

Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 18
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.975
Datensatzversion: 21/3 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14200-L89457-P43515

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

Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 18
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.975
Datensatzversion: 21/3 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14200-L89457-P43515

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

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite
Anzahl dokumentierter Prozeduren			
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		16.866	9
dokumentierte PCI pro Jahr		7.902	9

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/21n3-KORO-PCI/399							
QI 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie							
			94,4%	>= 80,0%	innerhalb	94,3%	11
QI 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie							
2a: 2013/21n3-KORO-PCI/2061							
Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie							
			47,7%	nicht definiert	-	42,8%	15

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2b: 2013/21n3-KORO-PCI/50750 Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie			47,7%	nicht definiert	-	42,8%	15
2013/21n3-KORO-PCI/2062 QI 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen			2,9%	<= 10,0%	innerhalb	1,6%	18
QI 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI							
4a: 2013/21n3-KORO-PCI/2063 Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"			94,7%	>= 85,0%	innerhalb	95,2%	20
4b: 2013/21n3-KORO-PCI/2064 Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI			94,4%	>= 85,0%	innerhalb	94,9%	20

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 5: MACCE							
5a: 2013/21n3-KORO-PCI/414 MACCE bei isolierter Koronarangiographie			1,6%	<= 3,5%	innerhalb	1,2%	23
5b: 2013/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			3,5%	<= 6,8%	innerhalb	3,5%	26
5c: 2013/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			10,2%	<= 17,1%	innerhalb	8,6%	30
QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus							
6a: 2013/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			1,4%	nicht definiert	-	1,2%	32
6b: 2013/21n3-KORO-PCI/50829 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,90	<= 2,35	innerhalb	0,89	34
6c: 2013/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			2,9%	nicht definiert	-	2,9%	36

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
6d: 2013/21n3-KORO-PCI/11863 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			1,21	<= 2,19	innerhalb	1,12	40
6e: 2013/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz			0,6%	nicht definiert	-	0,4%	43
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)							
7a: 2013/21n3-KORO-PCI/419 Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie			3,0	<= 5,0	innerhalb	2,8	45
7b: 2013/21n3-KORO-PCI/2073 Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI			9,4	<= 12,0	innerhalb	9,0	45

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 8: Flächendosisprodukt							
8a: 2013/21n3-KORO-PCI/12774							
Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²							
			15,3%	<= 47,2%	innerhalb	20,0%	48
8b: 2013/21n3-KORO-PCI/12775							
Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²							
			21,6%	<= 57,3%	innerhalb	21,4%	48
8c: 2013/21n3-KORO-PCI/50749							
Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²							
			13,2%	<= 46,1%	innerhalb	17,7%	48
8d: 2013/21n3-KORO-PCI/12773							
Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts							
			0,4%	<= 0,9%	innerhalb	0,4%	52

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 9: Kontrastmittelmenge							
9a: 2013/21n3-KORO-PCI/51405							
Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml							
			3,8%	<= 19,7%	innerhalb	4,1%	54
9b: 2013/21n3-KORO-PCI/51406							
Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml							
			17,0%	<= 50,7%	innerhalb	11,5%	54
9c: 2013/21n3-KORO-PCI/51407							
Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml							
			7,6%	<= 35,7%	innerhalb	8,0%	54

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

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

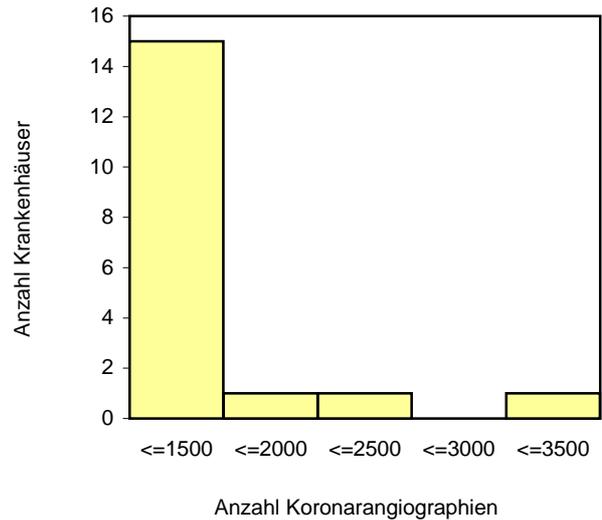
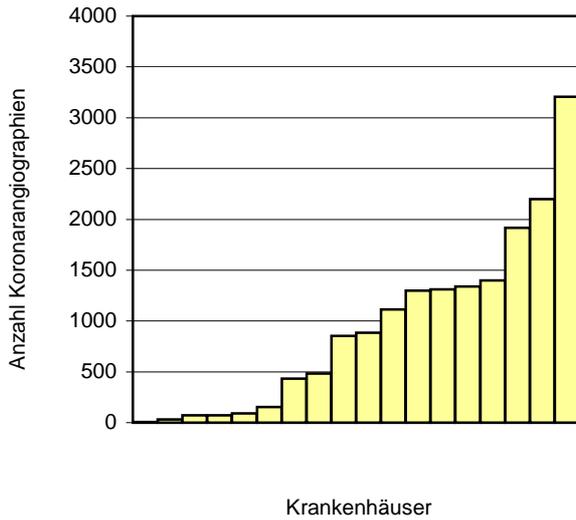
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			16.866	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			7.902	100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			16.745	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			7.572	100,0%

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

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

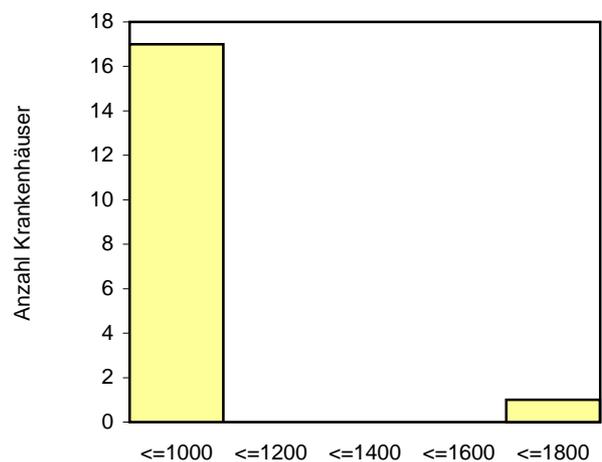
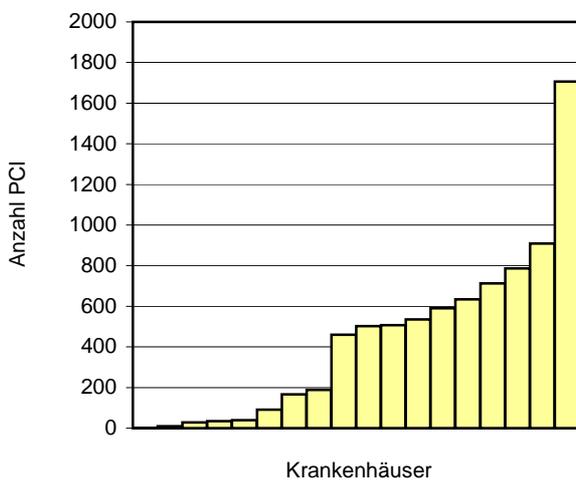


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6		30	92	870	1.341	2.198		3.205

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2		10	39	481	634	909		1.707

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie

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

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

Indikator-ID: 2013/21n3-KORO-PCI/399

Referenzbereich: >= 80,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			6.394 / 8.284	77,2%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			4.607 / 8.284	55,6%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			3.951 / 8.284	47,7%
mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			7.816 / 8.284	94,4%
Vertrauensbereich				93,8% - 94,8%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

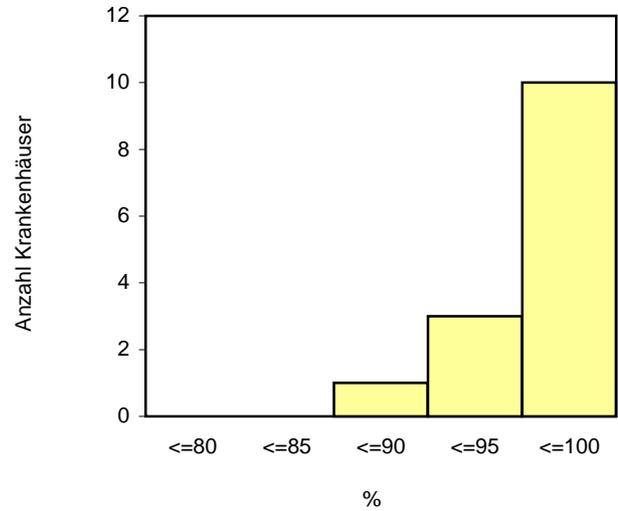
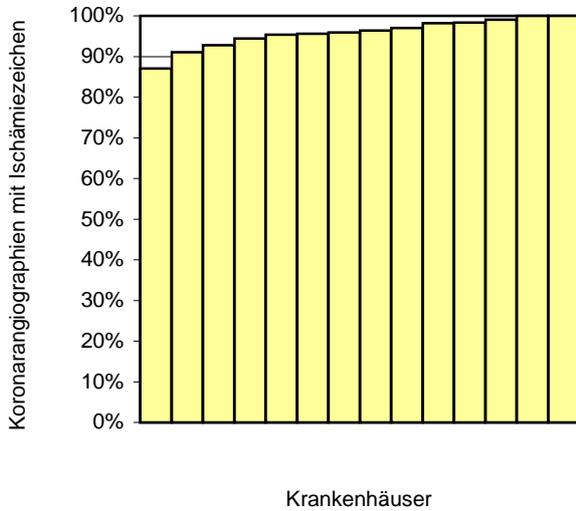
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			7.652 / 8.113	94,3%
Vertrauensbereich				93,8% - 94,8%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

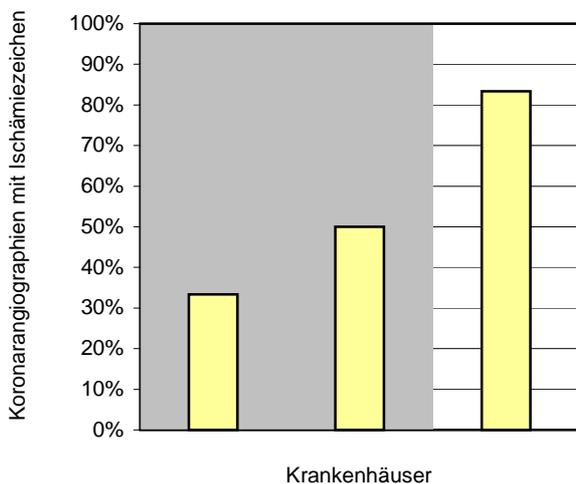
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,0		91,1	94,5	96,1	98,3	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3				50,0				83,3

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie

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

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

Indikator-ID: Gruppe 4 (QI 2a): seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2013/21n3-KORO-PCI/2061
 (QI 2b): häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2013/21n3-KORO-PCI/50750

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			1.284 / 4.990	25,7%
herzchirurgisch			394 / 4.990	7,9%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			1.799 / 4.990	36,1%
keine			518 / 4.990	10,4%
medikamentös			2.635 / 4.990	52,8%
Sonstige			159 / 4.990	3,2%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 2 <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "bekannte KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			2.388 / 4.601	51,9%
herzchirurgisch			228 / 4.601	5,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			2.778 / 4.601	60,4%
keine			83 / 4.601	1,8%
medikamentös			1.792 / 4.601	38,9%
Sonstige			110 / 4.601	2,4%
Gruppe 3 <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			17 / 38	44,7%
herzchirurgisch			0 / 38	0,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			19 / 38	50,0%
keine			1 / 38	2,6%
medikamentös			19 / 38	50,0%
Sonstige			1 / 38	2,6%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			3.689 / 9.629	38,3%
herzchirurgisch			622 / 9.629	6,5%
seltene Empfehlung¹				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			4.596 / 9.629	47,7%
Vertrauensbereich				46,7% - 48,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
häufige Empfehlung¹				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			4.596 / 9.629	47,7%
Vertrauensbereich				46,7% - 48,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
keine			602 / 9.629	6,3%
medikamentös			4.446 / 9.629	46,2%
Sonstige			270 / 9.629	2,8%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
seltene Empfehlung²				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.904 / 9.111	42,8%
Vertrauensbereich				41,8% - 43,9%
häufige Empfehlung²				
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			3.904 / 9.111	42,8%
Vertrauensbereich				41,8% - 43,9%

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

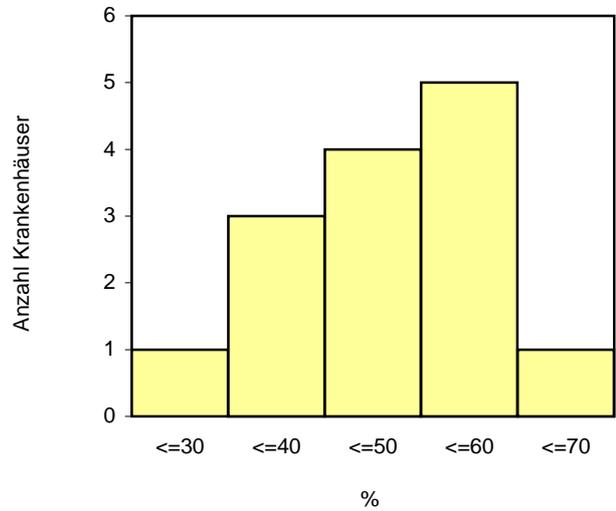
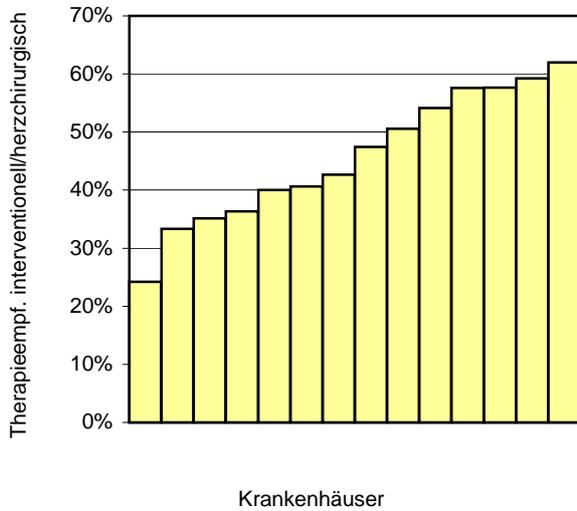
² Die Berechnung des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/2061 (2a) sowie des Qualitätsindikators 2013/21n3-KORO-PCI/50750 (2b) erfolgt mit identischen Rechenregeln, sodass dieselben Ergebnisse dargestellt werden.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

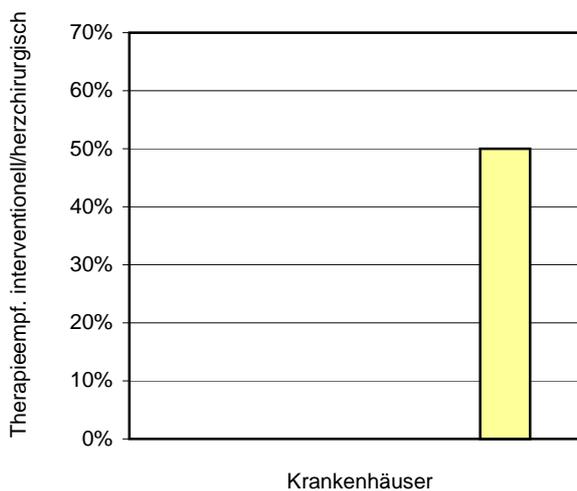
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,2		33,3	36,4	45,0	57,6	59,2		62,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

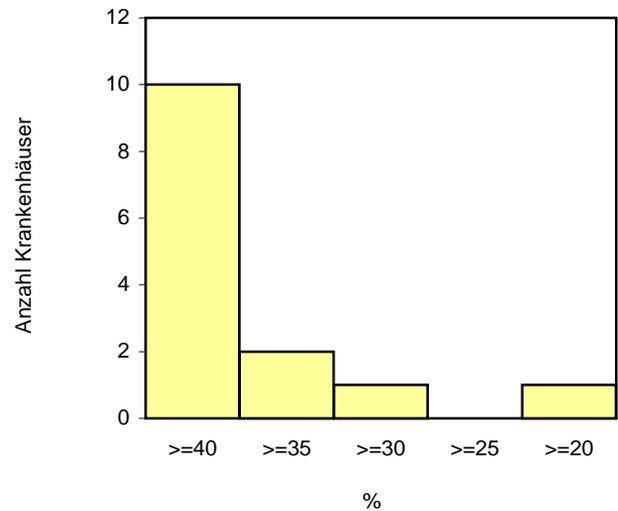
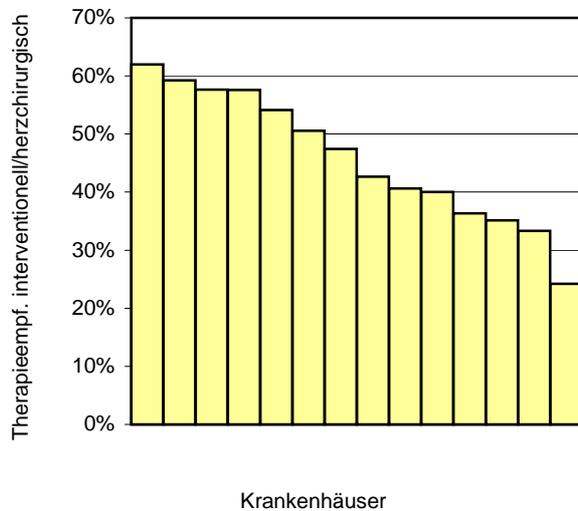
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

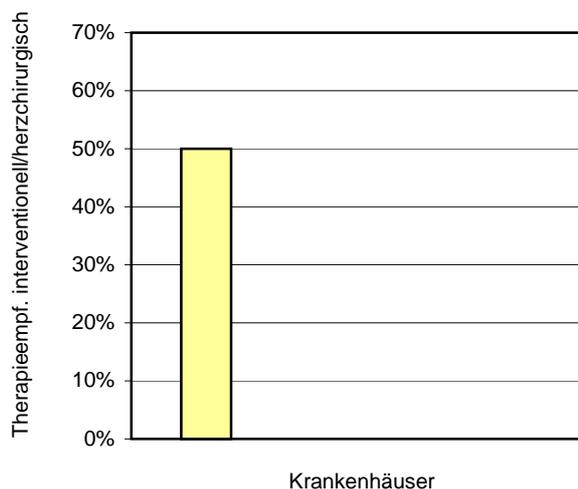
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	24,2		33,3	36,4	45,0	57,6	59,2		62,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel: Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

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

Referenzbereich: <= 10,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			94 / 3.473	2,7%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			5 / 3.473	0,1%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			99 / 3.473	2,9%
Vertrauensbereich				2,3% - 3,5%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

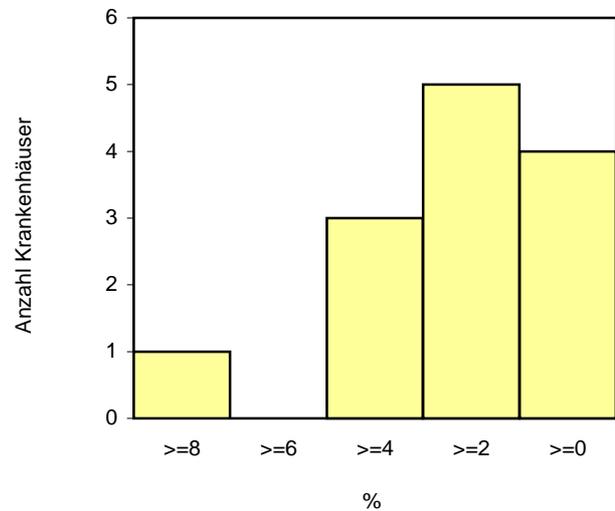
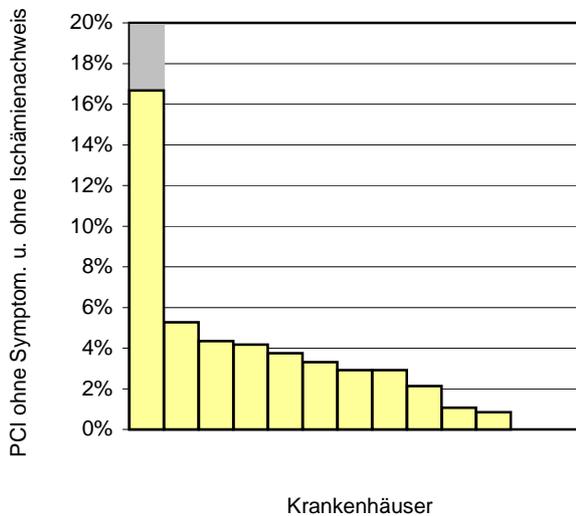
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>PCI bei Patienten</i> ohne stabile Angina pectoris nach CCS, ohne Ruhe- oder Belastungsdyspnoe und				
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			48 / 3.068	1,6%
Vertrauensbereich				1,2% - 2,1%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2062]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

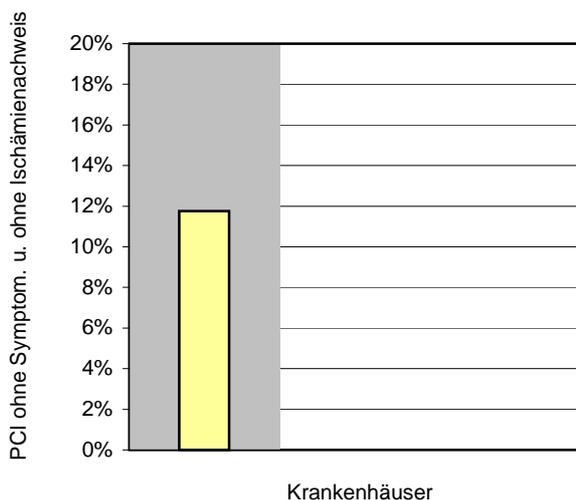
13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	1,1	2,9	4,2	5,3		16,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



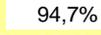
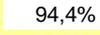
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				11,8

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

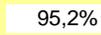
Qualitätsindikatorengruppe 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

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

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 85,0%	 >= 85,0%

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	1.036 / 1.094  93,2% - 95,9% >= 85,0%	7.459 / 7.902  93,9% - 94,9% >= 85,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich		

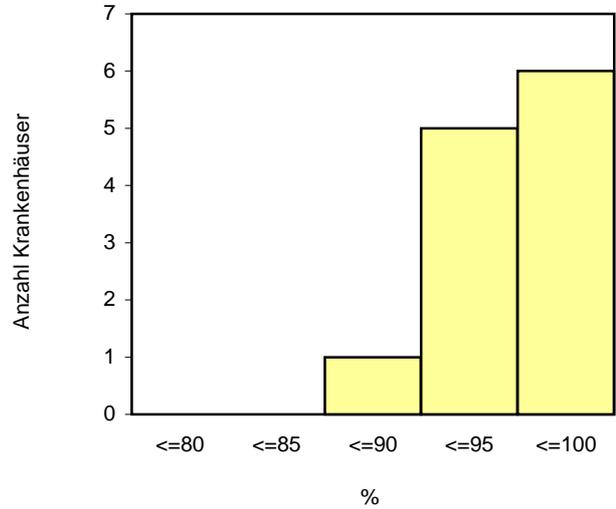
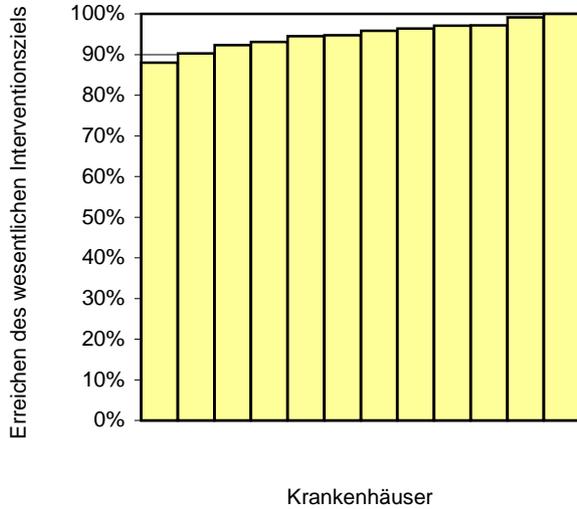
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	1.070 / 1.124  93,8% - 96,3%	7.188 / 7.572  94,4% - 95,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2063]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

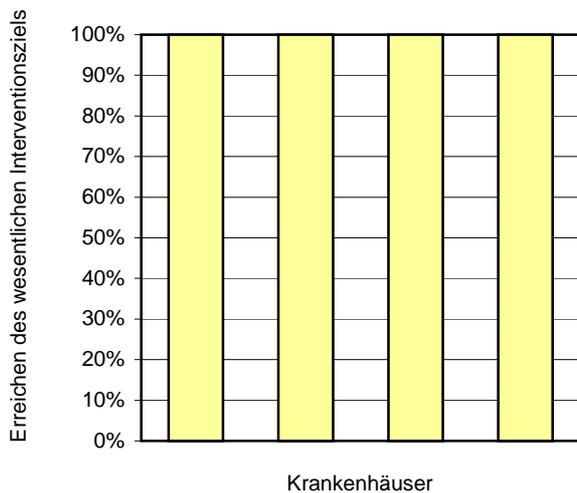
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,0		90,2	92,7	95,3	97,1	99,2		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

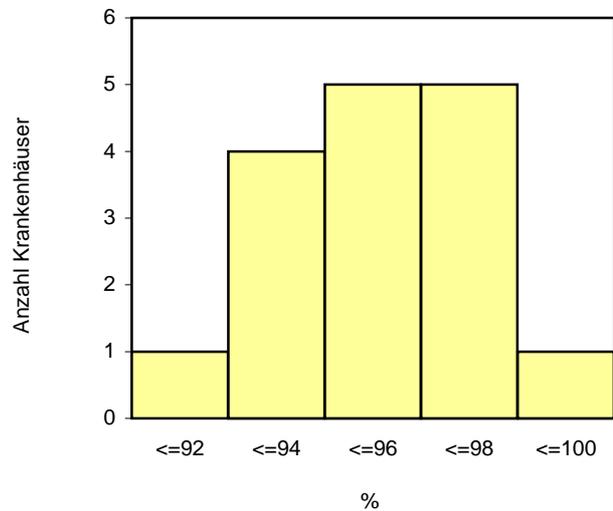
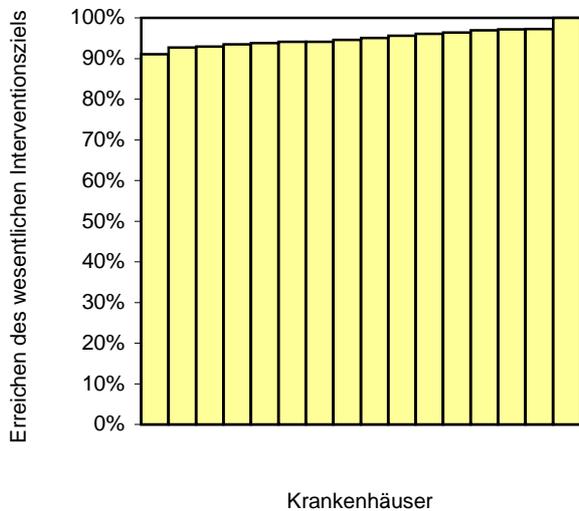


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

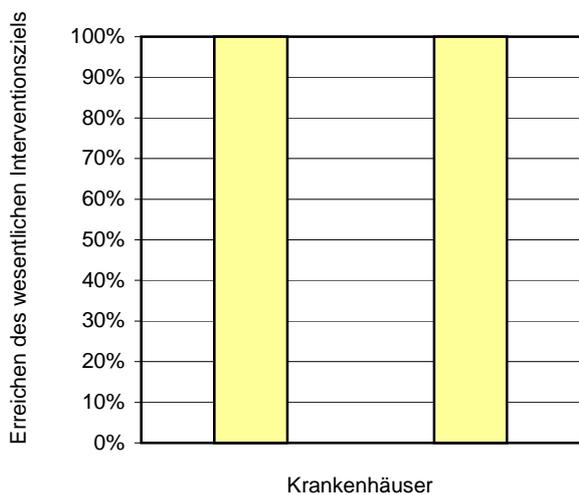
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2064]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,0		92,7	93,7	94,8	96,7	97,3		100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: MACCE

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

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 5a): 2013/21n3-KORO-PCI/414

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,5%
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 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	94 / 3.133 3,0%	47 / 5.610 0,8%	148 / 9.301 1,6%
Vertrauensbereich			1,4% - 1,9%
Referenzbereich			<= 3,5%
Alter >= 75 Jahre	45 / 1.162 3,9%	29 / 2.068 1,4%	75 / 3.399 2,2%
Patienten mit Diabetes mellitus	14 / 278 5,0%	7 / 403 1,7%	21 / 706 3,0%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	6 / 26 23,1%	2 / 21 9,5%	8 / 47 17,0%
Alter < 75 Jahre	49 / 1.971 2,5%	18 / 3.542 0,5%	73 / 5.902 1,2%
Patienten mit Diabetes mellitus	12 / 436 2,8%	2 / 597 0,3%	15 / 1.073 1,4%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	16 / 44 36,4%	1 / 17 5,9%	18 / 64 28,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	67 / 3.048 2,2%	44 / 5.941 0,7%	115 / 9.572 1,2%
Vertrauensbereich			1,0% - 1,4%

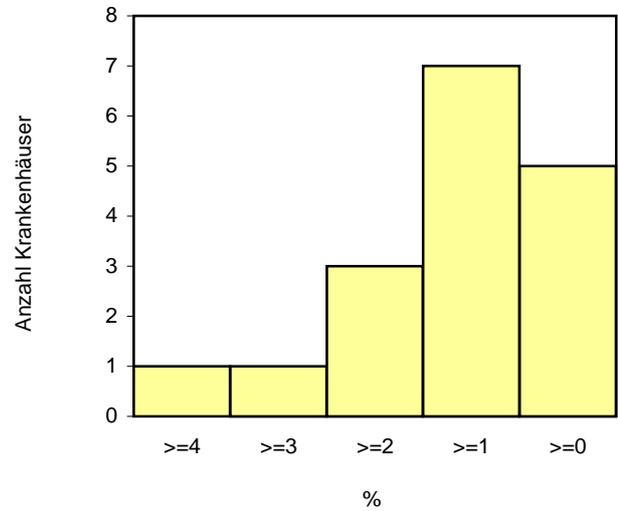
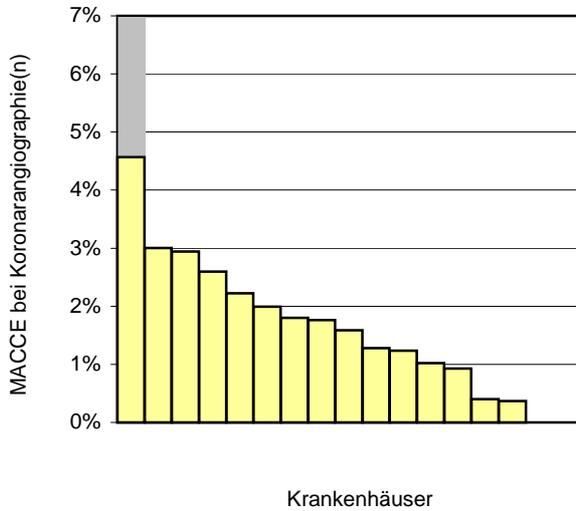
¹ Patienten mit Exitus im Herzkatheterlabor oder intraprozeduralem koronarem Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/414]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

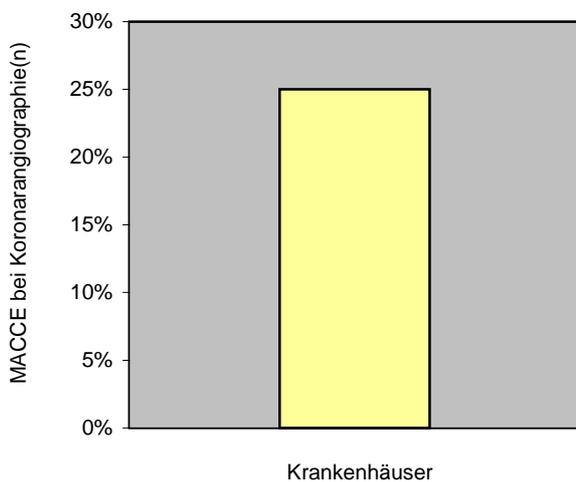
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Indikator-ID: Gruppe 3 (QI 5b): 2013/21n3-KORO-PCI/415

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,8%
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 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	230 / 4.077	35 / 3.472	265 / 7.674
	5,6%	1,0%	3,5%
Vertrauensbereich			3,1% - 3,9%
Referenzbereich			<= 6,8%
Alter >= 75 Jahre	111 / 1.327	12 / 1.262	123 / 2.627
	8,4%	1,0%	4,7%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	40 / 366	2 / 313	42 / 682
	10,9%	0,6%	6,2%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	48 / 218	1 / 99	49 / 321
	22,0%	1,0%	15,3%
Patienten mit Niereninsuffizienz	52 / 452	5 / 350	57 / 811
	11,5%	1,4%	7,0%
Patienten mit Z. n. Bypass	13 / 184	5 / 212	18 / 401
	7,1%	2,4%	4,5%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	27 / 54	0 / 10	27 / 64
	50,0%	0,0%	42,2%
Alter < 75 Jahre	119 / 2.750	23 / 2.210	142 / 5.047
	4,3%	1,0%	2,8%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	32 / 584	5 / 493	37 / 1.092
	5,5%	1,0%	3,4%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	42 / 290	5 / 166	47 / 461
	14,5%	3,0%	10,2%
Patienten mit Niereninsuffizienz	45 / 479	7 / 345	52 / 834
	9,4%	2,0%	6,2%
Patienten mit Z. n. Bypass	10 / 239	0 / 251	10 / 497
	4,2%	0,0%	2,0%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	39 / 109	1 / 4	40 / 114
	35,8%	25,0%	35,1%

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

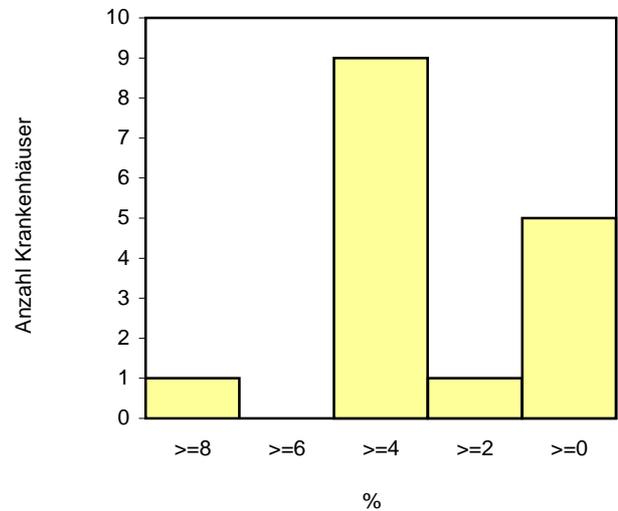
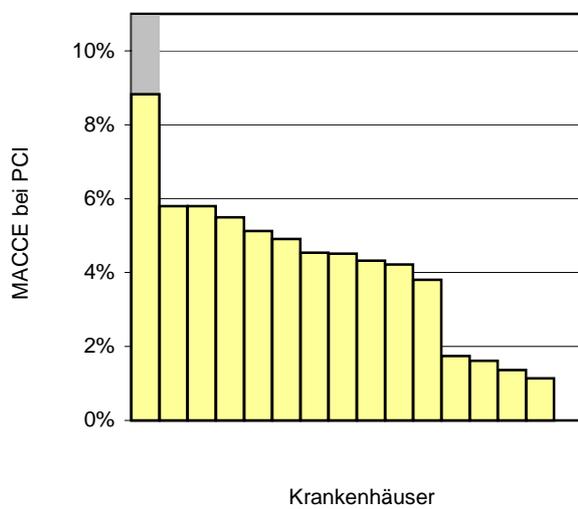
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	213 / 4.161	42 / 3.161	258 / 7.383
Vertrauensbereich	5,1%	1,3%	3,5%
			3,1% - 3,9%

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.

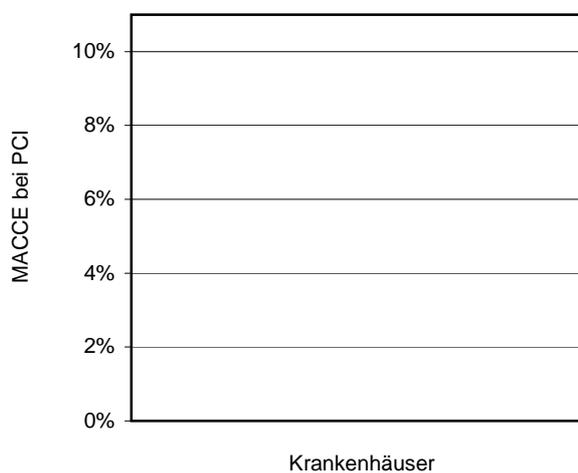
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/415]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		1,1	1,7	4,4	5,3	5,8		8,8

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

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

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

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

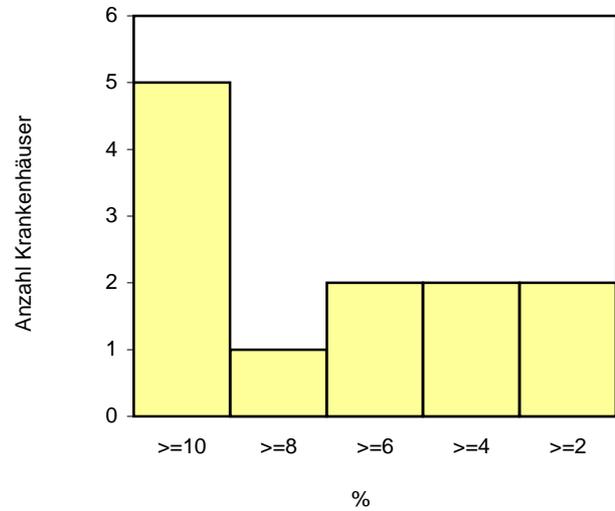
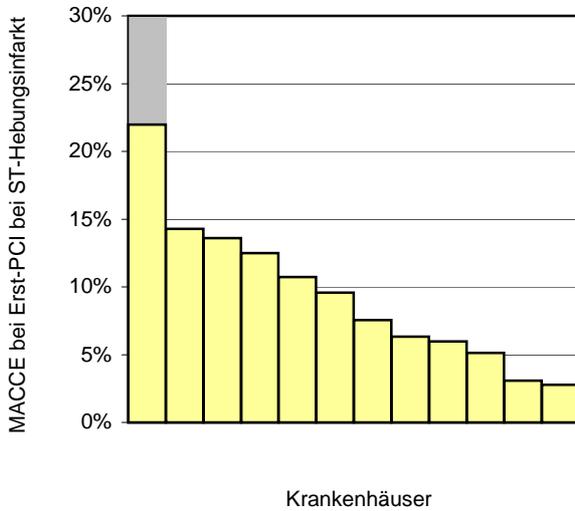
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			124 / 1.219	10,2%
Vertrauensbereich				8,6% - 12,0%
Referenzbereich		<= 17,1%		<= 17,1%
Alter >= 75 Jahre			57 / 313	18,2%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			22 / 69	31,9%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			23 / 51	45,1%
Patienten mit Niereninsuffizienz			24 / 78	30,8%
Patienten mit Z. n. Bypass			2 / 16	12,5%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			17 / 29	58,6%
Alter < 75 Jahre			67 / 906	7,4%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			20 / 159	12,6%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			23 / 100	23,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz			26 / 121	21,5%
Patienten mit Z. n. Bypass			2 / 26	7,7%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			26 / 71	36,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			110 / 1.274	8,6%
Vertrauensbereich				7,2% - 10,3%

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.

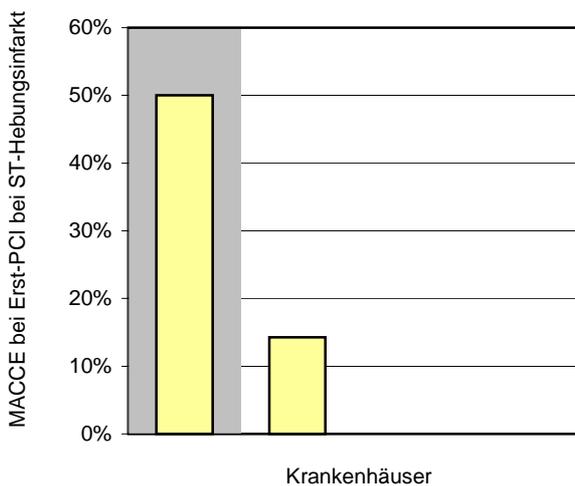
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2232]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,8		3,1	5,5	8,6	13,1	14,3		22,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	7,1	32,1			50,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Isolierte Koronarangiographie(n)

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

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			120 / 8.316	1,4% 1,2% - 1,7%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			18 / 148	12,2%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			47 / 1.865	2,5%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			55 / 6.303	0,9%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			23 / 94	24,5%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			101 / 8.632	1,2% 1,0% - 1,4%

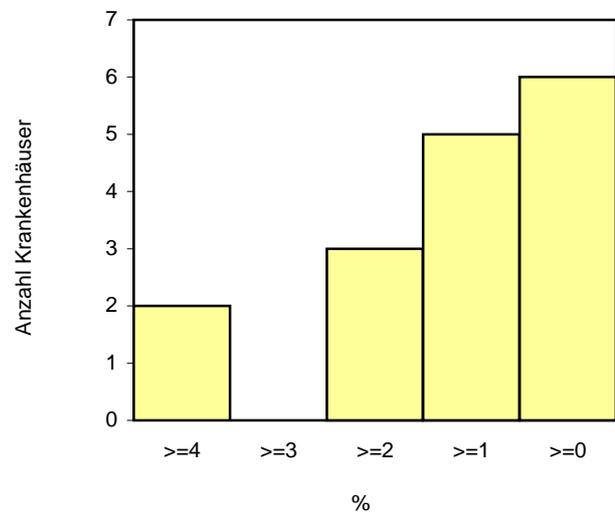
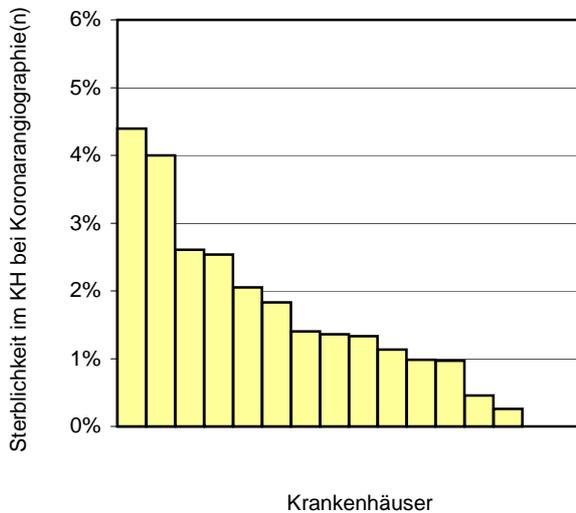
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

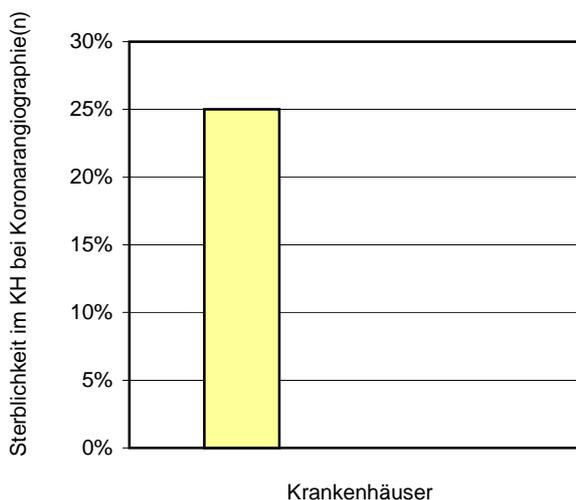
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		103 / 8.051 1,28%
vorhergesagt (E) ¹		114,54 / 8.051 1,42%
O - E		-0,14%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,90
Vertrauensbereich		0,74 - 1,09
Referenzbereich	<= 2,35	<= 2,35

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 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		93 / 8.492 1,10%
vorhergesagt (E)		104,14 / 8.492 1,23%
O - E		-0,13%
O / E		0,89
Vertrauensbereich		0,73 - 1,09

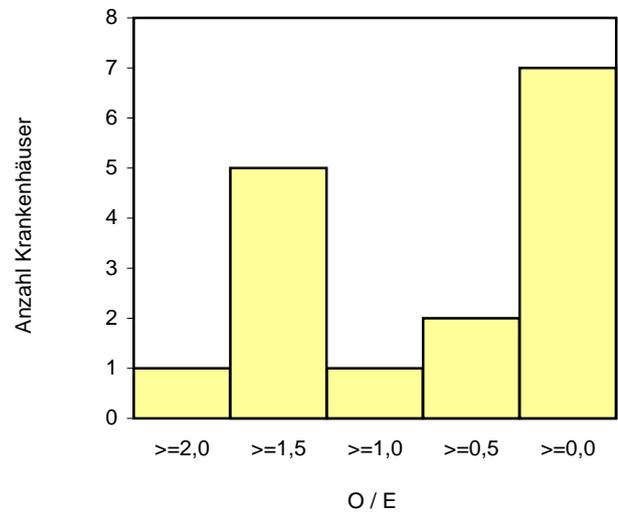
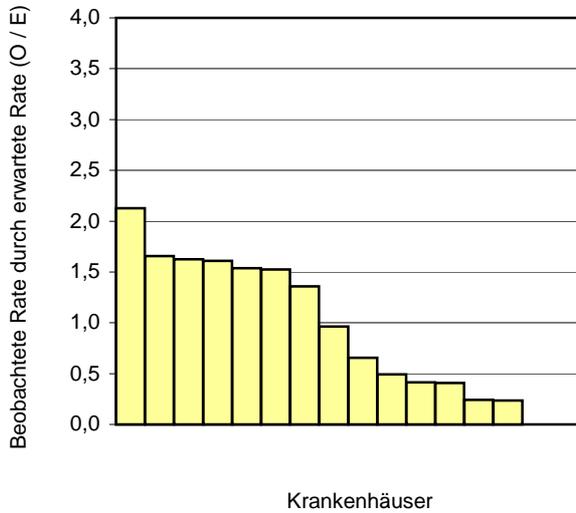
³ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50829]:

Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit isolierter Koronarangiographie und mit vollständiger Dokumentation zum KORO-Score für QI-ID 50829, die nicht in einer herzchirurgischen Abteilung behandelt oder dorthin verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

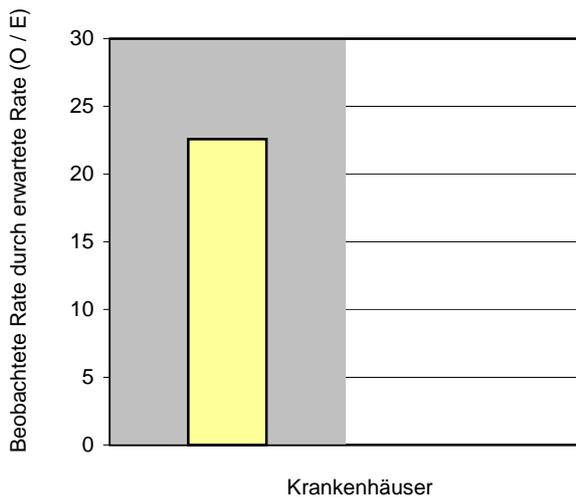
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,32	0,81	1,57	1,66		2,13

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				11,29				22,57

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			217 / 7.583	2,9% 2,5% - 3,3%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			10 / 49	20,4%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			207 / 7.534	2,7%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			112 / 1.208	9,3%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			76 / 2.754	2,8%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			29 / 3.621	0,8%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			58 / 165	35,2%

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			208 / 7.280	2,9% 2,5% - 3,3%
Patienten mit unvollständiger ² Dokumentation			12 / 41	29,3%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			196 / 7.239	2,7%

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

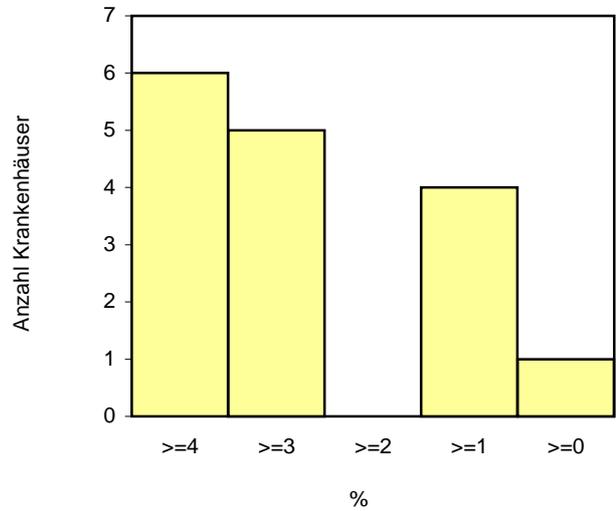
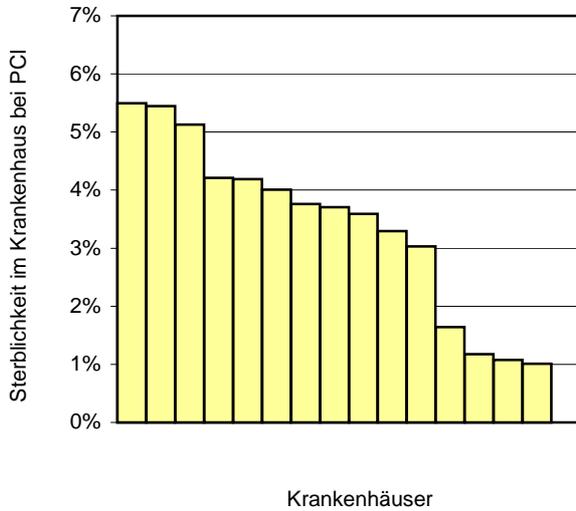
² bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/417]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

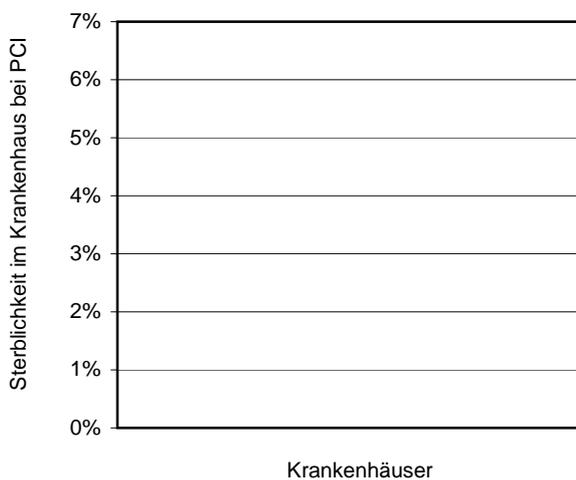
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

Gesamt 2013			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	35,95 / 5.542 0,65%	44 / 5.542 0,79%	0,15%
2 - < 4%	27,02 / 985 2,74%	36 / 985 3,65%	0,91%
4 - < 6%	15,68 / 323 4,86%	19 / 323 5,88%	1,03%
>= 6%	92,51 / 684 13,52%	108 / 684 15,79%	2,26%
Gesamt	171,17 / 7.534 2,27%	207 / 7.534 2,75%	0,48%

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 2013	Gesamt 2013
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		207 / 7.534 2,75%
vorhergesagt (E) ¹		171,17 / 7.534 2,27%
O - E		0,48%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		1,06 - 1,38
Referenzbereich	<= 2,19	<= 2,19

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 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		196 / 7.239 2,71%
vorhergesagt (E)		175,47 / 7.239 2,42%
O - E		0,28%
O / E		1,12
Vertrauensbereich		0,97 - 1,28

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

Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			4.785 / 7.534	63,5%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			152 / 7.534	2,0%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			1.461 / 7.534	19,4%
Diabetes mellitus			1.748 / 7.534	23,2%
Weiblich			2.137 / 7.534	28,4%
Herzinsuffizienz			1.365 / 7.534	18,1%
Kardiogener Schock			157 / 7.534	2,1%
ACS ¹ mit ST-Hebung			1.185 / 7.534	15,7%
ACS ¹ ohne ST-Hebung			2.748 / 7.534	36,5%
PCI am Hauptstamm			148 / 7.534	2,0%
PCI am letzten Gefäß			19 / 7.534	0,3%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			1.279 / 7.534	17,0%

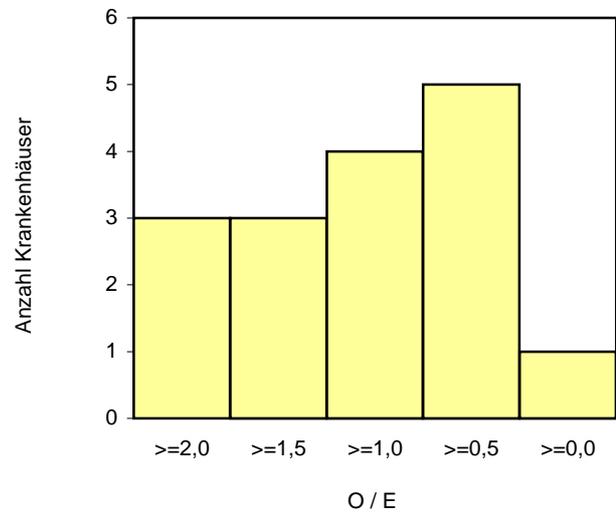
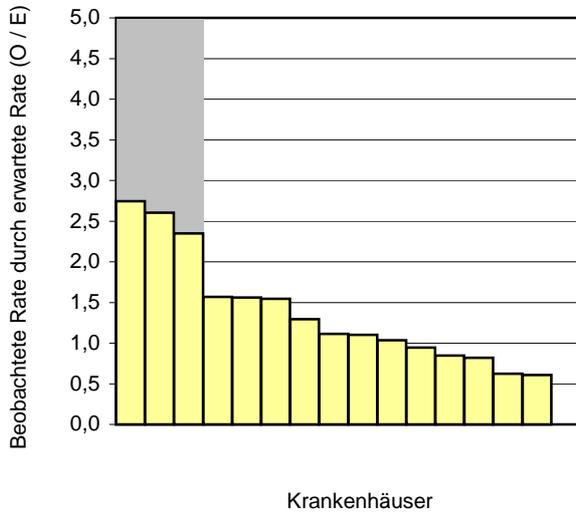
¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

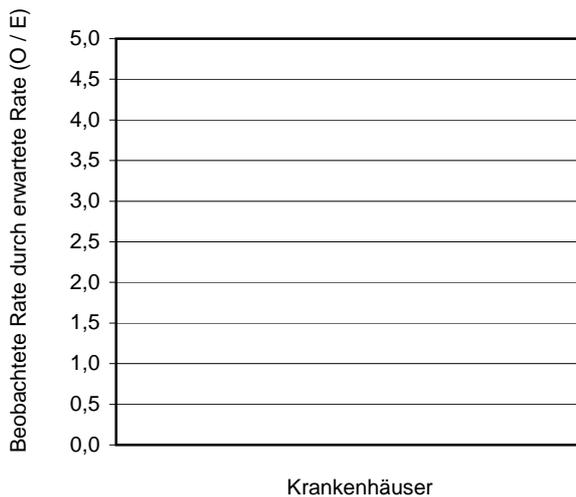
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,61	0,83	1,11	1,56	2,60		2,75

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

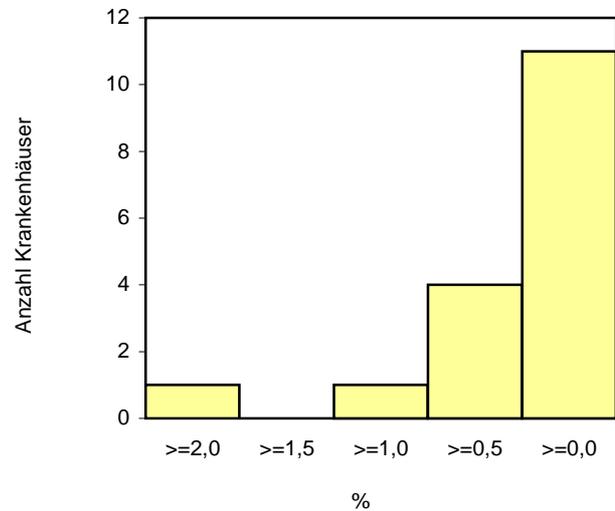
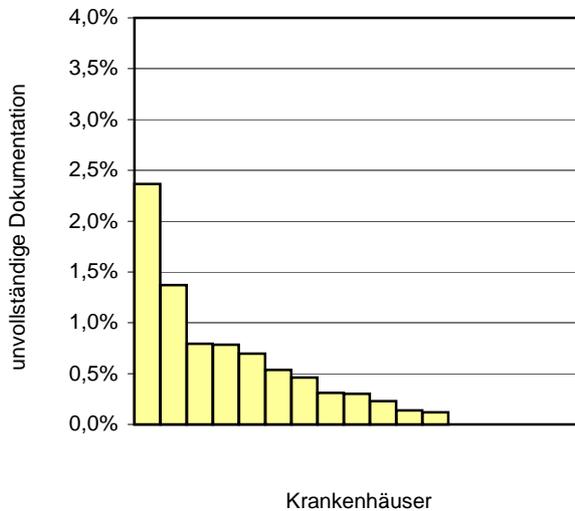
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			68 / 16.975	0,4%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			66 / 16.975	0,4%
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			95 / 16.975	0,6%
Vertrauensbereich				0,5% - 0,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ und / oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			67 / 16.955	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,5%

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

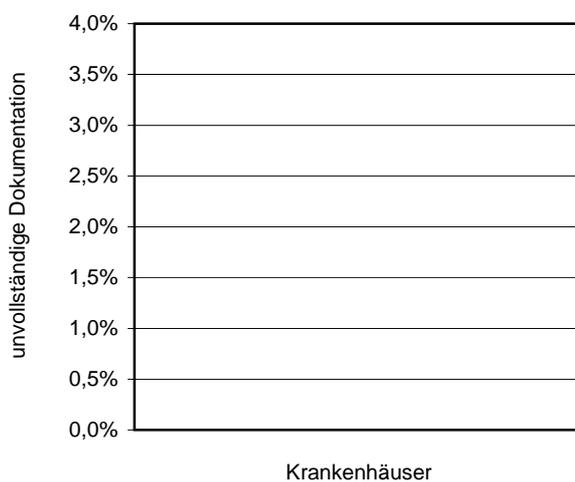
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6e, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2311]:
Anteil von Patienten mit unvollständigen Angaben zum Diabetes mellitus oder zur Niereninsuffizienz an allen Patienten

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Durchleuchtungsdauer

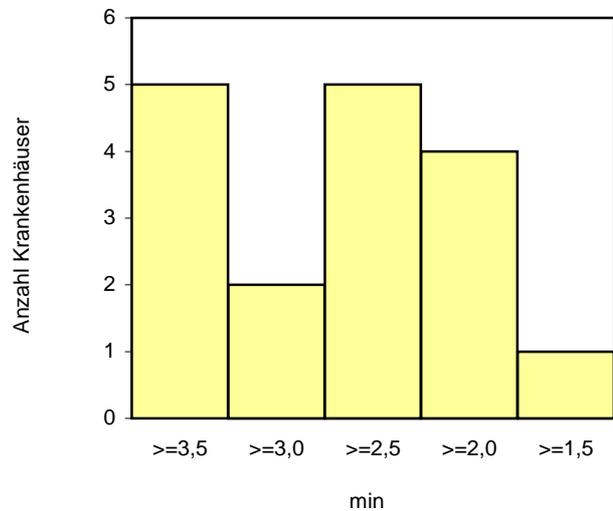
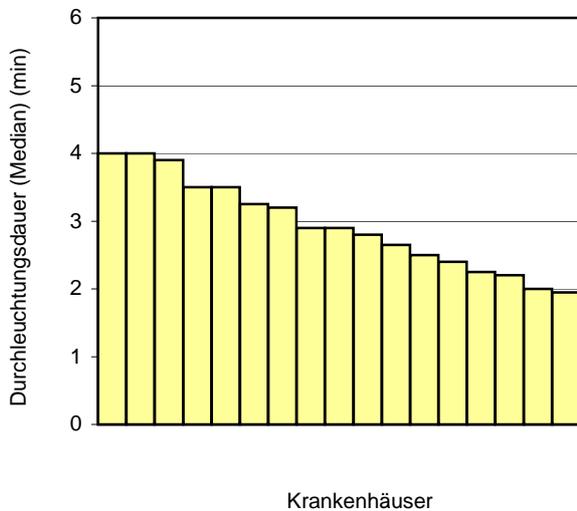
Qualitätsziel:	Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer
Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Alle isolierten Koronarangiographien Gruppe 2: Alle PCI
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 7a): 2013/21n3-KORO-PCI/419 Gruppe 2 (QI 7b): 2013/21n3-KORO-PCI/2073
Referenzbereich:	Gruppe 1: <= 5,0 min (Toleranzbereich) Gruppe 2: <= 12,0 min (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,3	11,0
Median			3,0	9,4
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 12,0 min	<= 5,0 min	<= 12,0 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,1	10,7
Median			2,8	9,0

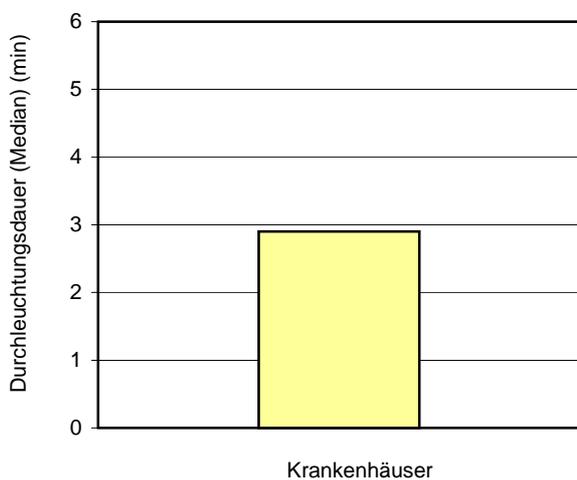
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/419]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen isolierten Koronarangiographien**

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



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

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

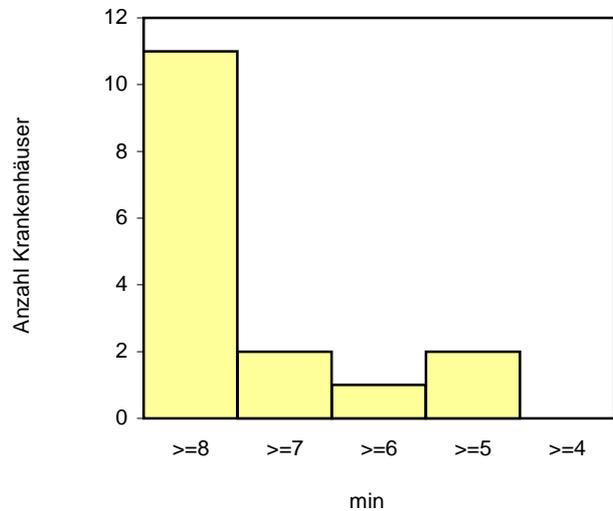
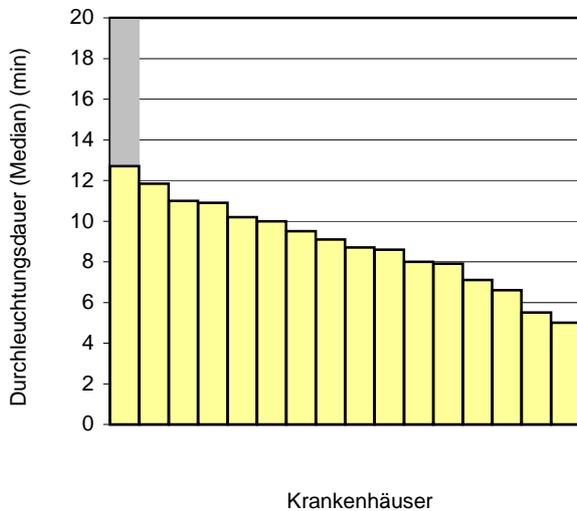


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,9				2,9				2,9

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

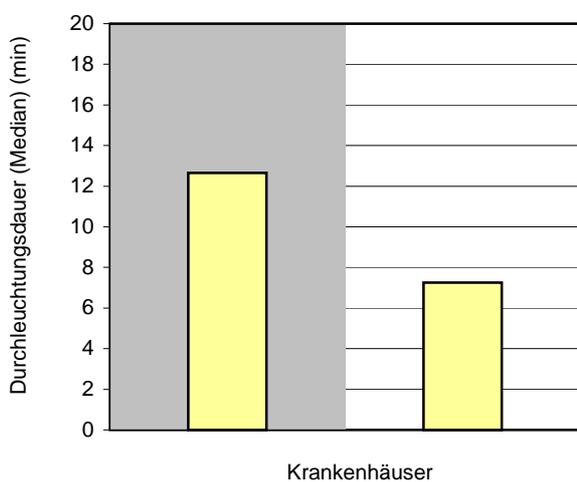
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/2073]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,0		5,5	7,5	8,9	10,6	11,9		12,7

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,3				10,0				12,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Flächendosisprodukt

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			1.468 / 9.593	15,3%
Vertrauensbereich				14,6% - 16,0%
Referenzbereich		<= 47,2%		<= 47,2%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			142 / 658	21,6%
Vertrauensbereich				18,6% - 24,9%
Referenzbereich		<= 57,3%		<= 57,3%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			953 / 7.202	13,2%
Vertrauensbereich				12,5% - 14,0%
Referenzbereich		<= 46,1%		<= 46,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			1.975 / 9.892	20,0%
Vertrauensbereich				19,2% - 20,8%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			163 / 760	21,4%
Vertrauensbereich				18,7% - 24,5%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.198 / 6.783	17,7%
Vertrauensbereich				16,8% - 18,6%

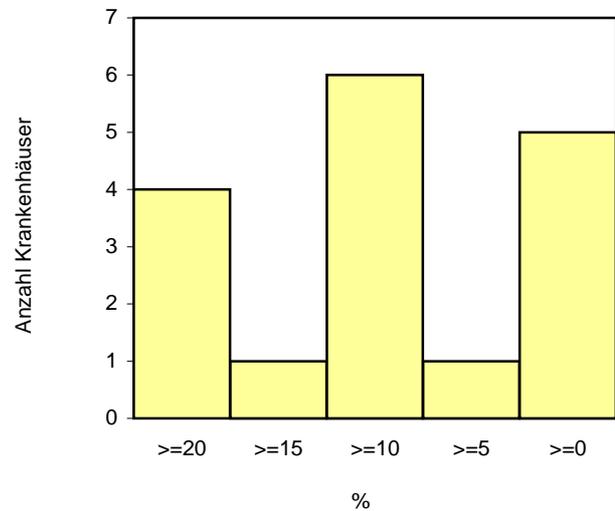
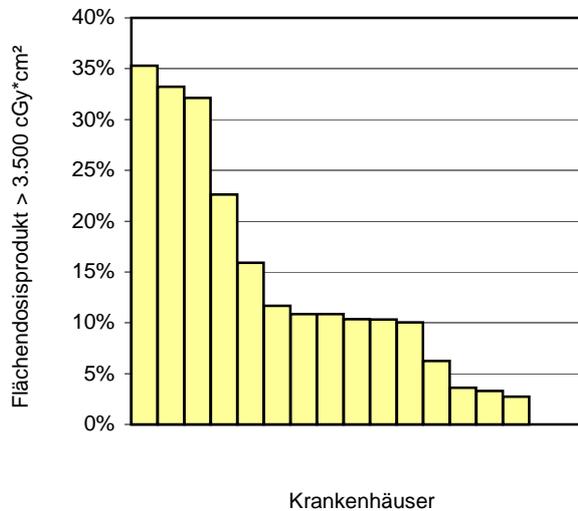
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

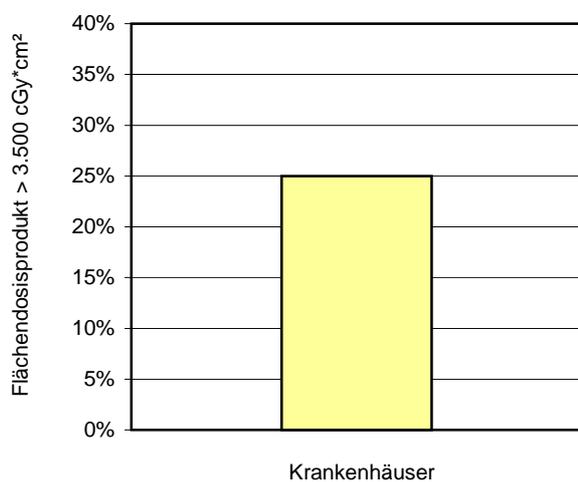
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	3,6	10,3	15,9	33,2		35,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

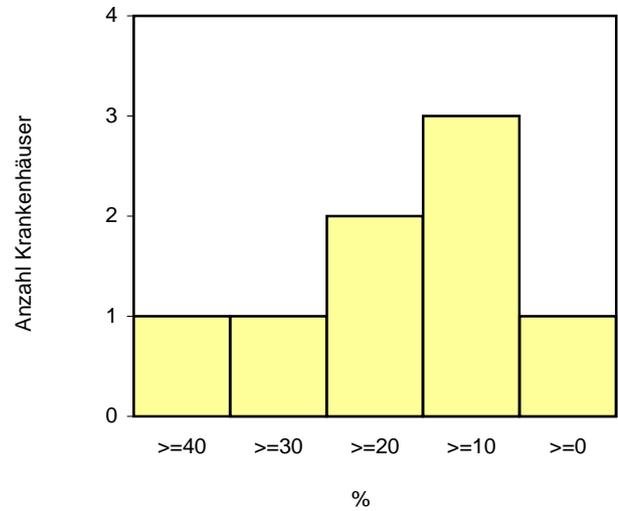
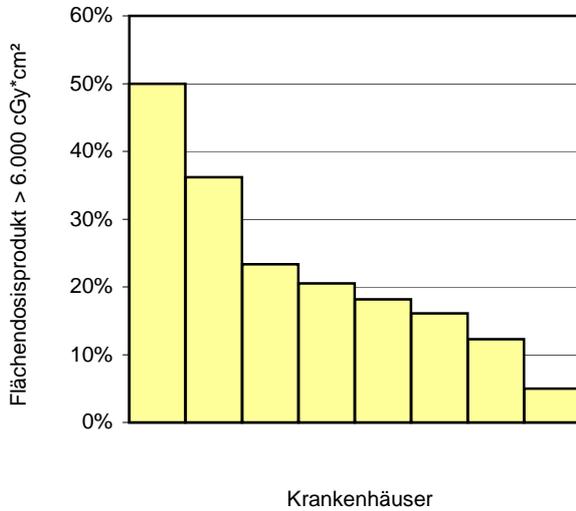


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0				25,0				25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

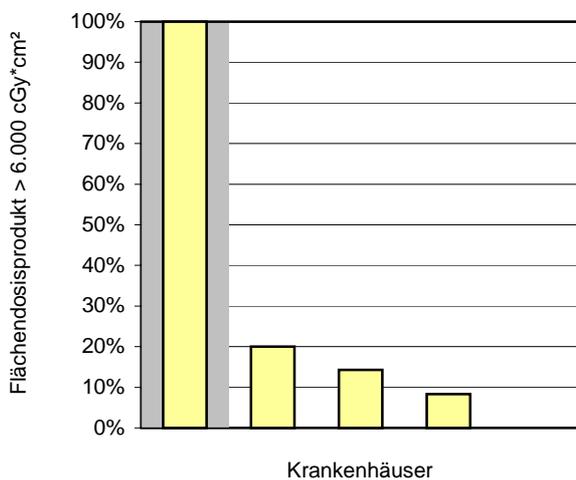
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,0			14,2	19,3	29,8			50,0

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

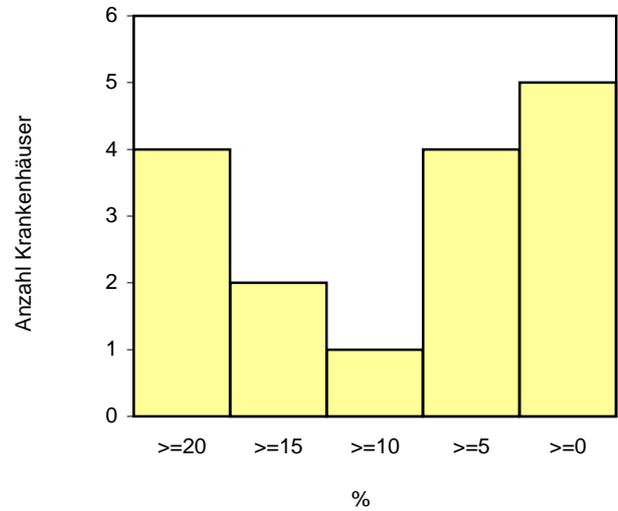
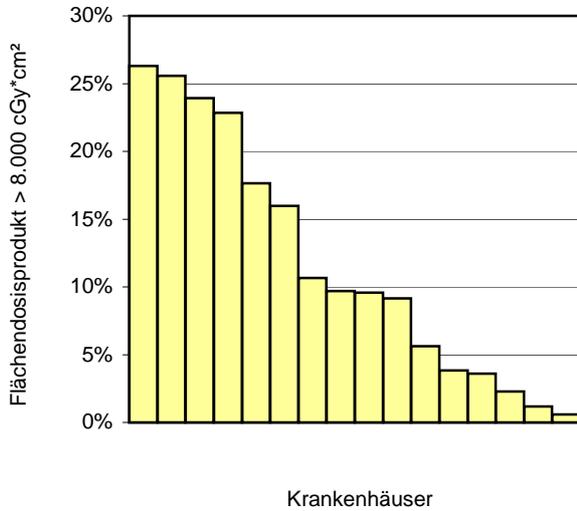


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			8,3	14,3	20,0			100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

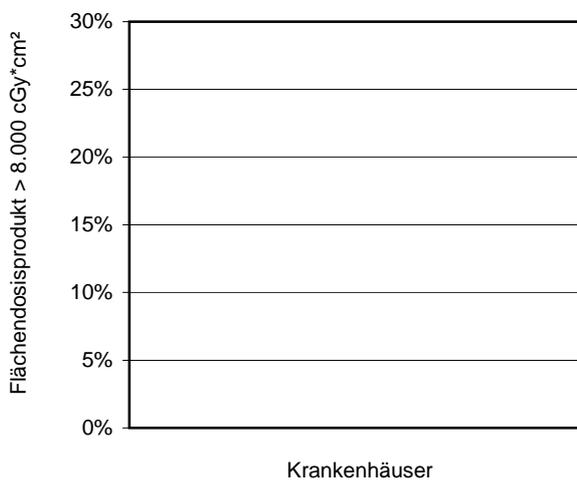
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,6		1,2	3,7	9,6	20,2	25,6		26,3

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

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

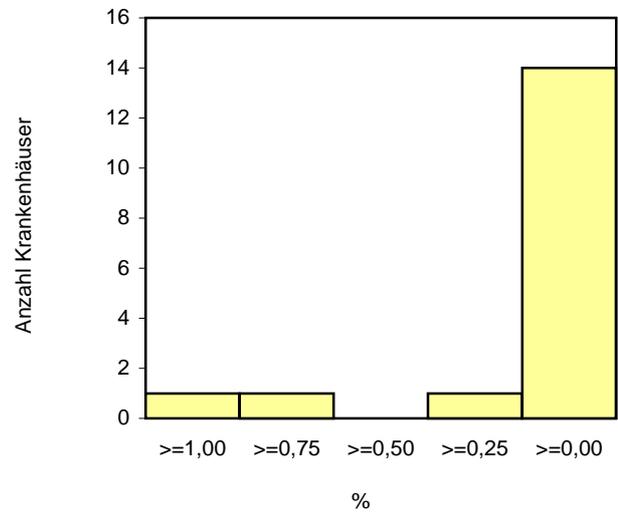
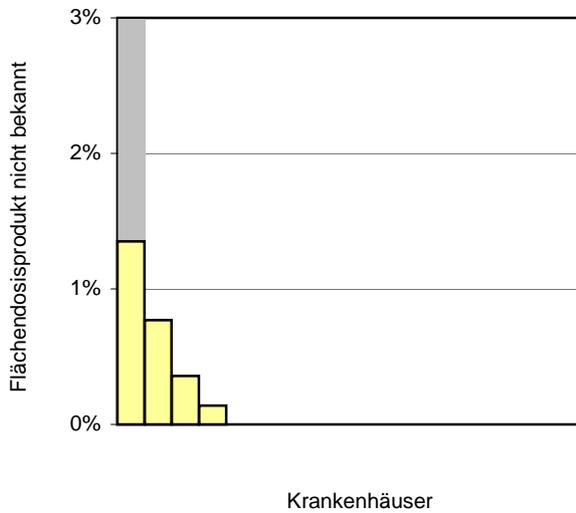
Referenzbereich: <= 0,9% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			68 / 17.530	 0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,5%
Referenzbereich		<= 0,9%		<= 0,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			70 / 17.511	 0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,5%

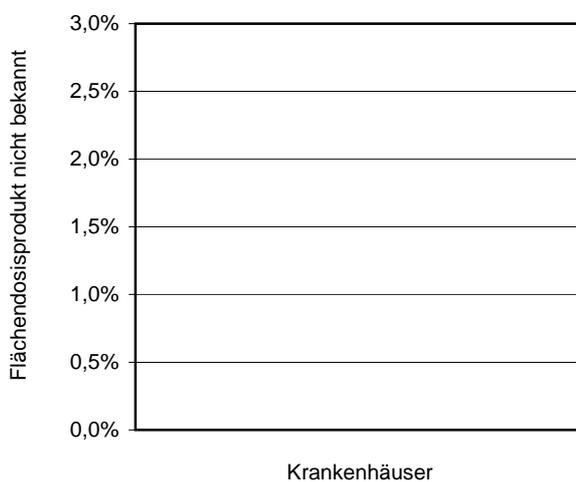
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Kontrastmittelmenge

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

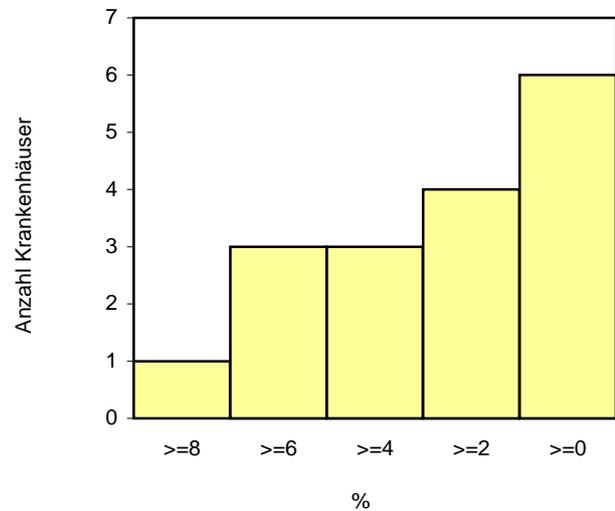
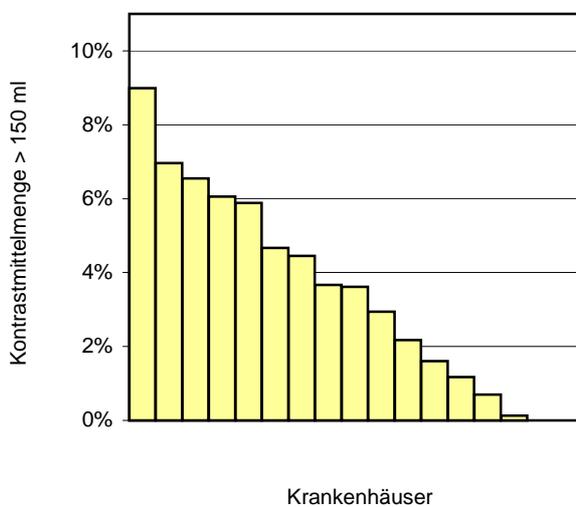
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			364 / 9.628	3,8%
Vertrauensbereich				3,4% - 4,2%
Referenzbereich		<= 19,7%		<= 19,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			113 / 664	17,0%
Vertrauensbereich				14,4% - 20,1%
Referenzbereich		<= 50,7%		<= 50,7%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			549 / 7.238	7,6%
Vertrauensbereich				7,0% - 8,2%
Referenzbereich		<= 35,7%		<= 35,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			407 / 9.939	4,1%
Vertrauensbereich				3,7% - 4,5%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			88 / 766	11,5%
Vertrauensbereich				9,4% - 13,9%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			542 / 6.806	8,0%
Vertrauensbereich				7,3% - 8,6%

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

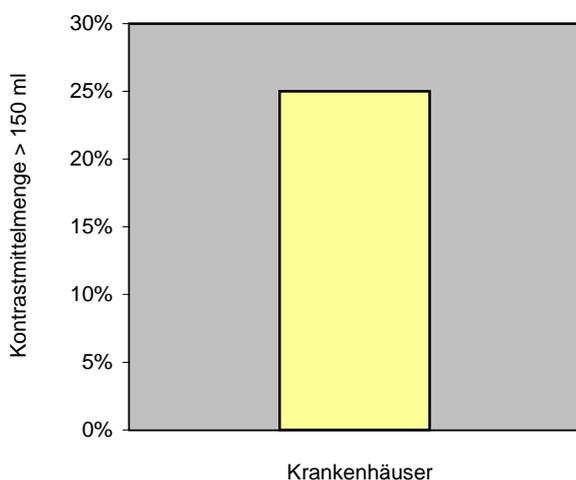
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51405]:
 Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	1,2	3,6	5,9	7,0		9,0

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

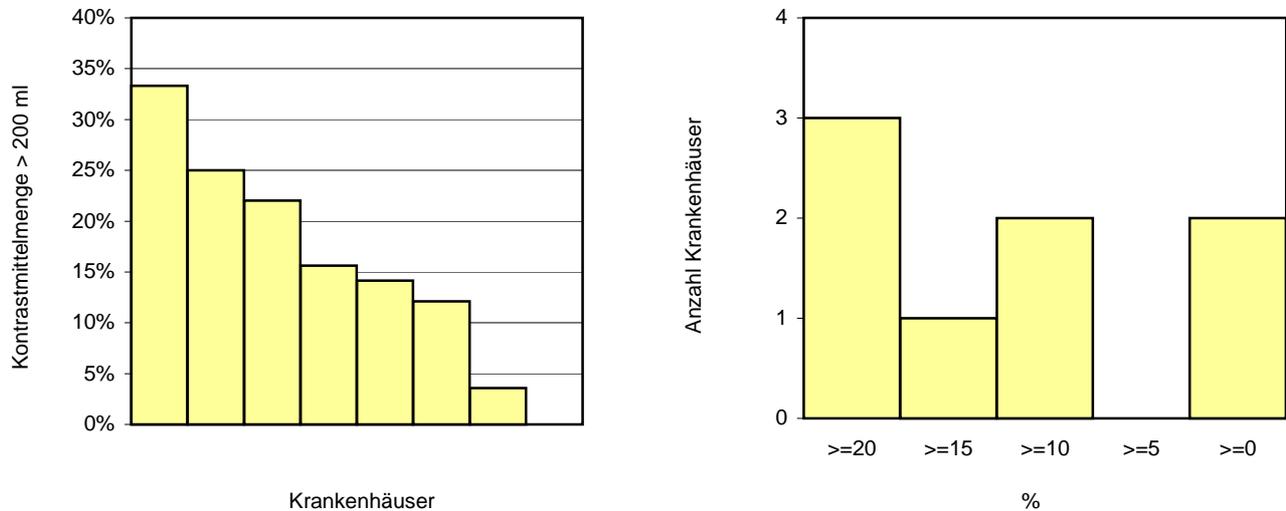


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	25,0				25,0				25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

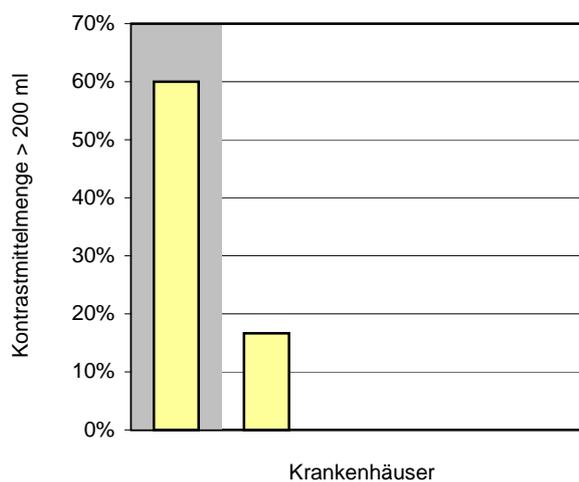
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			7,8	14,9	23,5			33,3

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

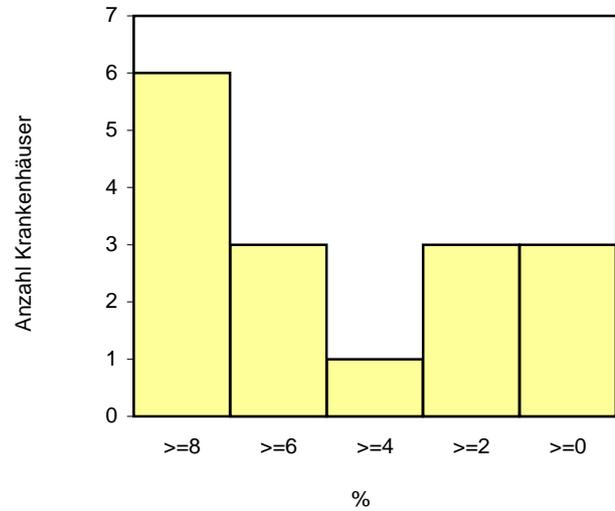
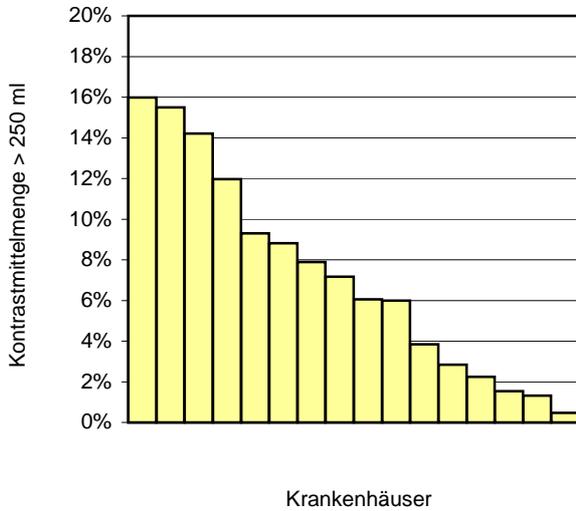


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	16,7			60,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

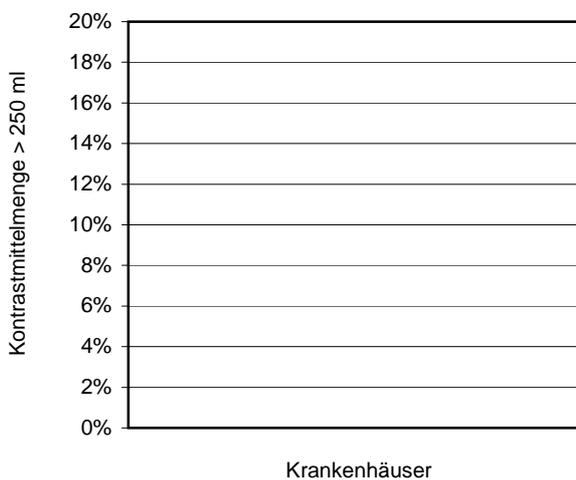
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2013/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,5		1,3	2,5	6,6	10,6	15,5		16,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Koronarangiographie und PCI

21/3

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 18
Anzahl Datensätze Gesamt: 16.975
Datensatzversion: 21/3 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14200-L89457-P43515

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

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			4.303	25,3	4.720	27,8
2. Quartal			4.256	25,1	4.204	24,8
3. Quartal			4.250	25,0	4.081	24,1
4. Quartal			4.166	24,5	3.950	23,3
Gesamt			16.975	100,0	16.955	100,0
Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution nicht identisch (Verbringungsleistung)			6.101	35,9	13.831	81,6
Anzahl Prozeduren			17.530		17.511	
Anzahl PCI			7.902		7.572	
Anzahl Koronarangiographien			16.866		16.745	

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			16.975		16.955	
18 – 29 Jahre			50 / 16.975	0,3	41 / 16.955	0,2
30 – 39 Jahre			203 / 16.975	1,2	184 / 16.955	1,1
40 – 49 Jahre			1.137 / 16.975	6,7	1.138 / 16.955	6,7
50 – 59 Jahre			2.411 / 16.975	14,2	2.595 / 16.955	15,3
60 – 69 Jahre			3.832 / 16.975	22,6	3.965 / 16.955	23,4
70 – 79 Jahre			6.453 / 16.975	38,0	6.142 / 16.955	36,2
>= 80 Jahre			2.889 / 16.975	17,0	2.890 / 16.955	17,0
Alter (Jahre)						
Median				71,0		70,0
Mittelwert				68,6		68,3
Geschlecht						
männlich			11.012	64,9	10.993	64,8
weiblich			5.963	35,1	5.962	35,2

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			8.687	51,2	9.248	54,5
ja			7.728	45,5	7.353	43,4
unbekannt			560	3,3	354	2,1
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			11.428	67,3	11.991	70,7
ja			5.158	30,4	4.759	28,1
unbekannt			389	2,3	205	1,2
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			14.987	88,3	15.190	89,6
ja			1.879	11,1	1.689	10,0
unbekannt			109	0,6	76	0,4
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			13.938	82,1	14.072	83,0
ja			2.034	12,0	2.105	12,4
fraglich			262	1,5	259	1,5
unbekannt			741	4,4	519	3,1
Diabetes mellitus						
nein			13.354	78,7	13.356	78,8
ja			3.553	20,9	3.550	20,9
unbekannt			68	0,4	49	0,3
Niereninsuffizienz						
nein			13.469	79,3	13.575	80,1
dialysepflichtig			363	2,1	282	1,7
nicht dialysepflichtig			3.077	18,1	3.059	18,0
unbekannt			66	0,4	39	0,2

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			9.765	57,5	9.746	57,5
ja			7.210	42,5	7.209	42,5
wenn nein: andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			2.784 / 9.765	28,5	2.522 / 9.746	25,9
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			843 / 9.765	8,6	664 / 9.746	6,8
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			3.098 / 9.765	31,7	3.735 / 9.746	38,3
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.542 / 9.765	26,0	2.322 / 9.746	23,8
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			498 / 9.765	5,1	503 / 9.746	5,2
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			3.752 / 9.765	38,4	3.811 / 9.746	39,1
ja			4.271 / 9.765	43,7	3.639 / 9.746	37,3
fraglich			1.451 / 9.765	14,9	2.037 / 9.746	20,9
nicht geprüft			291 / 9.765	3,0	259 / 9.746	2,7
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			4.048 / 9.765	41,5	3.932 / 9.746	40,3
ja			5.717 / 9.765	58,5	5.814 / 9.746	59,7
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			6.762 / 9.765	69,2	6.599 / 9.746	67,7
ja			3.003 / 9.765	30,8	3.147 / 9.746	32,3

Prozedur

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			17.530		17.511	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			17.530		17.511	
Median				2,0		3,0
Mittelwert				5,1		5,2
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			14.332	81,8	14.114	80,6
ja			3.198	18,2	3.397	19,4
wenn ja						
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			296 / 3.198	9,3	190 / 3.397	5,6
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			9.628	54,9	9.939	56,8
PCI			664	3,8	766	4,4
einzeitig Koronarangiographie und PCI			7.238	41,3	6.806	38,9

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			16.866		16.745	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			4.990	29,6	4.792	28,6
bekannte KHK			4.601	27,3	4.277	25,5
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			4.622	27,4	4.880	29,1
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.203	7,1	1.246	7,4
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			122	0,7	156	0,9
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			38	0,2	42	0,3
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			334	2,0	387	2,3
Vitium			718	4,3	769	4,6
Sonstige			238	1,4	196	1,2

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			16.866		16.745	
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			2.367	14,0	2.069	12,4
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			2.942	17,4	3.173	18,9
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			9.805	58,1	9.833	58,7
Kardiomyopathie			395	2,3	427	2,6
Herzklappenvitium			470	2,8	496	3,0
Aortenaneurysma			44	0,3	28	0,2
hypertensive Herzerkrankung			342	2,0	363	2,2
andere kardiale Erkrankung			501	3,0	356	2,1

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			16.866		16.745	
Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			221	1,3	207	1,2
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			132	0,8	185	1,1
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			272	1,6	219	1,3
Kardiomyopathie			215	1,3	256	1,5
Herzklappenvitium			215	1,3	285	1,7
Aortenaneurysma			59	0,3	31	0,2
hypertensive Herzerkrankung			252	1,5	276	1,6
andere kardiale Erkrankung			441	2,6	288	1,7
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			711	4,2	465	2,8
medikamentös			6.693	39,7	6.954	41,5
interventionell			7.451	44,2	7.210	43,1
herzchirurgisch			1.508	8,9	1.607	9,6
Sonstige			503	3,0	509	3,0

PCI

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			7.902		7.572	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.148	39,8	2.701	35,7
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			2.811	35,6	2.975	39,3
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.094	13,8	1.124	14,8
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			148	1,9	175	2,3
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			572	7,2	509	6,7
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			17	0,2	23	0,3
Sonstige			112	1,4	65	0,9
wenn akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)						
Fibrinolyse vor der Prozedur						
nein			1.010 / 1.094	92,3	1.044 / 1.124	92,9
ja			78 / 1.094	7,1	70 / 1.124	6,2
unbekannt			6 / 1.094	0,5	10 / 1.124	0,9

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			7.902		7.572	
PCI an						
einem Versorgungsgebiet			7.107	89,9	6.753	89,2
zwei Versorgungsgebieten			757	9,6	769	10,2
drei Versorgungsgebieten			38	0,5	50	0,7
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			5.940	75,2	5.702	75,3
ja			1.962	24,8	1.870	24,7
wenn ja						
PCI an komplettem Gefäßverschluss			1.366 / 1.962	69,6	1.274 / 1.870	68,1
PCI eines Koronarbypasses			240 / 1.962	12,2	243 / 1.870	13,0
PCI an ungeschütztem Hauptstamm			167 / 1.962	8,5	215 / 1.870	11,5
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCA/RCA			277 / 1.962	14,1	228 / 1.870	12,2
PCI an letztem verbliebenen Gefäß			22 / 1.962	1,1	27 / 1.870	1,4
Stent(s) implantiert						
nein			955	12,1	750	9,9
ja			6.947	87,9	6.822	90,1
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			384	4,9	310	4,1
ja			7.459	94,4	7.188	94,9
fraglich			59	0,7	74	1,0

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			17.530		17.511	
Durchleuchtungszeit (min)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)			17.495		17.440	
Median				5,1		5,0
Mittelwert				7,3		7,0
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)			17.453		17.435	
Median				2.447,0		2.593,0
Mittelwert				3.400,1		3.635,6
Angabe „nicht bekannt“			68	0,4	70	0,4
Kontrastmittelmenge (ml)						
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)			17.530		17.511	
Median				100,0		100,0
Mittelwert				114,3		111,9

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			17.530		17.511	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			17.335	98,9	17.326	98,9
ja			195	1,1	185	1,1
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			43	0,2	44	0,3
TIA/Schlaganfall			13	0,1	6	0,0
Reanimation			99	0,6	73	0,4
Sonstige			75	0,4	82	0,5
Exitus im Herzkatheterlabor			39	0,22	38	0,22

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
Postprozedural festgestellte Komplikationen						
nein			16.562	97,6	16.556	97,6
ja			413	2,4	399	2,4
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			16	0,1	12	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			4	0,0	2	0,0
TIA/Schlaganfall						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			10	0,1	10	0,1
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,0	3	0,0
Lungenembolie						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			0	0,0	0	0,0
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,0	2	0,0
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			43	0,3	50	0,3
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			5	0,0	8	0,0
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			20 / 48	41,7	28 / 58	48,3
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			28 / 48	58,3	30 / 58	51,7

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
Reanimation						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			41	0,2	26	0,2
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			9	0,1	13	0,1
Sonstige (z. B. Sepsis)						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			18	0,1	30	0,2
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			14	0,1	45	0,3
Tod						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			127	0,7	84	0,5
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			193	1,1	197	1,2
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?			1.074 / 16.975	6,3	1.040 / 16.955	6,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			16.975		16.955	
01: regulär beendet			14.843	87,4	14.803	87,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			191	1,1	280	1,7
03: aus sonstigen Gründen			103	0,6	118	0,7
04: gegen ärztlichen Rat			160	0,9	193	1,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			715	4,2	774	4,6
07: Tod			359	2,1	319	1,9
08: Verlegung nach § 14			93	0,5	61	0,4
09: in Rehabilitationseinrichtung			351	2,1	260	1,5
10: in Pflegeeinrichtung			118	0,7	70	0,4
11: in Hospiz			1	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	30	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,0	6	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			8	0,0	6	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	6	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	2	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			21	0,1	17	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	8	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			3	0,0	1	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

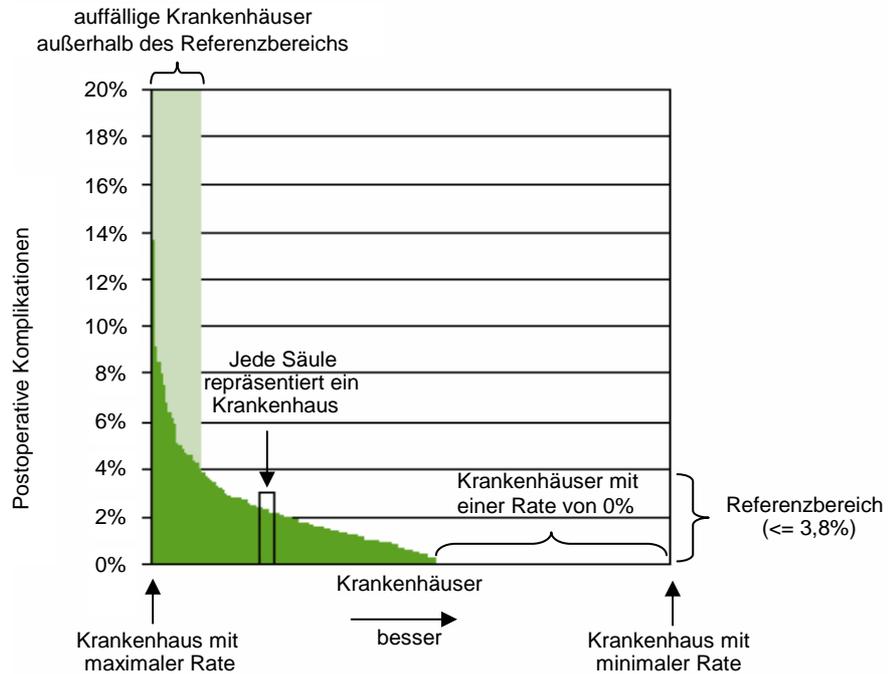
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

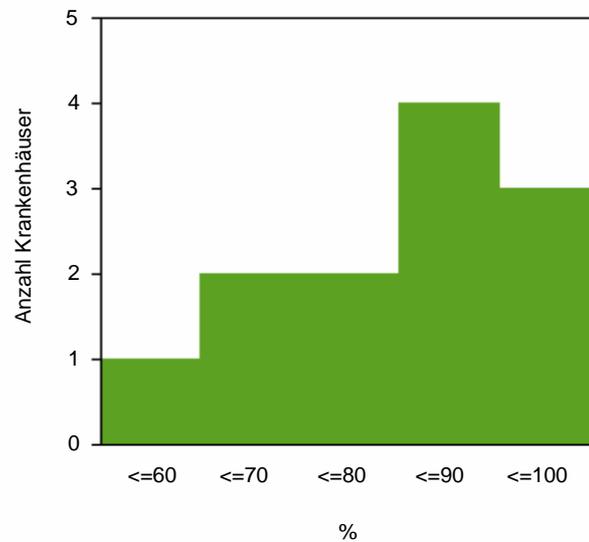
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der 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 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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