

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 22
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.091
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12611-L82568-P39235

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 22
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.091
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12611-L82568-P39235

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Fälle Gesamt	Seite		
Anzahl dokumentierter Prozeduren					
dokumentierte Koronarangiographien pro Jahr		22.627	1.1		
dokumentierte PCI pro Jahr		8.828	1.1		
Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/21n3-KORO-PCI/399					
QI 1: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie					
			94,8%	>= 80,0%	1.3
QI 2: Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
2a: 2012/21n3-KORO-PCI/2061					
Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
			37,0%	>= 23,8%	1.7
2b: 2012/21n3-KORO-PCI/50750					
Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie					
			37,0%	<= 56,1%	1.7
2012/21n3-KORO-PCI/2062					
QI 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen					
			2,1%	<= 10,0%	1.10
QI 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI					
4a: 2012/21n3-KORO-PCI/2063					
Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"					
			93,2%	>= 85,0%	1.12
4b: 2012/21n3-KORO-PCI/2064					
Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI					
			95,1%	>= 85,0%	1.12

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 5: MACCE					
5a: 2012/21n3-KORO-PCI/414 MACCE bei isolierter Koronarangiographie			0,9%	<= 3,2%	1.15
5b: 2012/21n3-KORO-PCI/415 MACCE bei PCI			3,2%	<= 6,6%	1.18
5c: 2012/21n3-KORO-PCI/2232 MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts			8,7%	<= 15,9%	1.22
QI 6: Sterblichkeit im Krankenhaus					
6a: 2012/21n3-KORO-PCI/416 Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie			0,8%	nicht definiert	1.24
6b: 2012/21n3-KORO-PCI/50829 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie			0,83	<= 2,71	1.26
6c: 2012/21n3-KORO-PCI/417 Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI			2,7%	nicht definiert	1.28
6d: 2012/21n3-KORO-PCI/11863 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen bei PCI			0,90	<= 2,40	1.32
6e: 2012/21n3-KORO-PCI/2311 Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Nieren- insuffizienz bei einer Verweil- dauer von über einem Tag			0,9%	nicht definiert	1.35
QI 7: Durchleuchtungsdauer (Median in min)					
7a: 2012/21n3-KORO-PCI/419 Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie			2,2	<= 5,0	1.37
7b: 2012/21n3-KORO-PCI/2073 Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI			8,4	<= 12,0	1.37

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 8: Flächendosisprodukt					
8a: 2012/21n3-KORO-PCI/12774 Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²			25,6%	<= 51,1%	1.40
8b: 2012/21n3-KORO-PCI/12775 Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²			30,2%	<= 61,9%	1.40
8c: 2012/21n3-KORO-PCI/50749 Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²			27,0%	<= 51,9%	1.40
8d: 2012/21n3-KORO-PCI/12773 Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts			0,3%	<= 1,6%	1.44
QI 9: Kontrastmittelmenge					
9a: 2012/21n3-KORO-PCI/51405 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			4,2%	<= 21,7%	1.46
9b: 2012/21n3-KORO-PCI/51406 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			21,3%	<= 48,3%	1.46
9c: 2012/21n3-KORO-PCI/51407 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			12,9%	<= 37,9%	1.46

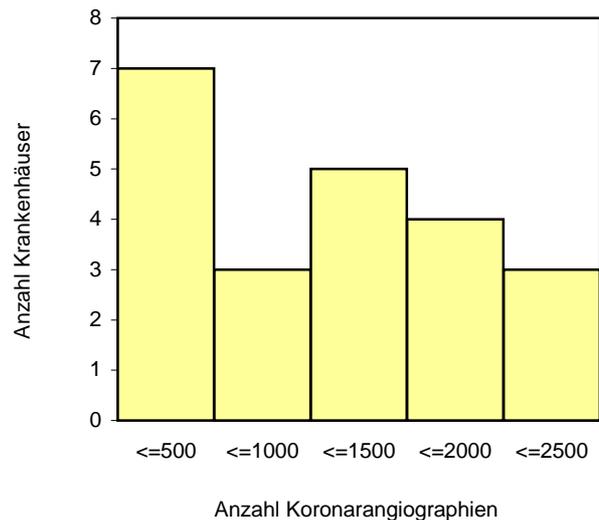
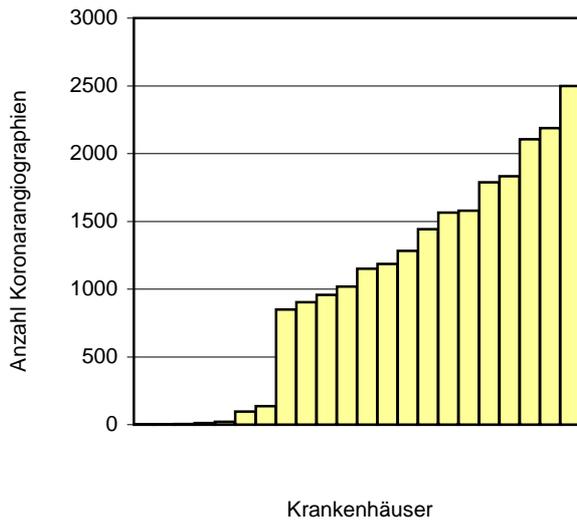
Anzahl dokumentierter Prozeduren

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			22.627	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			8.828	100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl dokumentierter Koronarangiographien pro Jahr			21.451	100,0%
Anzahl dokumentierter PCI pro Jahr			8.615	100,0%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 0a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/43867]:
 Anzahl dokumentierter Koronarangiographien/Jahr**

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

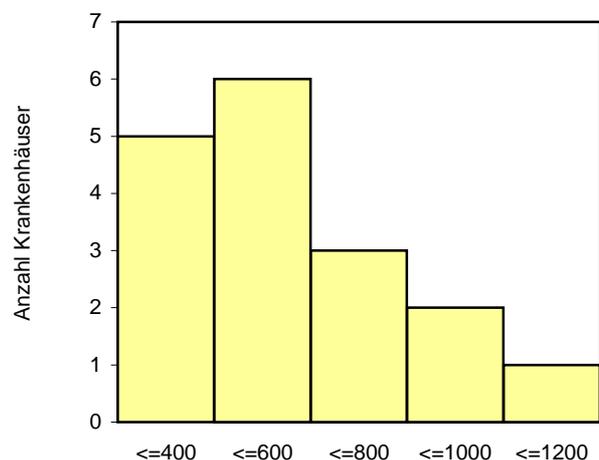
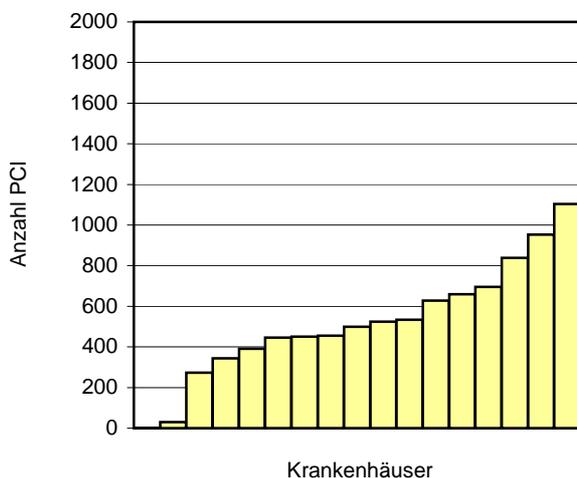


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2	3	5	96	1.085	1.579	2.107	2.189	2.498

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 0b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/43868]:
 Anzahl dokumentierter PCI/Jahr**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1		30	391	499	660	953		1.104

5 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: 2012/21n3-KORO-PCI/399

Referenzbereich: >= 80,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<i>Koronarangiographien bei Patienten</i>				
mit stabiler Angina pectoris (nach CCS)			11.440 / 13.671	83,7%
mit kardial bedingter Ruhe- oder Belastungsdyspnoe			9.145 / 13.671	66,9%
mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			4.163 / 13.671	30,5%
mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			12.965 / 13.671	94,8%
Vertrauensbereich				94,5% - 95,2%
Referenzbereich		>= 80,0%		>= 80,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	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)			12.467 / 13.045	95,6%
Vertrauensbereich				95,2% - 95,9%

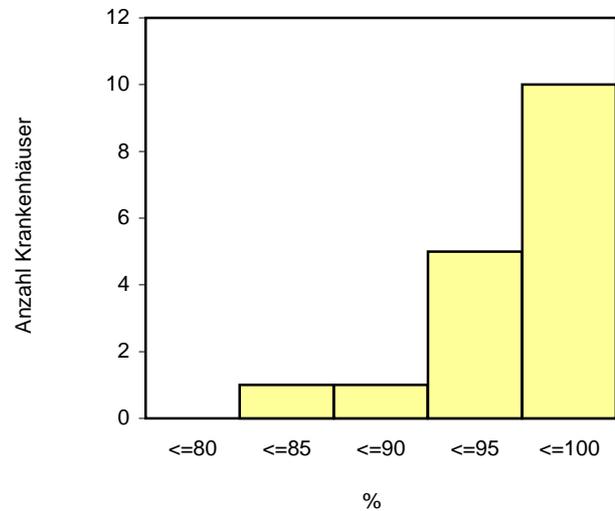
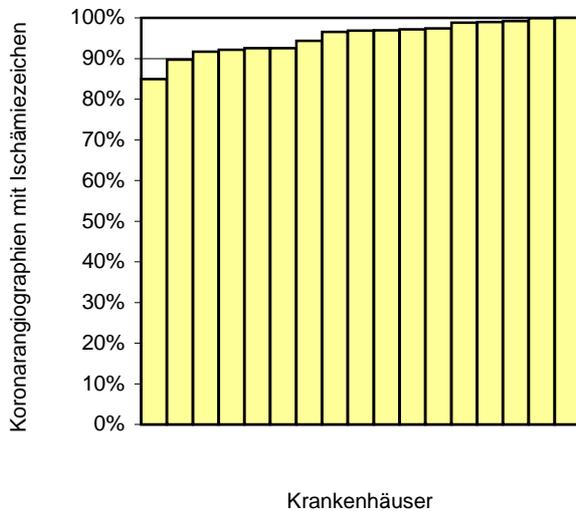
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/21n3-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:

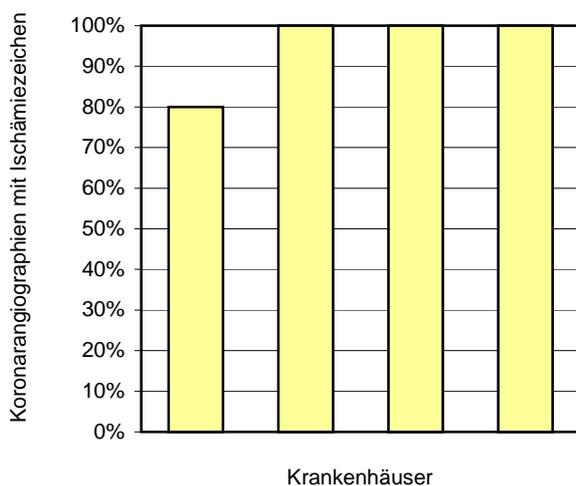
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,9		89,8	92,5	96,9	98,8	99,9		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
	80,0			90,0	100,0	100,0			100,0

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 (ohne verbrachte Fälle) 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: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2012/21n3-KORO-PCI/2061
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:
 2012/21n3-KORO-PCI/50750

Referenzbereich: Gruppe 4: seltene Empfehlung zur invasiven Therapie:
 >= 23,8% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 häufige Empfehlung zur invasiven Therapie:
 <= 56,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation</i> <i>"V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			1.541 / 8.228	18,7%
herzchirurgisch			728 / 8.228	8,8%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			2.302 / 8.228	28,0%
keine			317 / 8.228	3,9%
medikamentös			5.328 / 8.228	64,8%
Sonstige			314 / 8.228	3,8%

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 2				
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "bekannte KHK"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			2.506 / 5.569	45,0%
herzchirurgisch			282 / 5.569	5,1%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			2.831 / 5.569	50,8%
keine			10 / 5.569	0,2%
medikamentös			2.555 / 5.569	45,9%
Sonstige			216 / 5.569	3,9%
Gruppe 3				
<i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			50 / 226	22,1%
herzchirurgisch			9 / 226	4,0%
interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt			60 / 226	26,5%
keine			0 / 226	0,0%
medikamentös			150 / 226	66,4%
Sonstige			17 / 226	7,5%

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
interventionell			4.097 / 14.023	29,2%
herzchirurgisch			1.019 / 14.023	7,3%
seltene Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			5.193 / 14.023	37,0%
Referenzbereich		>= 23,8%		36,2% - 37,8% >= 23,8%
häufige Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			5.193 / 14.023	37,0%
Referenzbereich		<= 56,1%		36,2% - 37,8% <= 56,1%
keine			327 / 14.023	2,3%
medikamentös			8.033 / 14.023	57,3%
Sonstige			547 / 14.023	3,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 4 <i>Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) mit führender Indikation "V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "bekannte KHK" oder "elektive Kontrolle nach Koronarintervention"</i>				
Therapieempfehlung:				
seltene Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			5.164 / 13.358	38,7%
Referenzbereich				37,8% - 39,5%
häufige Empfehlung¹ interventionell oder herzchirurgisch oder anschließende PCI im selben Aufenthalt Vertrauensbereich			5.164 / 13.358	38,7%
Referenzbereich				37,8% - 39,5%

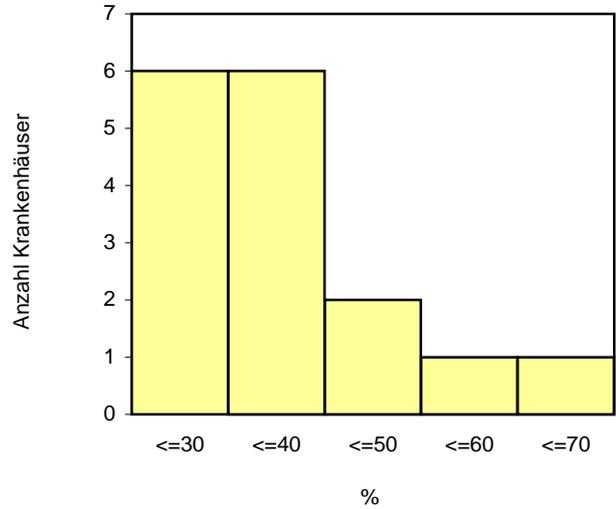
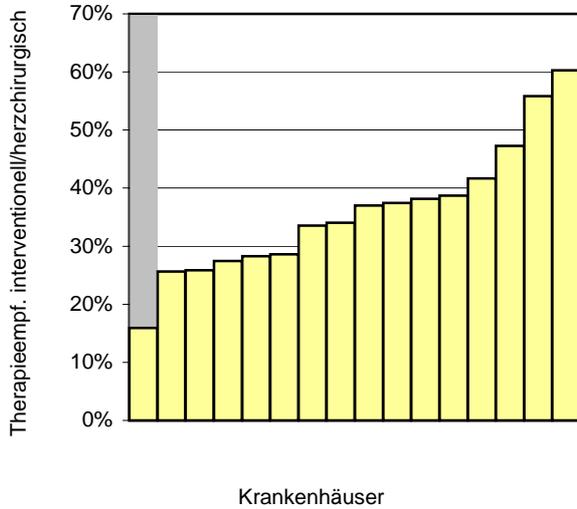
¹ Die Berechnung der Qualitätskennzahl 2012/21n3-KORO-PCI/2061 (2a) sowie der Qualitätskennzahl 2012/21n3-KORO-PCI/50750 (2b) erfolgt mit identischen Rechenregeln, sodass dieselben Ergebnisse dargestellt werden. Der Unterschied in der Betrachtung der beiden Kennzahlen liegt ausschließlich im Referenzbereich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2061]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

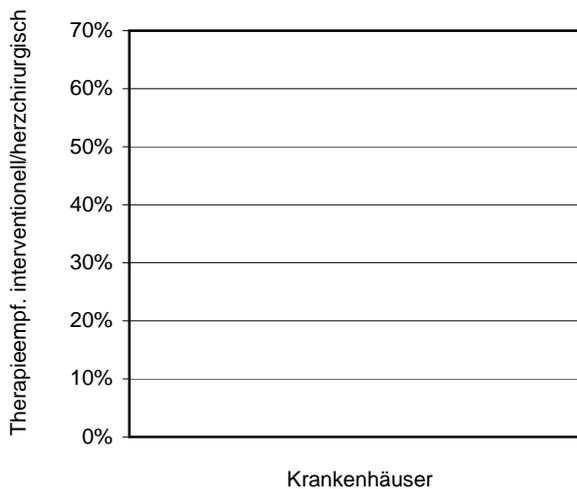
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,9		25,7	27,8	35,5	40,2	55,8		60,3

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

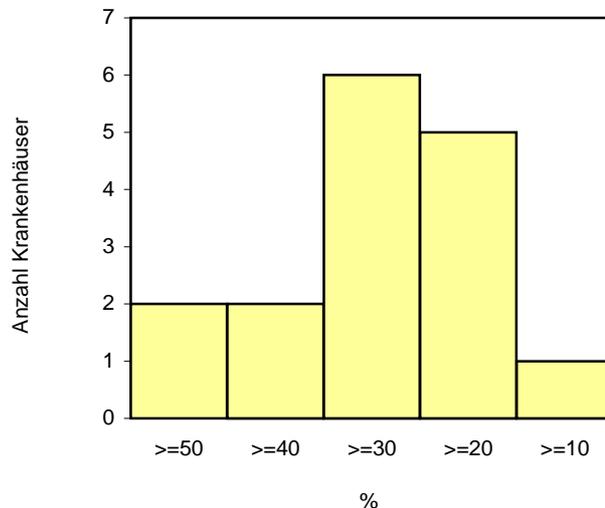
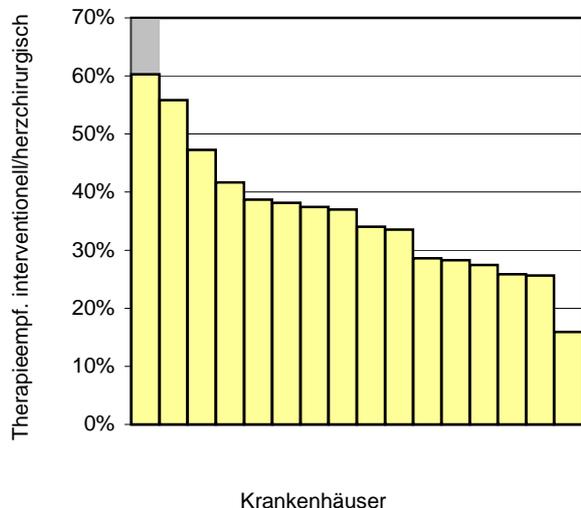
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/50750]:

Anteil von Koronarangiographien (ohne verbrachte Fälle) 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:

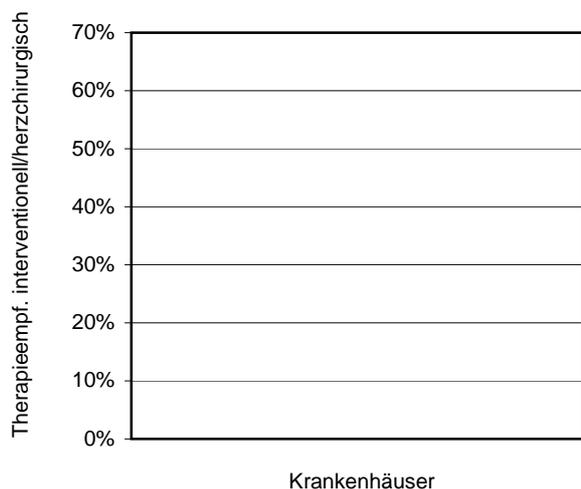
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,9		25,7	27,8	35,5	40,2	55,8		60,3

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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen

Qualitätsziel: Möglichst selten PCI ohne Symptomatik und ohne Ischämienachweis

Grundgesamtheit: Alle PCI ohne Indikation „akutes Koronarsyndrom“

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2062

Referenzbereich: <= 10,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	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			34 / 4.291	0,8%
ohne Prüfung auf objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung			56 / 4.291	1,3%
ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d.h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)			90 / 4.291	2,1%
Vertrauensbereich				1,7% - 2,6%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	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)			80 / 4.276	1,9%
Vertrauensbereich				1,5% - 2,3%

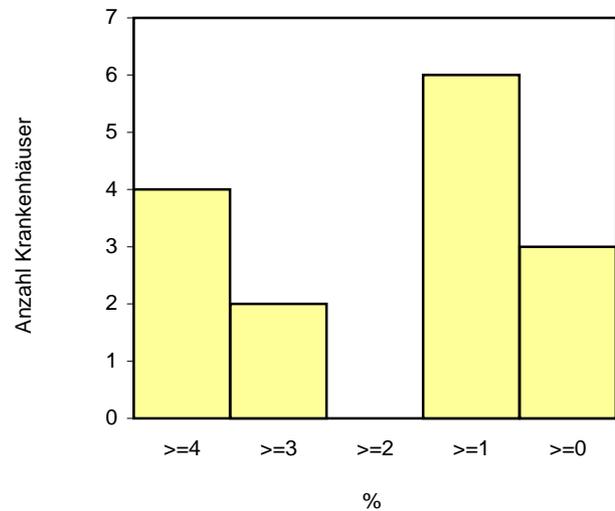
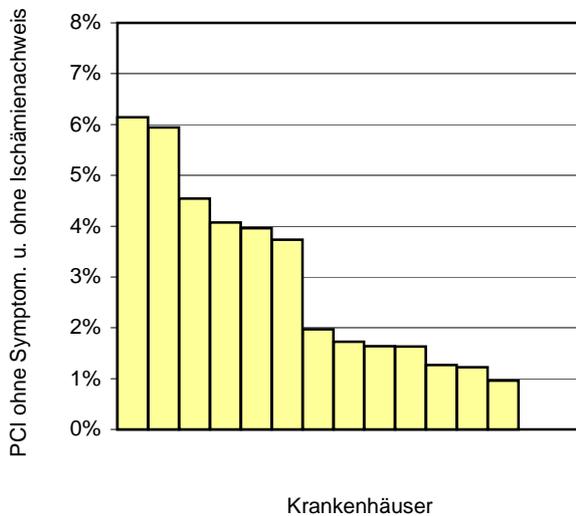
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2012/21n3-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:

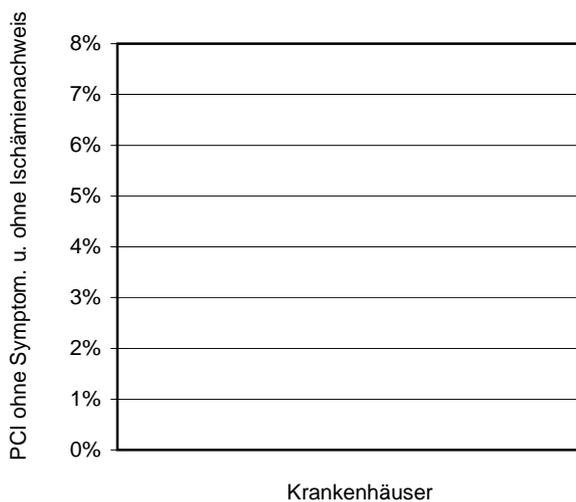
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



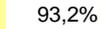
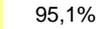
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				0,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

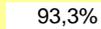
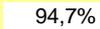
Qualitätsindikatorengruppe 4: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

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:	2012/21n3-KORO-PCI/2063
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/2064
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 85,0% (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	>= 85,0% (Toleranzbereich)

	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 Referenzbereich	 >= 85,0%	 >= 85,0%

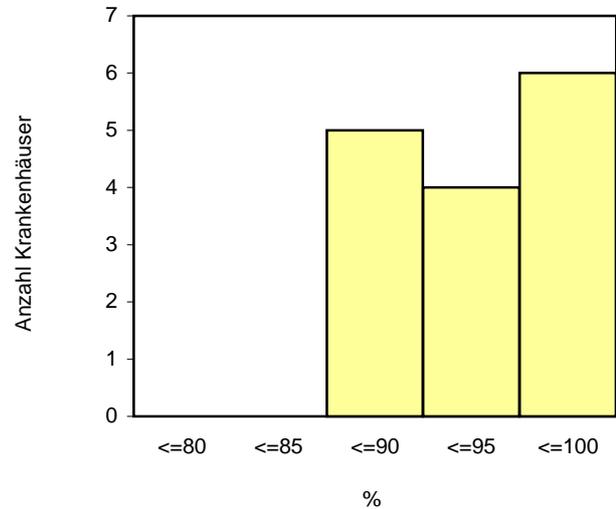
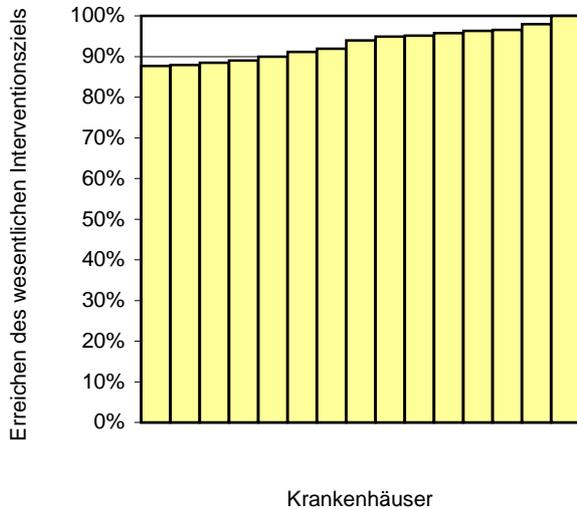
	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich Referenzbereich	1.073 / 1.151  91,6% - 94,5% >= 85,0%	8.392 / 8.828  94,6% - 95,5% >= 85,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	 >= 85,0%	 >= 85,0%

Vorjahresdaten	Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2
PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Vertrauensbereich	1.358 / 1.455  91,9% - 94,5%	8.160 / 8.615  94,2% - 95,2%

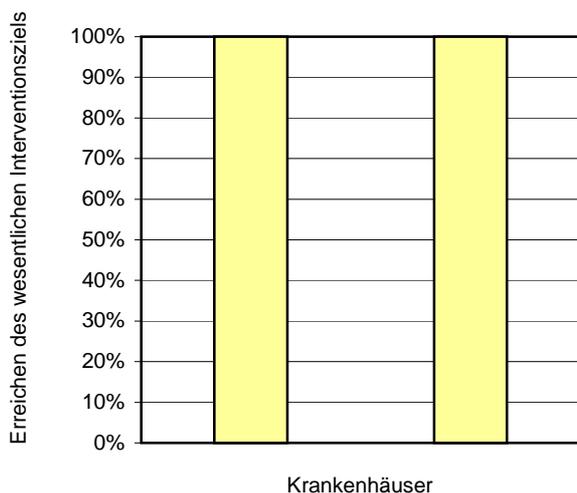
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2063]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-
 Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,7		87,9	89,0	94,0	96,3	98,0		100,0

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

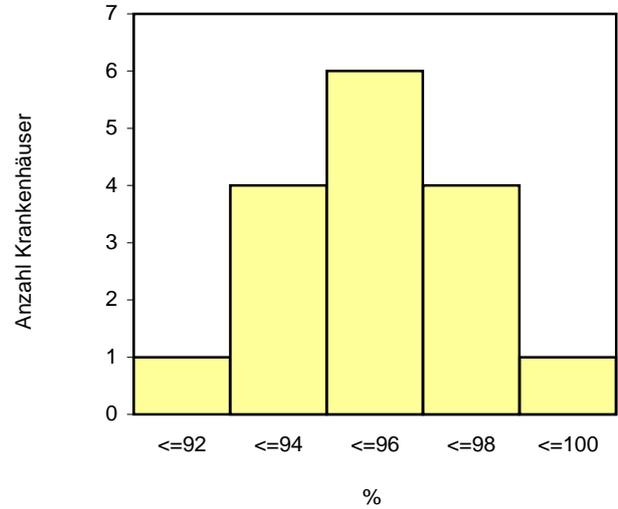
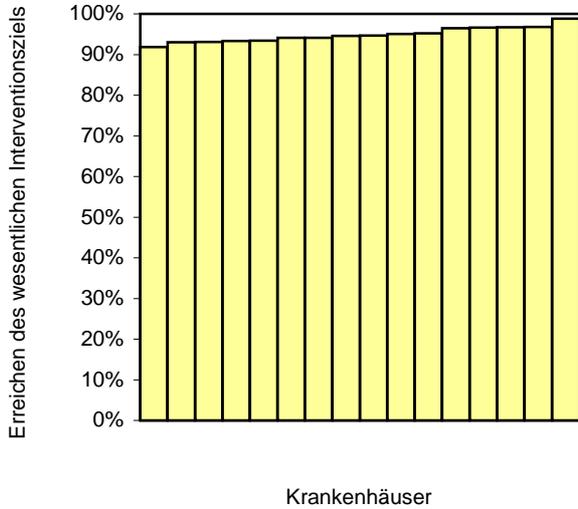


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0				100,0				100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

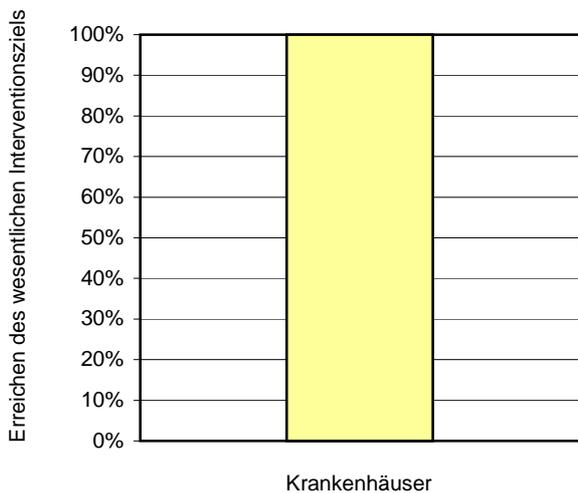
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2064]:
 Anteil von PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels an allen PCI**

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
	91,9		93,0	93,4	94,6	96,5	96,8		98,8

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



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

5 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: 2012/21n3-KORO-PCI/414

Referenzbereich: Gruppe 3: <= 3,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 3,2%
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 koronaren Verschluss oder TIA/Schlaganfall (intra- oder postprozedural) oder postprozeduralem Herzinfarkt oder postprozeduralem Tod bzw. Tod als Entlassungsgrund.

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	88 / 3.102 2,8%	27 / 10.722 0,3%	124 / 14.517 0,9%
Vertrauensbereich			0,7% - 1,0%
Referenzbereich			<= 3,2%
Alter >= 75 Jahre	46 / 1.028 4,5%	16 / 2.979 0,5%	65 / 4.132 1,6%
Patienten mit Diabetes mellitus	18 / 371 4,9%	5 / 942 0,5%	23 / 1.341 1,7%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	15 / 32 46,9%	0 / 4 0,0%	15 / 36 41,7%
Alter < 75 Jahre	42 / 2.074 2,0%	11 / 7.743 0,1%	59 / 10.385 0,6%
Patienten mit Diabetes mellitus	13 / 472 2,8%	3 / 1.845 0,2%	17 / 2.398 0,7%
Patienten mit bei mindestens einer Koronarangiographie aufgetretenem kardiogenen Schock	15 / 58 25,9%	0 / 9 0,0%	16 / 70 22,9%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			

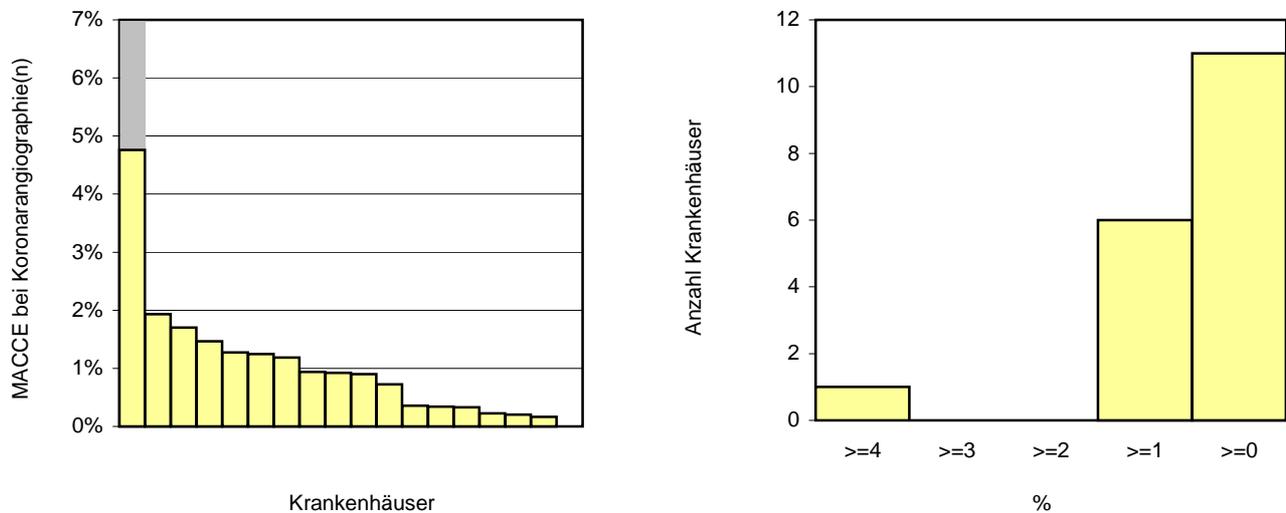
Vorjahresdaten ²	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	82 / 2.799 2,9%	37 / 10.108 0,4%	129 / 13.487 1,0%
Vertrauensbereich			0,8% - 1,1%

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.

² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

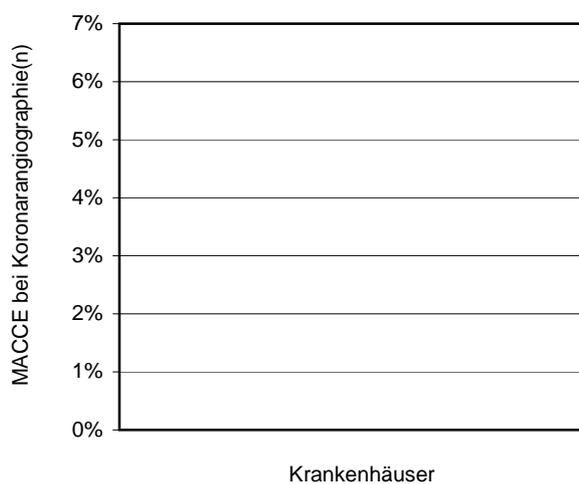
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/414]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Koronarangiographie(n) (Ausschluss: Patienten mit PCI)**

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



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

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	0,0	0,0			0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

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

Indikator-ID: Gruppe 3: 2012/21n3-KORO-PCI/415

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

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			<= 6,6%
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 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ¹	232 / 4.149 5,6%	45 / 4.312 1,0%	277 / 8.574 3,2%
Vertrauensbereich			2,9% - 3,6%
Referenzbereich			<= 6,6%
Alter >= 75 Jahre	118 / 1.333 8,9%	18 / 1.406 1,3%	136 / 2.756 4,9%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	59 / 533 11,1%	5 / 508 1,0%	64 / 1.050 6,1%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	45 / 248 18,1%	3 / 183 1,6%	48 / 432 11,1%
Patienten mit Niereninsuffizienz	62 / 649 9,6%	9 / 676 1,3%	71 / 1.332 5,3%
Patienten mit Z. n. Bypass	12 / 165 7,3%	0 / 212 0,0%	12 / 381 3,1%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	42 / 107 39,3%	2 / 3 66,7%	44 / 110 40,0%
Alter < 75 Jahre	114 / 2.816 4,0%	27 / 2.906 0,9%	141 / 5.818 2,4%
Vorgeschichte			
Patienten mit Diabetes mellitus	42 / 780 5,4%	17 / 914 1,9%	59 / 1.720 3,4%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%	44 / 404 10,9%	5 / 333 1,5%	49 / 746 6,6%
Patienten mit Niereninsuffizienz	41 / 646 6,3%	8 / 706 1,1%	49 / 1.377 3,6%
Patienten mit Z. n. Bypass	16 / 272 5,9%	7 / 377 1,9%	23 / 655 3,5%
intraprozedurale Merkmale			
Patienten mit bei mindestens einer Prozedur aufgetretenem kardiogenen Schock	48 / 191 25,1%	3 / 5 60,0%	51 / 196 26,0%

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 ¹	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ²			
Vertrauensbereich			

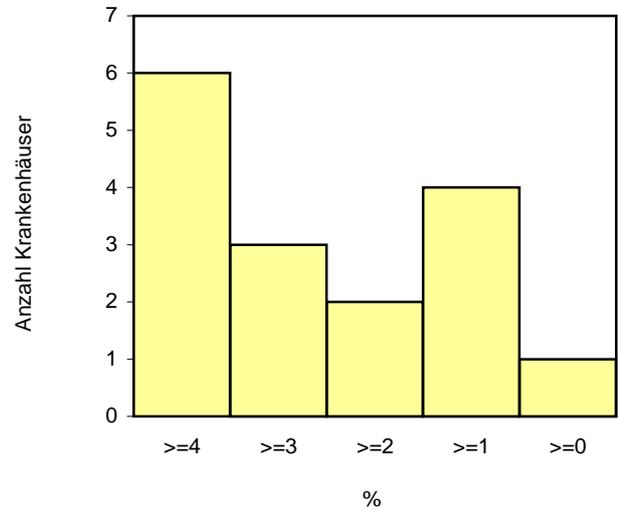
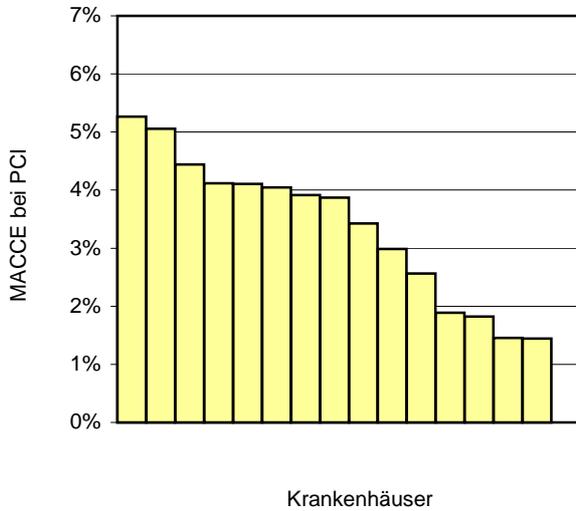
Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit MACCE ²	235 / 3.963	50 / 4.342	285 / 8.397
Vertrauensbereich	5,9%	1,2%	3,4%
			3,0% - 3,8%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

² 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.

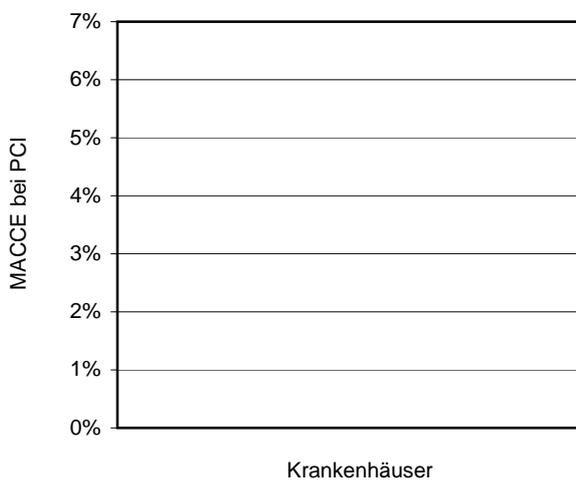
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/415]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)**

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		1,4	1,9	3,6	4,1	5,1		5,3

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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

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

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2232

Referenzbereich: <= 15,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			118 / 1.354	8,7%
Vertrauensbereich				7,3% - 10,3%
Referenzbereich		<= 15,9%		<= 15,9%
Alter >= 75 Jahre			62 / 353	17,6%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			30 / 126	23,8%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			21 / 77	27,3%
Patienten mit Niereninsuffizienz			32 / 147	21,8%
Patienten mit Z. n. Bypass			7 / 25	28,0%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			24 / 53	45,3%
Alter < 75 Jahre			56 / 1.001	5,6%
Vorgeschichte				
Patienten mit Diabetes mellitus			17 / 195	8,7%
Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) < 40%			23 / 164	14,0%
Patienten mit Niereninsuffizienz			13 / 159	8,2%
Patienten mit Z. n. Bypass			4 / 32	12,5%
intraprozedurale Merkmale				
Patienten mit kardiogenem Schock			30 / 135	22,2%

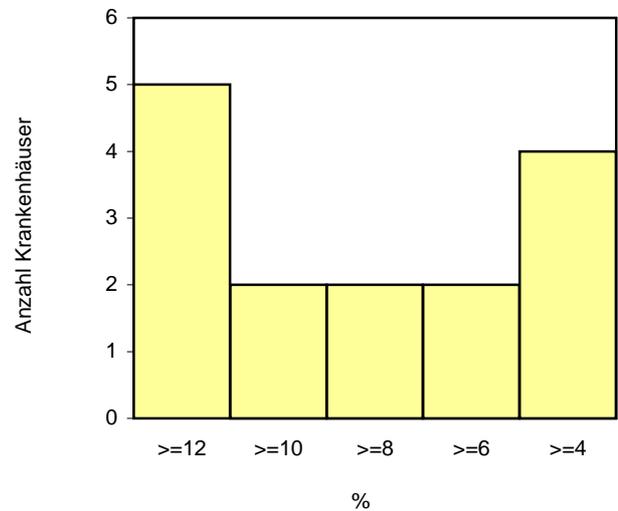
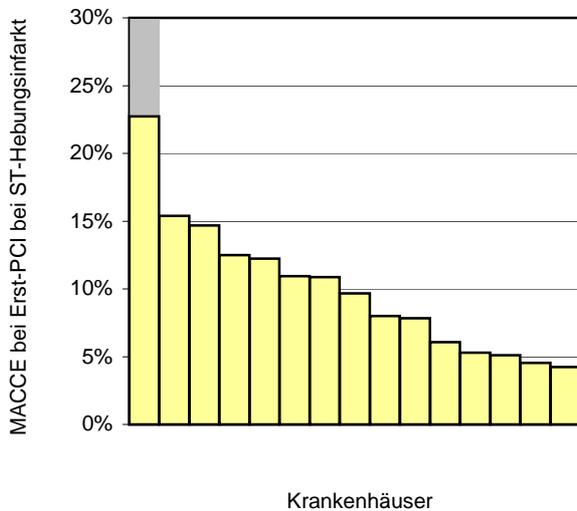
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit MACCE ¹			135 / 1.558	8,7%
Vertrauensbereich				7,4% - 10,2%

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.

² Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

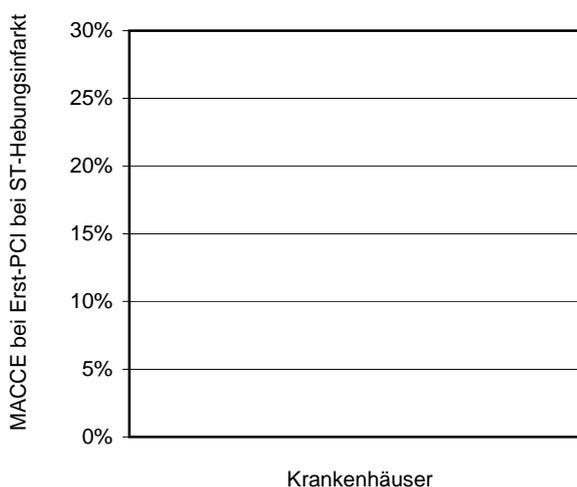
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2232]:
 Anteil von Patienten mit MACCE an allen Patienten mit Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkt**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,2		4,5	5,3	9,7	12,5	15,4		22,7

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	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				0,0

5 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 eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/416

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			114 / 13.541	0,8% 0,7% - 1,0% nicht definiert
Patienten mit Indikation (bei erster Koronarangiographie)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			7 / 134	5,2%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			64 / 2.147	3,0%
sonstige Indikationen (V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK, bekannte KHK, elektive Kontrolle nach Koronarintervention, Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion, Vitium, sonstige)			43 / 11.260	0,4%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Koronarangiographie)			31 / 82	37,8%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			108 / 12.599	0,9% 0,7% - 1,0%

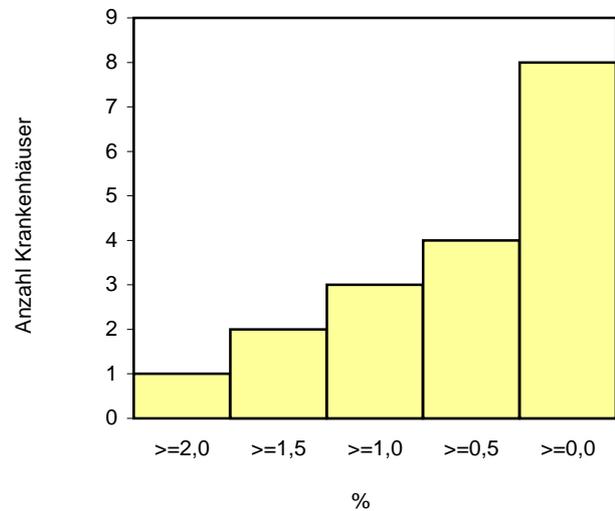
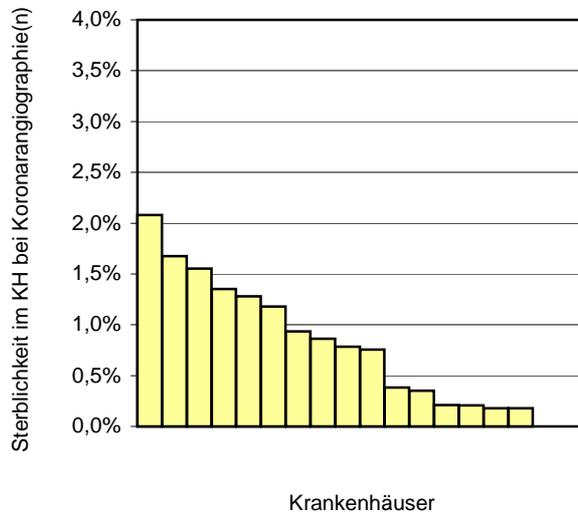
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/21n3-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 eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

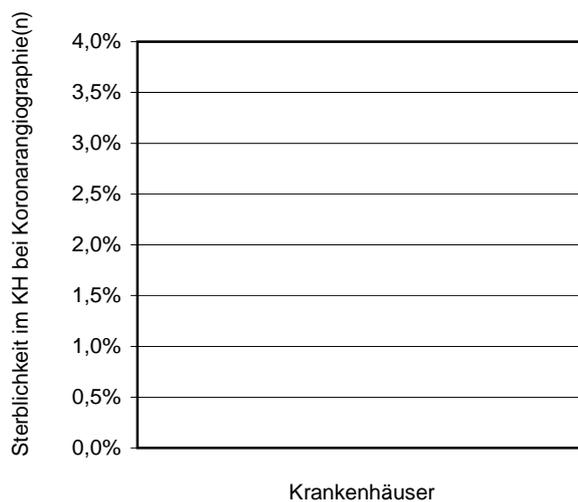
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,2	0,8	1,3	1,7		2,1

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	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 isolierter Koronarangiographie

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie und vollständiger Dokumentation zum KORO-Score 6b, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/50829

Referenzbereich: <= 2,71 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		104 / 13.268 0,78%
vorhergesagt (E) ¹		125,88 / 13.268 0,95%
O - E		-0,16%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem KORO-Score 6b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E²		0,83
Vertrauensbereich		0,68 - 1,00
Referenzbereich	<= 2,71	<= 2,71

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		94 / 12.352 0,76%
vorhergesagt (E)		113,22 / 12.352 0,92%
O - E		-0,16%
O / E		0,83
Vertrauensbereich		0,68 - 1,01

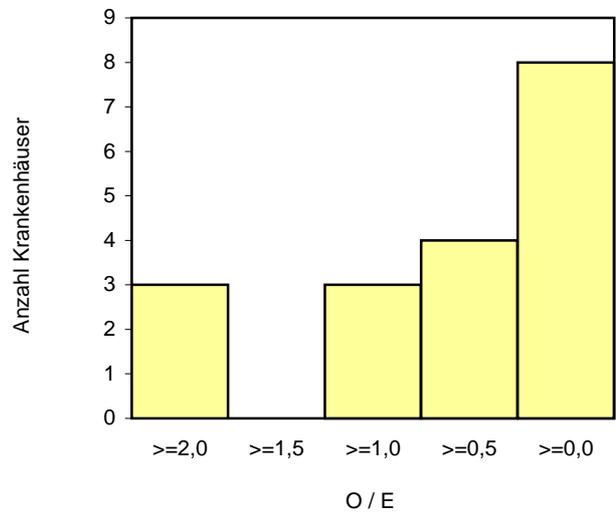
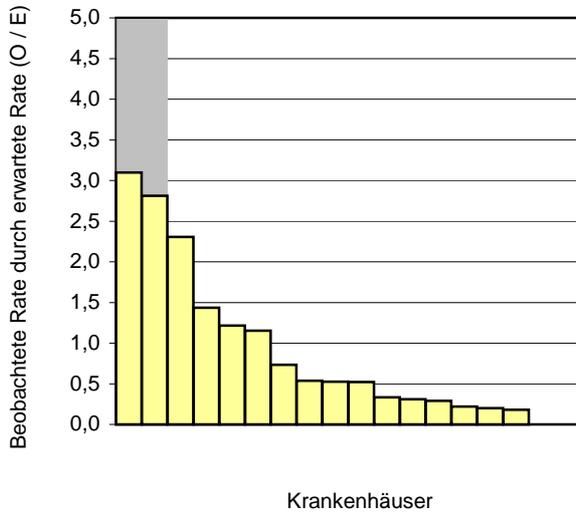
³ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/21n3-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 6b, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

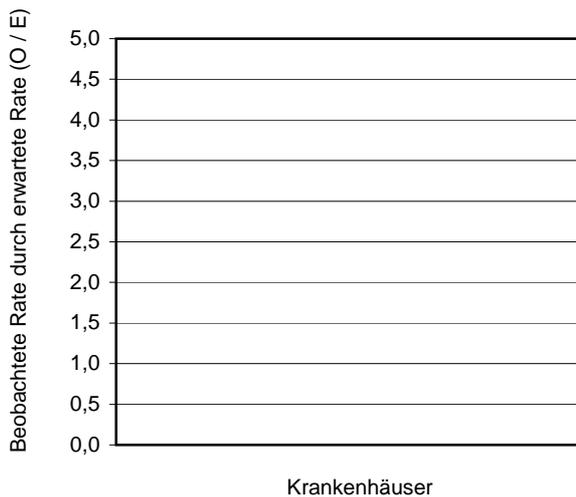
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,22	0,52	1,22	2,81		3,10

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

PCI

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/417

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich Referenzbereich			231 / 8.403	2,7% 2,4% - 3,1%
		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit unvollständiger ¹ Dokumentation			18 / 97	18,6%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			213 / 8.306	2,6%
Patienten mit Indikation (bei erster Prozedur)				
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung			108 / 1.319	8,2%
Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung			105 / 2.777	3,8%
sonstige Indikationen (stabile Angina pectoris (nach CCS) prognostische Indikation oder stumme Ischämie, Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI, sonstige)			18 / 4.307	0,4%
Patienten mit Schock bei Prozedurbeginn (bei erster Prozedur)			87 / 272	32,0%

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sterblichkeit im Krankenhaus (Tod intraprozedural (im Herzkatheterlabor) oder Tod postprozedural oder Entlassungsgrund = 7 (Tod)) Vertrauensbereich			218 / 8.290	2,6% 2,3% - 3,0%
Patienten mit unvollständiger ² Dokumentation			23 / 64	35,9%
Patienten mit vollständiger Dokumentation			195 / 8.226	2,4%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

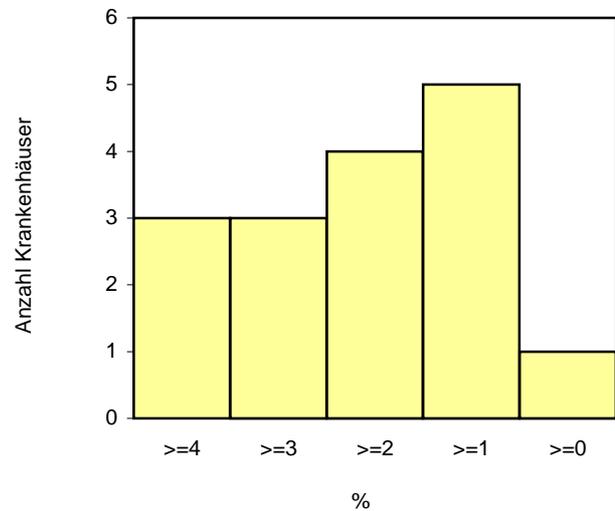
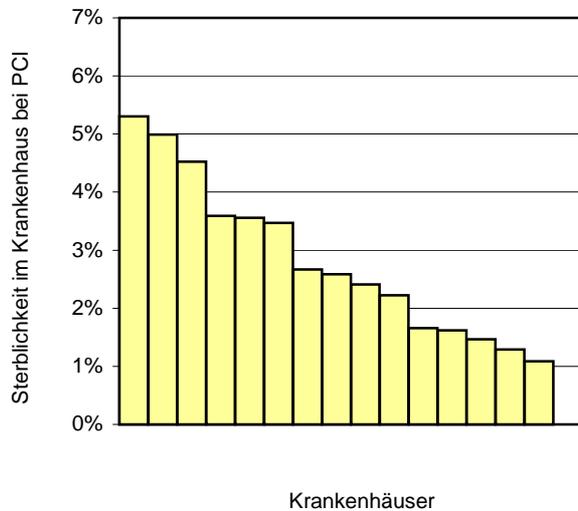
² bei mindestens einem der Felder „Niereninsuffizienz“ oder „Diabetes mellitus“ wurde „unbekannt“ angegeben

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Indikator-ID 2012/21n3-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 eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

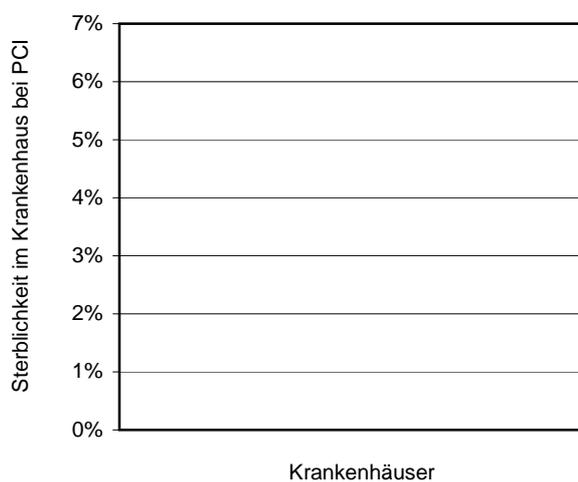
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

5 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, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/11863

Referenzbereich: <= 2,40 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2012			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	/		
2 - < 4%			
4 - < 6%			
>= 6%			
Gesamt			

Gesamt 2012			
Sterblichkeit im Krankenhaus			
Risikogruppen	Vorhergesagt (E ¹)	Beobachtet (O ²)	O - E ³
0 - < 2%	40,63 / 6.529 0,62%	44 / 6.529 0,67%	0,05%
2 - < 4%	22,70 / 805 2,82%	27 / 805 3,35%	0,53%
4 - < 6%	15,17 / 306 4,96%	21 / 306 6,86%	1,91%
>= 6%	157,20 / 666 23,60%	121 / 666 18,17%	-5,44%
Gesamt	235,69 / 8.306 2,84%	213 / 8.306 2,56%	-0,27%

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 2012	Gesamt 2012
Sterblichkeit im Krankenhaus		
beobachtet (O)		213 / 8.306 2,56%
vorhergesagt (E) ¹		235,69 / 8.306 2,84%
O - E		-0,27%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E²		0,90
Vertrauensbereich		0,79 - 1,03
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		195 / 8.226 2,37%
vorhergesagt (E)		251,16 / 8.226 3,05%
O - E		-0,68%
O / E		0,78
Vertrauensbereich		0,68 - 0,89

³ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

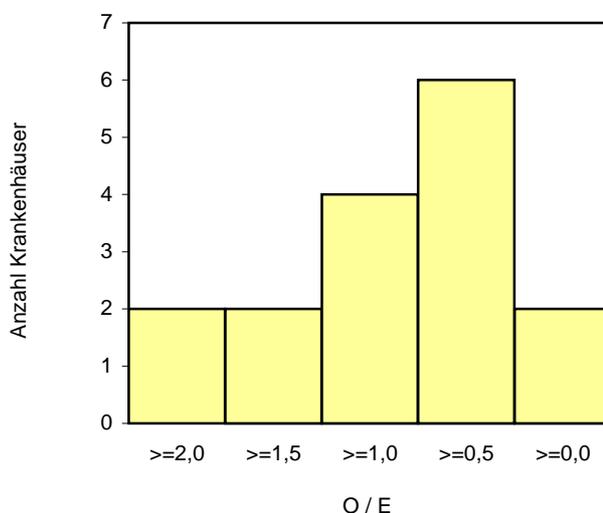
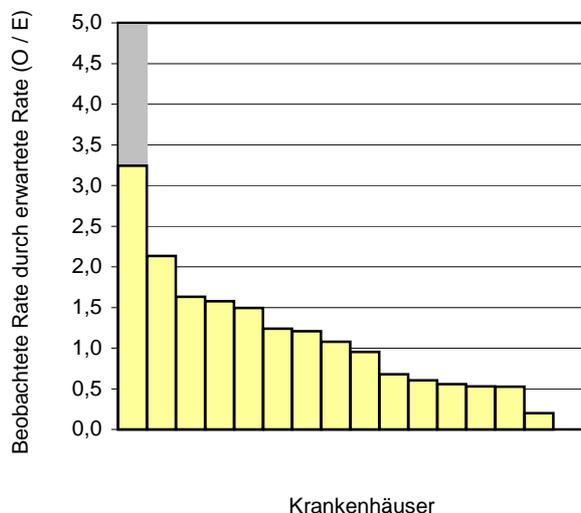
Häufigkeit Risikofaktor	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alter (Jahre über 65)			5.160 / 8.306	62,1%
Niereninsuffizienz, dialysepflichtig			126 / 8.306	1,5%
Niereninsuffizienz, nicht dialysepflichtig			2.506 / 8.306	30,2%
Diabetes mellitus			2.704 / 8.306	32,6%
Weiblich			2.585 / 8.306	31,1%
Herzinsuffizienz			931 / 8.306	11,2%
Kardiogener Schock			251 / 8.306	3,0%
ACS ¹ mit ST-Hebung			1.265 / 8.306	15,2%
ACS ¹ ohne ST-Hebung			2.748 / 8.306	33,1%
PCI am Hauptstamm			119 / 8.306	1,4%
PCI am letzten Gefäß			28 / 8.306	0,3%
PCI an kompletten Gefäßverschluss			1.431 / 8.306	17,2%

¹ ACS = Akutes Koronarsyndrom

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6d, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/11863]:
 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate an Todesfällen bei allen Patienten mit PCI und vollständiger
 Dokumentation zum PCI-Score, die nicht in eine herzchirurgische Abteilung verlegt wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

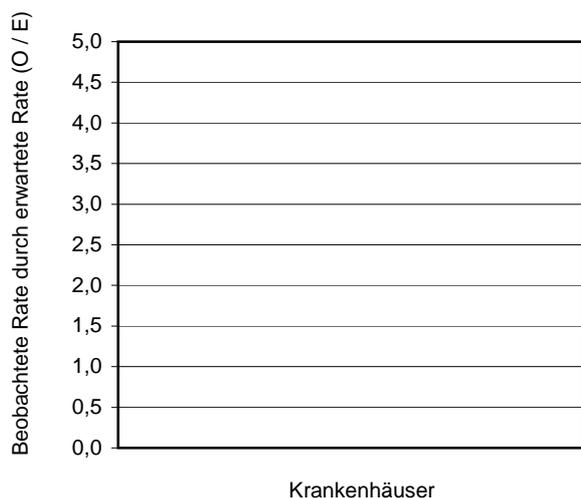
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,20	0,54	1,02	1,53	2,13		3,24

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Dokumentationsqualität

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PCI und Verweildauer > 1 Tag

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/2311

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“			27 / 7.392	0,4%
„Niereninsuffizienz unbekannt“			48 / 7.392	0,6%
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			65 / 7.392	0,9%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

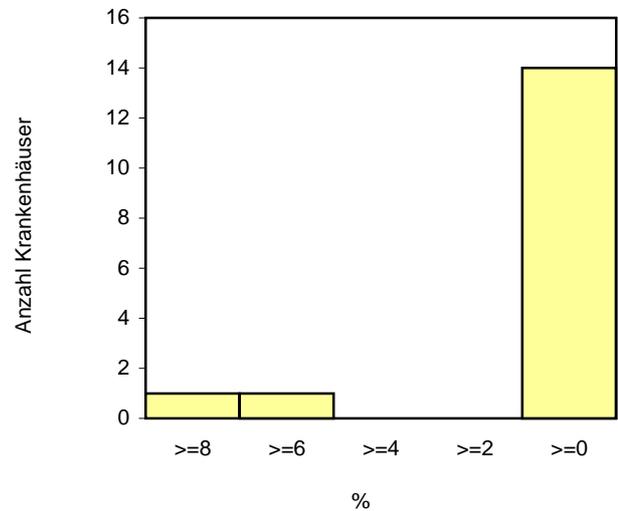
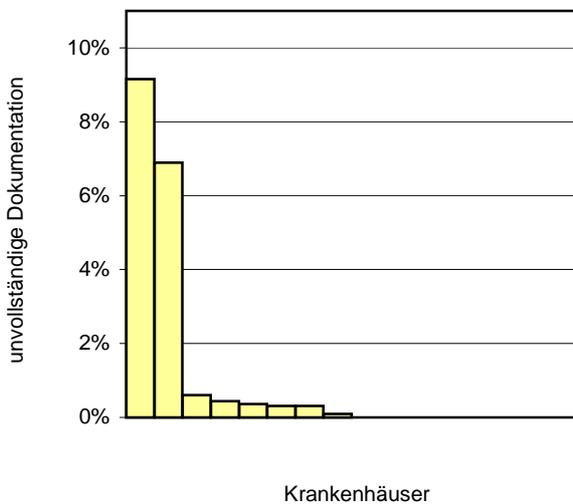
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Angabe				
„Diabetes mellitus unbekannt“ oder „Niereninsuffizienz unbekannt“			40 / 7.493	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,7%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6e, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2311]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

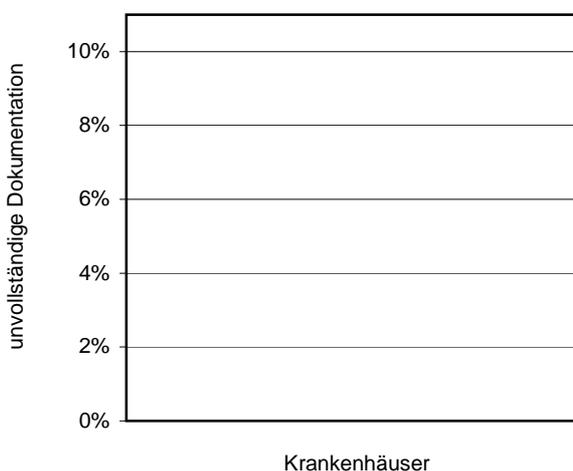
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Durchleuchtungsdauer

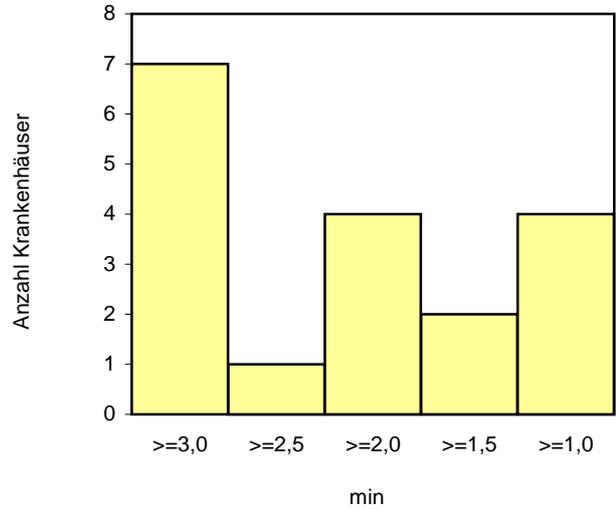
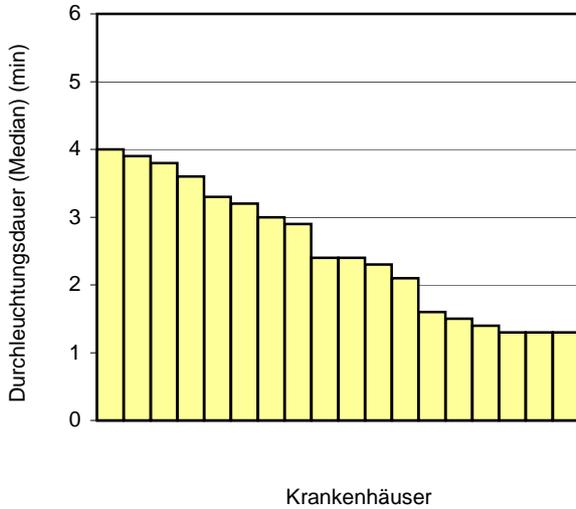
Qualitätsziel:	Möglichst niedrige Durchleuchtungsdauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien
	Gruppe 2:	Alle PCI
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/21n3-KORO-PCI/419
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/2073
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 5,0 min (Toleranzbereich)
	Gruppe 2:	<= 12,0 min (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			3,8	10,7
Median			2,2	8,4
Referenzbereich	<= 5,0 min	<= 12,0 min	<= 5,0 min	<= 12,0 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Durchleuchtungsdauer (min)				
Mittelwert			4,0	10,3
Median			2,3	8,2

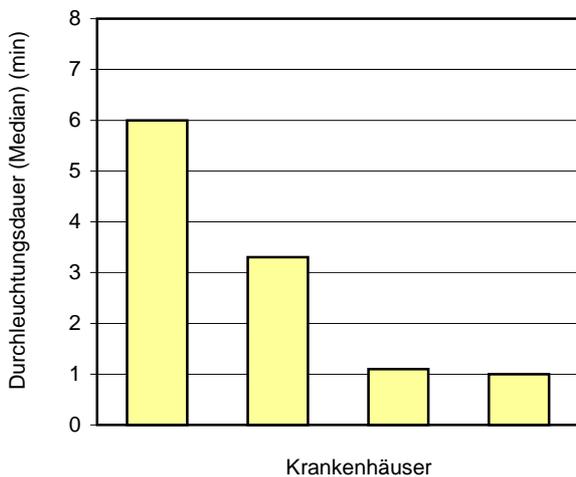
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/419]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen isolierten Koronarangiographien**

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



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

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

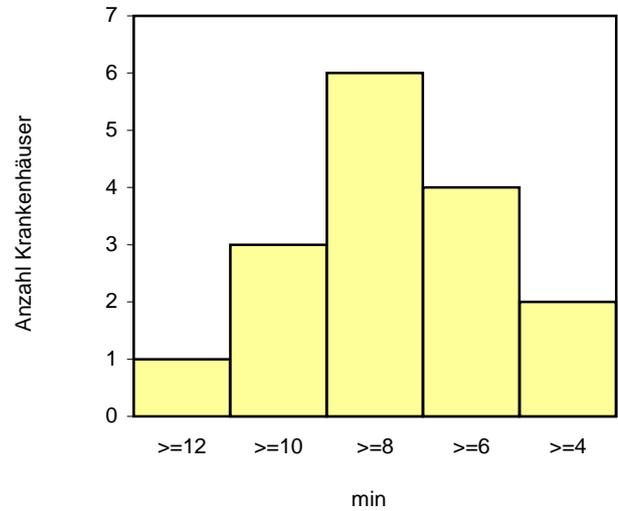
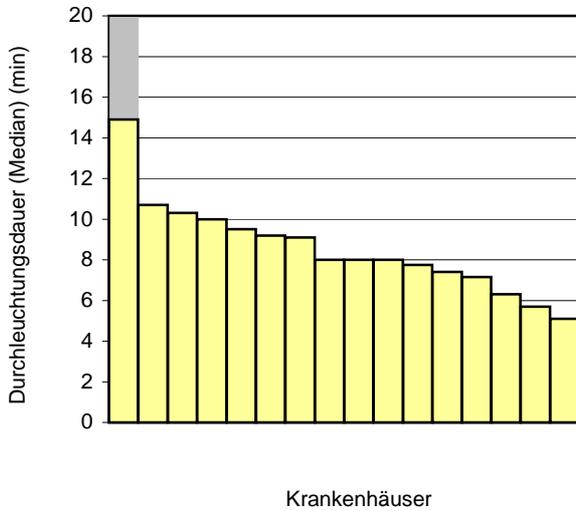


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (min)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,0			1,1	2,2	4,7			6,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

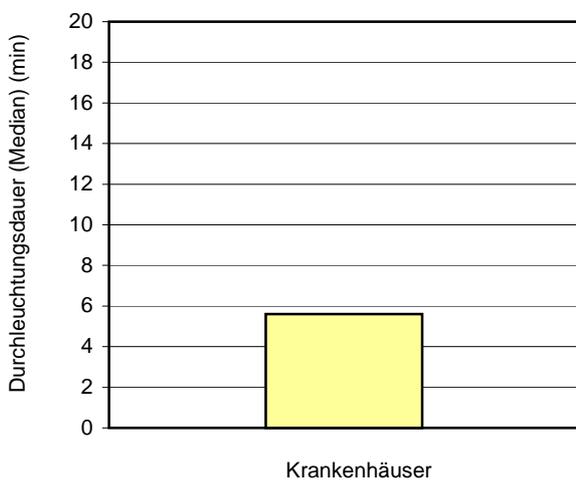
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/2073]:
 Median der Durchleuchtungsdauer von allen PCI**

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
	5,1		5,7	7,3	8,0	9,8	10,7		14,9

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
	5,6				5,6				5,6

5 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:	2012/21n3-KORO-PCI/12774
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/12775
	Gruppe 3:	2012/21n3-KORO-PCI/50749
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 51,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 61,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 51,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			3.785 / 14.811	25,6%
Vertrauensbereich				24,9% - 26,3%
Referenzbereich		<= 51,1%		<= 51,1%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			323 / 1.068	30,2%
Vertrauensbereich				27,6% - 33,1%
Referenzbereich		<= 61,9%		<= 61,9%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			2.090 / 7.735	27,0%
Vertrauensbereich				26,0% - 28,0%
Referenzbereich		<= 51,9%		<= 51,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²			3.852 / 13.800	27,9%
Vertrauensbereich				27,2% - 28,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²			300 / 996	30,1%
Vertrauensbereich				27,4% - 33,0%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²			1.922 / 7.612	25,2%
Vertrauensbereich				24,3% - 26,2%

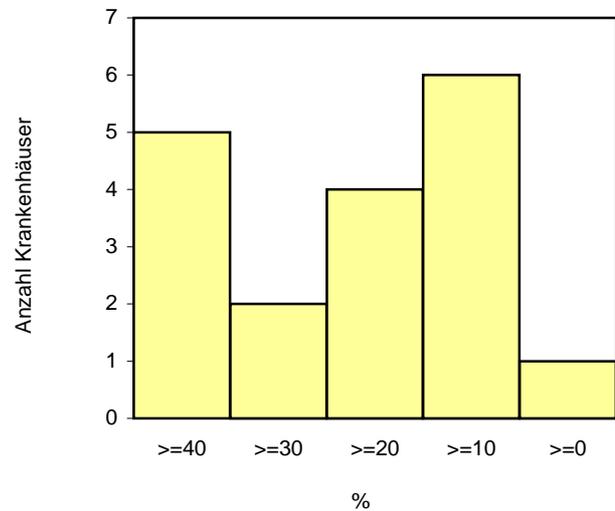
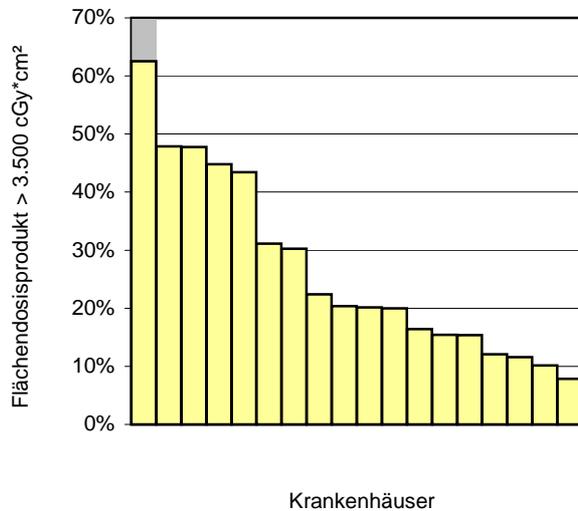
¹ Ausgewertet werden nur Angaben mit einem Flächendosisprodukt zwischen 0 und 50.000 cGy*cm².

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/21n3-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:

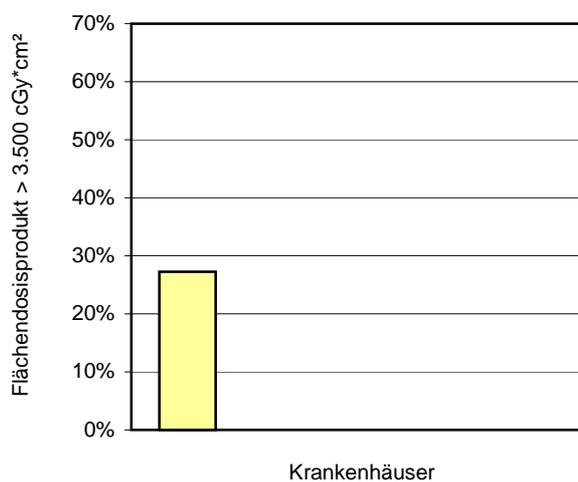
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,9		10,2	15,4	20,3	43,4	47,9		62,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

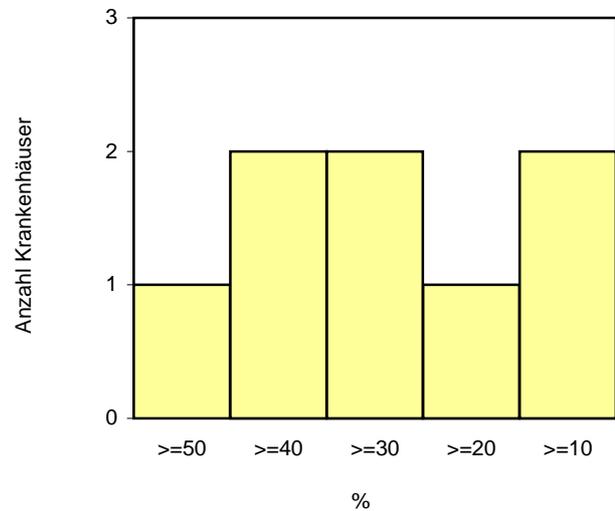
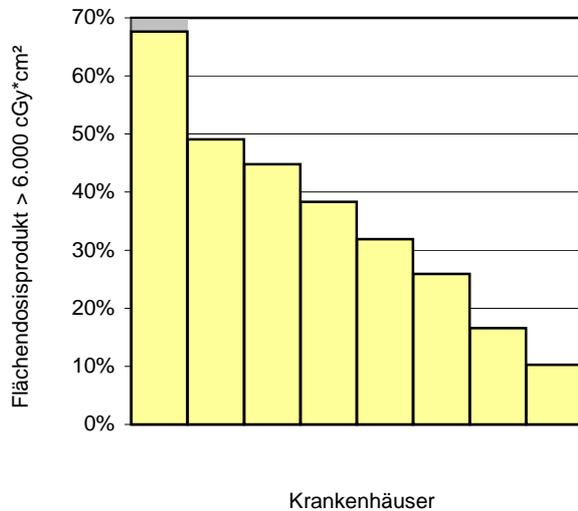


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	13,6			27,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

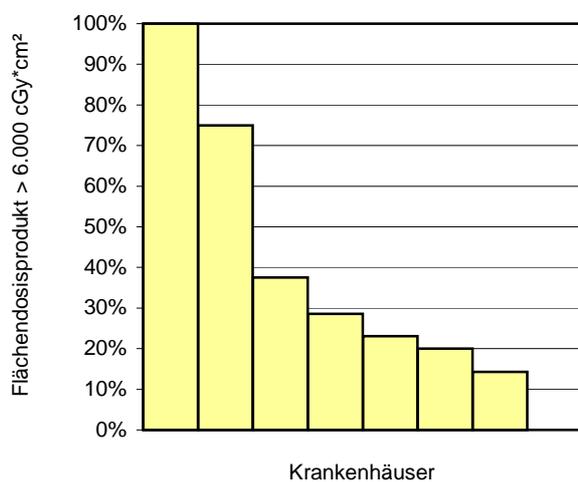
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/12775]:
 Anteil von PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm² an allen isolierten PCI**

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
	10,3			21,3	35,1	46,9			67,6

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

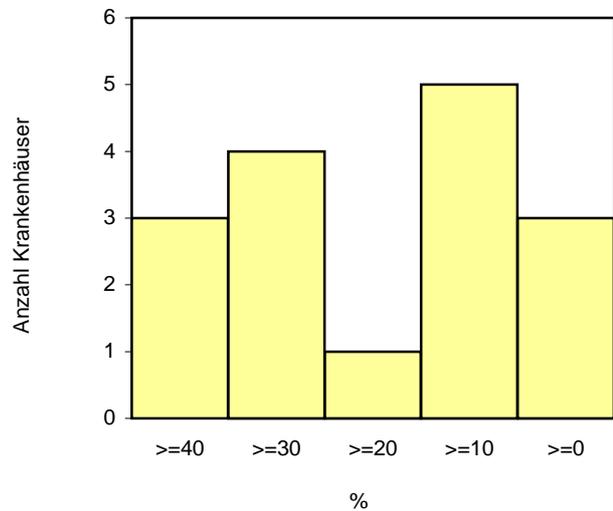
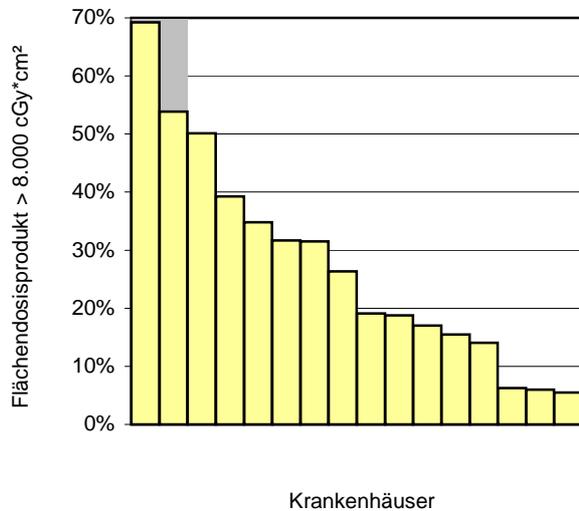


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			17,1	25,8	56,3			100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

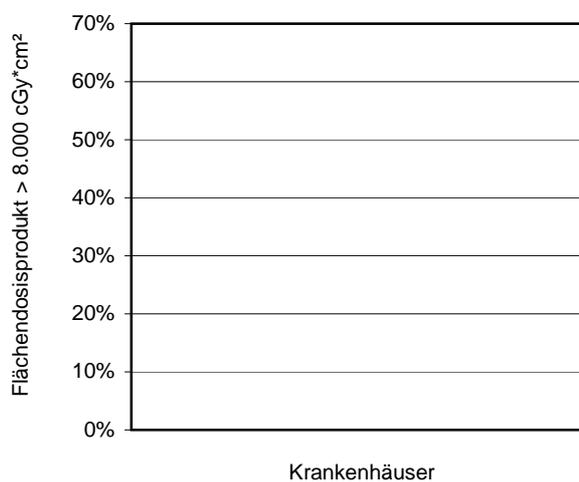
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/50749]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm² an allen Einzeitig-PCI**

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
	5,5		6,0	14,8	22,7	37,0	53,8		69,2

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



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Flächendosisprodukt nicht bekannt

Grundgesamtheit: Alle Prozeduren

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/12773

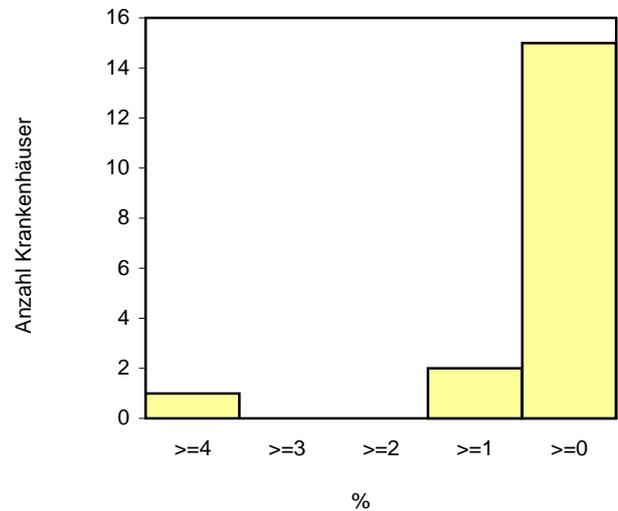
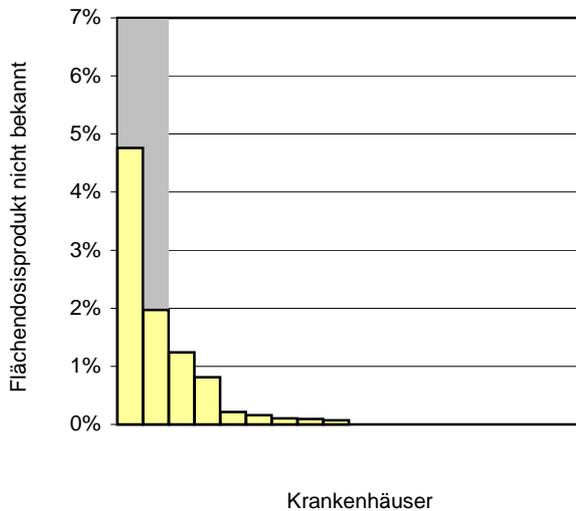
Referenzbereich: <= 1,6% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			81 / 23.697	 0,3%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,4%
Referenzbereich		<= 1,6%		<= 1,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Prozeduren mit Angabe				
„Flächendosisprodukt nicht bekannt“			36 / 22.447	 0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,2%

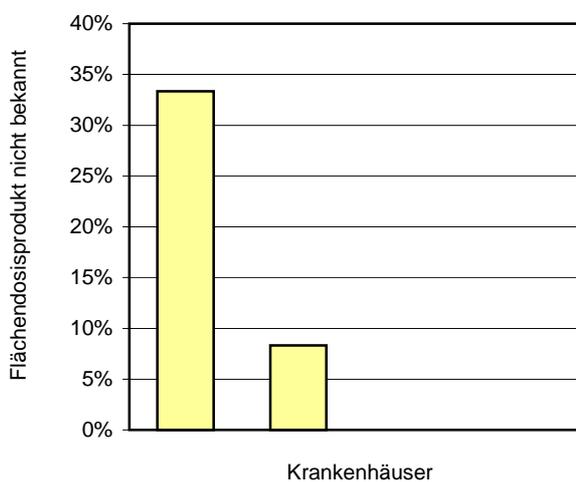
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8d, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/12773]:
 Anteil von Prozeduren mit Angabe „Flächendosisprodukt nicht bekannt“**

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



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

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	4,2	20,8			33,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Kontrastmittelmenge

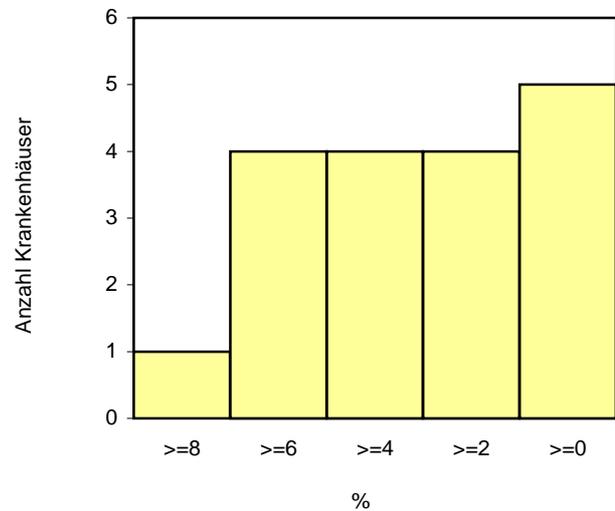
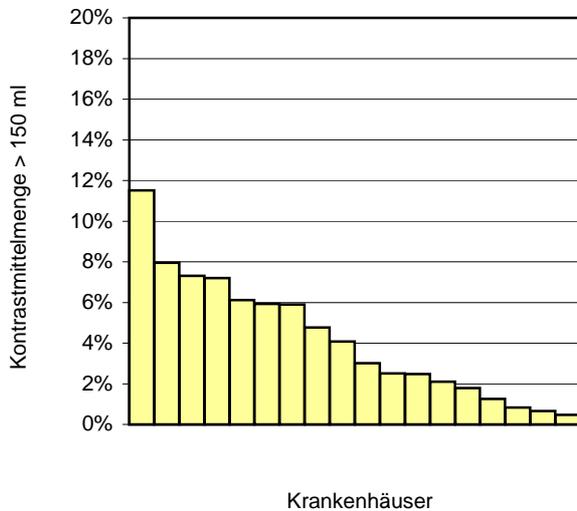
Qualitätsziel:	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle isolierten Koronarangiographien ¹
	Gruppe 2:	Alle isolierten PCI ¹
	Gruppe 3:	Alle Einzeitig-PCI ¹
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/21n3-KORO-PCI/51405
	Gruppe 2:	2012/21n3-KORO-PCI/51406
	Gruppe 3:	2012/21n3-KORO-PCI/51407
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 21,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 48,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 37,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Kontrastmittelmenge (ml)				
Gruppe 1: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml			630 / 14.869	4,2%
Vertrauensbereich				3,9% - 4,6%
Referenzbereich		<= 21,7%		<= 21,7%
Gruppe 2: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml			228 / 1.070	21,3%
Vertrauensbereich				19,0% - 23,9%
Referenzbereich		<= 48,3%		<= 48,3%
Gruppe 3: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge > 250 ml			1.000 / 7.758	12,9%
Vertrauensbereich				12,2% - 13,7%
Referenzbereich		<= 37,9%		<= 37,9%

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

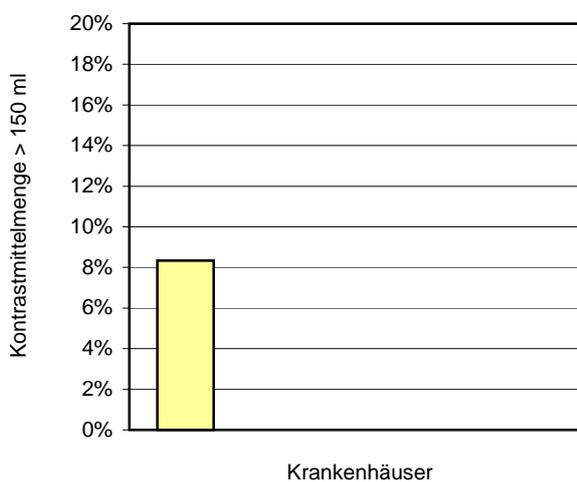
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51405]:
Anteil von Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge > 150 ml an allen isolierten Koronarangiographien

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,5		0,7	1,8	3,5	6,1	8,0		11,5

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

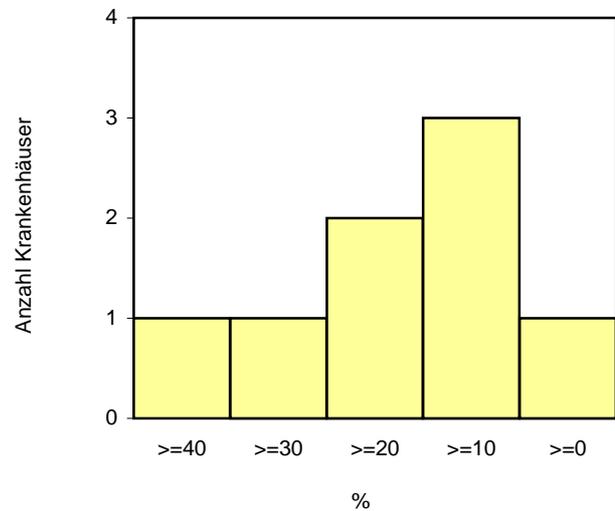
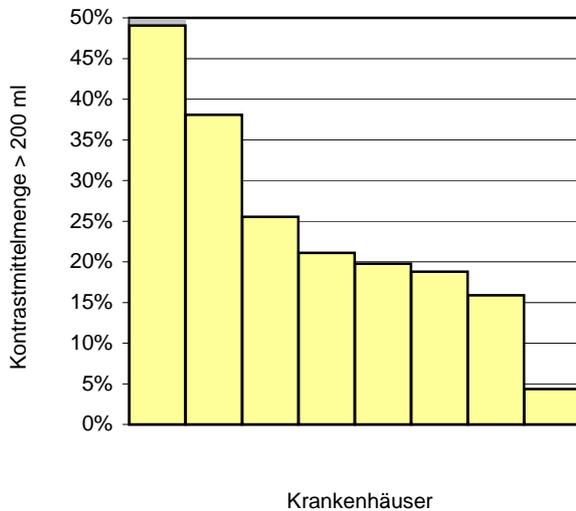


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	4,2			8,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

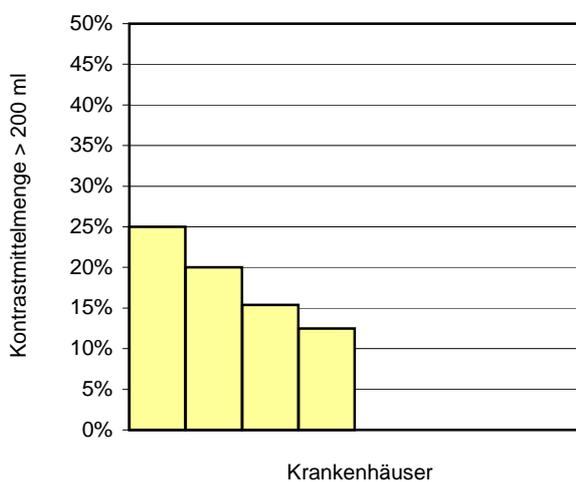
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51406]:
 Anteil von PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 200 ml an allen isolierten PCI**

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
	4,3			17,3	20,4	31,8			49,1

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

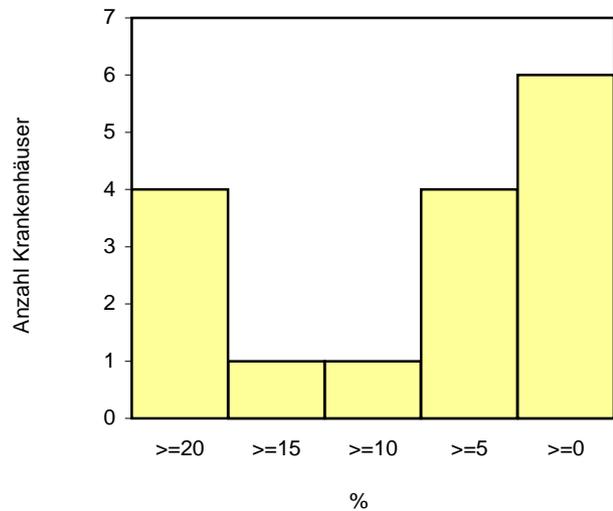
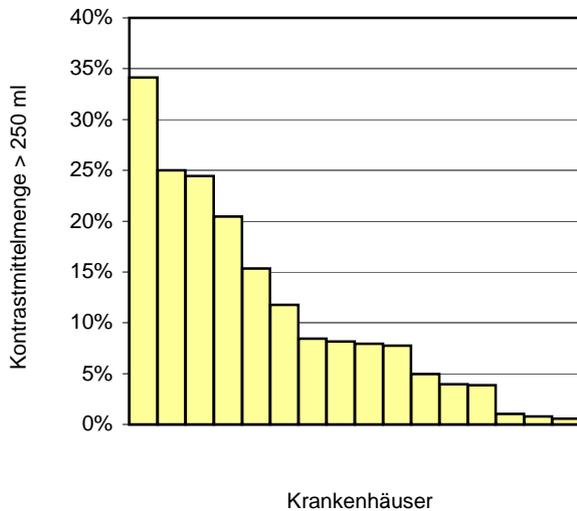


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	6,3	17,7			25,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

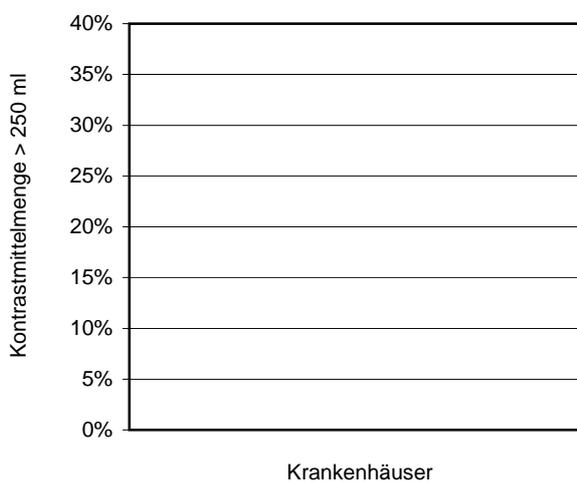
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9c, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/51407]:
 Anteil von Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml an allen Einzeitig-PCI**

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
	0,6		0,8	3,9	8,0	17,9	25,0		34,1

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



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 22
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.091
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12611-L82568-P39235

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			6.330	27,4	5.756	26,3
2. Quartal			5.760	24,9	5.258	24,0
3. Quartal			5.506	23,8	5.466	25,0
4. Quartal			5.495	23,8	5.404	24,7
Gesamt			23.091	100,0	21.884	100,0
Dokumentierende und den Eingriff durchführende Institution identisch			22.595	97,9	21.356	97,6
Anzahl Prozeduren			23.697		22.447	
Anzahl PCI			8.828		8.615	
Anzahl Koronarangiographien			22.627		21.451	

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

Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			23.091		21.884	
18 – 29 Jahre			74 / 23.091	0,3	62 / 21.884	0,3
30 – 39 Jahre			218 / 23.091	0,9	252 / 21.884	1,2
40 – 49 Jahre			1.527 / 23.091	6,6	1.519 / 21.884	6,9
50 – 59 Jahre			4.044 / 23.091	17,5	3.891 / 21.884	17,8
60 – 69 Jahre			5.501 / 23.091	23,8	5.282 / 21.884	24,1
70 – 79 Jahre			8.786 / 23.091	38,0	8.151 / 21.884	37,2
>= 80 Jahre			2.941 / 23.091	12,7	2.727 / 21.884	12,5
Alter (Jahre)						
Median				70,0		69,0
Mittelwert				67,3		67,1
Geschlecht						
männlich			14.394	62,3	13.653	62,4
weiblich			8.697	37,7	8.231	37,6

Vorgeschichte

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			23.091		21.884	
Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt						
nein			13.447	58,2	12.812	58,5
ja			9.578	41,5	8.980	41,0
unbekannt			66	0,3	92	0,4
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt						
nein			16.765	72,6	15.974	73,0
ja			6.264	27,1	5.826	26,6
unbekannt			62	0,3	84	0,4
Zustand nach koronarer Bypass-Op						
nein			20.721	89,7	19.679	89,9
ja			2.360	10,2	2.202	10,1
unbekannt			10	0,0	3	0,0
Ejektionsfraktion unter 40%						
nein			18.411	79,7	17.123	78,2
ja			3.195	13,8	2.992	13,7
fraglich			671	2,9	950	4,3
unbekannt			814	3,5	819	3,7
Diabetes mellitus						
nein			16.481	71,4	15.458	70,6
ja			6.509	28,2	6.360	29,1
unbekannt			101	0,4	66	0,3
Niereninsuffizienz						
nein			16.558	71,7	15.620	71,4
dialysepflichtig			360	1,6	432	2,0
nicht dialysepflichtig			6.038	26,1	5.751	26,3
unbekannt			135	0,6	81	0,4

Aktuelle kardiale Anamnese

(vor der ersten Prozedur)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)						
nein			15.840	68,6	15.122	69,1
ja			7.251	31,4	6.762	30,9
wenn nein:						
andere klinische Befunde						
stabile Angina pectoris (nach CCS)						
nein			3.073 / 15.840	19,4	2.563 / 15.122	16,9
CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)			2.446 / 15.840	15,4	2.387 / 15.122	15,8
CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)			7.326 / 15.840	46,3	7.156 / 15.122	47,3
CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)			2.422 / 15.840	15,3	2.500 / 15.122	16,5
CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)			573 / 15.840	3,6	516 / 15.122	3,4
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs- EKG oder andere Tests)						
nein			2.845 / 15.840	18,0	3.435 / 15.122	22,7
ja			4.713 / 15.840	29,8	4.779 / 15.122	31,6
fraglich			2.061 / 15.840	13,0	1.825 / 15.122	12,1
nicht geprüft			6.221 / 15.840	39,3	5.083 / 15.122	33,6
kardial bedingte Ruhe- oder Belastungs- dyspnoe						
nein			4.879 / 15.840	30,8	4.439 / 15.122	29,4
ja			10.961 / 15.840	69,2	10.683 / 15.122	70,6
sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)						
nein			7.988 / 15.840	50,4	7.818 / 15.122	51,7
ja			7.852 / 15.840	49,6	7.304 / 15.122	48,3

Prozedur

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			23.697		22.447	
Postprozedurale Verweildauer (Tage)			23.697		22.447	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				4,3		4,3
Manifeste Herzinsuffizienz						
nein			21.063	88,9	19.914	88,7
ja			2.634	11,1	2.533	11,3
wenn ja bei Prozedurbeginn kardiogener Schock			424 / 2.634	16,1	406 / 2.533	16,0
Art der Prozedur						
Diagnostische Koronarangiographie			14.869	62,7	13.832	61,6
PCI			1.070	4,5	996	4,4
einzeitig Koronarangiographie und PCI			7.758	32,7	7.619	33,9

Koronarangiographie

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Koronarangiographien			22.627		21.451	
Führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)						
Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK			8.454	37,4	8.151	38,0
bekannte KHK			5.669	25,1	5.311	24,8
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			5.183	22,9	4.548	21,2
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.281	5,7	1.581	7,4
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			202	0,9	152	0,7
elektive Kontrolle nach Koronarintervention			229	1,0	243	1,1
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)			633	2,8	584	2,7
Vitium			810	3,6	743	3,5
Sonstige			166	0,7	138	0,6

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			3.247	14,4	3.034	14,1
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			4.078	18,0	3.561	16,6
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			12.341	54,5	11.923	55,6
Kardiomyopathie			593	2,6	598	2,8
Herzklappenvitium			672	3,0	640	3,0
Aortenaneurysma			26	0,1	24	0,1
hypertensive Herzerkrankung			1.431	6,3	1.448	6,8
andere kardiale Erkrankung			239	1,1	223	1,0

Koronarangiographie (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet.)						
Ausschluss KHK			862	3,8	995	4,6
KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%			694	3,1	621	2,9
KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)			441	1,9	598	2,8
Kardiomyopathie			1.001	4,4	916	4,3
Herzklappenvitium			578	2,6	566	2,6
Aortenaneurysma			47	0,2	53	0,2
hypertensive Herzerkrankung			3.227	14,3	3.029	14,1
andere kardiale Erkrankung			1.479	6,5	1.164	5,4
Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer eventuell auch einzeitig durchgeführten Intervention).						
keine			387	1,7	432	2,0
medikamentös			10.726	47,4	9.919	46,2
interventionell			8.222	36,3	8.065	37,6
herzchirurgisch			2.372	10,5	2.243	10,5
Sonstige			920	4,1	792	3,7

PCI

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl PCI			8.828		8.615	
Indikation zur PCI						
stabile Angina pectoris (nach CCS)			3.973	45,0	3.925	45,6
akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)			2.928	33,2	2.593	30,1
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)			1.151	13,0	1.455	16,9
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24 h nach Stellung der Diagnose)			237	2,7	142	1,6
prognostische Indikation oder stumme Ischämie			387	4,4	334	3,9
Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI			1	0,0	9	0,1
Sonstige			151	1,7	157	1,8
wenn akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24 h nach Stellung der Diagnose)						
Fibrinolyse vor der Prozedur¹						
nein			1.112 / 1.151	96,6	-	-
ja			36 / 1.151	3,1	-	-
unbekannt			3 / 1.151	0,3	-	-

¹ Datenfeld 2011 noch nicht im Datensatz.

PCI (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
PCI an						
einem Versorgungsgebiet			7.609	86,2	7.481	86,8
zwei Versorgungsgebieten			1.169	13,2	1.081	12,5
drei Versorgungsgebieten			50	0,6	53	0,6
PCI mit besonderen Merkmalen						
nein			6.247	70,8	5.901	68,5
ja			2.581	29,2	2.714	31,5
wenn ja						
PCI an komplettem Gefäßverschluss			1.578 / 2.581	61,1	1.768 / 2.714	65,1
PCI eines Koronarbypasses			336 / 2.581	13,0	315 / 2.714	11,6
PCI an ungeschütztem Hauptstamm			133 / 2.581	5,2	130 / 2.714	4,8
PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA			799 / 2.581	31,0	790 / 2.714	29,1
PCI an letztem verbliebenen Gefäß			28 / 2.581	1,1	36 / 2.714	1,3
Stent(s) implantiert						
nein			680	7,7	721	8,4
ja			8.148	92,3	7.894	91,6
Wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: Im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)						
nein			339	3,8	352	4,1
ja			8.392	95,1	8.160	94,7
fraglich			97	1,1	103	1,2

Prozedurdaten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Bezug: Anzahl der Prozeduren		23.697	22.447
Durchleuchtungszeit (min)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 0,1 - 999,9 min)		23.686	22.438
Median		4,0	4,1
Mittelwert		6,4	6,4
Flächendosisprodukt (cGy*cm²)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 0 - 50.000 cGy*cm²)		23.614	22.408
Median		2.819,0	2.909,0
Mittelwert		4.157,5	4.171,0
Angabe „nicht bekannt“		81	36
Kontrastmittelmenge (ml)			
Anzahl (gültiger Wertebereich 1 - 999 ml)		23.697	22.447
Median		90,0	90,0
Mittelwert		111,7	109,0

Ereignisse während der Prozedur

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			23.697		22.447	
Intraprozedural auftretende Ereignisse						
nein			23.520	99,3	22.243	99,1
ja			177	0,7	204	0,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
koronarer Verschluss			40	0,17	56	0,25
TIA/Schlaganfall			3	0,01	7	0,03
Reanimation			76	0,32	88	0,39
Sonstige			70	0,30	72	0,32
Exitus im Herzkatheterlabor			27	0,11	26	0,12

Ereignisse im Verlauf

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postprozedural festgestellte Komplikationen						
nein			22.605	97,9	21.367	97,6
ja			486	2,1	517	2,4
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Herzinfarkt						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			13	0,06	16	0,07
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			3	0,01	7	0,03
TIA/Schlaganfall						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			2	0,01	8	0,04
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			6	0,03	7	0,03
Lungenembolie						
bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			0	0,00	3	0,01
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			1	0,00	1	0,00
Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)						
ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			89	0,39	83	0,38
ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			11	0,05	27	0,12
wenn Komplikationen an der Punktionsstelle auftraten						
mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			49 / 100	49,0	54 / 110	49,1
ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion			51 / 100	51,0	56 / 110	50,9

Ereignisse im Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Reanimation bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			34	0,15	32	0,15
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			13	0,06	10	0,05
Sonstige (z. B. Sepsis) bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			38	0,16	45	0,21
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			27	0,12	48	0,22
Tod bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur			91	0,39	87	0,40
später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur			237	1,03	224	1,02
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?			1.147 / 23.091	5,0	995 / 21.884	4,5

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			20.270	87,8	19.252	88,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			202	0,9	206	0,9
03: aus sonstigen Gründen			16	0,1	15	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			83	0,4	73	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			1.373	5,9	1.265	5,8
07: Tod			355	1,5	337	1,5
08: Verlegung nach § 14			25	0,1	43	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			233	1,0	271	1,2
10: in Pflegeeinrichtung			85	0,4	64	0,3
11: in Hospiz			2	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			396	1,7	289	1,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,0	7	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			6	0,0	18	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			8	0,0	8	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	3	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			5	0,0	9	0,0
18: Rückverlegung			1	0,0	1	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			2	0,0	2	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			1	0,0	3	0,0
21: Wiederaufnahme			23	0,1	16	0,1
22: Fallabschluss			2	0,0	1	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Koronarangiographie und PCI

Risikoadjustierung mit dem logistischen KORO/PCI-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

Jahresauswertung 2012 Koronarangiographie und PCI

21/3

Statistische Basisprüfung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen-Anhalt): 22
Anzahl Datensätze Gesamt: 23.091
Datensatzversion: 21/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12611-L82568-P39235

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/21n3-KORO-PCI/813123 AK 2: Indikation zur Koronar- angiographie - Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte			95,1%	< 100,0%	AK.1

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

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

Indikator-ID: 2012/21n3-KORO-PCI/813123

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 399

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			13.646 / 14.352	95,1%
Vertrauensbereich				94,7% - 95,4%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

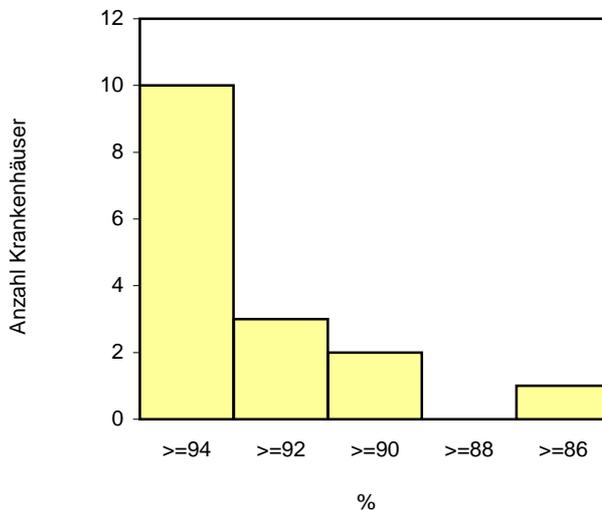
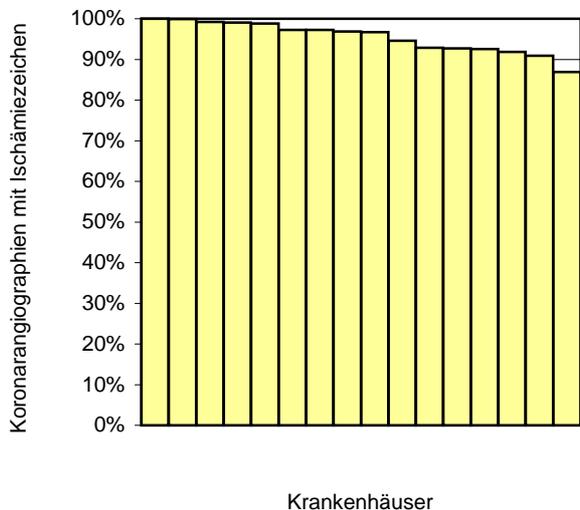
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Koronarangiographien bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler Angina pectoris oder mit Ruhe- oder Belastungsdyspnoe oder mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)			13.127 / 13.705	95,8%
Vertrauensbereich				95,4% - 96,1%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2012/21n3-KORO-PCI/813123]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

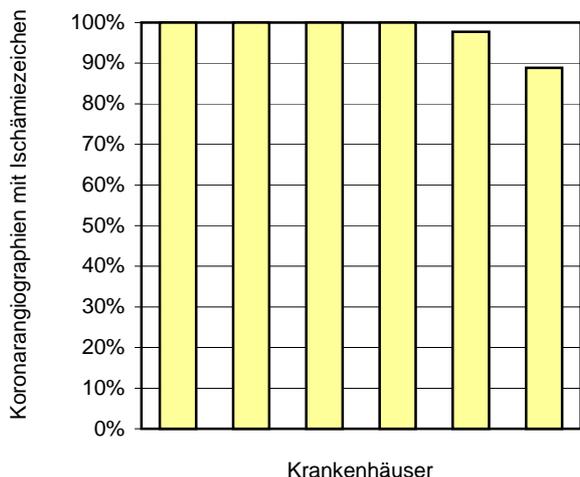
16 Krankenhäuser haben mindestens 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,9		90,9	92,6	96,8	98,9	99,9		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 50 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 50 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter 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 2012 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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

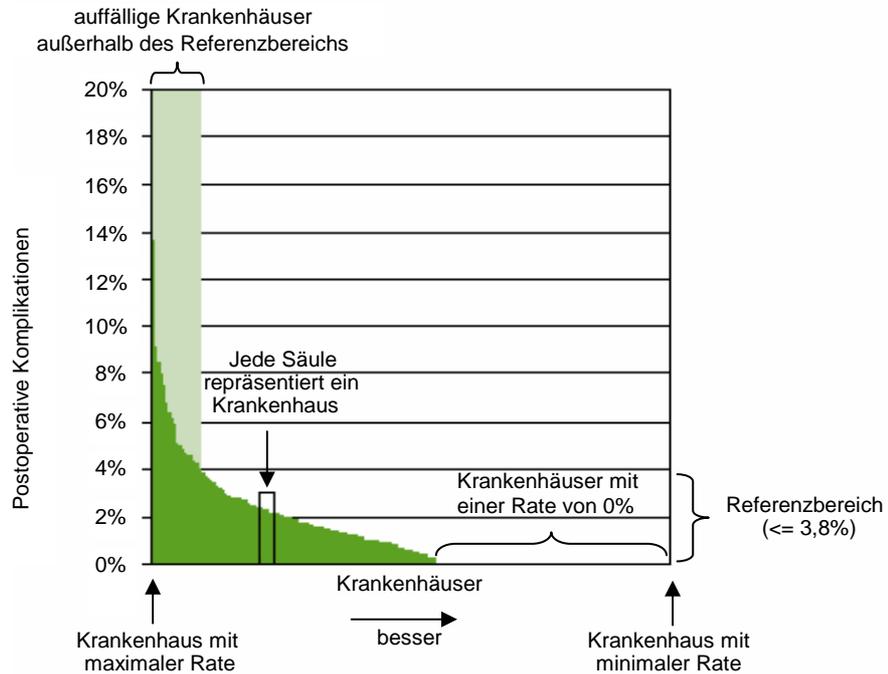
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

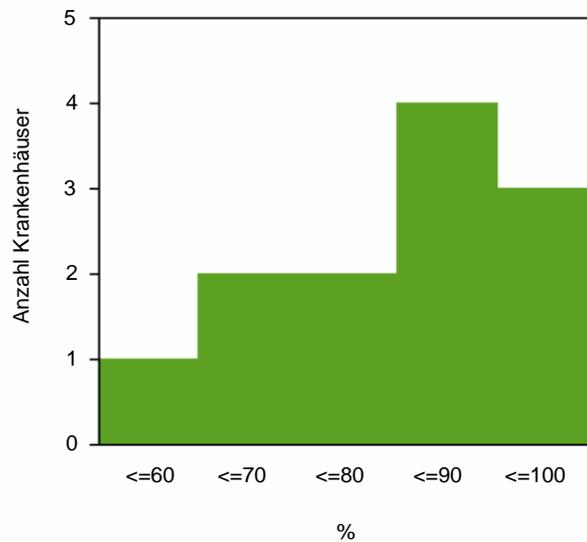
Beispiel:

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. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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