/2061

Referenzbereich: Gruppe 4: >= 22,6% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 1				
interventionell			1.099 / 4.719	23,3%
herzchirurgisch			438 / 4.719	9,3%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			1.585 / 4.719	33,6%
keine			342 / 4.719	7,2%
medikamentös			2.705 / 4.719	57,3%
Sonstige			135 / 4.719	2,9%

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 2				
interventionell			2.255 / 4.507	50,0%
herzchirurgisch			296 / 4.507	6,6%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			2.645 / 4.507	58,7%
keine			60 / 4.507	1,3%
medikamentös			1.769 / 4.507	39,3%
Sonstige			127 / 4.507	2,8%
Gruppe 3				
interventionell			21 / 40	52,5%
herzchirurgisch			4 / 40	10,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			27 / 40	67,5%
keine			0 / 40	0,0%
medikamentös			15 / 40	37,5%
Sonstige			0 / 40	0,0%

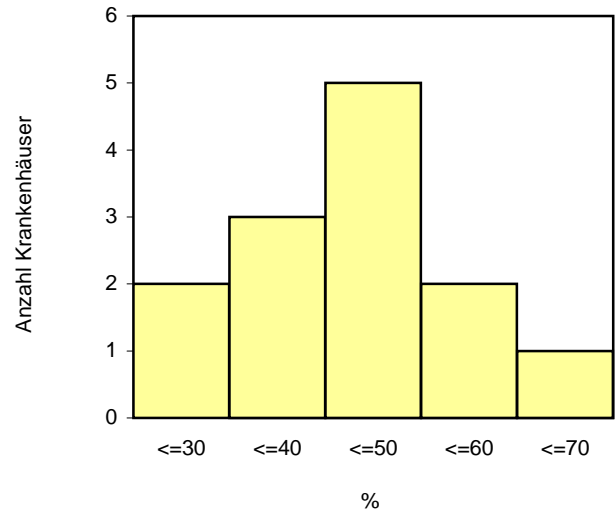
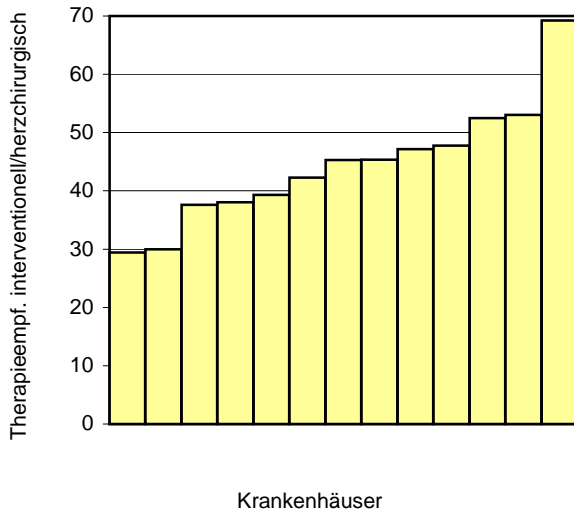
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 4				
interventionell			3.375 / 9.266	36,4%
herzchirurgisch			738 / 9.266	8,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			4.257 / 9.266	45,9%
Vertrauensbereich				44,9% - 47,0%
Referenzbereich		>= 22,6%		>= 22,6%
keine			402 / 9.266	4,3%
medikamentös			4.489 / 9.266	48,4%
Sonstige			262 / 9.266	2,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung</i>				
Gruppe 4				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.725 / 8.346	44,6%
Vertrauensbereich				43,6% - 45,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2061]:

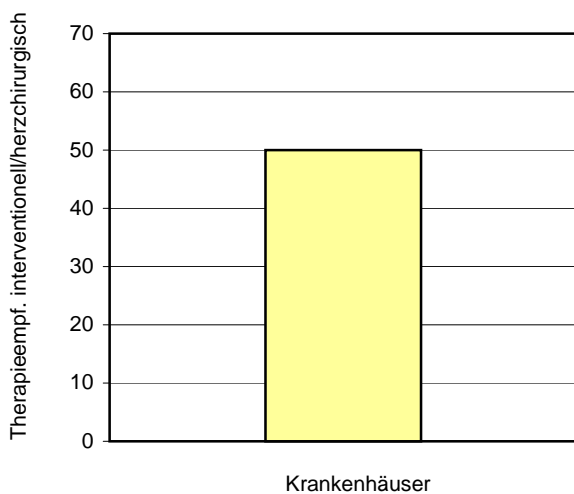
Anteil von Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit Therapieempfehlung „interventionell“ oder „herzchirurgisch“ oder anschließende PCI im selben Aufenthalt an allen Koronarangiographien mit Indikation „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „bekannte KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	29,4		30,0	38,1	45,3	47,8	53,0		69,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Indikation zur PCI

Qualitätsziel: Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/2062

Referenzbereich: <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i>				
ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			56 / 3.219	1,7%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			14 / 3.219	0,4%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			70 / 3.219	2,2%
Vertrauensbereich				1,7% - 2,7%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

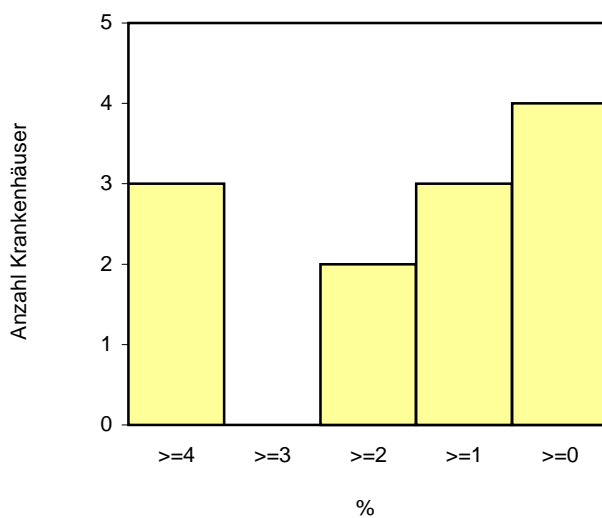
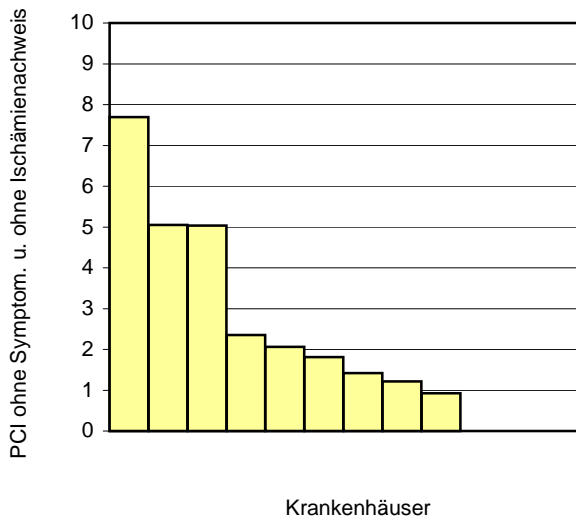
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> ohne akutes Koronarsyndrom, ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen) Vertrauensbereich			52 / 2.721	1,9% 1,4% - 2,5%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2062]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

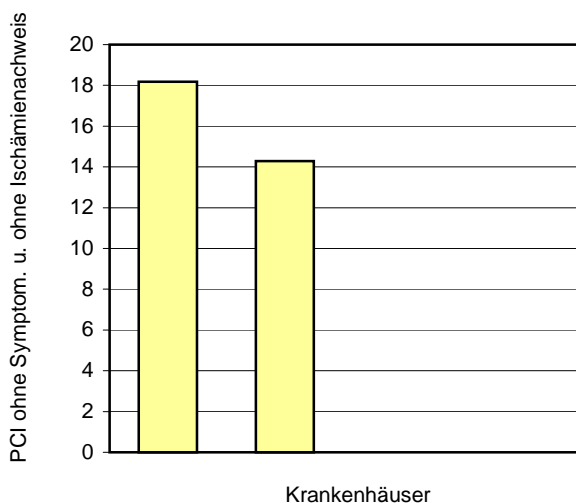
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	7,1	16,2			18,2

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Qualitätsziel:	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose
	Gruppe 2:	Alle PCI
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/21n3-KORO-PCI/2063
	Gruppe 2:	2010/21n3-KORO-PCI/2064
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 85% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	>= 85% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 85%	 >= 85%

	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	1.093 / 1.159  92,8% - 95,6% >= 85%	6.563 / 6.913  94,4% - 95,4% >= 85%

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

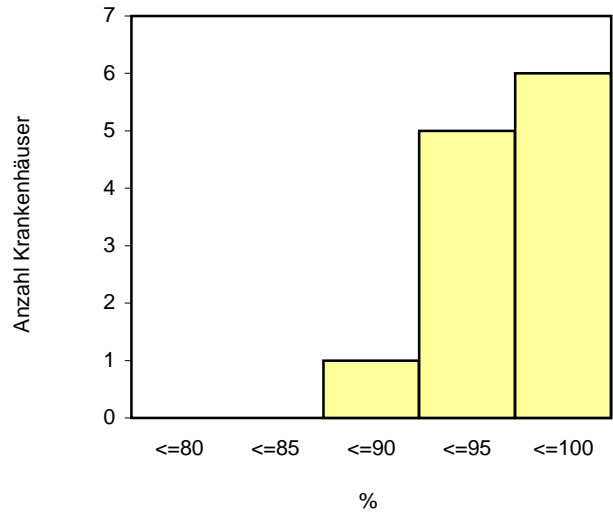
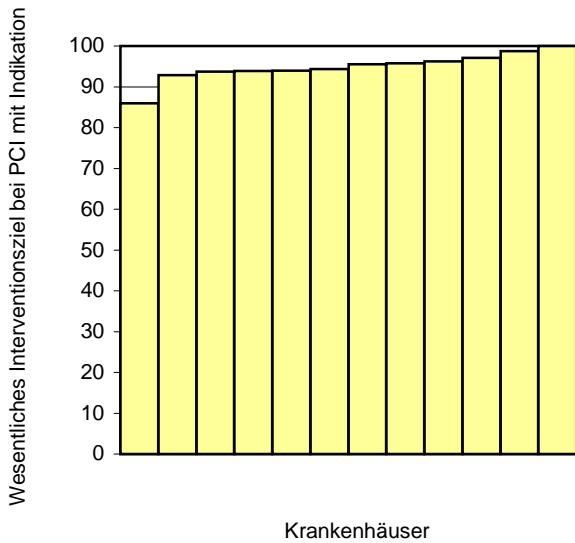
Vorjahresdaten	Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	1.132 / 1.205 93,9% 92,4% - 95,2%	6.165 / 6.524 94,5% 93,9% - 95,0%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2063]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

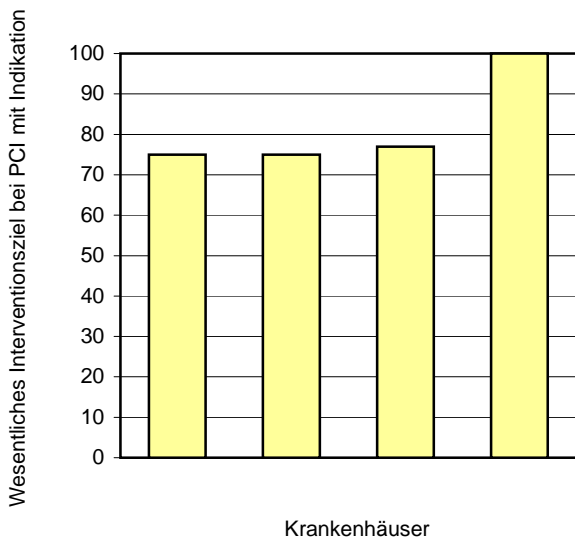
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,9		92,9	93,8	94,9	96,7	98,7		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

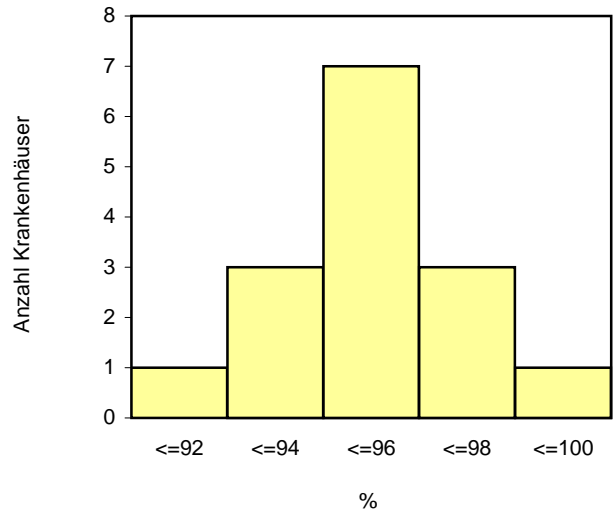
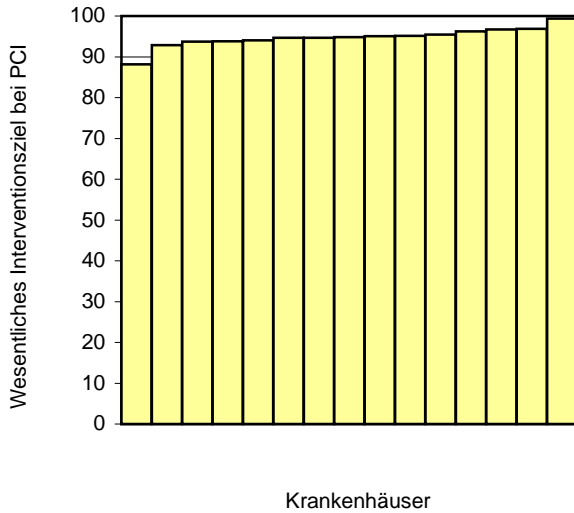


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0			75,0	76,0	88,5			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

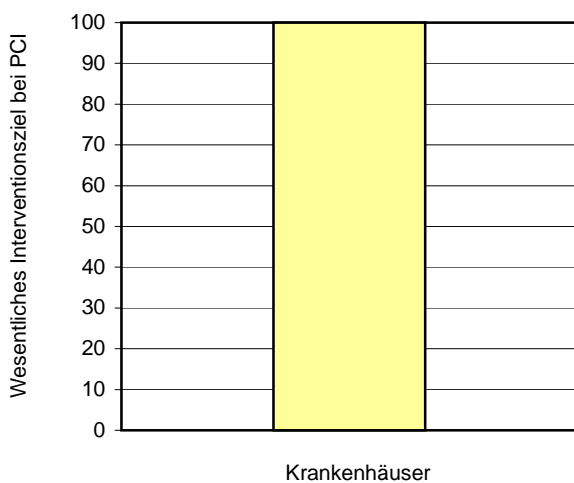
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2064]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,1		92,8	93,8	94,8	96,3	96,8		99,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: MACCE

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

Koronarangiographie(n) ohne PCI

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

Kennzahl-ID: Gruppe 3: 2010/21n3-KORO-PCI/414

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

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,0%
Alter >= 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	52 / 2.808 1,9%	37 / 5.924 0,6%	91 / 9.302 1,0%
Vertrauensbereich			0,8% - 1,2%
Referenzbereich			<= 3,0%
Alter >= 75 Jahre	30 / 975 3,1%	22 / 2.019 1,1%	54 / 3.105 1,7%
Patienten mit Diabetes mellitus	12 / 232 5,2%	6 / 329 1,8%	18 / 573 3,1%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	9 / 15 60,0%	0 / 1 0,0%	9 / 16 56,3%
Alter < 75 Jahre	22 / 1.833 1,2%	15 / 3.905 0,4%	37 / 6.197 0,6%
Patienten mit Diabetes mellitus	7 / 320 2,2%	5 / 565 0,9%	12 / 932 1,3%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	12 / 31 38,7%	1 / 5 20,0%	13 / 36 36,1%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	54 / 2.848 1,9%	43 / 5.448 0,8%	102 / 8.910 1,1%
Vertrauensbereich			0,9% - 1,4%

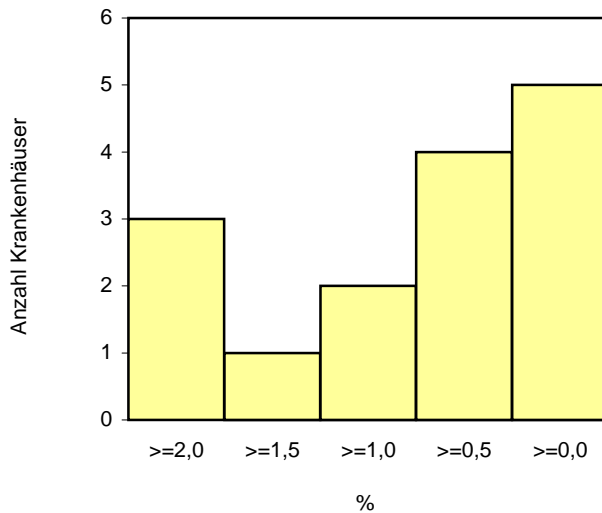
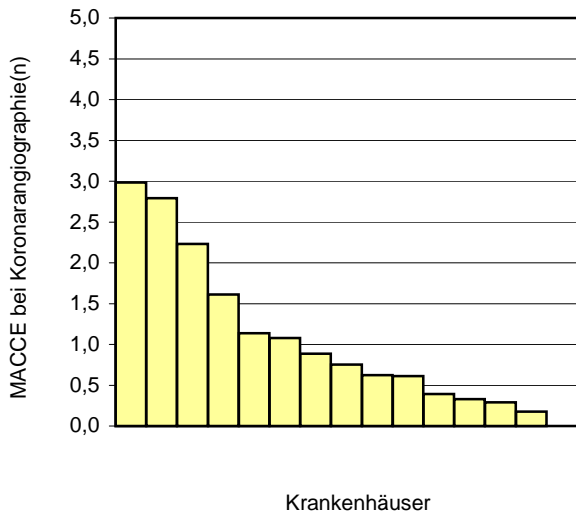
¹ Exitus im Herzkatheterlabor oder mindestens eine/ein TIA/Schlaganfall intraprozedural oder Herzinfarkt postprozedural oder TIA/Schlaganfall postprozedural oder Tod postprozedural bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/414]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

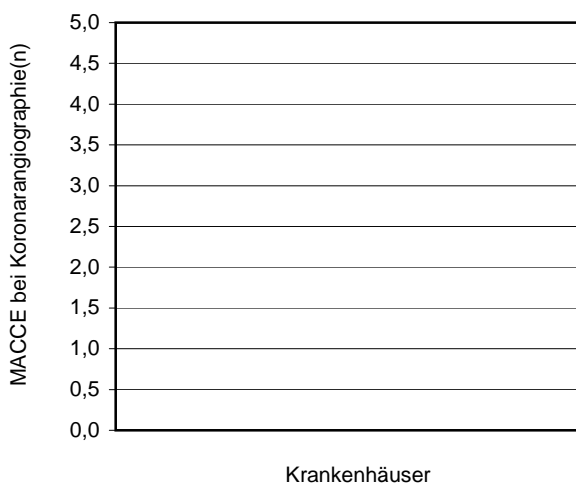
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Kennzahl-ID: Gruppe 3: 2010/21n3-KORO-PCI/415

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 6,5% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,5%
Alter >= 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			
Alter < 75 Jahre			
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus			
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			
Patienten mit Niereninsuffizienz			
Patienten mit Z. n. Bypass			
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock			

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

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	146 / 3.507 4,2%	17 / 3.055 0,6%	165 / 6.637 2,5%
Vertrauensbereich			2,1% - 2,9%
Referenzbereich			<= 6,5%
Alter >= 75 Jahre	78 / 1.077 7,2%	11 / 979 1,1%	90 / 2.075 4,3%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	22 / 258 8,5%	3 / 191 1,6%	25 / 452 5,5%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	31 / 142 21,8%	3 / 84 3,6%	34 / 227 15,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz	39 / 339 11,5%	4 / 265 1,5%	43 / 609 7,1%
Patienten mit Z. n. Bypass	9 / 143 6,3%	1 / 186 0,5%	11 / 332 3,3%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	29 / 47 61,7%	1 / 1 100,0%	30 / 48 62,5%
Alter < 75 Jahre	68 / 2.430 2,8%	6 / 2.076 0,3%	75 / 4.562 1,6%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	17 / 499 3,4%	2 / 427 0,5%	19 / 934 2,0%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	34 / 243 14,0%	2 / 154 1,3%	37 / 400 9,3%
Patienten mit Niereninsuffizienz	24 / 444 5,4%	3 / 330 0,9%	27 / 781 3,5%
Patienten mit Z. n. Bypass	1 / 199 0,5%	2 / 241 0,8%	4 / 442 0,9%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	28 / 76 36,8%	0 / 1 0,0%	29 / 78 37,2%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

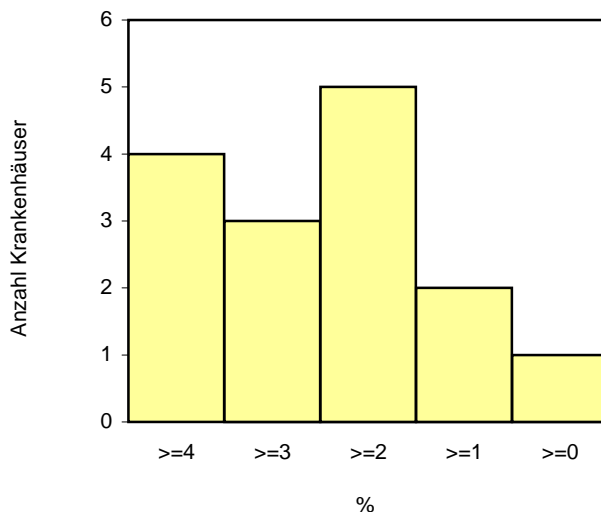
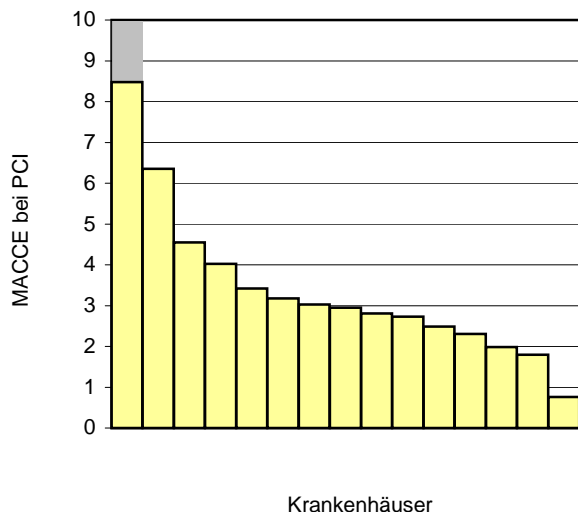
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	145 / 3.549	10 / 2.622	156 / 6.243
Vertrauensbereich	4,1%	0,4%	2,5%
			2,1% - 2,9%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/415]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

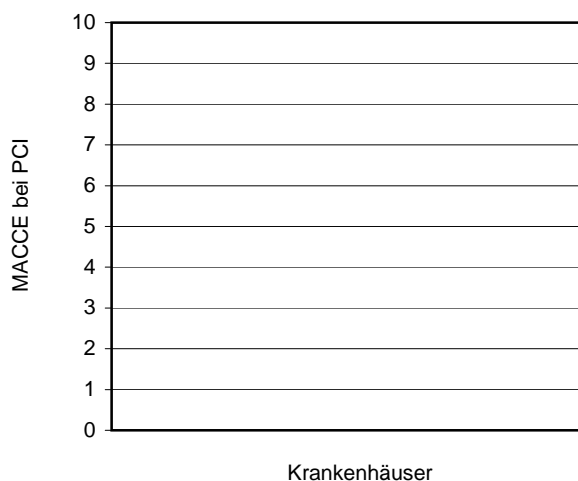
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,8		1,8	2,3	2,9	4,0	6,3		8,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/2232

Referenzbereich: <= 15,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			98 / 1.261	7,8%
Vertrauensbereich				6,4% - 9,4%
Referenzbereich		<= 15,0%		<= 15,0%
Alter >= 75 Jahre			49 / 287	17,1%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			11 / 57	19,3%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			19 / 38	50,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz			22 / 70	31,4%
Patienten mit Z. n. Bypass			6 / 19	31,6%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			18 / 26	69,2%

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

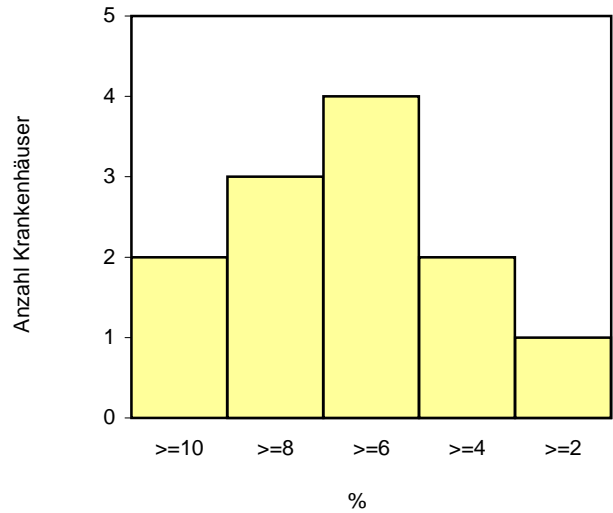
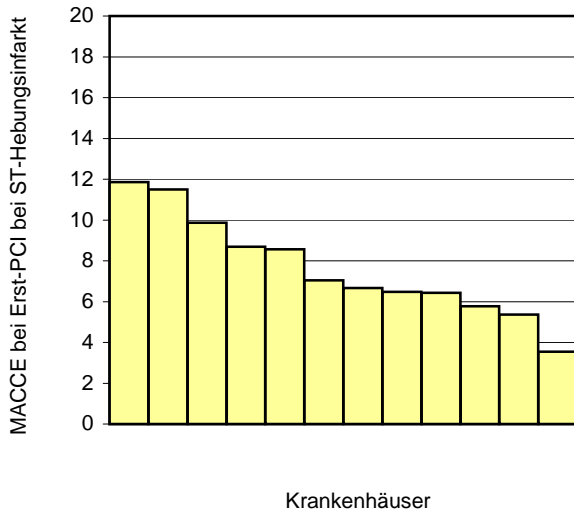
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter < 75 Jahre			49 / 974	5,0%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			10 / 150	6,7%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			26 / 86	30,2%
Patienten mit Niereninsuffizienz			16 / 136	11,8%
Patienten mit Z. n. Bypass			0 / 34	0,0%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			20 / 54	37,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹ Vertrauensbereich			100 / 1.275	7,8% 6,4% - 9,5%

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

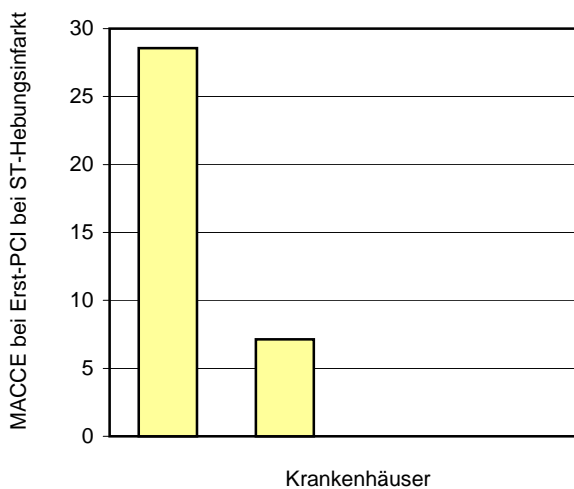
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2232]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt**

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



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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	3,6	17,9			28,6

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: In-Hospital-Letalität

Qualitätsziel: Niedrige In-Hospital-Letalität

Koronarangiographie(n) ohne PCI

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

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/416

Referenzbereich: <= 2,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod))			86 / 9.302	0,9%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,1%
Referenzbereich		<= 2,9%		<= 2,9%
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			13 / 198	6,6%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			24 / 1.985	1,2%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			49 / 7.119	0,7%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			22 / 52	42,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			88 / 8.910	1,0% 0,8% - 1,2%

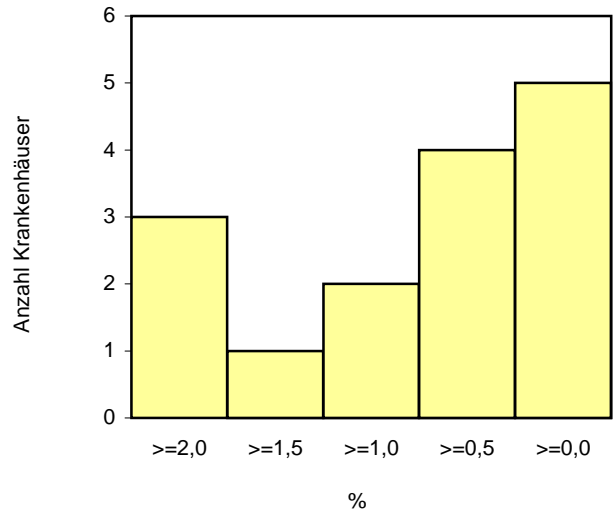
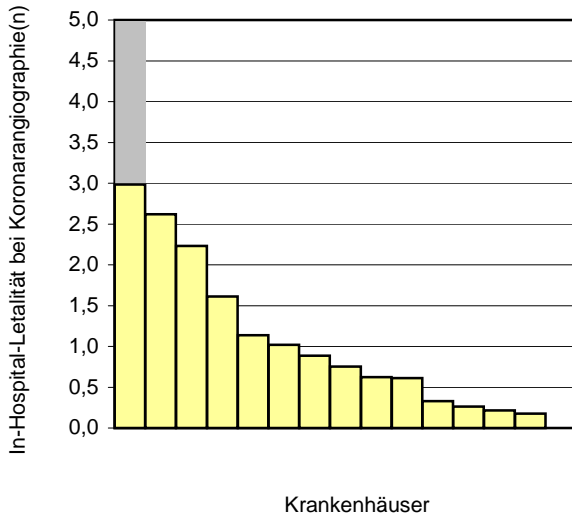
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität Anteil von Patienten mit Verlegung in die Herzchirurgie an allen verstorbenen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)			13 / 86	15,1%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/416]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

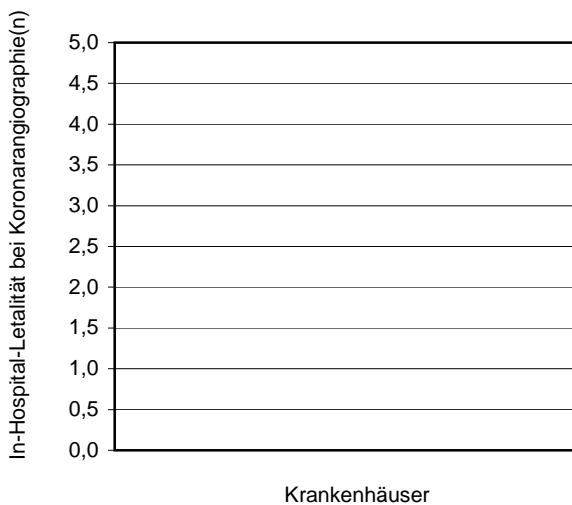
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			157 / 6.637	2,4%
		nicht definiert		2,0% - 2,8%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			10 / 46	21,7%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			147 / 6.591	2,2%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			99 / 1.283	7,7%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			43 / 2.306	1,9%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			15 / 3.048	0,5%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			58 / 123	47,2%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			148 / 6.243	2,4% 2,0% - 2,8%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			6 / 31	19,4%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			142 / 6.212	2,3%

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
In-Hospital-Letalität Anteil von Patienten mit Verlegung in die Herzchirurgie an allen verstorbenen Patienten mit PCI			5 / 157	3,2%

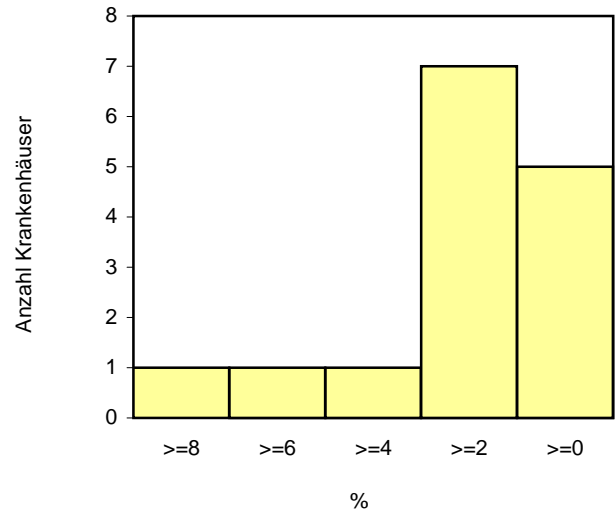
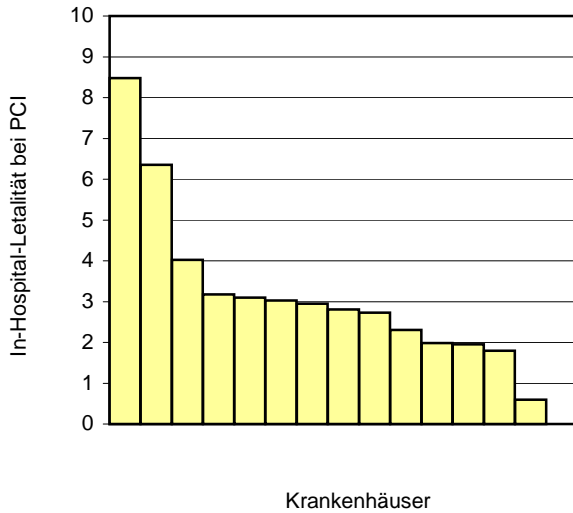
¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/417]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

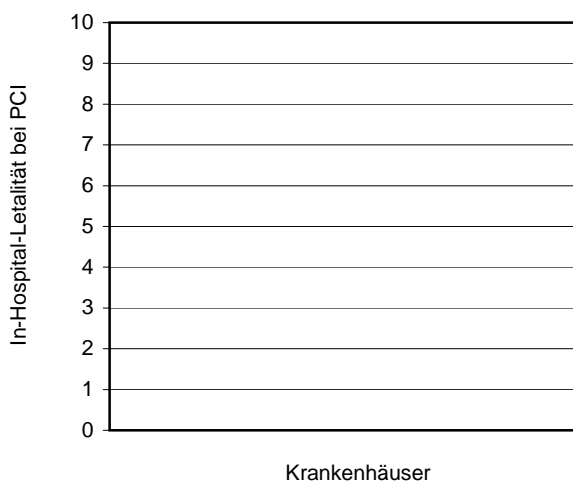
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

In-Hospital-Letalität risikoadjustiert nach logistischem Regressionsmodell

Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit PCI		
Kennzahl-ID:	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:	2010/21n3-KORO-PCI/11863	
	Risikoadjustierte Rate:	2010/21n3-KORO-PCI/11864	
Referenzbereich:	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:	<= 2,4 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	
	Risikoadjustierte Rate:	<= 5,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

Risikogruppen	Krankenhaus 2010		
	In-Hospital-Letalität		
	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%		/	
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

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

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

Gesamt 2010			
In-Hospital-Letalität			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	33,5 / 5.257 0,6%	27 / 5.257 0,5%	-0,12%
2 - < 4%	18,5 / 665 2,8%	17 / 665 2,6%	-0,23%
4 - < 6%	12,8 / 261 4,9%	14 / 261 5,4%	0,48%
>= 6%	91,4 / 454 20,1%	99 / 454 21,8%	1,67%
Gesamt	156,2 / 6.637 2,4%	157 / 6.637 2,4%	0,01%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

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

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

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
In-Hospital-Letalität		
beobachtet (O)		157 / 6.637 2,4%
vorhergesagt (E)		156,2 / 6.637 2,4%
O - E ¹		0,01%

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

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
O / E²		1,01
Referenzbereich	<= 2,4	<= 2,4

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

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
risikoadjustierte In-Hospital-Letalität³		2,5%
Referenzbereich	<= 5,8%	<= 5,8%

³ Die risikoadjustierte In-Hospital-Letalität stellt eine risikoadjustierte Rate dar, die einen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglicht. Diese beschreibt die Rate an Todesfällen, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller im PCI-Score berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der auch bundesweit beobachtet werden konnte. Die risikoadjustierte Rate berechnet sich aus der Multiplikation der bundesweit beobachteten Gesamtrate an Todesfällen mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate an Todesfällen im jeweiligen Krankenhaus ((O / E) * O_{Gesamt}). Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2010 finden Sie unter www.sqg.de.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
beobachtet (O)		148 / 6.243 2,4%
vorhergesagt (E)		155,4 / 6.243 2,5%
O - E		-0,12%
O / E		0,95
risikoadjustierte In-Hospital-Letalität		2,3%

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			4.235 / 6.637	63,8%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			126 / 6.637	1,9%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			1.264 / 6.637	19,0%
Niereninsuffizienz, unbekannt und Verweildauer <= 1 Tag			16 / 6.637	0,2%
Diabetes mellitus			1.386 / 6.637	20,9%
Diabetes mellitus, unbekannt und Verweildauer <= 1 Tag			32 / 6.637	0,5%
Weiblich			1.834 / 6.637	27,6%
Herzinsuffizienz			960 / 6.637	14,5%
Kardiogener Schock			123 / 6.637	1,9%
ACS ¹ mit ST-Hebung			1.283 / 6.637	19,3%
ACS ¹ ohne ST-Hebung			2.306 / 6.637	34,7%
PCI am Hauptstamm			114 / 6.637	1,7%
PCI am letzten Gefäß			37 / 6.637	0,6%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			1.197 / 6.637	18,0%

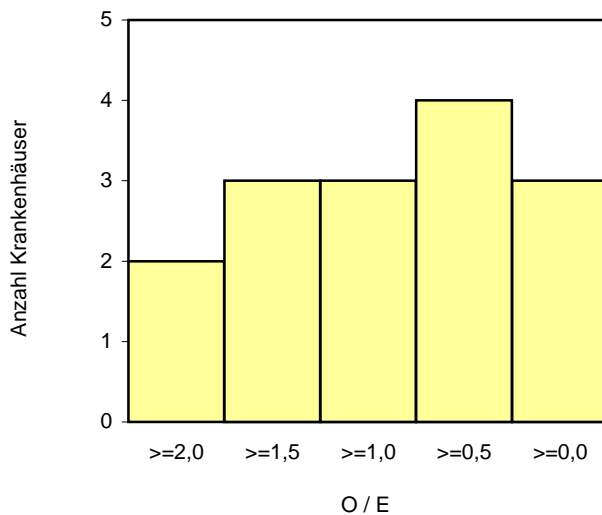
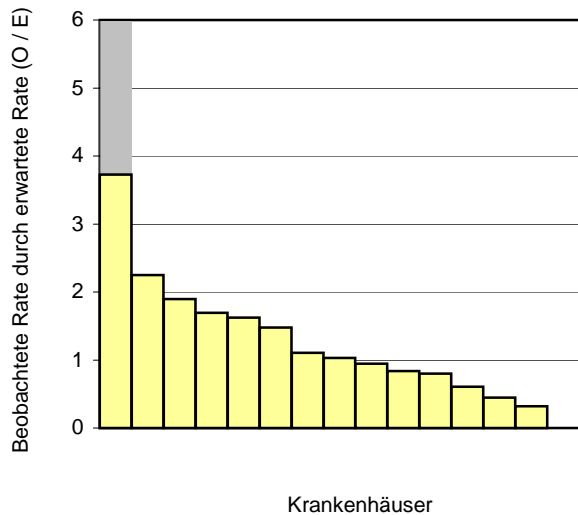
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/11863]:

Verhältnis der beobachteten In-Hospital-Letalität zur erwarteten In-Hospital-Letalität bei allen Patienten mit PCI

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

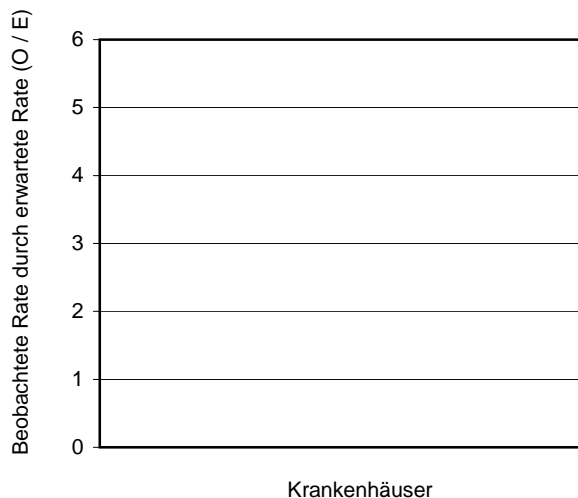
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,32	0,61	1,03	1,69	2,25		3,73

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

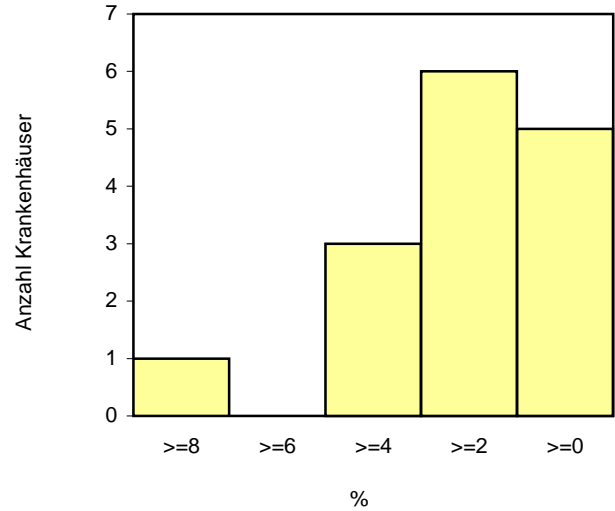
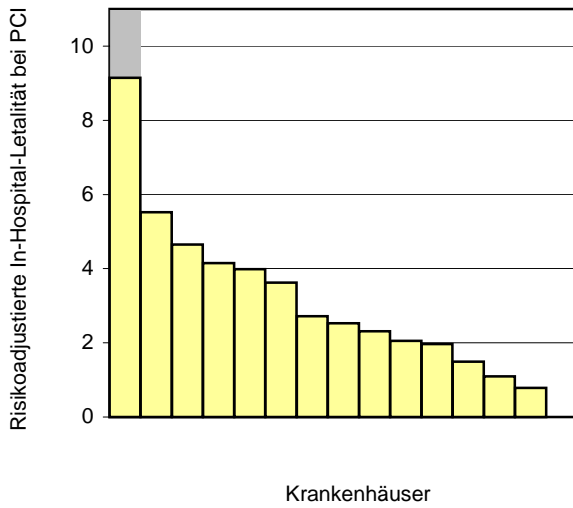


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

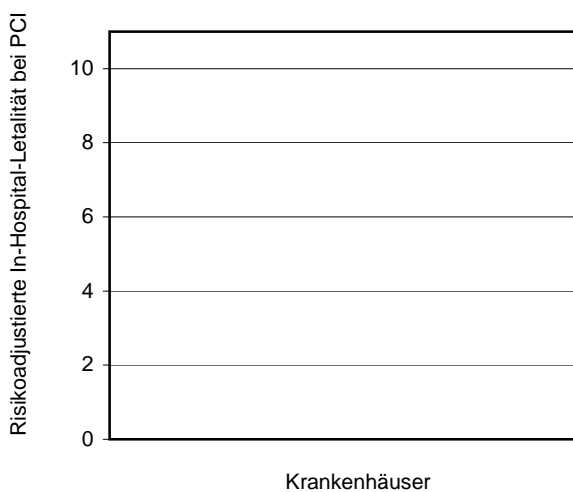
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/11864]:
 Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität bei allen Patienten mit PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,8	1,5	2,5	4,2	5,5		9,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/2311

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			8 / 4.874	0,2%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			3 / 4.874	0,1%
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			10 / 4.874	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

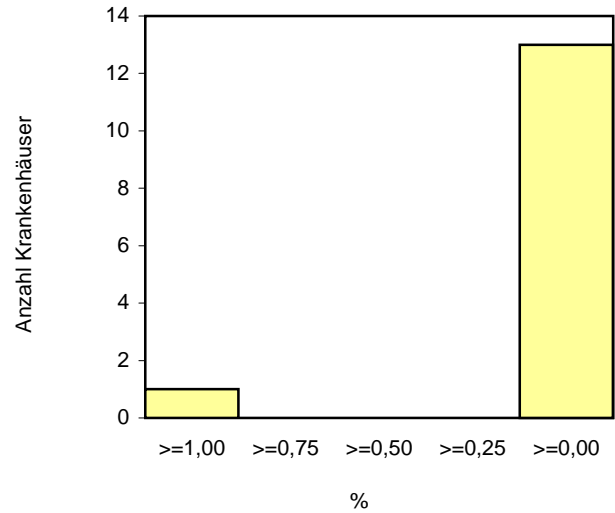
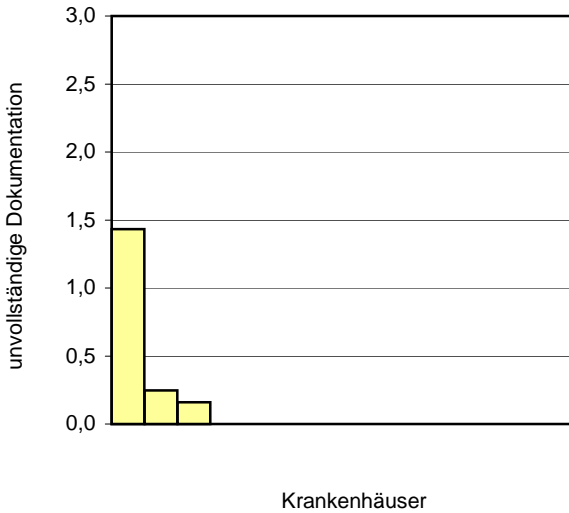
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			19 / 4.769	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6e, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

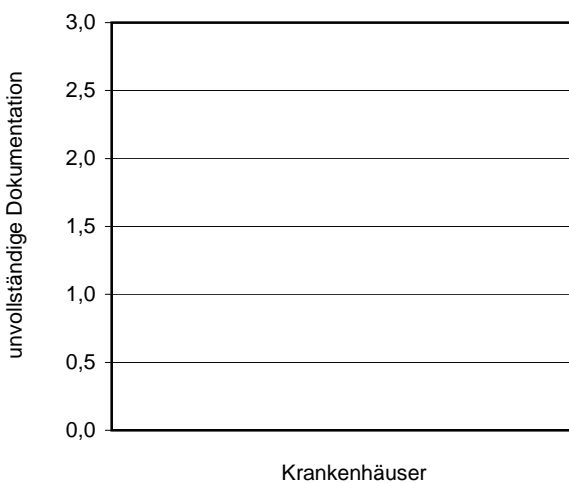
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Durchleuchtungsdauer

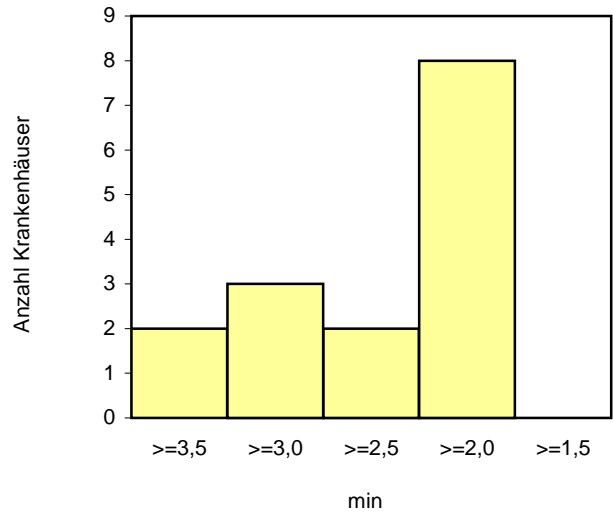
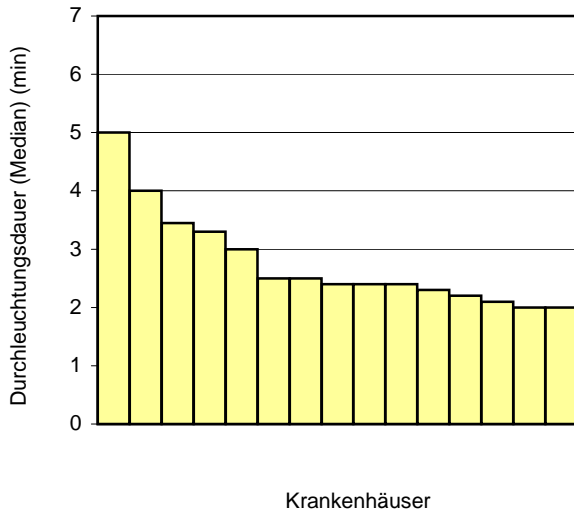
Qualitätsziel:	Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
	Gruppe 2:	Alle PCI
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/21n3-KORO-PCI/419
	Gruppe 2:	2010/21n3-KORO-PCI/2073
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5 min (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 12 min (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,3	11,2
Median			3,0	9,0
Referenzbereich	<= 5 min	<= 12 min	<= 5 min	<= 12 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,5	11,1
Median			3,0	9,0

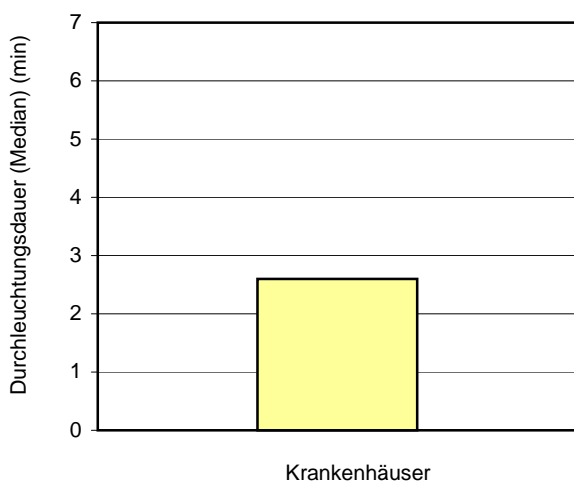
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/419]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)**

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

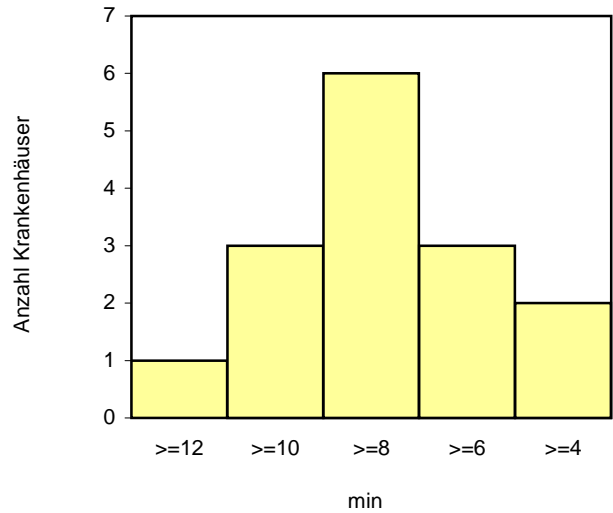
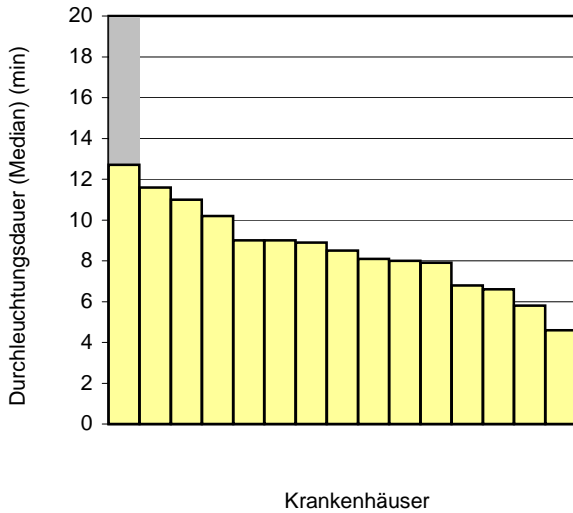


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,6				2,6				2,6

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

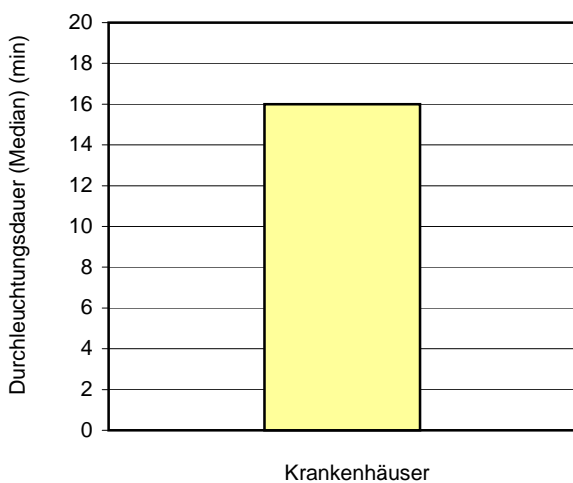
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/2073]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,6		5,8	6,8	8,5	10,2	11,6		12,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,0				16,0				16,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel:	Möglichst niedriges Flächendosisprodukt	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/21n3-KORO-PCI/12770
	Gruppe 2:	2010/21n3-KORO-PCI/12771
	Gruppe 3:	2010/21n3-KORO-PCI/12772
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.
	Gruppe 3:	<= 9.095,0 cGy*cm ² (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert			
Median			
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	<= 9.095,0 cGy*cm ²

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert	2.620,9	5.303,3	4.942,8
Median	1.956,0	3.817,0	3.810,5
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert	<= 9.095,0 cGy*cm ²

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert			
Median			

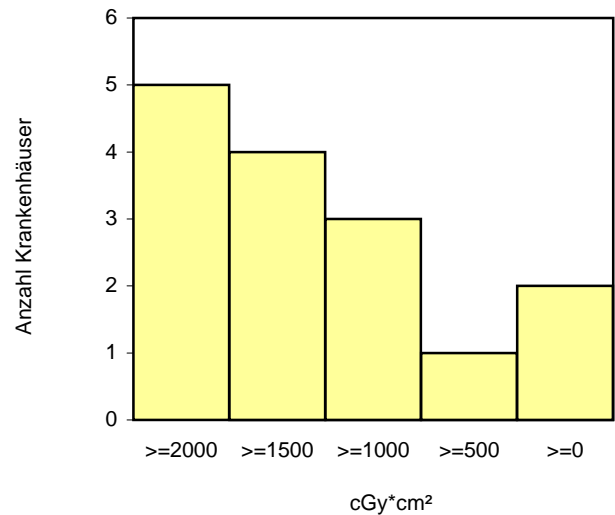
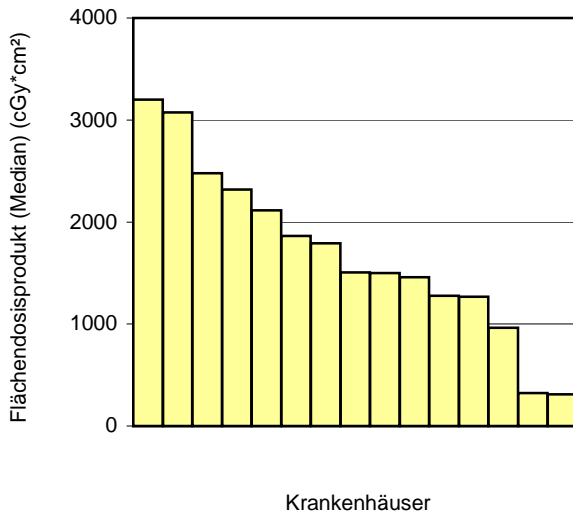
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Mittelwert	2.645,7	4.698,6	4.834,1
Median	1.930,0	3.682,0	3.727,0

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12770]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

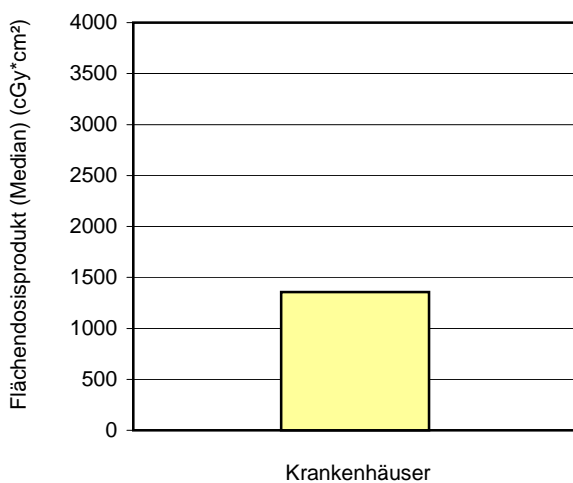
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm ²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	310,0		324,0	1.267,0	1.506,0	2.320,0	3.075,5		3.200,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

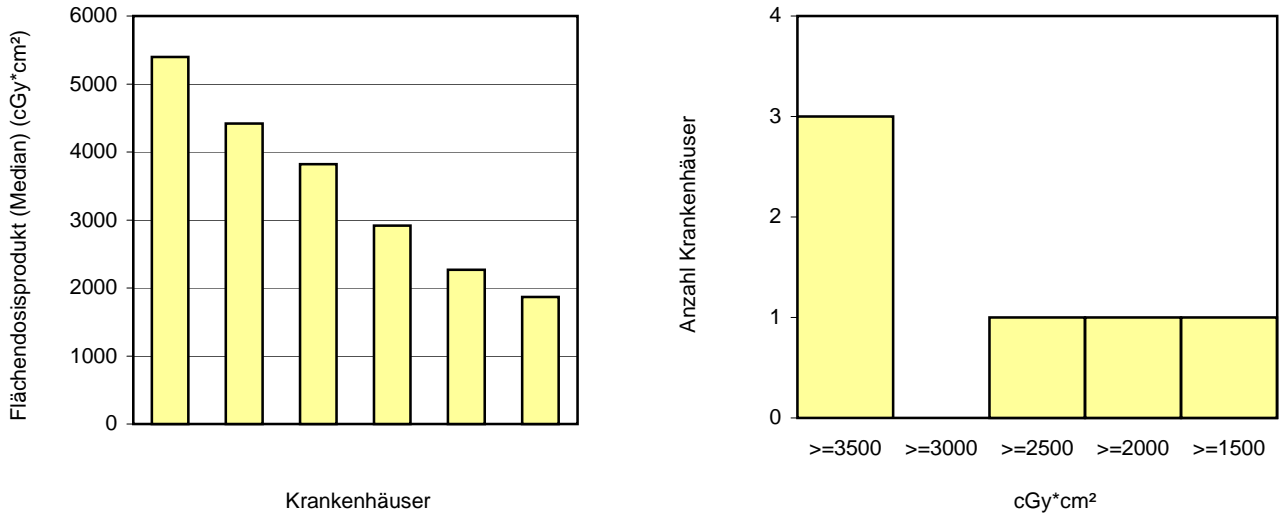


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm ²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1.356,0				1.356,0				1.356,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

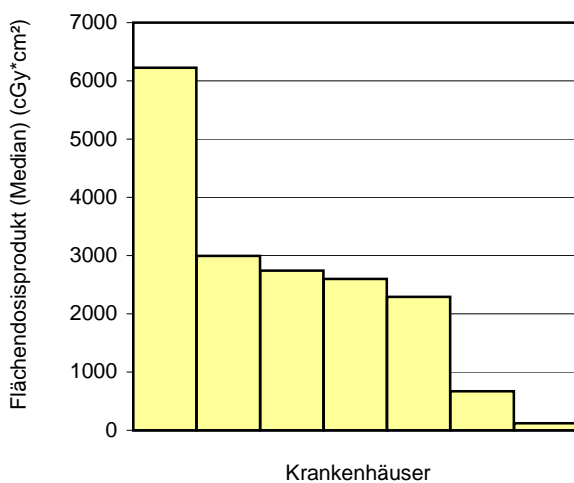
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12771]:
 Median des Flächendosisprodukts von allen PCI ohne Einzeitig-PCI und mit bekanntem Flächendosisprodukt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1.868,0			2.270,0	3.368,8	4.419,0			5.400,0

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

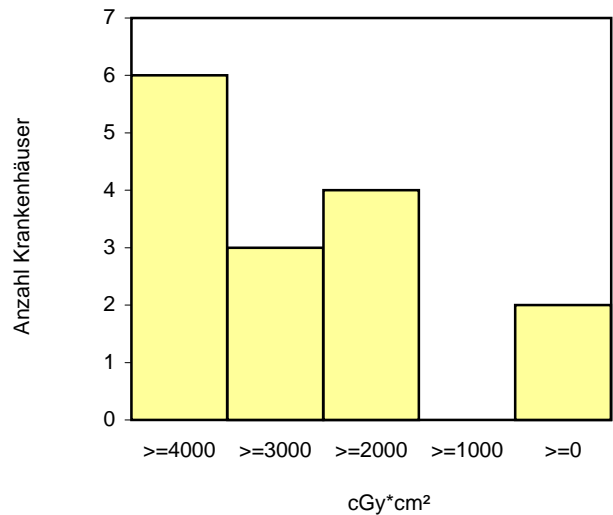
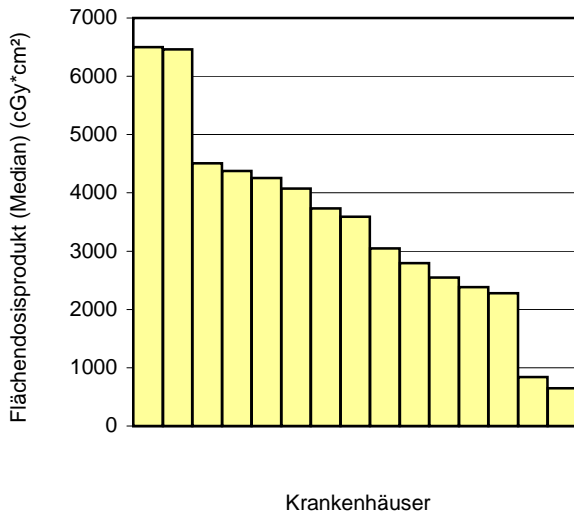


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	120,0			670,0	2.600,0	2.995,0			6.227,5

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

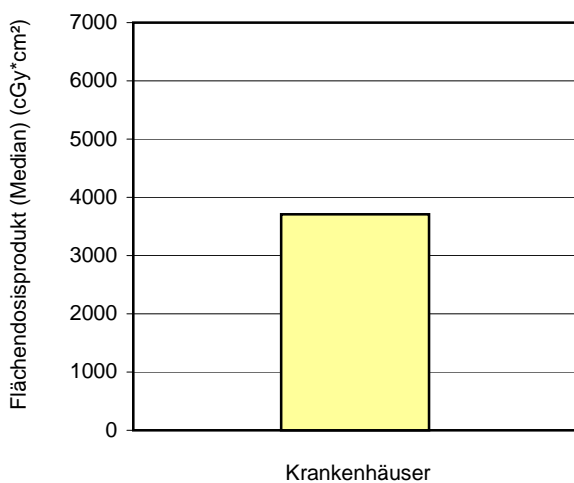
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8c, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12772]:
 Median des Flächendosisprodukts von allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	650,0		841,0	2.382,0	3.589,0	4.375,5	6.462,0		6.500,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (cGy*cm²)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3.708,0				3.708,0				3.708,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren
Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/12773
Referenzbereich: <= 4,1% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

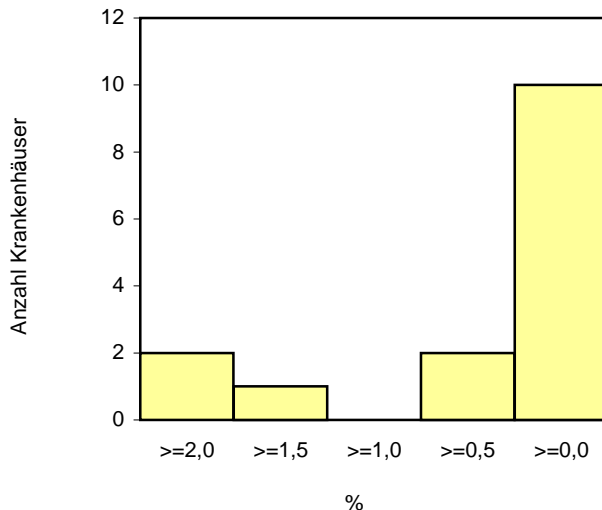
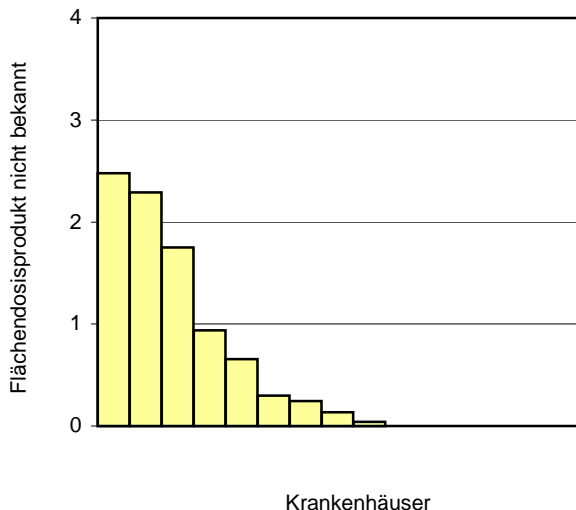
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			126 / 16.642	 0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 0,9%
Referenzbereich		<= 4,1%		<= 4,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			225 / 15.917	 1,4%
Vertrauensbereich				1,2% - 1,6%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8d, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

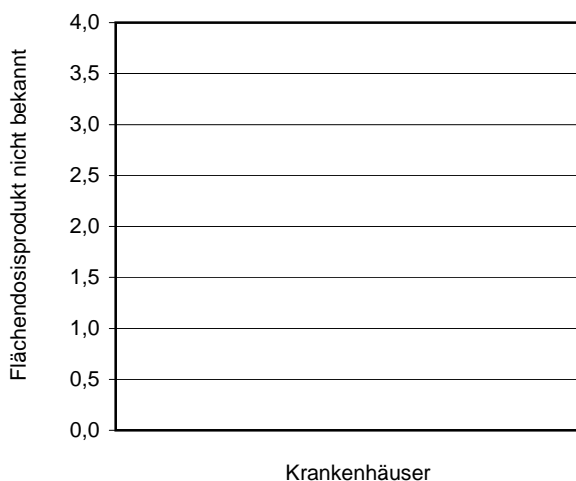
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt (Dosisreferenzwerte)

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit gültigen Angaben zum Flächendosisprodukt ¹
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/21n3-KORO-PCI/12774
	Gruppe 2:	2010/21n3-KORO-PCI/12775
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 28,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 30,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			695 / 9.643	7,2%
Vertrauensbereich				6,7% - 7,7%
Referenzbereich		<= 28,0%		<= 28,0%
Gruppe 2: PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²			48 / 637	7,5%
Vertrauensbereich				5,6% - 9,9%
Referenzbereich		<= 30,3%		<= 30,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			698 / 9.254	7,5%
Vertrauensbereich				7,0% - 8,1%
Gruppe 2: PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm ²			36 / 882	4,1%
Vertrauensbereich				2,9% - 5,6%

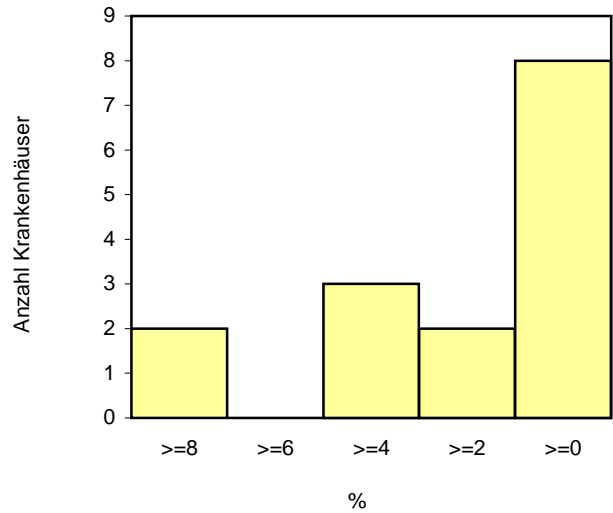
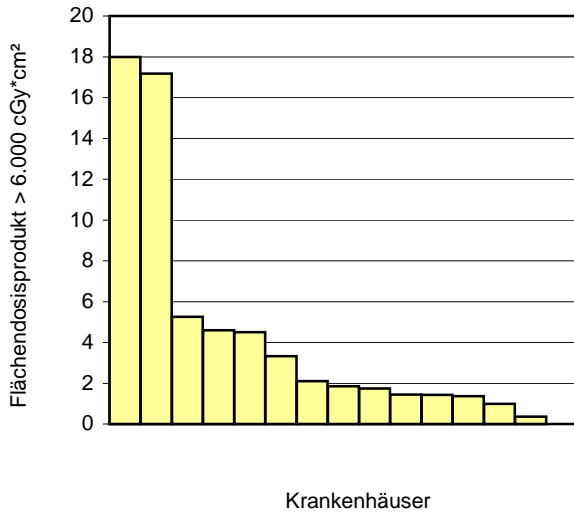
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8e, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12774]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

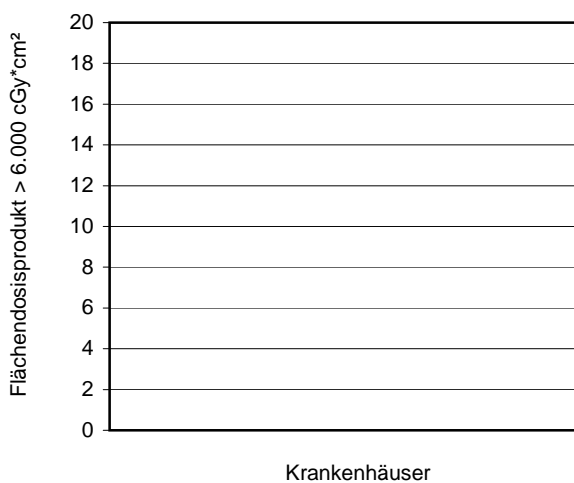
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,4	1,4	1,9	4,6	17,2		18,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

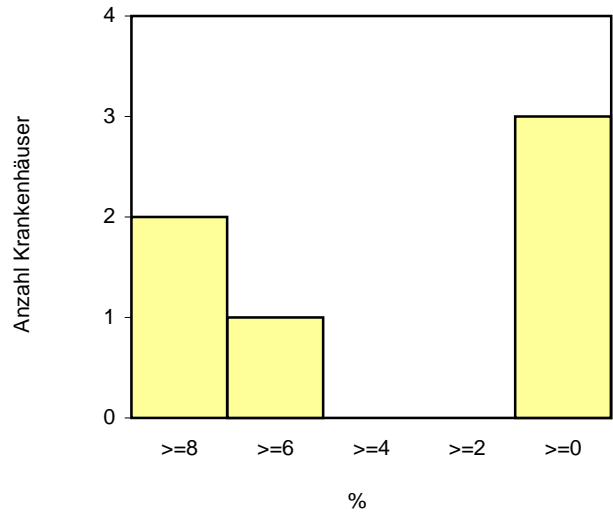
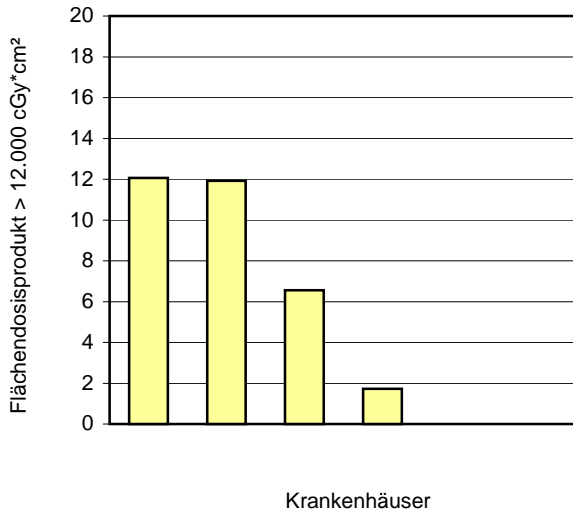


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

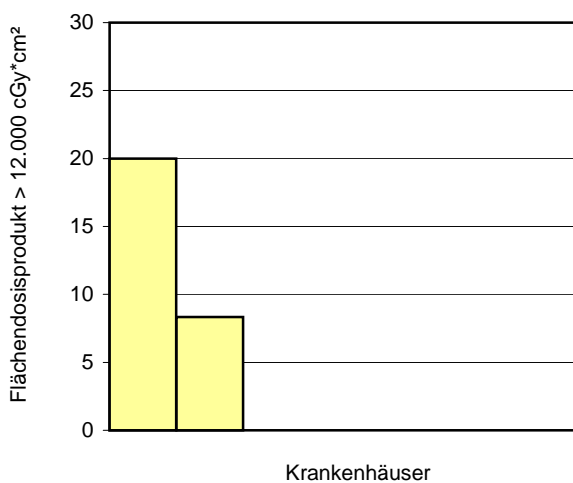
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 8f, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm² an allen PCI (ohne Einzeitig-PCI)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	4,1	11,9			12,1

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	8,3			20,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 9: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) ¹
	Gruppe 2:	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) ¹
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/21n3-KORO-PCI/422
	Gruppe 2:	2010/21n3-KORO-PCI/423
	Gruppe 3:	2010/21n3-KORO-PCI/424
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 150 ml (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 200 ml (Toleranzbereich)
	Gruppe 3:	<= 250 ml (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert			
Median			
Referenzbereich	<= 150 ml	<= 200 ml	<= 250 ml
 Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert			
Median			

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert	83,3	142,9	156,8
Median	80,0	125,0	150,0
Referenzbereich	<= 150 ml	<= 200 ml	<= 250 ml
 Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert	83,6	154,7	160,3
Median	71,5	140,0	150,0

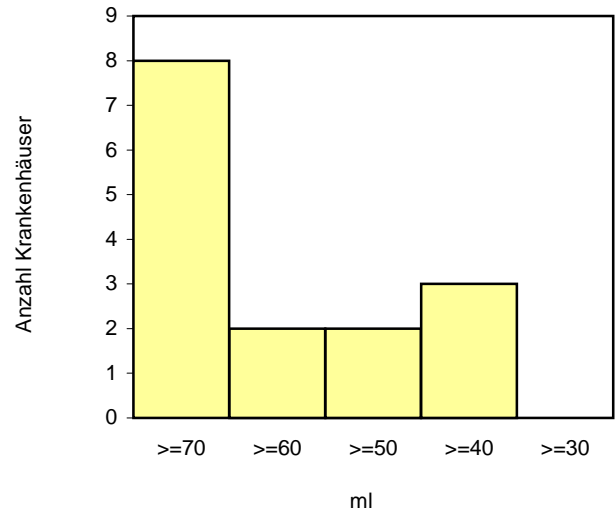
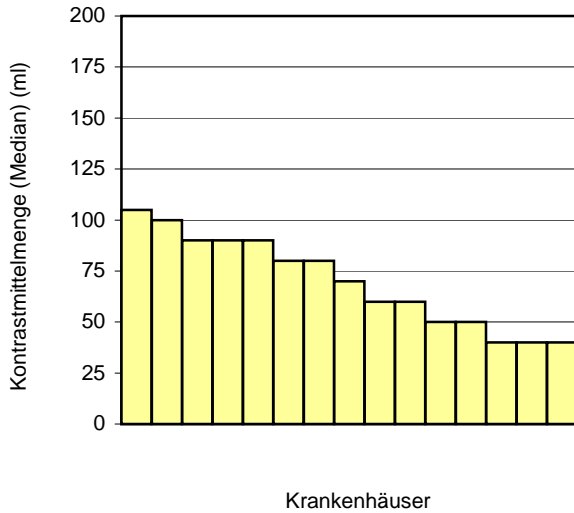
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einer Kontrastmittelmenge > 0 ml und < 1.000 ml.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert			
Median			
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert			
Median			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Kontrastmittelmenge (ml)			
Mittelwert	85,6	139,1	156,3
Median	80,0	122,5	150,0
Patienten mit Niereninsuffizienz (dialysepflichtig und nicht dialysepflichtig)			
Mittelwert	85,7	142,9	154,1
Median	75,0	130,0	140,0

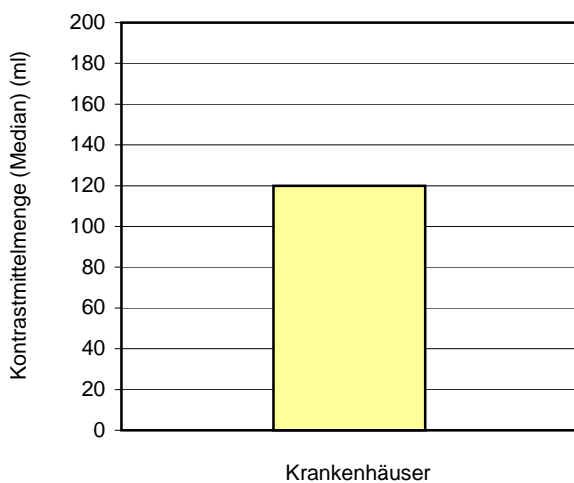
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/422]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0		40,0	50,0	70,0	90,0	100,0		105,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

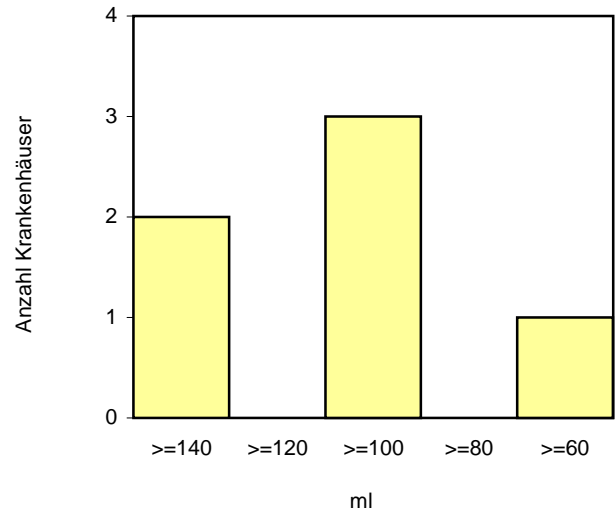
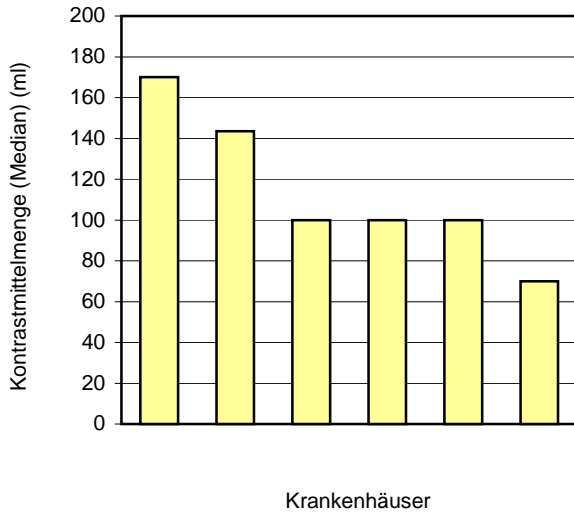


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	120,0				120,0				120,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

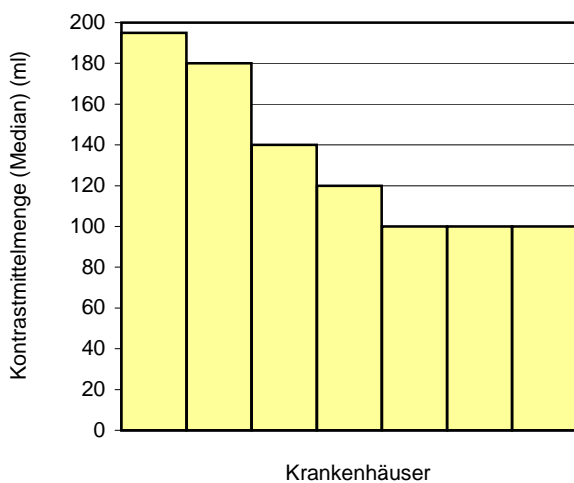
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/423]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen PCI (ohne Einzeitig-PCI)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,0			100,0	100,0	143,5			170,0

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

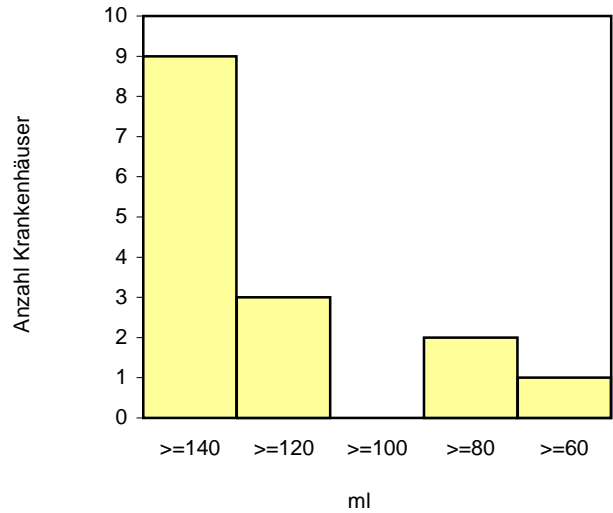
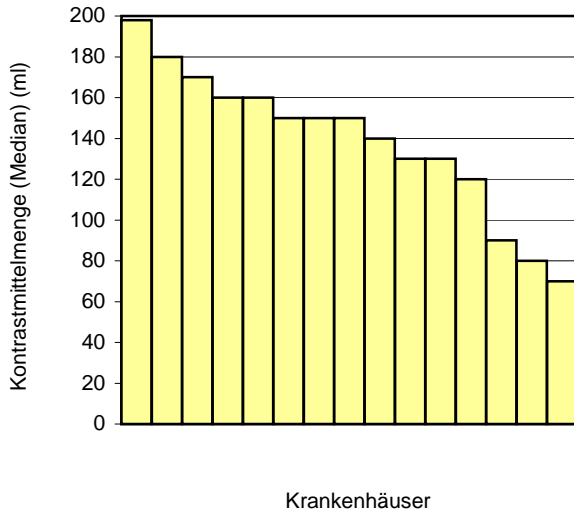


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	120,0	180,0			195,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

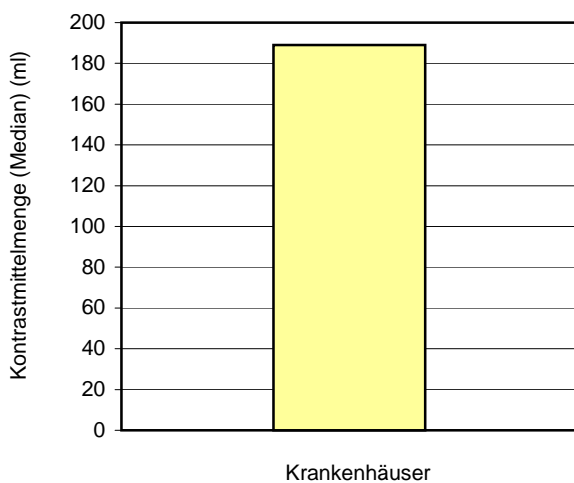
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9c, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/424]:
 Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,0		80,0	120,0	150,0	160,0	180,0		198,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (ml)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	189,0				189,0				189,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2010
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 15.939
Datensatzversion: 21/3 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10418-L71200-P33400

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			3.936	24,7	4.007	26,4
2. Quartal			3.913	24,5	3.714	24,5
3. Quartal			4.026	25,3	3.627	23,9
4. Quartal			4.064	25,5	3.805	25,1
Gesamt			15.939	100,0	15.153	100,0
Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution identisch			15.535	97,5	14.478	95,5
Anzahl Prozeduren			16.642		15.917	
Anzahl PCI			6.913		6.524	
Anzahl Koronarangiographien			15.999		15.027	

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

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			15.939		15.153	
18 – 29 Jahre			48 / 15.939	0,3	44 / 15.153	0,3
30 – 39 Jahre			189 / 15.939	1,2	173 / 15.153	1,1
40 – 49 Jahre			1.030 / 15.939	6,5	1.023 / 15.153	6,8
50 – 59 Jahre			2.248 / 15.939	14,1	2.159 / 15.153	14,2
60 – 69 Jahre			4.046 / 15.939	25,4	3.877 / 15.153	25,6
70 – 79 Jahre			5.559 / 15.939	34,9	5.239 / 15.153	34,6
>= 80 Jahre			2.819 / 15.939	17,7	2.638 / 15.153	17,4
Alter (Jahre)						
Median				70,0		70,0
Mittelwert				68,4		68,2
Geschlecht						
männlich			10.293	64,6	9.799	64,7
weiblich			5.646	35,4	5.354	35,3

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			15.939		15.153	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			8.375	52,5	8.301	54,8
ja			7.248	45,5	6.739	44,5
unbekannt			316	2,0	113	0,7
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			11.189	70,2	10.690	70,5
ja			4.595	28,8	4.330	28,6
unbekannt			155	1,0	133	0,9
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			14.142	88,7	13.269	87,6
ja			1.773	11,1	1.849	12,2
unbekannt			24	0,2	35	0,2
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			12.977	81,4	12.290	81,1
ja			1.926	12,1	1.895	12,5
fraglich			358	2,2	252	1,7
unbekannt			678	4,3	716	4,7
Diabetes mellitus						
nein			12.947	81,2	12.493	82,4
ja			2.891	18,1	2.624	17,3
unbekannt			101	0,6	36	0,2
Niereninsuffizienz						
nein			12.770	80,1	12.367	81,6
dialysepflichtig			307	1,9	298	2,0
nicht dialysepflichtig			2.833	17,8	2.450	16,2
unbekannt			29	0,2	38	0,3

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			9.624	60,4	8.756	57,8
ja			6.315	39,6	6.397	42,2
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			2.554 / 9.624	26,5	2.408 / 8.756	27,5
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			823 / 9.624	8,6	835 / 8.756	9,5
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			3.078 / 9.624	32,0	2.574 / 8.756	29,4
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.486 / 9.624	25,8	2.464 / 8.756	28,1
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			683 / 9.624	7,1	475 / 8.756	5,4
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			3.529 / 9.624	36,7	3.730 / 8.756	42,6
ja			3.184 / 9.624	33,1	3.096 / 8.756	35,4
fraglich			1.848 / 9.624	19,2	1.211 / 8.756	13,8
nicht geprüft			1.063 / 9.624	11,0	719 / 8.756	8,2
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			3.468 / 9.624	36,0	3.396 / 8.756	38,8
ja			6.156 / 9.624	64,0	5.360 / 8.756	61,2
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			6.284 / 9.624	65,3	6.036 / 8.756	68,9
ja			3.340 / 9.624	34,7	2.720 / 8.756	31,1

Prozedur

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			16.642		15.917	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			16.642		15.917	
Median				2,0		3,0
Mittelwert				4,7		5,3
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			14.013	84,2	13.492	84,8
ja			2.629	15,8	2.425	15,2
wenn ja bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			182 / 2.629	6,9	195 / 2.425	8,0
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			9.729	58,5	9.393	59,0
PCI			643	3,9	890	5,6
einzeitig Koronarangiographie und PCI			6.270	37,7	5.634	35,4

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			15.999		15.027	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			4.863	30,4	4.658	31,0
bekannte KHK			4.588	28,7	3.967	26,4
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			3.986	24,9	3.793	25,2
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.269	7,9	1.302	8,7
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			135	0,8	110	0,7
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			40	0,3	46	0,3
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			282	1,8	342	2,3
Vitium			658	4,1	645	4,3
Sonstige			178	1,1	164	1,1

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			1.641	10,3	1.308	8,7
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			3.071	19,2	2.854	19,0
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			9.505	59,4	9.024	60,1
Kardiomyopathie			436	2,7	533	3,5
Herzklappenvitium			492	3,1	593	3,9
Aortenaneurysma			28	0,2	54	0,4
hypertensive Herzerkrankung			430	2,7	439	2,9
andere kardiale Erkrankung			396	2,5	222	1,5

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			227	1,4	259	1,7
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			281	1,8	357	2,4
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			416	2,6	579	3,9
Kardiomyopathie			470	2,9	464	3,1
Herzklappenvitium			431	2,7	293	1,9
Aortenaneurysma			28	0,2	35	0,2
hypertensive Herzerkrankung			607	3,8	965	6,4
andere kardiale Erkrankung			669	4,2	756	5,0
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			534	3,3	526	3,5
medikamentös			6.567	41,0	6.186	41,2
interventionell			6.682	41,8	6.108	40,6
herzchirurgisch			1.739	10,9	1.875	12,5
Sonstige			477	3,0	332	2,2

PCI

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			6.913		6.524	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			2.677	38,7	2.378	36,5
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			2.395	34,6	2.474	37,9
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.159	16,8	1.205	18,5
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			140	2,0	124	1,9
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			466	6,7	303	4,6
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			5	0,1	5	0,1
Sonstige			71	1,0	35	0,5

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI an						
einem Versorgungsgebiet			6.231	90,1	5.926	90,8
zwei Versorgungsgebieten			652	9,4	567	8,7
drei Versorgungsgebieten			30	0,4	31	0,5
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			5.098	73,7	4.639	71,1
ja			1.815	26,3	1.885	28,9
wenn ja						
PCI an komplettem Gefäßverschluss			1.244 / 1.815	68,5	1.273 / 1.885	67,5
PCI eines Koronarbypasses			266 / 1.815	14,7	283 / 1.885	15,0
PCI an ungeschütztem Hauptstamm			124 / 1.815	6,8	120 / 1.885	6,4
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			256 / 1.815	14,1	290 / 1.885	15,4
PCI an letztem verbliebenen Gefäß			38 / 1.815	2,1	60 / 1.885	3,2
Stent(s) implantiert						
nein			694	10,0	683	10,5
ja			6.219	90,0	5.841	89,5
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			271	3,9	299	4,6
ja			6.563	94,9	6.165	94,5
fraglich			79	1,1	60	0,9

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010	Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Bezug: Anzahl der Prozeduren		16.642	15.917	
Durchleuchtungszeit (min)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 min)		16.605	15.848	
Median			5,0	4,9
Mittelwert			7,2	7,2
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)		16.504	15.691	
Median			2.561,0	2.500,0
Mittelwert			3.600,0	3.535,8
Angabe „nicht bekannt“		126	225	
Kontrastmittelmenge (ml)				
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)		16.642	15.917	
Median			100,0	100,0
Mittelwert			113,3	113,6

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			16.642		15.917	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			16.524	99,3	15.789	99,2
ja			118	0,7	128	0,8
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			20	0,12	33	0,21
TIA/Schlaganfall			3	0,02	14	0,09
Reanimation			72	0,43	56	0,35
Sonstige			34	0,20	38	0,24
Exitus im Herzkatheterlabor			29	0,17	22	0,14

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural festgestellte Komplikationen						
nein			15.651	98,2	14.870	98,1
ja			288	1,8	283	1,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			7	0,04	3	0,02
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			3	0,02	5	0,03
TIA/Schlaganfall						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			4	0,03	12	0,08
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			1	0,01	2	0,01
Lungenembolie						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			0	0,00	0	0,00
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,01	0	0,00
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			42	0,26	37	0,24
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			12	0,08	3	0,02
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			34 / 54	63,0	23 / 40	57,5
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			20 / 54	37,0	17 / 40	42,5

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reanimation bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			26	0,16	23	0,15
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			7	0,04	8	0,05
Sonstige (z.B. Sepsis) bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			11	0,07	13	0,09
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			10	0,06	13	0,09
Tod bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			62	0,39	60	0,40
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			152	0,95	154	1,02
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?			1.159 / 15.939	7,3	1.076 / 15.153	7,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			14.077	88,3	13.238	87,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			265	1,7	222	1,5
03: aus sonstigen Gründen			23	0,1	30	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			171	1,1	144	1,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			727	4,6	764	5,0
07: Tod			243	1,5	236	1,6
08: Verlegung nach § 14			31	0,2	35	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			297	1,9	331	2,2
10: in Pflegeeinrichtung			54	0,3	69	0,5
11: in Hospiz			1	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			22	0,1	52	0,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,0	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			5	0,0	2	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	4	0,0
16: externe Verlegung			3	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			8	0,1	17	0,1
18: Rückverlegung			4	0,0	2	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	3	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	1	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

Diagnostische Prozeduren¹ OPS 2010

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung						
1-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen			8.280	51,8	6.864	45,7
1-275.1 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel			349	2,2	336	2,2
1-275.2 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel			4.722	29,5	4.750	31,6
1-275.3 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			2.508	15,7	2.719	18,1
1-275.4 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung			172	1,1	274	1,8
1-275.5 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen			966	6,0	1.006	6,7
Sonstige						
sonstige OPS Codes			2	0,0	0	0,0

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen						
8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie			4.685	67,8	3.724	57,1
8-837.01 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien			381	5,5	307	4,7
8-837.10 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Eine Koronararterie			2	0,0	3	0,0
8-837.11 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Laser-Angioplastie: Mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.20 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Atherektomie: Eine Koronararterie			1	0,0	2	0,0
8-837.21 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Atherektomie: Mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.50 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie			7	0,1	12	0,2

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.51 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen- den Stents						
8-837.k0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen- den Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			1.701	24,6	2.146	32,9
8-837.k1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen- den Stents: Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie			548	7,9	669	10,3
8-837.k2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen- den Stents: Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien			171	2,5	212	3,2
8-837.kx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen- den Stents: Sonstige			1	0,0	5	0,1

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einlegen eines medikamenten- freisetzenenden Stents						
8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			2.535	36,7	1.873	28,7
8-837.m1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie			806	11,7	585	9,0
8-837.m2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien			200	2,9	138	2,1
8-837.m3 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie			170	2,5	108	1,7
8-837.m4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien			72	1,0	47	0,7
8-837.m5 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie			43	0,6	26	0,4

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.m6 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien			18	0,3	11	0,2
8-837.m7 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie			4	0,1	5	0,1
8-837.m8 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien			8	0,1	7	0,1
8-837.m9 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie			3	0,0	4	0,1
8-837.ma Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien			4	0,1	4	0,1
8-837.mx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Sonstige			1	0,0	2	0,0

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.p Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)			15	0,2	26	0,4
8-837.q Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)			30	0,4	27	0,4
8-837.u Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			9	0,1	17	0,3
8-837.v Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Bifurkationsstents			10	0,1	10	0,2
8-837.w0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Ein Stent in eine Koronararterie			24	0,3	66	1,0
8-837.w1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 2 Stents in eine Koronararterie			12	0,2	36	0,6

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.w2 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien			2	0,0	4	0,1
8-837.w3 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 3 Stents in eine Koronararterie			1	0,0	0	0,0
8-837.w4 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.w5 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 4 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0
8-837.w6 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien			1	0,0	1	0,0
8-837.w7 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 5 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0

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

Anhang: OPS 2010 - Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

Interventionelle Prozeduren¹ OPS 2010 (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
8-837.w8 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.w9 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie			0	0,0	0	0,0
8-837.wa Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien			0	0,0	0	0,0
8-837.wx Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Sonstige			0	0,0	0	0,0

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

Jahresauswertung 2010
Koronarangiographie und
Perkutane Koronarintervention (PCI)
21/3

Statistische Basisprüfung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 16
Anzahl Datensätze Gesamt: 15.939
Datensatzversion: 21/3 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10418-L71200-P33400

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/21n3-KORO-PCI/813123 AK 2: Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte			94,6%	< 100%	AK.1

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

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

Kennzahl-ID: 2010/21n3-KORO-PCI/813123

Referenzbereich: < 100%

ID-Bezugskennzahl(en): 399

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			8.976 / 9.491	94,6%
Vertrauensbereich				94,1% - 95,0%
Referenzbereich		< 100%		< 100%

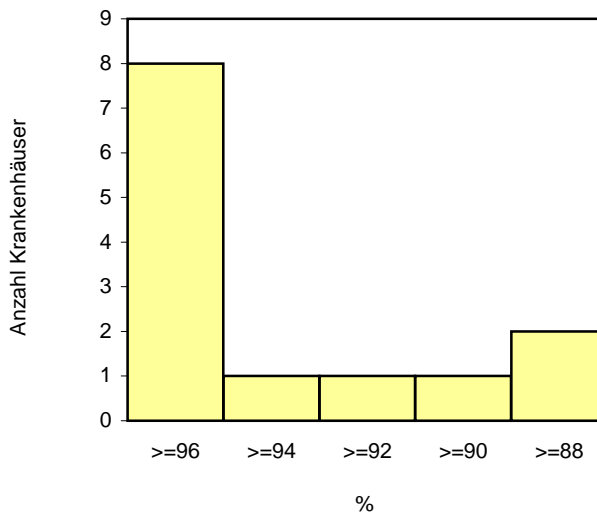
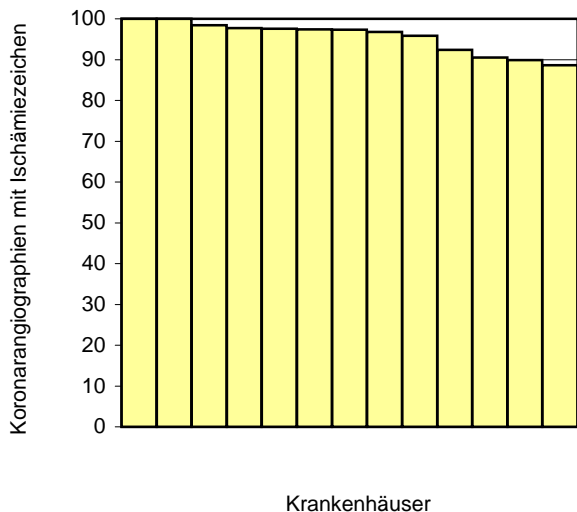
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			8.162 / 8.671	94,1%
Vertrauensbereich				93,6% - 94,6%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK2, Kennzahl-ID 2010/21n3-KORO-PCI/813123]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

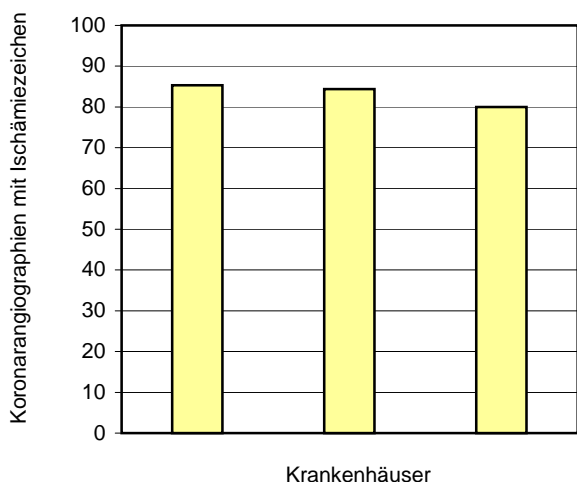
13 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,6	88,6	89,9	92,4	97,3	97,7	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0	80,0	80,0	80,0	84,4	85,3	85,3	85,3	85,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2010.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

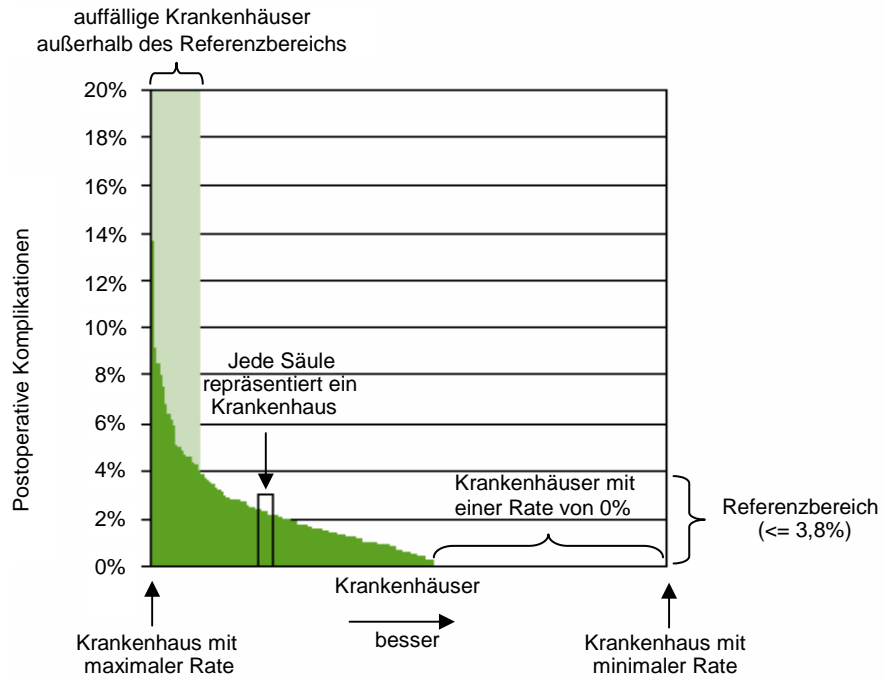
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

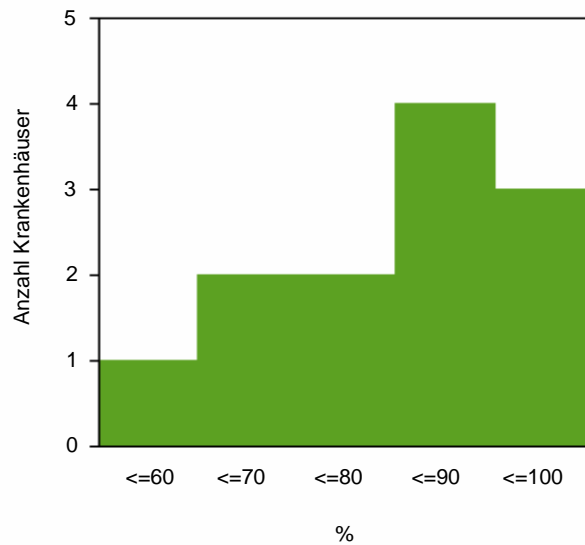
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.