

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

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 19
Anzahl Datensätze Gesamt: 18.631
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16056-L101895-P49086

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

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 19
Anzahl Datensätze Gesamt: 18.631
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16056-L101895-P49086

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		18.720	8
dokumentierte PCI pro Jahr		8.836	8

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/21n3-KORO-PCI/52331							
QI 1: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie							
			59,42%	>= 24,18%	innerhalb	55,25%	10
2015/21n3-KORO-PCI/52256							
QI 2: Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund							
			40,70%	nicht definiert	-	42,16%	12

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 3: Erreichen des Rekanalisations- bzw. Interventionsziels bei PCI							
3a: 2015/21n3-KORO-PCI/52332							
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"							
			91,76%	>= 80,56%	innerhalb	89,39%	14
3b: 2015/21n3-KORO-PCI/52333							
Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt							
			94,86%	>= 89,75%	innerhalb	95,48%	16
QI 4: MACCE							
4a: 2015/21n3-KORO-PCI/414							
MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,88%	nicht definiert	-	2,00%	18
4b: 2015/21n3-KORO-PCI/52524							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei isolierter Koronarangiographie							
			1,08	<= 2,30	innerhalb	1,13	21

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
4c: 2015/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			3,68%	nicht definiert	-	3,99%	23
4d: 2015/21n3-KORO-PCI/52529 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an MACCE bei PCI			0,97	<= 2,07	innerhalb	1,03	27
4e: 2015/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			10,74%	nicht definiert	-	13,45%	29
QI 5: Sterblichkeit im Krankenhaus							
5a: 2015/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,72%	nicht definiert	-	1,89%	31
5b: 2015/21n3-KORO-PCI/52341 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			1,17	<= 2,38	innerhalb	1,26	33
5c: 2015/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			3,20%	nicht definiert	-	3,63%	35

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
5d: 2015/21n3-KORO-PCI/52342 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			1,14	<= 2,05	innerhalb	1,15	39
5e: 2015/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Nieren- insuffizienz			0,22%	<= 1,21%	innerhalb	0,38%	44
QI 6: Dosisflächenprodukt							
6a: 2015/21n3-KORO-PCI/12774 Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm ²			15,02%	<= 40,38%	innerhalb	16,73%	46
6b: 2015/21n3-KORO-PCI/12775 Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm ²			17,64%	<= 51,89%	innerhalb	24,32%	46
6c: 2015/21n3-KORO-PCI/50749 Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm ²			12,66%	<= 40,55%	innerhalb	13,79%	46

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
6d: 2015/21n3-KORO-PCI/12773 Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts			0,25%	<= 1,29%	innerhalb	0,27%	50
QI 7: Kontrastmittelmenge							
7a: 2015/21n3-KORO-PCI/51405 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			4,26%	<= 17,00%	innerhalb	3,94%	52
7b: 2015/21n3-KORO-PCI/51406 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			14,23%	<= 46,94%	innerhalb	7,42%	52
7c: 2015/21n3-KORO-PCI/51407 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			7,62%	<= 33,22%	innerhalb	7,77%	52

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

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

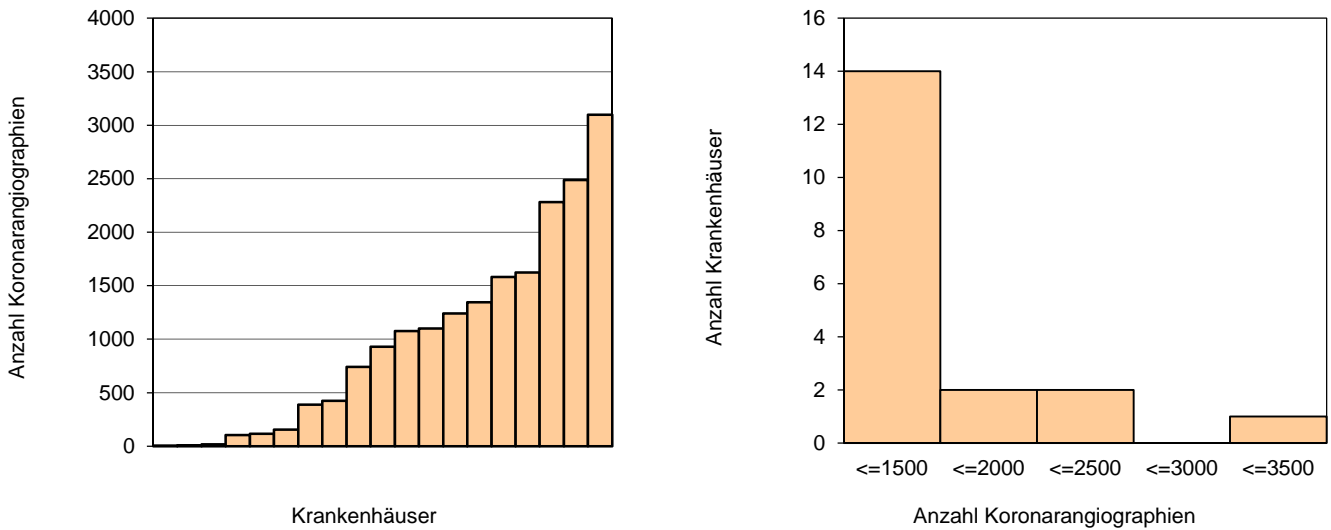
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			18.720	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			8.836	100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			18.252	100,00%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			8.526	100,00%

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

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

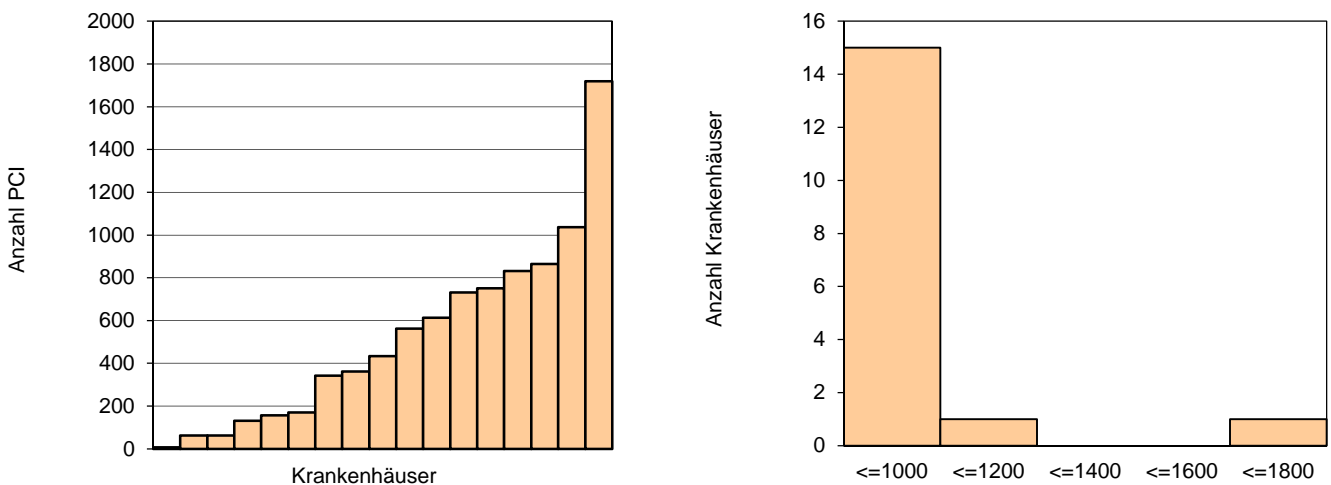


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,00		7,00	116,00	930,00	1.582,00	2.488,00	3.098,00	

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,00		62,00	156,00	433,00	751,00	1.037,00	1.719,00	

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

Referenzbereich: $\geq 24,18\%$ (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			3.837 / 5.550	69,14%
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			3.298 / 5.550	59,42%
Vertrauensbereich				58,13% - 60,71%
Referenzbereich		$\geq 24,18\%$		$\geq 24,18\%$

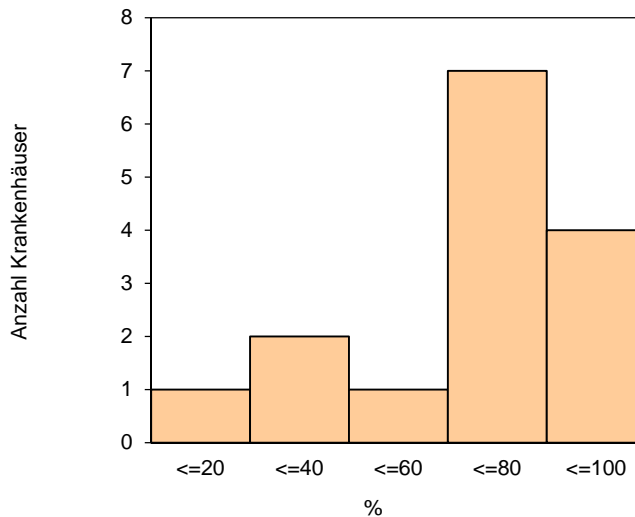
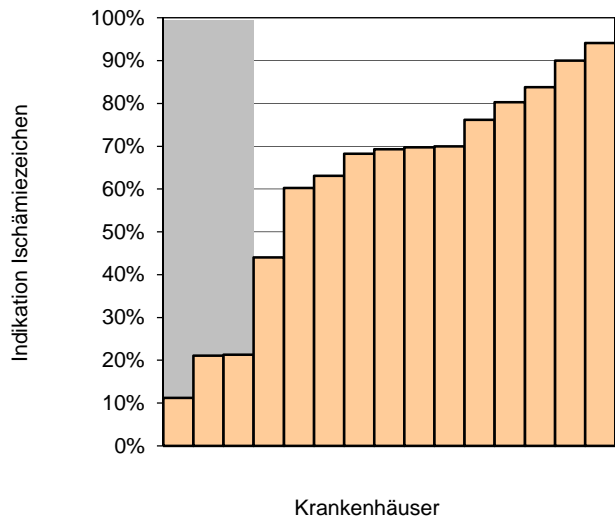
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>elektive, isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (bei Belastung: Belastungs-EKG, Stress-MRT, Belastungszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests); bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund der Untersuchung ohne Belastung			2.980 / 5.394	55,25%
Vertrauensbereich				53,92% - 56,57%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

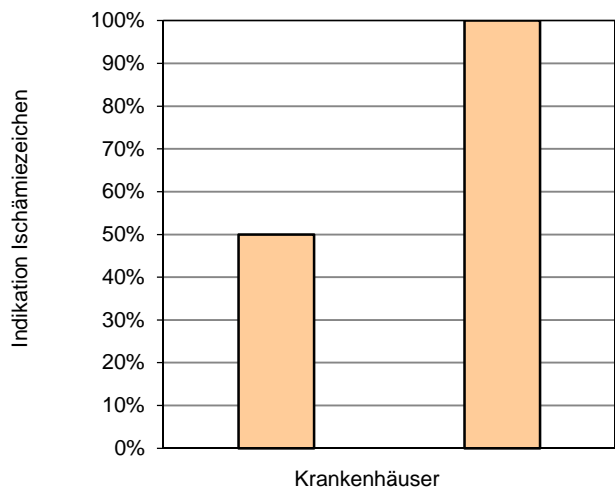
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,22		21,05	44,00	69,27	80,32	90,00		94,09

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

- Qualitätsziel:** Der Anteil elektiver, isolierter Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) an allen elektiven, isolierten Koronarangiographien soll niedrig sein
- Grundgesamtheit:** Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“ (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) bei Patienten, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden
- Indikator-ID:** 2015/21n3-KORO-PCI/52256
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.393 / 3.423	40,70%
Vertrauensbereich				39,06% - 42,35%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

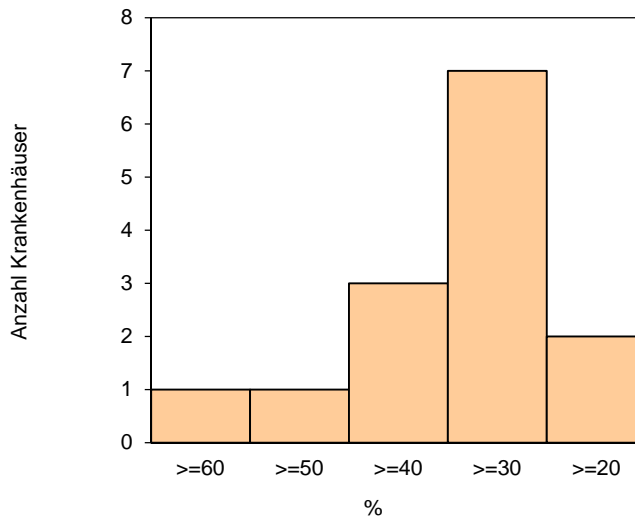
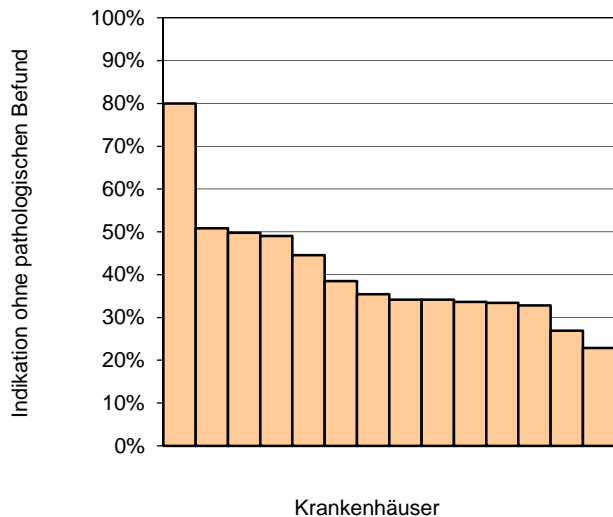
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>isolierte Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)			1.462 / 3.468	42,16%
Vertrauensbereich				40,52% - 43,81%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

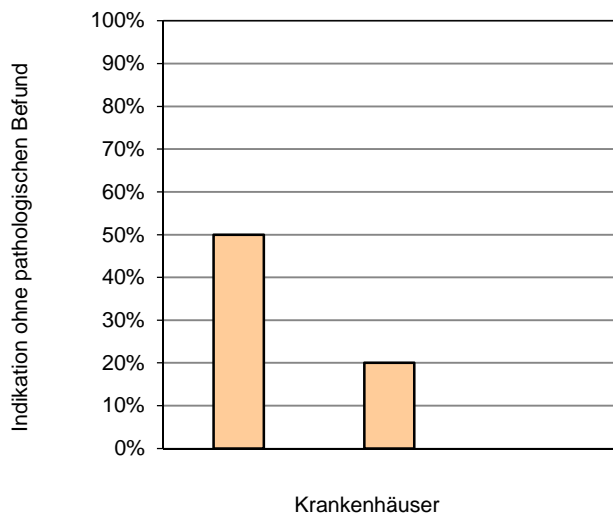
14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,86		26,92	33,43	34,82	49,06	50,79		80,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			935 / 1.019	91,76%
Vertrauensbereich				89,91% - 93,29%
Referenzbereich		>= 80,56%		>= 80,56%

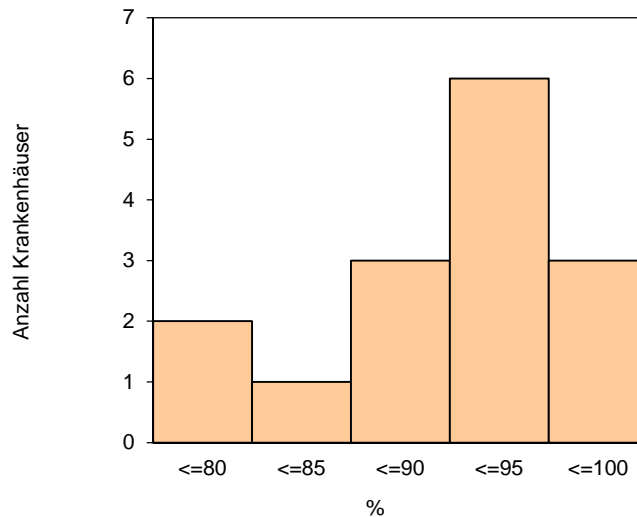
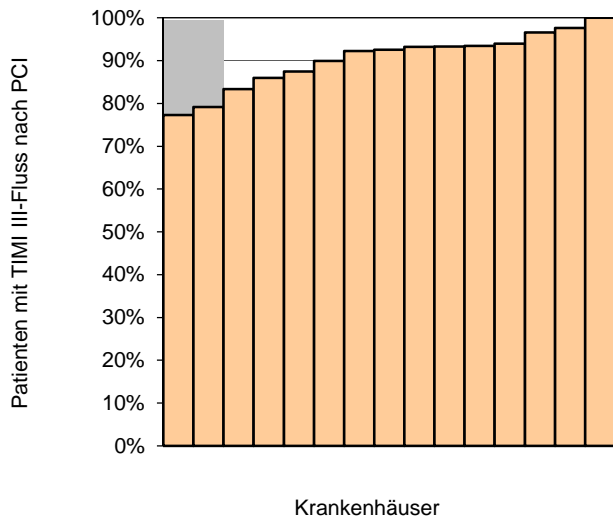
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI			893 / 999	89,39%
Vertrauensbereich				87,33% - 91,15%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

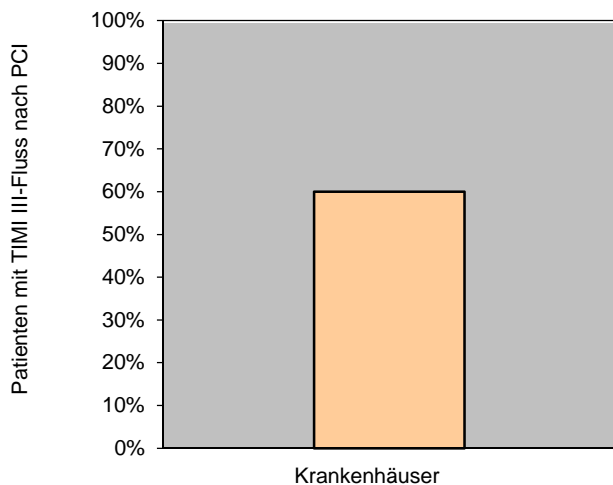
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,27		79,17	85,96	92,59	93,97	97,67		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00				60,00				60,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI

Indikator-ID: (QI 3b): 2015/21n3-KORO-PCI/52333

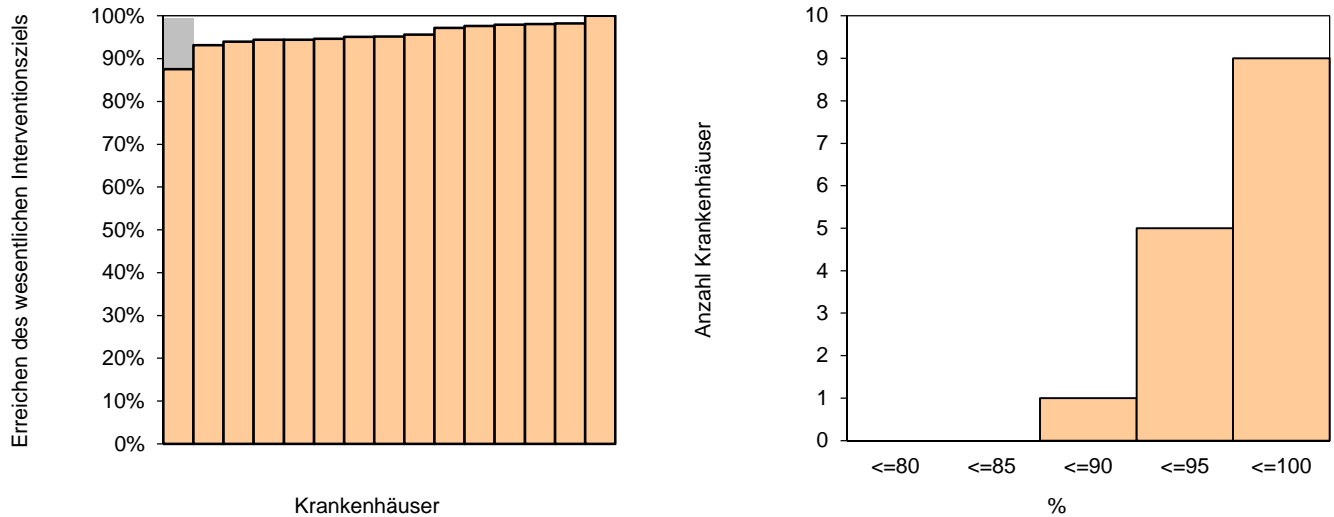
Referenzbereich: >= 89,75% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			5.301 / 5.588	94,86%
Vertrauensbereich				94,25% - 95,41%
Referenzbereich		>= 89,75%		>= 89,75%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)			5.155 / 5.399	95,48%
Vertrauensbereich				94,89% - 96,00%

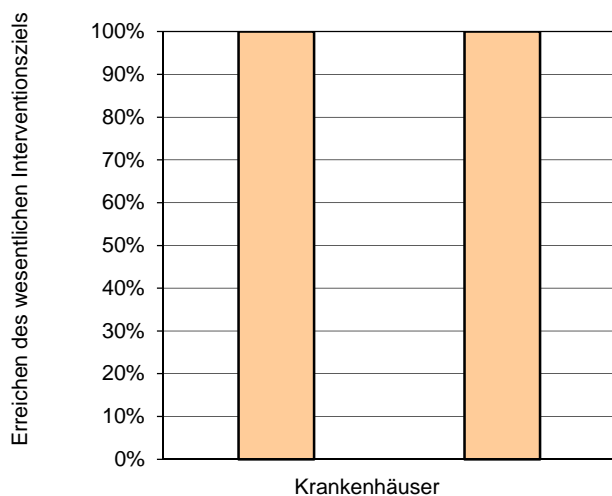
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52333]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI ohne Indikation NSTEMI/STEMI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,58		93,17	94,40	95,16	97,96	98,23		100,00

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



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: MACCE

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

MACCE bei isolierter Koronarangiographie

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

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

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

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

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

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	101 / 2.762 3,66%	40 / 4.553 0,88%	175 / 9.321 1,88%
Vertrauensbereich			1,62% - 2,17%
Referenzbereich			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	49 / 1.011 4,85%	19 / 1.740 1,09%	87 / 3.528 2,47%
Patienten mit Diabetes mellitus	16 / 273 5,86%	8 / 366 2,19%	27 / 752 3,59%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	14 / 22 63,64%	1 / 2 50,00%	17 / 32 53,13%
Alter < 75 Jahre	52 / 1.751 2,97%	21 / 2.813 0,75%	88 / 5.793 1,52%
Patienten mit Diabetes mellitus	18 / 425 4,24%	2 / 553 0,36%	24 / 1.145 2,10%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	26 / 73 35,62%	4 / 8 50,00%	35 / 94 37,23%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	109 / 2.920 3,73%	45 / 4.541 0,99%	183 / 9.133 2,00%
Vertrauensbereich			1,74% - 2,31%

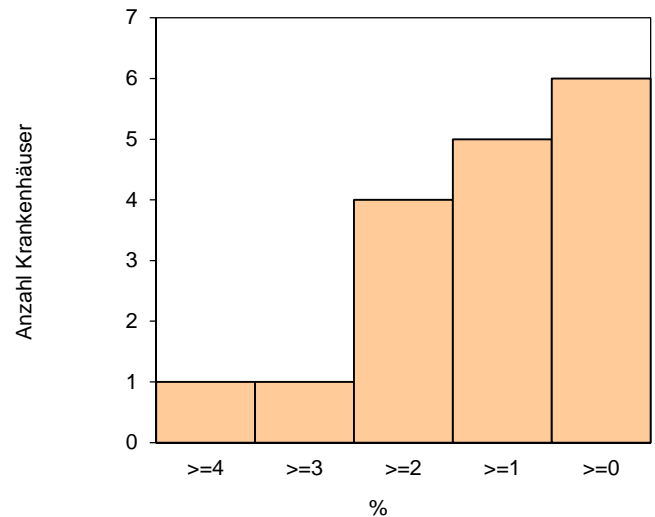
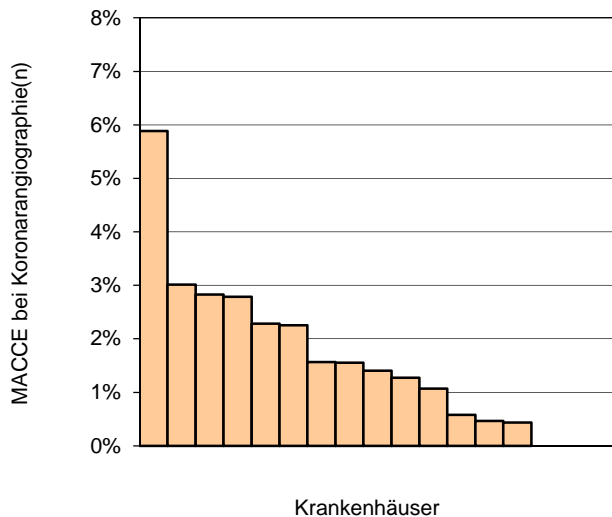
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

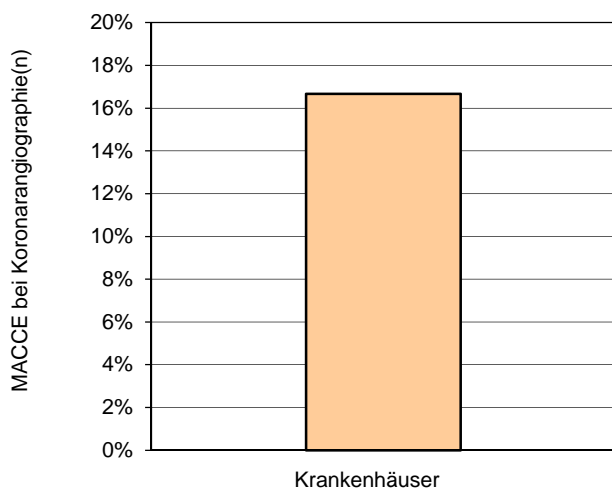
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,47	1,41	2,28	3,02		5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		175 / 9.321 1,88%
vorhergesagt (E) ¹		162,11 / 9.321 1,74%
O - E		0,14%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit MACCE³ bei isolierter Koronarangiographie, risikoadjustiert nach logistischem MACCE³-Score für QI-ID 52524.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		1,08
Vertrauensbereich		0,93 - 1,25
Referenzbereich	<= 2,30	<= 2,30

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE³ zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE³ bei isolierter Koronarangiographie
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE³ kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

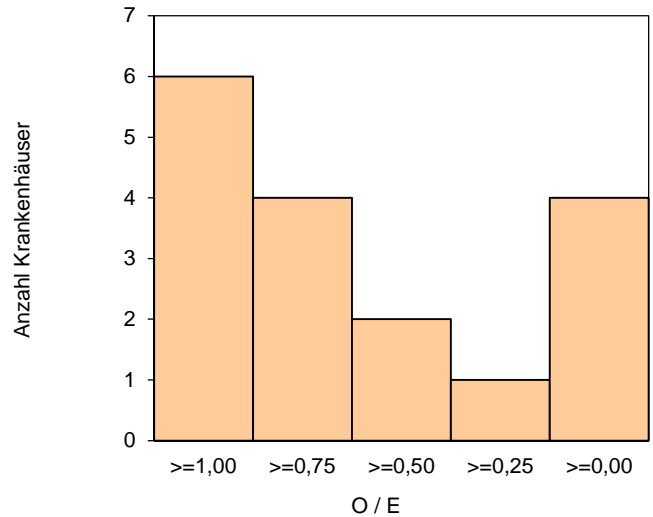
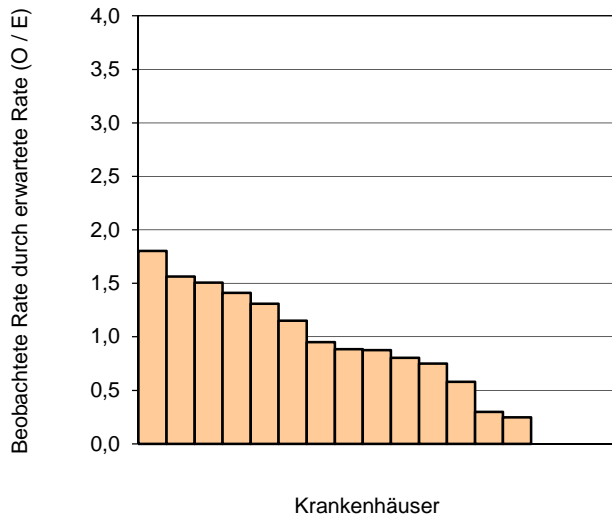
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE³ ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE³ ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		183 / 9.133 2,00%
vorhergesagt (E)		161,35 / 9.133 1,77%
O - E		0,24%
O / E		1,13
Vertrauensbereich		0,98 - 1,31

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

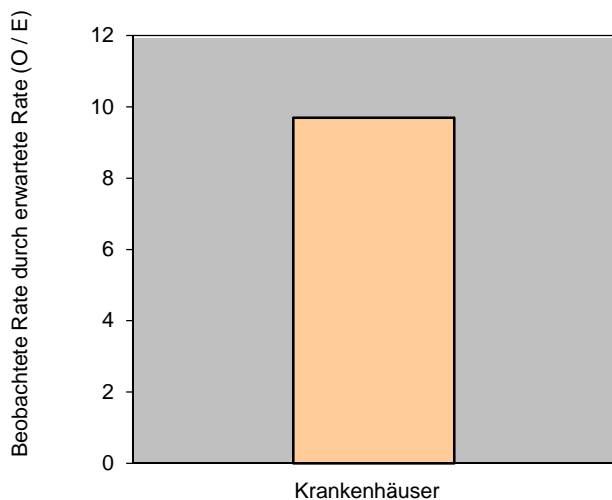
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/52524]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit MACCE bei isolierter Koronarangiographie**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,30	0,88	1,31	1,56		1,80

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,69				9,69				9,69

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

MACCE bei PCI

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

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

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

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

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

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	258 / 4.401	44 / 3.572	306 / 8.320
Vertrauensbereich	5,86%	1,23%	3,68%
Referenzbereich			3,29% - 4,10%
			nicht definiert
Alter >= 75 Jahre	131 / 1.555	28 / 1.394	160 / 3.103
	8,42%	2,01%	5,16%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	45 / 468	1 / 323	46 / 819
	9,62%	0,31%	5,62%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	49 / 250	5 / 147	54 / 418
	19,60%	3,40%	12,92%
Patienten mit Niereninsuffizienz	69 / 547	6 / 378	75 / 967
	12,61%	1,59%	7,76%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 217	4 / 281	17 / 522
	5,99%	1,42%	3,26%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	43 / 70	0 / 2	43 / 73
	61,43%	0,00%	58,90%
Alter < 75 Jahre	127 / 2.846	16 / 2.178	146 / 5.217
	4,46%	0,73%	2,80%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	41 / 751	6 / 537	47 / 1.332
	5,46%	1,12%	3,53%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	61 / 324	3 / 189	65 / 543
	18,83%	1,59%	11,97%
Patienten mit Niereninsuffizienz	54 / 528	6 / 313	62 / 867
	10,23%	1,92%	7,15%
Patienten mit Z. n. Bypass	7 / 205	1 / 305	8 / 520
	3,41%	0,33%	1,54%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	68 / 164	1 / 2	71 / 172
	41,46%	50,00%	41,28%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	280 / 4.374	39 / 3.426	327 / 8.192
Vertrauensbereich	6,40%	1,14%	3,99% 3,59% - 4,44%

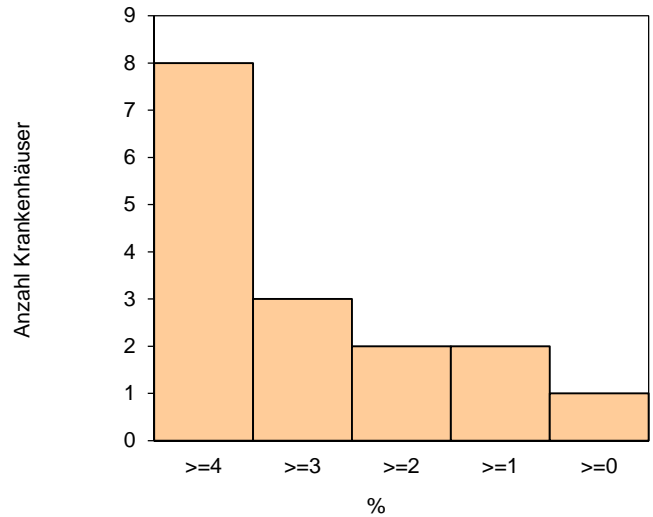
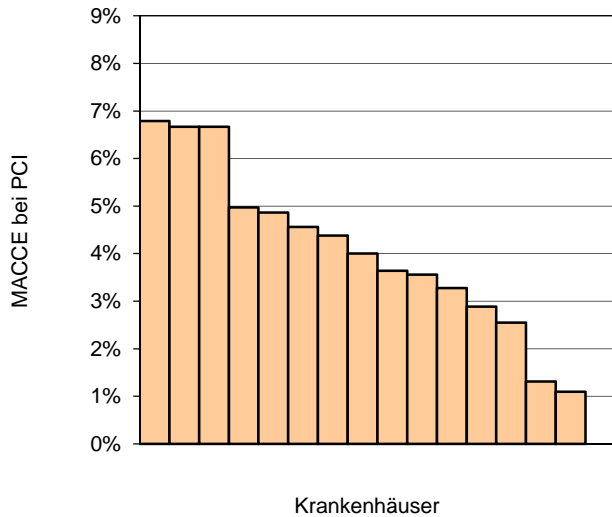
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

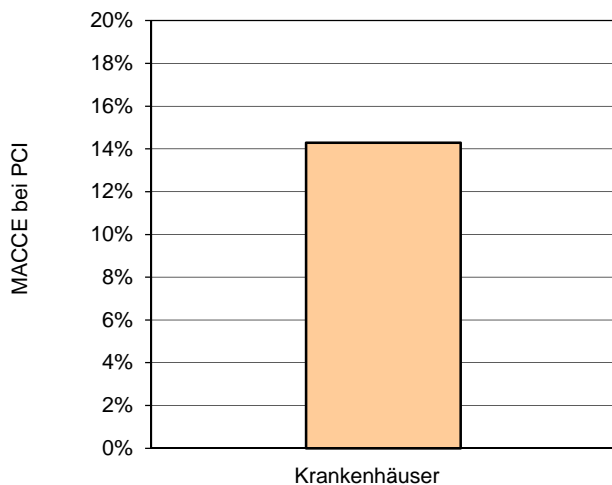
16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		1,09	2,72	3,82	4,92	6,67		6,79

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		306 / 8.320 3,68%
vorhergesagt (E) ¹		314,21 / 8.320 3,78%
O - E		-0,10%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI, risikoadjustiert nach logistischem MACCE³-Score für QI-ID 52529.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,97
Vertrauensbereich		0,87 - 1,09
Referenzbereich	<= 2,07	<= 2,07

² Verhältnis der beobachteten Rate an Patienten mit MACCE³ zur erwarteten Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patienten mit MACCE³ bei PCI kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an MACCE³ bei PCI ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an MACCE³ bei PCI ist 10% kleiner als erwartet.

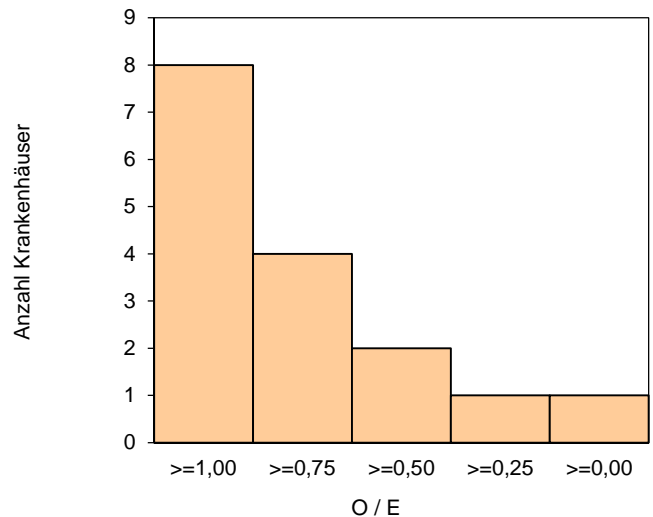
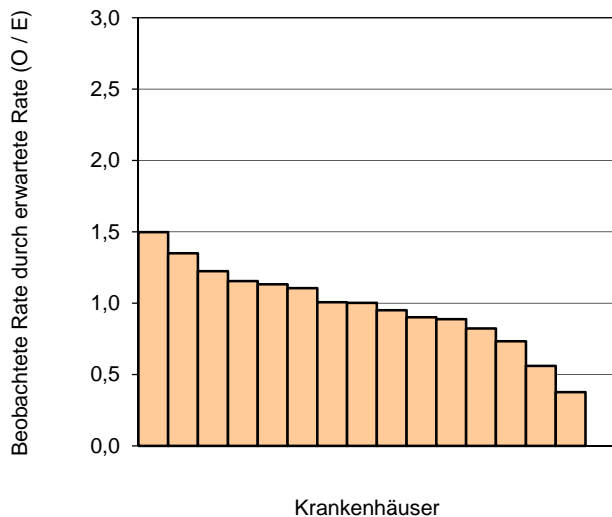
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		327 / 8.192 3,99%
vorhergesagt (E)		318,39 / 8.192 3,89%
O - E		0,11%
O / E		1,03
Vertrauensbereich	0,87 - 1,09	0,92 - 1,14

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

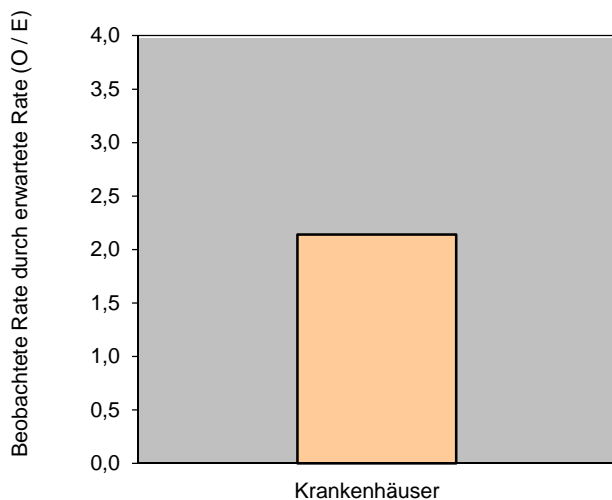
16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,38	0,78	0,98	1,14	1,35		1,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,14				2,14				2,14

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			113 / 1.052	10,74%
Vertrauensbereich				9,01% - 12,76%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Alter >= 75 Jahre			57 / 264	21,59%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			19 / 68	27,94%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			19 / 40	47,50%
Patienten mit Niereninsuffizienz			27 / 78	34,62%
Patienten mit Z. n. Bypass			2 / 14	14,29%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			24 / 33	72,73%
Alter < 75 Jahre			56 / 788	7,11%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			14 / 151	9,27%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			31 / 98	31,63%
Patienten mit Niereninsuffizienz			17 / 100	17,00%
Patienten mit Z. n. Bypass			1 / 21	4,76%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			37 / 92	40,22%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			145 / 1.078	13,45%
Vertrauensbereich				11,54% - 15,62%

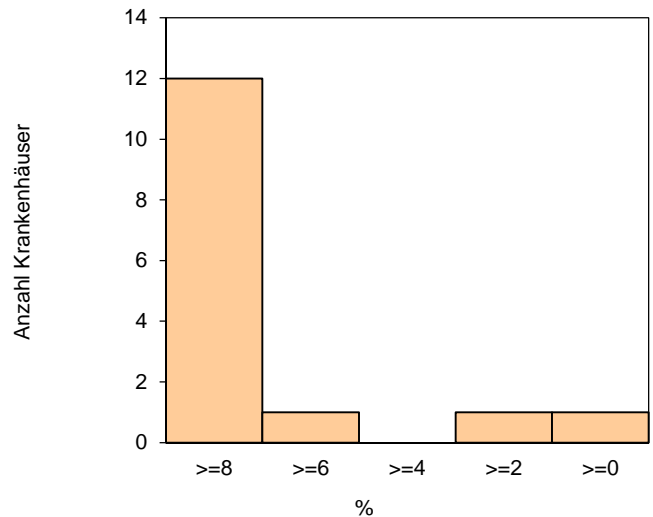
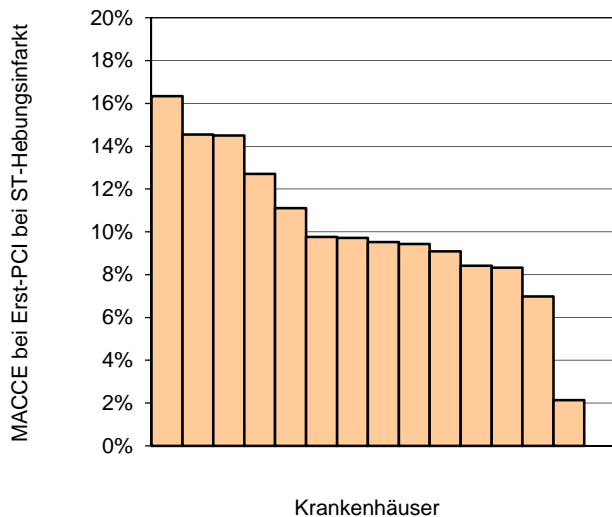
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4e, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/2232]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

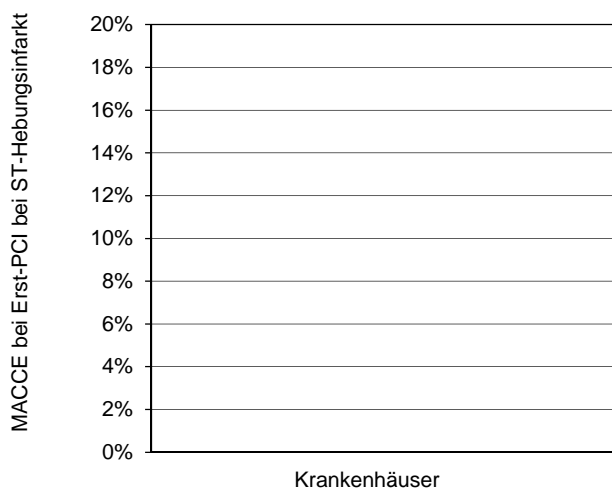
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		2,13	8,33	9,52	12,71	14,55		16,35

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			160 / 9.321	1,72% 1,47% - 2,00%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			22 / 119	18,49%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			47 / 2.091	2,25%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			91 / 7.111	1,28%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			50 / 124	40,32%

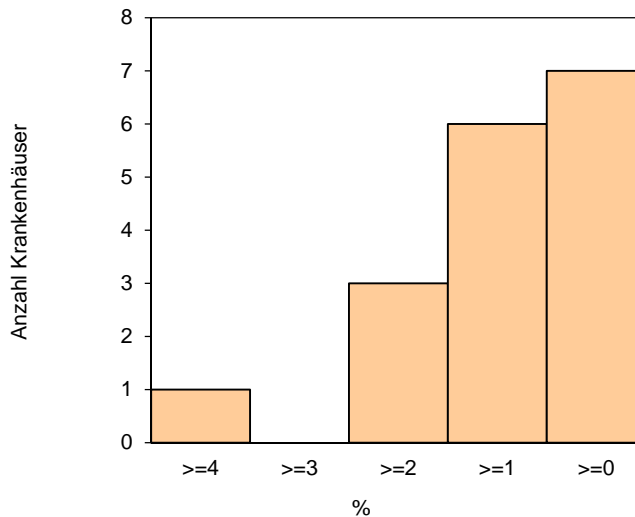
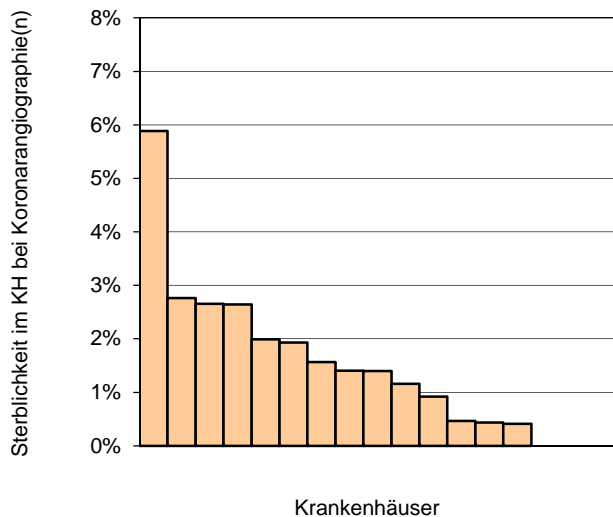
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			173 / 9.133	1,89% 1,63% - 2,19%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

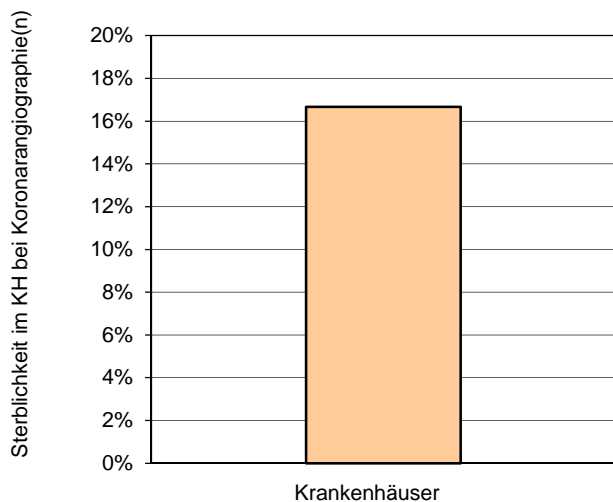
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,43	1,40	1,99	2,76		5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		160 / 9.321 1,72%
vorhergesagt (E) ¹		137,16 / 9.321 1,47%
O - E		0,25%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E²		1,17
Vertrauensbereich		1,00 - 1,36
Referenzbereich	<= 2,38	<= 2,38

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

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		173 / 9.133 1,89%
vorhergesagt (E)		137,83 / 9.133 1,51%
O - E		0,39%
O / E		1,26
Vertrauensbereich		1,08 - 1,45

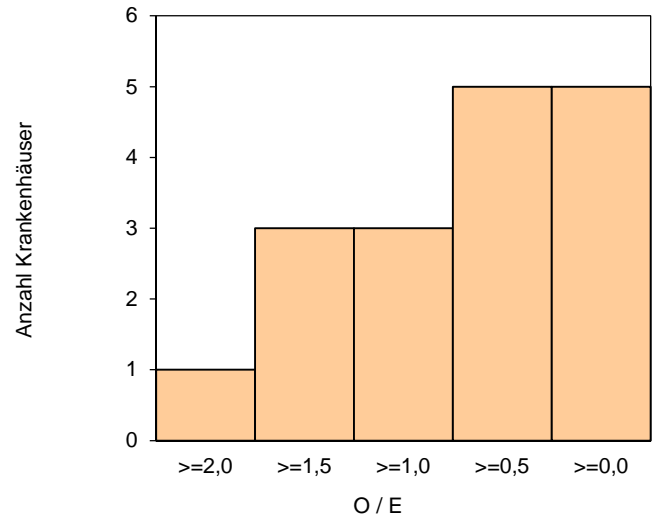
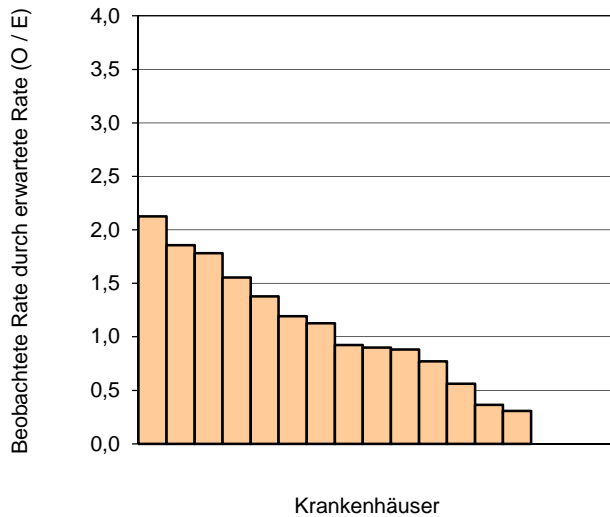
³ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2015 berechnet und können daher von der Auswertung 2014 abweichen.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

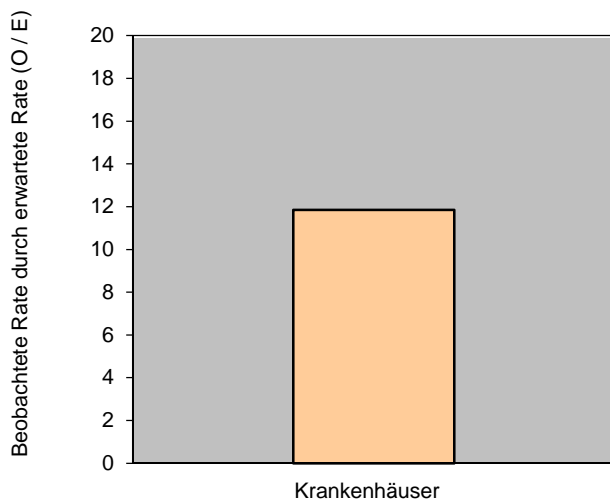
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,36	0,90	1,38	1,86		2,13

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,85				11,85				11,85

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			266 / 8.320	3,20% 2,84% - 3,60% nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			5 / 26	19,23%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			261 / 8.294	3,15%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			116 / 1.095	10,59%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			121 / 3.528	3,43%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, sonstige)			29 / 3.697	0,78%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			107 / 234	45,73%

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			297 / 8.192	3,63% 3,24% - 4,05%
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			19 / 43	44,19%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			278 / 8.149	3,41%

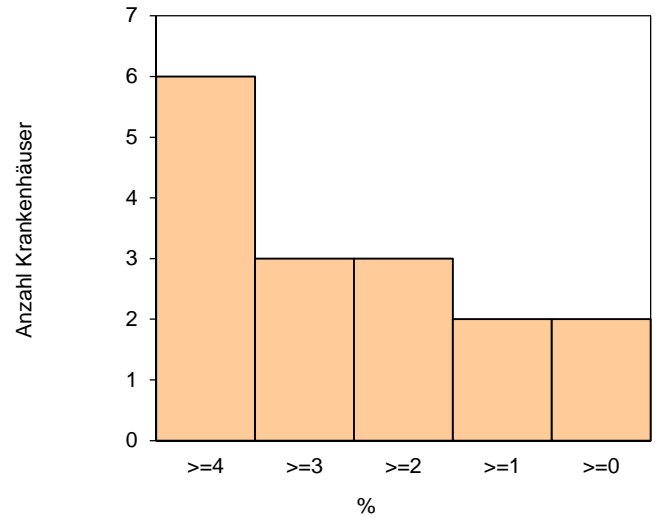
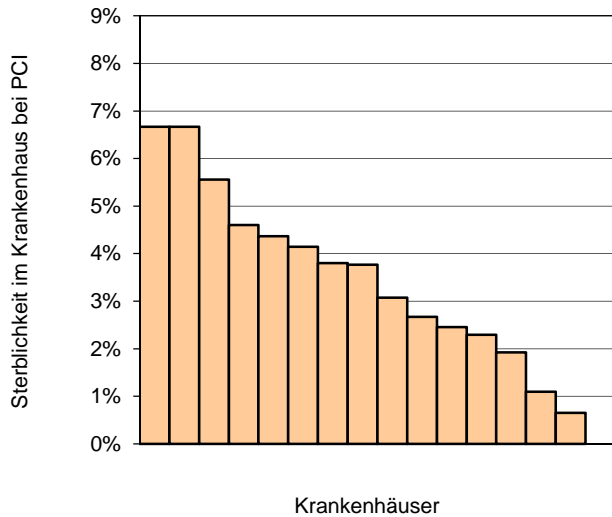
¹ bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

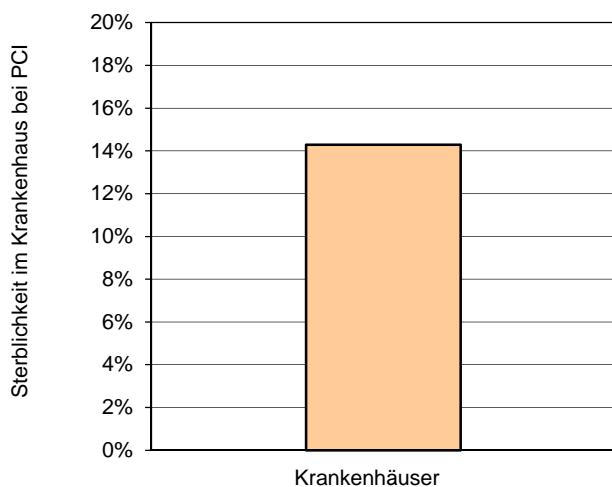
16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,65	2,11	3,42	4,48	6,67		6,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

Gesamt 2015			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	41,94 / 6.190 0,68%	49 / 6.190 0,79%	0,11%
2 - < 4%	29,56 / 1.039 2,84%	25 / 1.039 2,41%	-0,44%
4 - < 6%	18,58 / 380 4,89%	21 / 380 5,53%	0,64%
>= 6%	144,20 / 711 20,28%	171 / 711 24,05%	3,77%
Gesamt	234,28 / 8.320 2,82%	266 / 8.320 3,20%	0,38%

¹ E = erwartet

² O = observiert

³ Anteil Todesfälle, der über dem erwarteten Anteil liegt.

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

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		266 / 8.320 3,20%
vorhergesagt (E) ¹		234,28 / 8.320 2,82%
O - E		0,38%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E²		1,14
Vertrauensbereich		1,01 - 1,28
Referenzbereich	<= 2,05	<= 2,05

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

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		297 / 8.192 3,63%
vorhergesagt (E)		257,43 / 8.192 3,14%
O - E		0,48%
O / E		1,15
Vertrauensbereich		1,03 - 1,29

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

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Weiblich			2.248 / 8.320	27,02%
Alter				
>= 58 - < 66 Jahre			1.425 / 8.320	17,13%
>= 66 - < 73 Jahre			1.550 / 8.320	18,63%
>= 73 - < 79 Jahre			1.906 / 8.320	22,91%
>= 79 Jahre			1.790 / 8.320	21,51%
Diabetes mellitus				
nicht insulinpflichtig			1.564 / 8.320	18,80%
insulinpflichtig			587 / 8.320	7,06%
Niereninsuffizienz				
dialysepflichtig			163 / 8.320	1,96%
nicht dialysepflichtig			1.671 / 8.320	20,08%
erste Prozedur				
Dringlichkeit der Prozedur				
dringend			2.451 / 8.320	29,46%
notfallmäßig			1.860 / 8.320	22,36%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
NYHA I			593 / 8.320	7,13%
NYHA II			2.042 / 8.320	24,54%
NYHA III			1.583 / 8.320	19,03%
NYHA IV ohne Schock			143 / 8.320	1,72%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn stabilisiert			121 / 8.320	1,45%
NYHA IV mit kardiogenem Schock, bei Prozedurbeginn hämo- dynamisch instabil			113 / 8.320	1,36%

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
erste PCI				
Indikation				
ACS ¹ ohne Myokardinfarkt			1.367 / 8.320	16,43%
ACS ¹ mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt			2.056 / 8.320	24,71%
ACS ¹ mit ST-Hebung bis 24h nach Stellung der Diagnose			982 / 8.320	11,80%
ACS ¹ mit ST-Hebung nach 24h nach Stellung der Diagnose			70 / 8.320	0,84%
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			748 / 8.320	8,99%
PCI an				
Hauptstamm			539 / 8.320	6,48%
LAD			3.757 / 8.320	45,16%
RCA			2.814 / 8.320	33,82%
besonderes Merkmal				
PCI am kompletten Gefäßverschluss			1.252 / 8.320	15,05%
PCI eines Koronarbypasses			220 / 8.320	2,64%
PCI am ungeschützten Hauptstamm			215 / 8.320	2,58%
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			233 / 8.320	2,80%
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			10 / 8.320	0,12%
PCI an einer In-Stent Stenose			273 / 8.320	3,28%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

Häufigkeit Risikofaktor (Fortsetzung)	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Wechselwirkungen				
ACS ¹ mit ST-Hebung bei erster PCI und kardiogener Schock bei erster Prozedur			124 / 8.320	1,49%
ACS ¹ mit ST-Hebung und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			569 / 8.320	6,84%
kardiogener Schock bei erster Prozedur und kompletter Gefäßverschluss bei erster PCI			120 / 8.320	1,44%

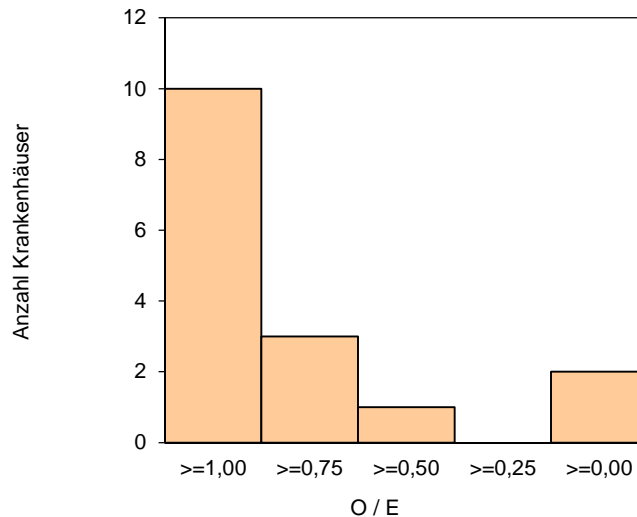
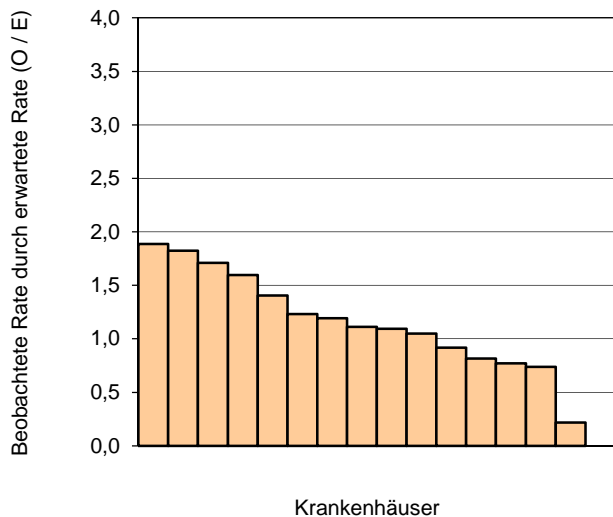
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,22	0,79	1,10	1,50	1,82		1,89

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,75				3,75				3,75

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			28 / 18.631	0,15%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			24 / 18.631	0,13%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			41 / 18.631	0,22%
Vertrauensbereich				0,16% - 0,30%
Referenzbereich		<= 1,21%		<= 1,21%

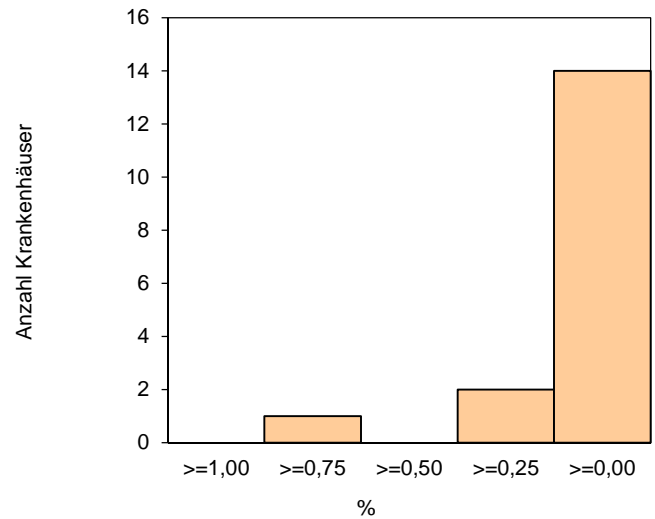
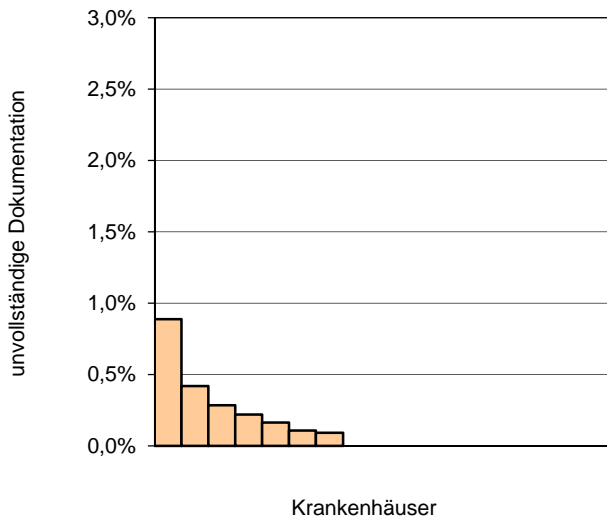
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			69 / 18.200	0,38%
Vertrauensbereich				0,30% - 0,48%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

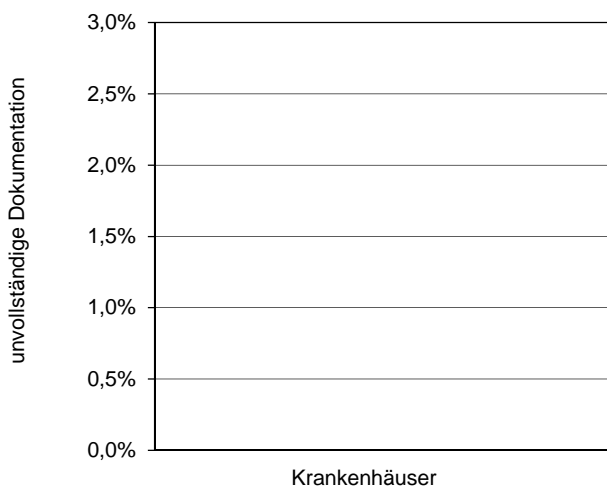
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,16	0,42		0,89

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Dosisflächenprodukt

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

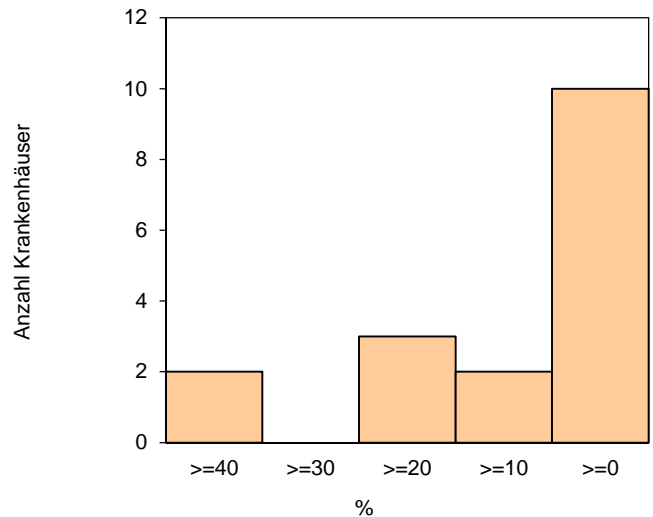
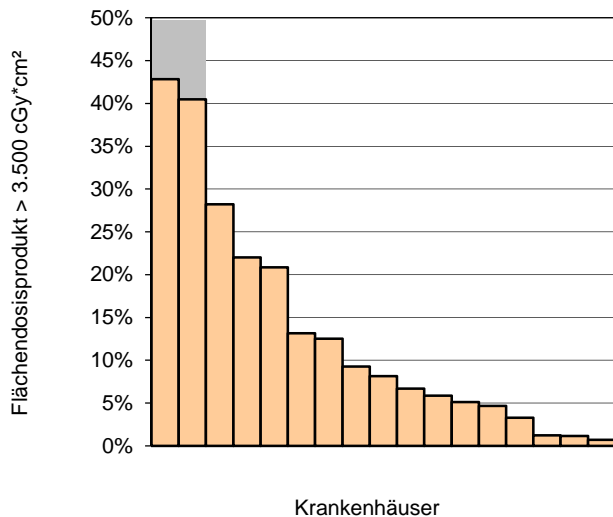
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm ²			1.592 / 10.600	15,02%
Vertrauensbereich				14,35% - 15,71%
Referenzbereich		<= 40,38%		<= 40,38%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm ²			130 / 737	17,64%
Vertrauensbereich				15,06% - 20,56%
Referenzbereich		<= 51,89%		<= 51,89%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.022 / 8.072	12,66%
Vertrauensbereich				11,95% - 13,40%
Referenzbereich		<= 40,55%		<= 40,55%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm ²			1.722 / 10.292	16,73%
Vertrauensbereich				16,02% - 17,46%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm ²			144 / 592	24,32%
Vertrauensbereich				21,04% - 27,94%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.091 / 7.911	13,79%
Vertrauensbereich				13,05% - 14,57%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12774]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einem Dosisflächenprodukt > 3.500 cGy*cm² an allen isolierten Koronarangiographien mit
 bekanntem Dosisflächenprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

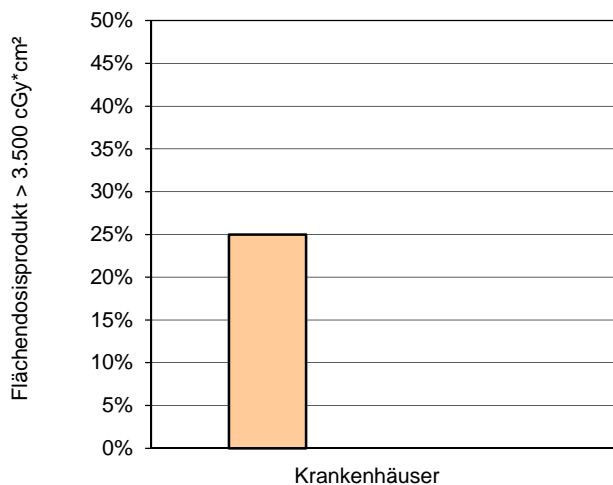
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,69		1,14	4,65	8,15	20,87	40,48		42,86

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

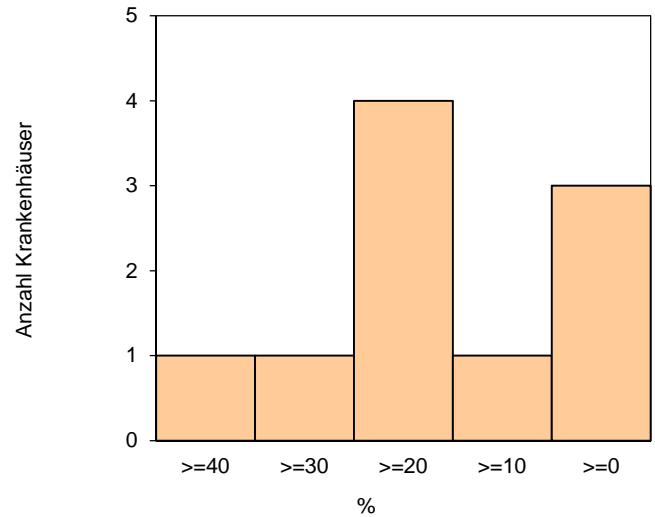
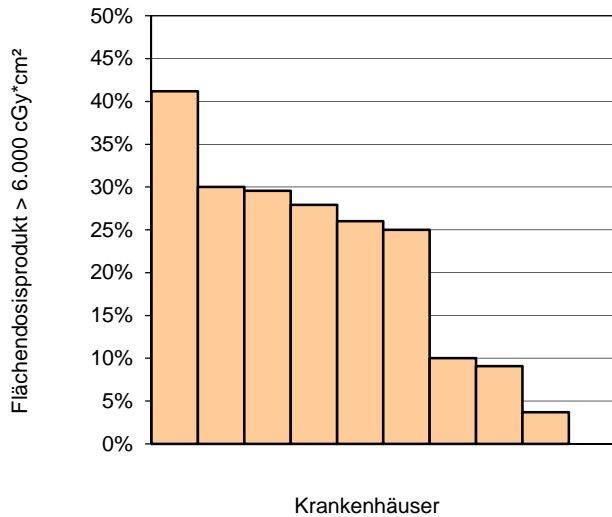


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				12,50				25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

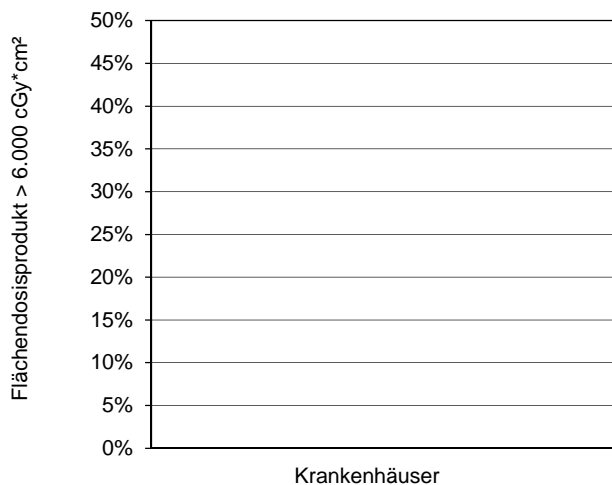
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI mit bekanntem Dosisflächenprodukt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		1,85	9,06	25,50	29,58	35,59		41,18

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



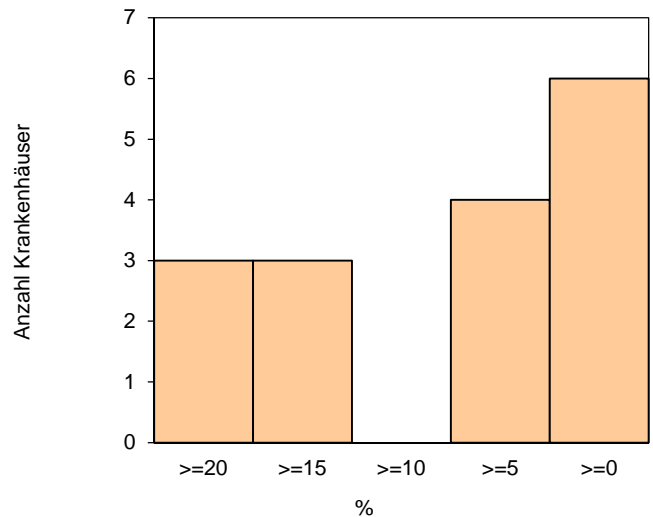
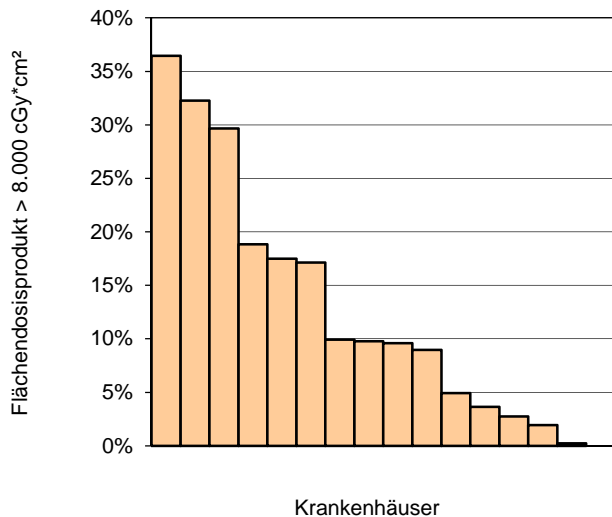
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Dosisflächenprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem
 Dosisflächenprodukt**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

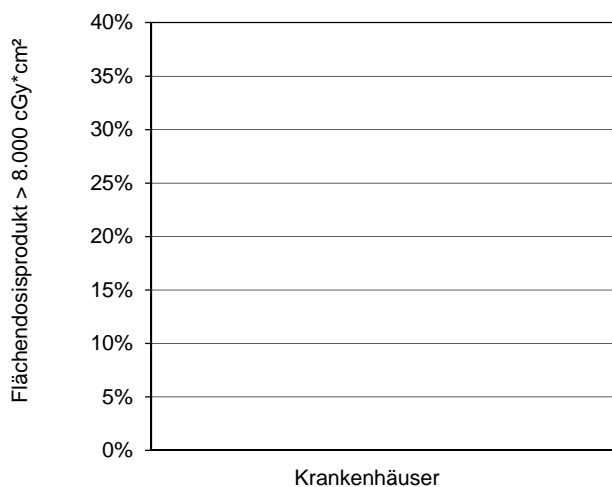
16 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,23	3,20	9,68	18,17	32,26		36,44

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

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

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

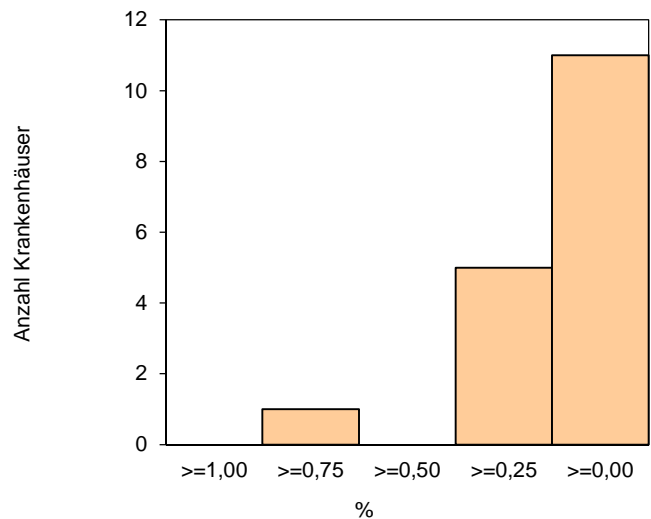
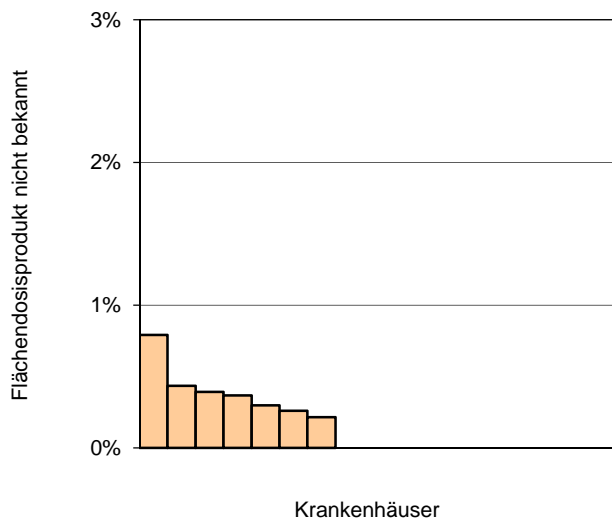
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			49 / 19.458	0,25%
Vertrauensbereich				0,19% - 0,33%
Referenzbereich		<= 1,29%		<= 1,29%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Dosisflächenprodukt nicht bekannt“			50 / 18.845	0,27%
Vertrauensbereich				0,20% - 0,35%

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

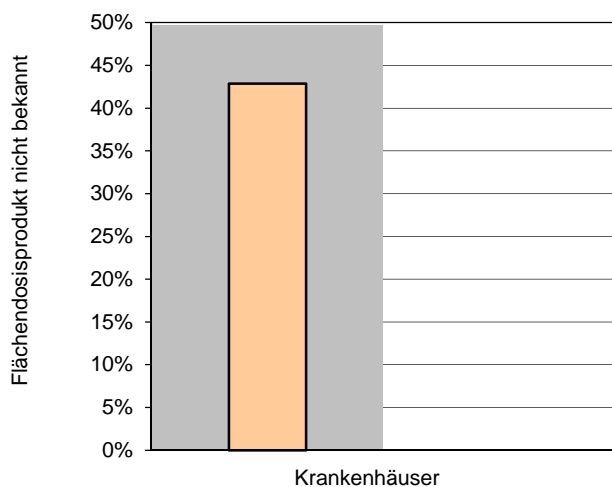
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,30	0,43		0,79

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				21,43				42,86

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Kontrastmittelmenge

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

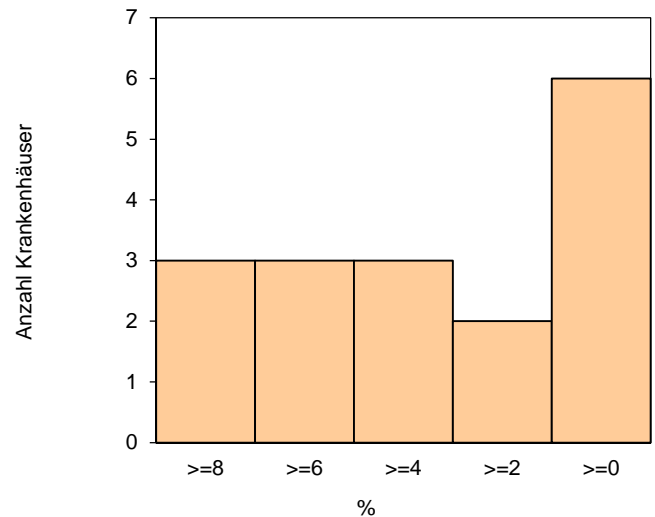
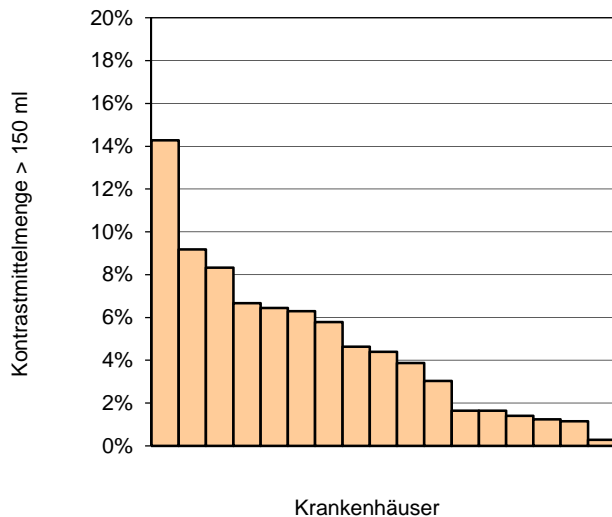
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			453 / 10.622	4,26%
Vertrauensbereich				3,90% - 4,67%
Referenzbereich		<= 17,00%		<= 17,00%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			105 / 738	14,23%
Vertrauensbereich				11,89% - 16,93%
Referenzbereich		<= 46,94%		<= 46,94%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			617 / 8.098	7,62%
Vertrauensbereich				7,06% - 8,22%
Referenzbereich		<= 33,22%		<= 33,22%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			407 / 10.319	3,94%
Vertrauensbereich				3,59% - 4,34%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			44 / 593	7,42%
Vertrauensbereich				5,57% - 9,81%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			616 / 7.933	7,77%
Vertrauensbereich				7,20% - 8,37%

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

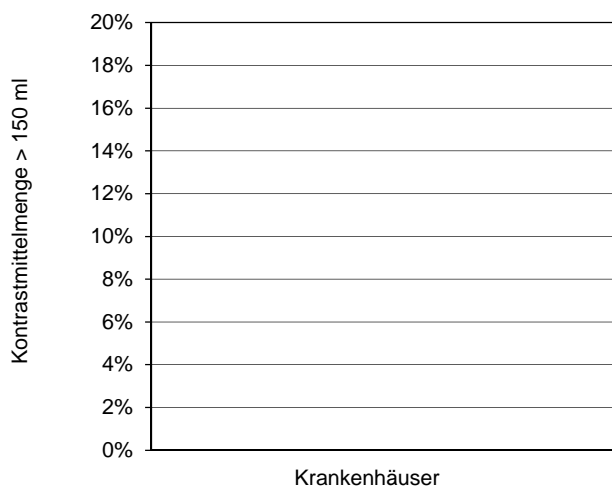
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,27		1,14	1,64	4,40	6,44	9,17		14,29

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

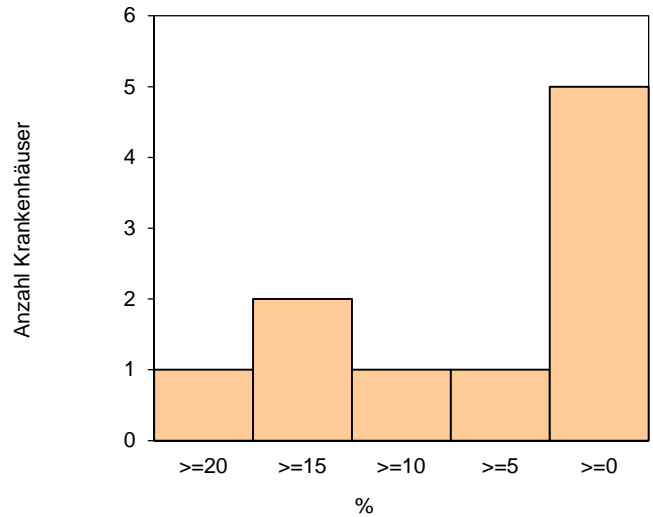
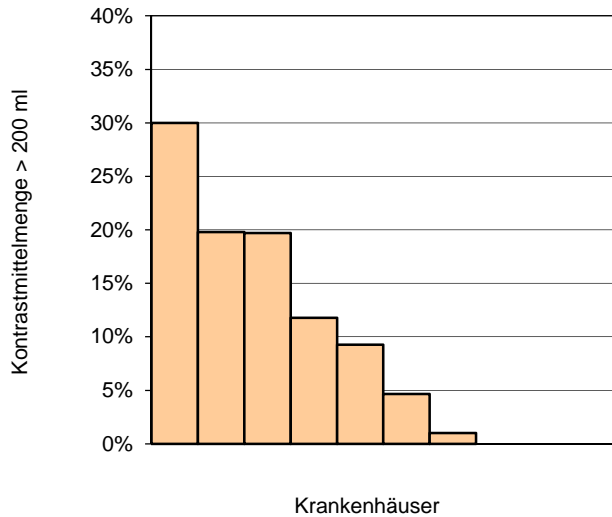


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

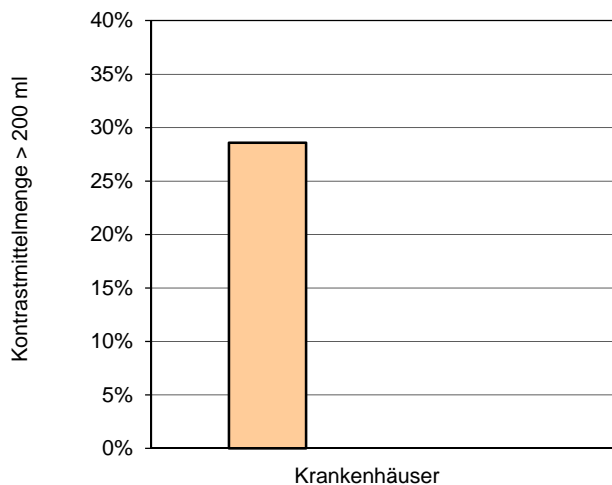
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	6,96	19,72	24,90		30,00

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

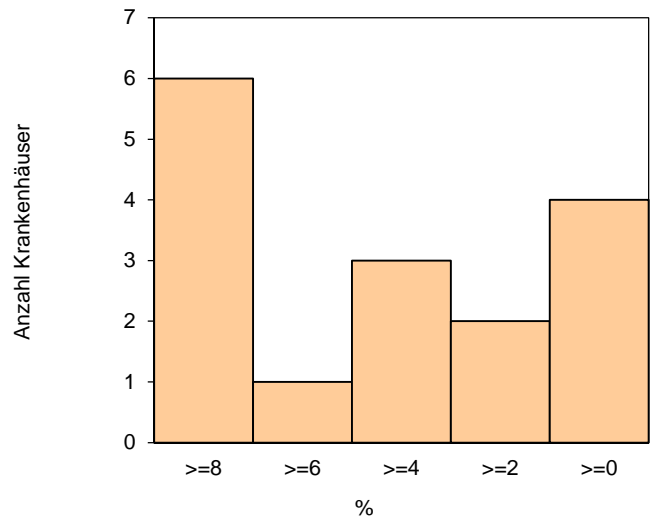
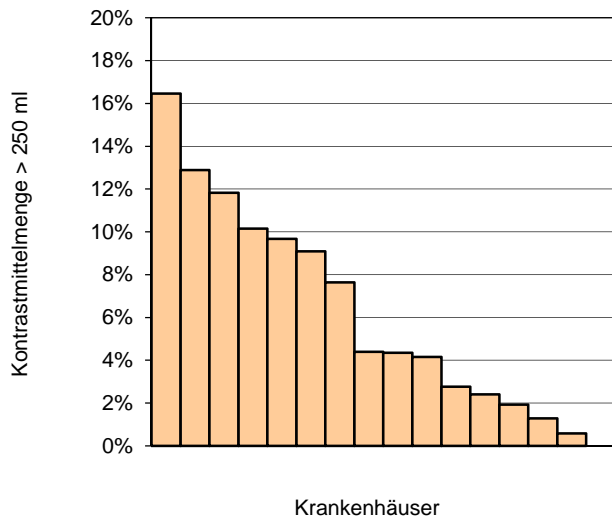


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				14,29				28,57

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

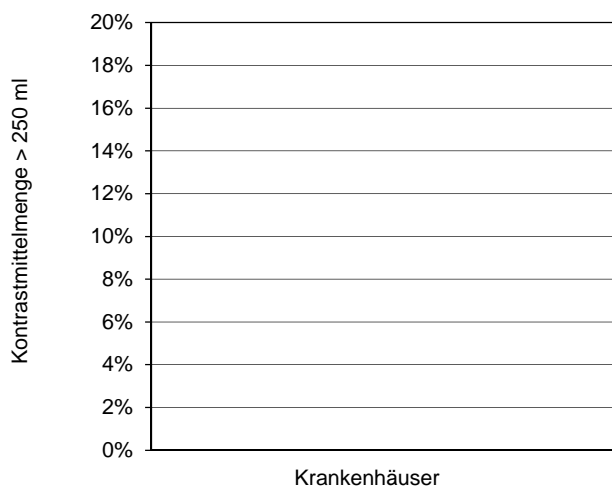
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7c, Indikator-ID 2015/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,58	2,17	4,37	9,92	12,88		16,47

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 19
Anzahl Datensätze Gesamt: 18.631
Datensatzversion: 21/3 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16056-L101895-P49086

Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			4.845	26,01	4.826	26,52
2. Quartal			4.690	25,17	4.530	24,89
3. Quartal			4.559	24,47	4.410	24,23
4. Quartal			4.537	24,35	4.434	24,36
Gesamt			18.631	100,00	18.200	100,00
Verbringungsleistung (Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch)						
			1.426	7,65	3.558	19,55
Anzahl Prozeduren			19.458		18.845	
Anzahl PCI			8.836		8.526	
Anzahl Koronarangiographien			18.720		18.252	

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
3	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	I20.0	Instabile Angina pectoris
5	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
6	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
7	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
8	Z03.4	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				I25.13	3.293	17,67	I25.13	3.429	18,84
2				I21.4	2.425	13,02	I21.4	2.583	14,19
3				I10.90	2.056	11,04	I10.90	2.534	13,92
4				I20.0	2.019	10,84	I25.12	2.027	11,14
5				I20.8	1.957	10,50	I20.0	1.904	10,46
6				I25.12	1.796	9,64	I25.11	1.814	9,97
7				I25.11	1.683	9,03	I10.00	1.445	7,94
8				Z03.4	1.174	6,30	I20.8	1.415	7,77

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

Patienten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			18.631		18.200	
18 – 29 Jahre			52 / 18.631	0,28	48 / 18.200	0,26
30 – 39 Jahre			229 / 18.631	1,23	208 / 18.200	1,14
40 – 49 Jahre			1.105 / 18.631	5,93	1.136 / 18.200	6,24
50 – 59 Jahre			2.933 / 18.631	15,74	2.788 / 18.200	15,32
60 – 69 Jahre			4.166 / 18.631	22,36	4.035 / 18.200	22,17
70 – 79 Jahre			6.859 / 18.631	36,81	6.854 / 18.200	37,66
>= 80 Jahre			3.287 / 18.631	17,64	3.131 / 18.200	17,20
Alter (Jahre)						
Median				71,00		71,00
Mittelwert				68,67		68,62
Geschlecht						
männlich			12.181	65,38	11.875	65,25
weiblich			6.450	34,62	6.325	34,75

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			9.696	52,04	9.601	52,75
ja			8.734	46,88	8.289	45,54
unbekannt			201	1,08	310	1,70
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			12.515	67,17	12.226	67,18
ja			5.946	31,91	5.786	31,79
unbekannt			170	0,91	188	1,03
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			16.448	88,28	15.952	87,65
ja			2.108	11,31	2.141	11,76
unbekannt			75	0,40	107	0,59
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			14.885	79,89	14.616	80,31
ja			2.590	13,90	2.366	13,00
fraglich			306	1,64	449	2,47
unbekannt			850	4,56	769	4,23
Diabetes mellitus						
nein			14.331	76,92	14.066	77,29
ja, nicht insulinpflichtig			3.144	16,88	3.018	16,58
ja, insulinpflichtig			1.128	6,05	1.063	5,84
unbekannt			28	0,15	53	0,29
Niereninsuffizienz						
nein			14.557	78,13	14.247	78,28
ja, dialysepflichtig			337	1,81	307	1,69
ja, nicht dialysepflichtig			3.713	19,93	3.607	19,82
unbekannt			24	0,13	39	0,21

Aktuelle kardiale Anamnese
 (vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			11.150	59,85	10.567	58,06
ja			7.481	40,15	7.633	41,94
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			3.509 / 11.150	31,47	3.335 / 10.567	31,56
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			1.405 / 11.150	12,60	1.537 / 10.567	14,55
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			3.696 / 11.150	33,15	3.531 / 10.567	33,42
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.540 / 11.150	22,78	2.164 / 10.567	20,48
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere nicht- invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung)						
nein			4.128 / 11.150	37,02	4.239 / 10.567	40,12
ja			4.948 / 11.150	44,38	4.698 / 10.567	44,46
fraglich			1.530 / 11.150	13,72	1.102 / 10.567	10,43
unbekannt			544 / 11.150	4,88	528 / 10.567	5,00

Prozedur

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			19.458		18.845	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)						
Median				2,00		2,00
Mittelwert				4,84		4,87
Herzinsuffizienz (nach NYHA)						
nein			8.181	42,04	8.603	45,65
ja, NYHA I			1.360	6,99	1.120	5,94
ja, NYHA II			4.803	24,68	3.801	20,17
ja, NYHA III			4.141	21,28	4.285	22,74
ja, NYHA IV			973	5,00	1.036	5,50
wenn ja, NYHA IV						
kardiogener Schock						
nein			393 / 973	40,39	494 / 1.036	47,68
ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert			215 / 973	22,10	185 / 1.036	17,86
ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil			185 / 973	19,01	181 / 1.036	17,47
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			10.622	54,59	10.319	54,76
PCI			738	3,79	593	3,15
einzeitig Koronarangiographie und PCI			8.098	41,62	7.933	42,10
Dringlichkeit der Prozedur						
elektiv			11.320	58,18	11.089	58,84
dringend			5.514	28,34	4.823	25,59
notfallmäßig			2.624	13,49	2.933	15,56
Nierenfunktion gemessen						
nein			762	3,92	1.979	10,50
ja			18.696	96,08	16.866	89,50

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			18.720		18.252	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			5.293	28,27	5.657	30,99
bekannte KHK			5.065	27,06	4.795	26,27
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			2.412	12,88	2.485	13,61
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			3.052	16,30	2.670	14,63
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.097	5,86	1.083	5,93
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			98	0,52	133	0,73
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			33	0,18	26	0,14
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			540	2,88	414	2,27
Vitium			837	4,47	771	4,22
Sonstige			293	1,57	218	1,19

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			18.720		18.252	
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			2.353	12,57	2.873	15,74
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			3.470	18,54	3.308	18,12
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			11.074	59,16	10.136	55,53
Kardiomyopathie			475	2,54	412	2,26
Herzklappenvitium			557	2,98	595	3,26
Aortenaneurysma			37	0,20	33	0,18
hypertensive Herzerkrankung			219	1,17	294	1,61
andere kardiale Erkrankung			535	2,86	601	3,29
Therapieempfehlung bezüglich des Koronarbefundes / der KHK nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			1.209	6,46	715	3,92
nur medikamentös			7.412	39,59	7.381	40,44
interventionell			8.699	46,47	8.174	44,78
herzchirurgisch			1.400	7,48	1.490	8,16

Koronarangiographie (Fortsetzung) OPS 2015¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
2	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
3	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
4	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
5	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung

OPS 2015

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				1-275.0	13.502	72,13	1-275.0	11.899	65,19
2				1-275.2	2.632	14,06	1-275.2	4.073	22,32
3				1-275.3	1.515	8,09	1-275.3	1.614	8,84
4				1-275.5	1.242	6,63	1-275.5	1.404	7,69
5				1-275.4	507	2,71	1-275.1	431	2,36

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

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

PCI

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			8.836		8.526	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.147	35,62	3.087	36,21
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI)			1.481	16,76	1.265	14,84
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)			2.149	24,32	2.017	23,66
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.019	11,53	999	11,72
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			80	0,91	111	1,30
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			814	9,21	952	11,17
Sonstige			146	1,65	95	1,11

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			8.836		8.526	
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI)						
Hauptdiagnose STEMI¹ wenn ja:			1.016 / 1.099	92,45	-	-
Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt¹						
nein			157 / 1.016	15,45	-	-
ja			859 / 1.016	84,55	-	-
wenn ja:						
Door-to-balloon-Zeit² gültige Angaben			854 / 859	99,42	-	-
<= 30 Minuten			285 / 854	33,37	-	-
> 30 - <= 60 Minuten			306 / 854	35,83	-	-
> 60 - <= 90 Minuten			138 / 854	16,16	-	-
> 90 - <= 120 Minuten			52 / 854	6,09	-	-
> 120 Minuten			73 / 854	8,55	-	-
Fibrinolyse vor der Prozedur³						
nein			1.042 / 1.099	94,81	953 / 1.110	85,86
ja			50 / 1.099	4,55	43 / 1.110	3,87
unbekannt			7 / 1.099	0,64	3 / 1.110	0,27

¹ neues Datenfeld in 2015

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

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

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			8.836		8.526	
PCI an¹						
Hauptstamm			605	6,85	615	7,21
LAD			3.971	44,94	3.610	42,34
RCX			2.391	27,06	1.837	21,55
RCA			2.974	33,66	2.464	28,90
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			6.462	73,13	6.477	75,97
ja			2.374	26,87	2.049	24,03
wenn ja						
besonderes Merkmal (Mehrfachnennungen möglich)						
PCI am kompletten Gefäßverschluss			1.331 / 2.374	56,07	1.235 / 2.049	60,27
PCI eines Koronarbypasses			238 / 2.374	10,03	225 / 2.049	10,98
PCI am ungeschützten Hauptstamm			243 / 2.374	10,24	178 / 2.049	8,69
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			250 / 2.374	10,53	186 / 2.049	9,08
PCI am letzten verbliebenen Gefäß			13 / 2.374	0,55	22 / 2.049	1,07
PCI an einer In-Stent Stenose			288 / 2.374	12,13	237 / 2.049	11,57
sonstiges			196 / 2.374	8,26	102 / 2.049	4,98
Stent(s) implantiert						
nein			833	9,43	937	10,99
ja			8.003	90,57	7.589	89,01

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

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			8.836		8.526	
wenn Indikation zur PCI: stabile Angina pectoris (nach CCS) oder akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI oder NSTEMI) oder prognostische Indikation oder stumme Ischämie oder Sonstige						
wesentliches Inter- ventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allge- meinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			263 / 5.588	4,71	220 / 5.399	4,07
ja			5.301 / 5.588	94,86	5.155 / 5.399	95,48
fraglich			24 / 5.588	0,43	24 / 5.399	0,44
wenn Indikation zur PCI: akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose) oder akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungs- infarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)						
wesentliches Inter- ventionsziel erreicht PCI bei STEMI / NSTEMI (nach TIMI)						
TIMI 0			86 / 3.248	2,65	117 / 3.127	3,74
TIMI I			60 / 3.248	1,85	62 / 3.127	1,98
TIMI II			90 / 3.248	2,77	193 / 3.127	6,17
TIMI III			3.012 / 3.248	92,73	2.755 / 3.127	88,10

PCI (Fortsetzung)
OPS 2015¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie
2	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
3	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
4	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien
5	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie

OPS 2015

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	%
1				8-837.00	5.998	67,88	8-837.00	5.915	69,38
2				8-837.m0	4.111	46,53	8-837.m0	3.900	45,74
3				8-837.m1	1.489	16,85	8-837.m1	1.389	16,29
4				8-837.01	695	7,87	8-837.k0	785	9,21
5				8-837.m3	521	5,90	8-837.01	661	7,75

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

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

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			19.458		18.845	
Dosisflächenprodukt bekannt						
nein			49	0,25	50	0,27
ja			19.409	99,75	18.795	99,73
wenn ja						
Dosisflächenprodukt (cGy*cm²)¹						
gültige Angaben (>= 0 cGy*cm ²)			19.409		18.795	
Median				2.215,00		2.296,00
Mittelwert				3.248,72		3.354,20
applizierte Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			19.458		18.845	
Median				100,00		100,00
Mittelwert				114,27		113,82

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

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			19.458		18.845	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			19.319	99,29	18.682	99,14
ja			139	0,71	163	0,86
wenn ja						
Intraprozedural auftretende Ereignisse (Mehrfachnennungen möglich)						
koronarer Verschluss			20 / 139	14,39	22 / 163	13,50
TIA/Schlaganfall			10 / 139	7,19	4 / 163	2,45
Exitus im Herzkatheterlabor			29 / 139	20,86	42 / 163	25,77
sonstige			85 / 139	61,15	104 / 163	63,80

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt¹						
nein			18.604	99,86	11.831	65,01
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			25	0,13	17	0,09
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			2	0,01	4	0,02
postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall¹						
nein			18.603	99,85	11.740	64,51
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			24	0,13	16	0,09
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			4	0,02	4	0,02
postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß¹						
nein			18.612	99,90	11.733	64,47
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			17	0,09	16	0,09
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			2	0,01	2	0,01

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
postprozedurale Verletzung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation¹						
nein			18.558	99,61	11.712	64,35
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			60	0,32	26	0,14
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			13	0,07	6	0,03
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle¹						
nein			18.608	99,88	11.704	64,31
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			22	0,12	17	0,09
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			1	0,01	2	0,01
wenn ja						
Therapie der Blutung an der Punktionsstelle (Mehrfachnennungen möglich)						
Thrombininjektion			3 / 23	13,04	5 / 19	26,32
Transfusion			14 / 23	60,87	7 / 19	36,84
chirurgische Intervention an der Punktionsstelle			7 / 23	30,43	7 / 19	36,84
Gefäßthrombose (punktionstah)¹						
nein			18.619	99,94	10.043	55,18
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			9	0,05	3	0,02
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			3	0,02	0	0,00

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)¹						
nein			18.596	99,81	10.030	55,11
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			34	0,18	20	0,11
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			1	0,01	6	0,03
sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse¹						
nein			18.574	99,69	10.005	54,97
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			42	0,23	37	0,20
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			15	0,08	32	0,18
Tod¹						
nein			18.246	97,93	9.796	53,82
ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur			144	0,77	145	0,80
ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)			241	1,29	211	1,16
Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde er elektiv dorthin verlegt / überwiesen?						
nein			11.721	62,91	9.894	54,36
ja			971	5,21	869	4,77
fehlende Werte			5.939	31,88	7.437	40,86

¹ Die Dokumentation dieses Datenfeldes war im Vorjahr optional.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			18.631		18.200	
01: regulär beendet			15.995	85,85	15.589	85,65
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			170	0,91	224	1,23
03: aus sonstigen Gründen			28	0,15	68	0,37
04: gegen ärztlichen Rat			241	1,29	223	1,23
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			2	0,01	4	0,02
06: Verlegung			1.221	6,55	1.058	5,81
07: Tod			461	2,47	494	2,71
08: Verlegung nach §14			63	0,34	72	0,40
09: in Rehabilitationseinrichtung			340	1,82	348	1,91
10: in Pflegeeinrichtung			70	0,38	80	0,44
11: in Hospiz			2	0,01	1	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,01	2	0,01
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,02	7	0,04
15: gegen ärztlichen Rat			10	0,05	6	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			20	0,11	22	0,12
22: Fallabschluss			3	0,02	2	0,01
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2015.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

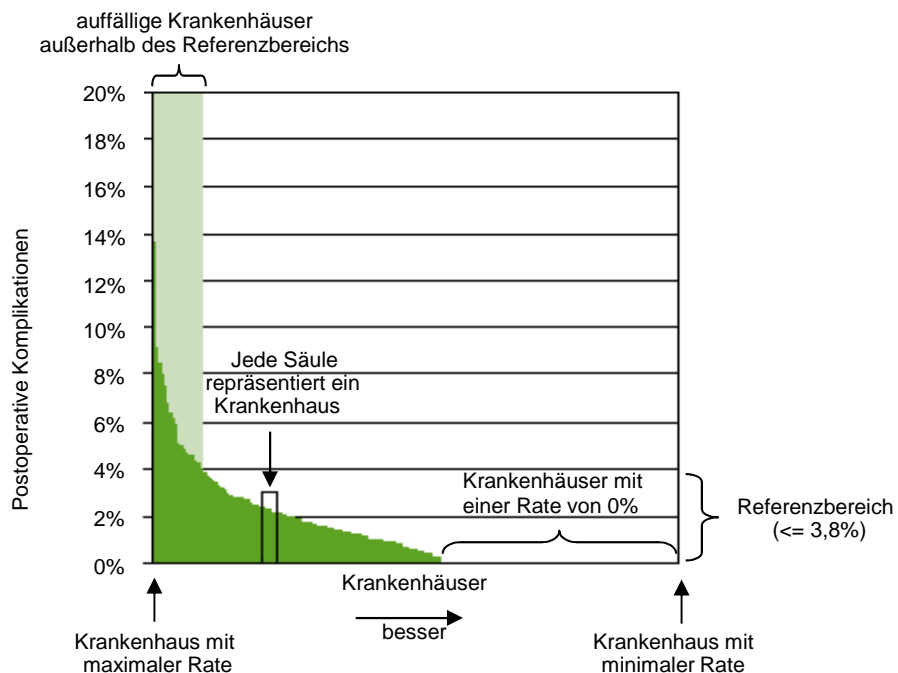
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

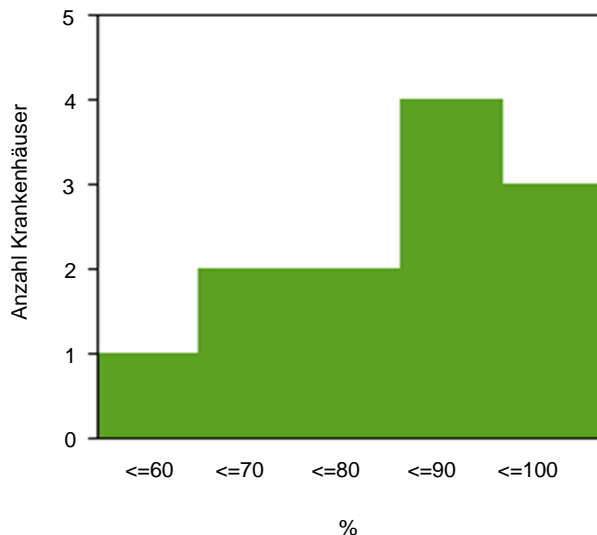
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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