



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# **Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Isolierte Koronarchirurgie**

Erfassungsjahre 2020 und 2021

Veröffentlichungsdatum: 08. Juli 2022

---

## Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340

Telefax: (030) 58 58 26-341

[verfahrensupport@iqtig.org](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org/>

# Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021.....	8
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020.....	9
Einleitung.....	10
Datengrundlagen.....	12
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	12
Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche.....	14
Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	15
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	16
352000: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna.....	16
Details zu den Ergebnissen.....	18
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen.....	19
352010: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation.....	19
352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen.....	21
352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.....	23
Details zu den Ergebnissen.....	25
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation.....	26
352003: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen.....	26
352004: PCI innerhalb von 30 Tagen.....	28
Gruppe: Sterblichkeit.....	30
352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation.....	30
352007: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	32
352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen.....	35
352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres.....	37
Details zu den Ergebnissen.....	39
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	41
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	41

850373: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil.....	41
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	43
852111: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation.....	43
852112: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	45
Basisauswertung.....	47
Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen).....	47
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.....	48
Patient.....	49
Body Mass Index (BMI).....	50
Anamnese / präoperative Befunde.....	51
Kardiale Befunde.....	54
Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e).....	55
Weitere Begleiterkrankungen.....	57
Operation / Prozedur.....	61
OP-Basisdaten.....	61
Koronarchirurgie präprozedural.....	64
Intraprozedurale Komplikationen.....	64
Postoperativer Verlauf.....	65
Entlassung / Verlegung.....	66

## Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen wurden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses bzw. pro Betriebsstättennummer eines ambulanten Leistungserbringers. Wird ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator nicht erreicht, wird der Standort als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wurde durch ein X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wurde dies durch ein V kenntlich gemacht.

Je nachdem, ob sich das Ergebnis verbessert oder verschlechtert hat bzw. unverändert blieb, wurde dies mit folgenden Tendenzpfeilen (für Länderberichte) beschrieben: ↗ ↘ →

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren inklusive der Vorjahresergebnisse finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Bei ambulant erbrachten Leistungen entfällt dieser Grundsatz, hier gilt das Prozedurdatum als Datum für die Zuordnung des Falles zu einem Quartal bzw. Jahr.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.
- Werden Ergebnisse von zwei oder mehr Jahren miteinander verglichen, so werden für alle Erfassungsjahre die aktuellsten Rechenregeln und auch Referenzbereiche angewandt.
- Werden im intertemporalen Vergleich bei einzelnen Qualitätsindikatoren keine Ergebnisse angezeigt, so konnten diese bspw. für ein zurückliegendes Jahr aufgrund von fehlenden Daten nicht berechnet werden. Dieser Fall kann u. a. dann auftreten, wenn der QS-Dokumentationsbogen zwischen zwei Jahren angepasst wurde und Felder, welche zur

Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendig sind, für die Vorjahre nicht verfügbar sind. Auch kann es sein, dass ein Leistungserbringer bestimmte Leistungen in einem Vorjahr nicht angeboten oder erfasst hatte und damit keine Daten für einen Vergleich vorhanden sind. Zudem kann es sein, dass ein Standort im Zeitverlauf nicht mehr vorhanden bzw. neu hinzugekommen ist, so dass ggf. keine Standortinformationen zu den Vorjahren vorliegen.

- Die Berichterstattung findet zum Teil zeitlich verzögert statt. Qualitätsindikatoren die nur auf der QS-Dokumentation basieren, können jeweils im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr berichtet werden. Sogenannte Follow-up-Indikatoren, sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren, werden zeitlich verzögert berichtet. Dies ist abhängig vom Nachbeobachtungszeitraum, der für das QS-Verfahren KCHK bei bis zu einem Jahr liegt. Zudem können die Sozialdaten bei den Krankenkassen nur mit Zeitverzug bereitgestellt und ausgewertet werden. Deshalb werden die nachfolgenden Tabellen getrennt nach Jahr des jeweiligen Indexeingriffes aufgeführt

o nach Qualitätsindikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2021 sowie

o nach Follow-up-Indikatoren mit Indexeingriffen aus dem Jahr 2020

- Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren KCHK finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
352000	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	≥ 90,00 %	95,57 % N = 24.485	95,30 % - 95,82 %
<b>Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen</b>				
352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	≤ 1,94 % (95. Perzentil)	0,72 % N = 19.291	0,61 % - 0,84 %
<b>Gruppe: Sterblichkeit</b>				
352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Transparenzkennzahl	1,95 % N = 20.428	1,77 % - 2,15 %
352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 2,10 (95. Perzentil)	1,09 N = 24.592	1,02 - 1,16

## Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
850373	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	≤ 5,20 % (97. Perzentil)	3,04 % 746,58/24.592	2,30 % 2/87
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>				
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 100,00 %	99,69 % 29.723/29.814	3,90 % 3/77
852112	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	99,69 % 29.723/29.814	2,60 % 2/77

## Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2020

Die nachfolgende Tabelle stellt Ergebnisse sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren zu Indexeingriffen aus dem Erfassungsjahr 2020 dar. Wird Ihnen unter „Ihr Ergebnis“ kein Ergebnis dargestellt, so konnten Ihre QS-Datensätze nicht mit den gelieferten Sozialdatensätzen verknüpft werden, weil keine Sozialdaten vorlagen.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
<b>Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen</b>				
352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,74 % (95. Perzentil)	2,36 % N = 22.245	2,17 % - 2,57 %
352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	Nicht definiert	4,15 % N = 23.577	3,91 % - 4,41 %
<b>Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation</b>				
352003	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen	≤ 2,65 % (95. Perzentil)	1,00 % N = 23.593	0,89 % - 1,14 %
352004	PCI innerhalb von 30 Tagen	≤ 4,26 % (95. Perzentil)	1,78 % N = 23.593	1,62 % - 1,96 %
<b>Gruppe: Sterblichkeit</b>				
352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	≤ 7,22 % (95. Perzentil)	3,53 % N = 23.593	3,30 % - 3,77 %
352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	≤ 11,69 % (95. Perzentil)	7,29 % N = 23.593	6,97 % - 7,63 %

## Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) die Grundlagen des QS-Verfahrens Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (KCHK) festgelegt.

Das QS-Verfahren verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Verbesserung der Indikationsstellung: Koronarchirurgische Eingriffe und Eingriffe an Herzklappen sind nur durchzuführen, wenn ausreichende medizinische Gründe für deren Notwendigkeit vorliegen, unter Einhaltung medizinisch wissenschaftlichen Standards, wie sie in den Leitlinien empfohlen werden
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach dem Eingriff
- Verringerung von Rehospitalisierung und notwendigen Rezidiveingriffen

Das QS-Verfahren umfasst insgesamt 106 Qualitätsindikatoren, wovon 41 Indikatoren ausschließlich auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer basieren, während 65 Indikatoren zusätzlich Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Berechnung heranziehen.

Die QS-Dokumentationsdaten werden jährlich von den Leistungserbringern dokumentiert und quartalsweise sowie abschließend jährlich über die Datenannahmestellen (DAS) an das IQTIG übermittelt. Auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (Abrechnungsdaten sowie Versichertenstammdaten) werden in regelmäßigen Abständen an das IQTIG übermittelt.

Analog zu den erfassten QS-Dokumentationsdaten wird im Vorfeld der Sozialdatenlieferungen mittels einer Spezifikation festgelegt, welche Informationen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen an das IQTIG übermittelt werden müssen. Die Selektion der Daten findet mittels eines sogenannten Patientenfilters statt, welcher die zu übermittelnden Daten der Patienten und Patientinnen bzw. Versicherten definiert (hier: Abrechnung eines Koronarchirurgischen Eingriffs bzw. eines Eingriffs an einer oder mehreren Herzklappen in einem definierten Zeitraum). In einem zweiten Schritt wird dann durch die Krankenkasse überprüft, welche Leistungen bzw. Medikamente für die definierte Patientin bzw. den definierten Patienten abgerechnet wurden. Traten in einem bestimmten Zeitraum eine oder mehrere der zuvor definierten Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes oder Verordnungen auf, so werden auch diese Informationen an das IQTIG zusammen mit den sogenannten Versichertenstammdaten pseudonymisiert übermittelt.

Im Anschluss werden die übermittelten Sozialdaten mit den QS-Dokumentationsdaten über ein eindeutiges Patientenpseudonym (Patientenidentifizierende Daten – PID) verknüpft. Für die Verknüpfung der beiden Datensätze gilt, dass die QS-Dokumentationsdaten führend sind, d. h. es wird für jeden QS-Dokumentationsdatensatz per PID geprüft, ob ein entsprechender Sozialdatensatz vorliegt. Ist dies der Fall, werden die Datensätze verknüpft. Nicht verknüpfbare QS-Dokumentationsdatensätze bzw. Sozialdatensätze können für die (sozialdatenbasierte) QI-Berechnung nicht ausgewertet werden bzw. berücksichtigt werden. Im Kapitel Datengrundlagen wird die Information zur Anzahl der verknüpfbaren QS- mit den Sozialdatensätzen berichtet.

Ab dem Erfassungsjahr 2020 erfolgte erstmalig die Erhebung von Sozialdaten zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren. Aufgrund der zeitlich verzögerten Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt die Darstellung der Ergebnisse dieser QI für die herzchirurgischen Indexeingriffe im Erfassungsjahr 2020 somit erst in der diesjährigen Jahresauswertung (Kalenderjahr 2022), sowie in der des nächsten Kalenderjahres (2023). Dies betrifft folgende Qualitätsindikatoren:

- Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
- Endokarditis während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen
- Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
- Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
- Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen
- PCI innerhalb von 30 Tagen
- PCI innerhalb eines Jahres
- Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
- Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres
- Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
- Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
- Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
- Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

## Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf zwei unterschiedlichen Datenquellen sowie unterschiedlichen Datenjahren. Für die Auswertungen in diesem Bericht sind die jeweiligen Datenquellen sowie Datenjahre nachfolgend aufgeführt. Die Datengrundlage für diesen Bericht umfasst folgende Datenquellen und -jahre:

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
  - Datengrundlage nach Standort
  - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer bzw. Betriebsstättennummer
- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen Sozialdaten bei den Krankenkassen
  - Anzahl der gelieferten Datensätze durch die Krankenkassen
  - Anzahl der mit QS-Datensätzen verknüpften Sozialdatensätze

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren KCHK erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage, sowie Vollzähligkeit in den Berichten, erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Zu beachten ist, dass die dargestellte Tabelle die Sektoren darstellt, gemäß derer die Daten zur

externen Qualitätssicherung geliefert wurden. Die Auswertung der Daten findet hingegen auf Ebene der Leistungserbringung statt, d. h. es wird zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte differenziert.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	74.738	74.894	99,79
	Basisdatensatz	74.713		
	MDS	25		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		219	219	100,00
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		233		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		251		

Erfassungsjahr 2020		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	67.135	67.510	99,44
	Basisdatensatz	67.124		
	MDS	11		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		179	187	95,72
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		195		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		210		

## Übersicht über die eingegangenen Zählleistungsbereiche

Zählleistungsbereiche stellen Untermengen der Leistungsbereiche dar und sollen lediglich einen differenzierteren Soll-Ist-Abgleich für das jeweilige Modul ermöglichen. Im QS-Verfahren KCHK erfolgt die Dokumentation für die einzelnen Auswertungsmodule über einen gemeinsamen Dokumentationsbogen. Die Zählleistungsbereiche dienen hier der Zuordnung von Dokumentationsbögen zu einer definierten Teilmenge des QS-Verfahrens bspw. den kathetergestützten Aortenklappeneingriffen (unabhängig davon, ob diese isoliert oder in Kombination mit anderen herzchirurgisch dokumentierten Eingriffen wie der Koronarchirurgie erfolgen). Die inhaltliche Definition der einzelnen Zählleistungsbereiche ergibt sich aus dem QS-Filter und den zugehörigen Anwenderinformationen und ist unter „Zählleistungsbereiche“ auf der Homepage des IQTIG zum QS-Verfahren KCHK zu finden (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-kchk/>).

Im QS-Verfahren KCHK werden folgende Zählleistungsbereiche für das Erfassungsjahr 2021 unterschieden:

- Koronarchirurgische Operationen (HCH\_KC) 2021
- Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH\_MK\_CHIR) 2021
- Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH\_AK\_CHIR) 2021
- Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH\_MK\_KATH) 2021
- Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH\_AK\_KATH) 2021

Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen bei Patienten ab 18 Jahren

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	29.723	29.814	99,69
	Basisdatensatz	29.718		
	MDS	5		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		78	77	101,30
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		87		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		101		

## Übersicht über die in die Auswertung eingegangenen Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die nachfolgende Tabelle stellt die Anzahl der übermittelten Sozialdatensätze für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 auf Ebene des Leistungserbringers sowie der Sektoren dar (analog der vorherigen Tabelle).

### Verknüpfungsrates mit Sozialdaten

Erfassungsjahr 2020	Anzahl übermittelter QS-Daten	Verknüpfungsrates mit Sozialdaten
Bund (gesamt)	67.124	95,05 N = 63.799

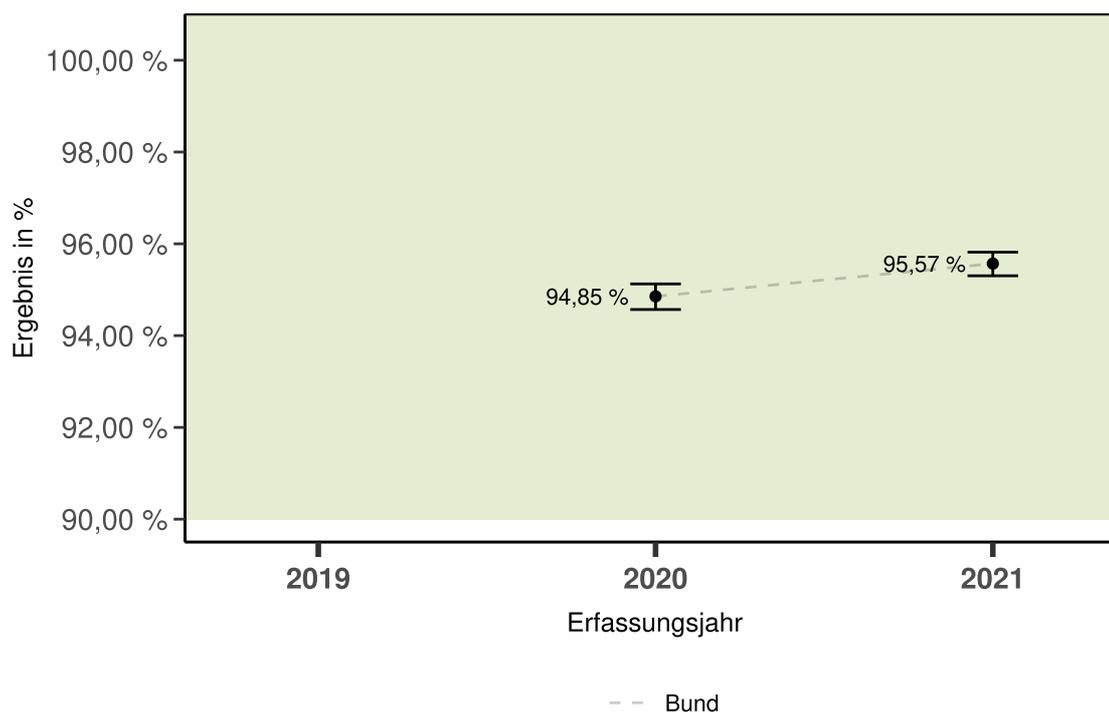
## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

### 352000: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

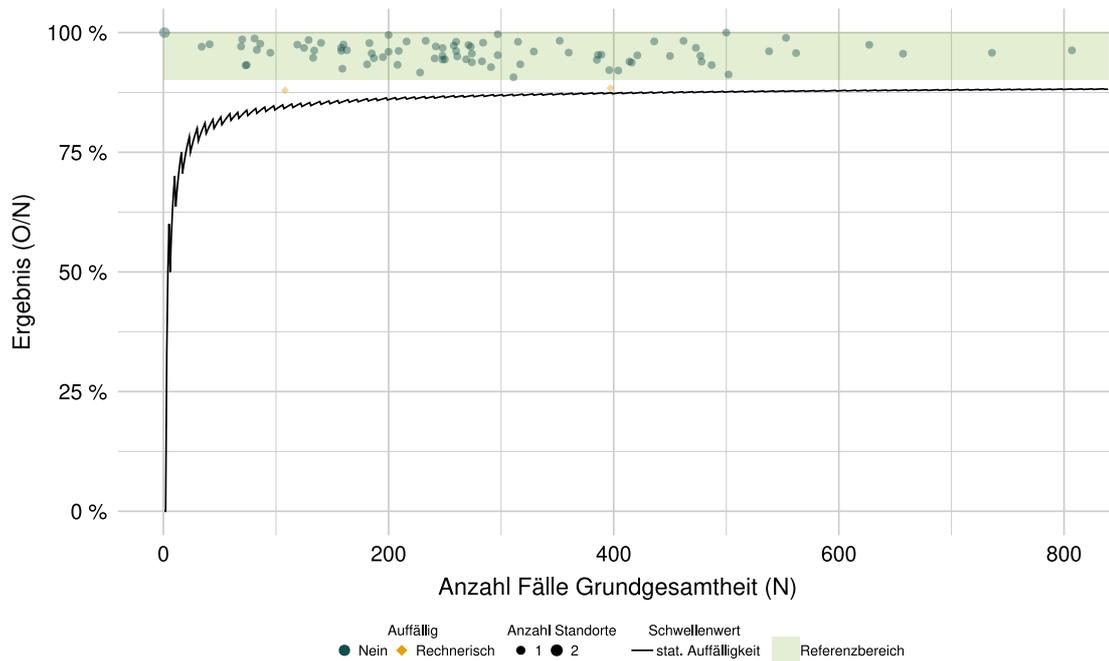
Qualitätsziel	Möglichst häufige Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
ID	352000
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden unter Verwendung mindestens eines Bypassgrafts
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: 22.932 / 24.176 2021: 23.400 / 24.485	2019: - 2020: 94,85 % 2021: 95,57 %	2019: - 2020: 94,57 % - 95,13 % 2021: 95,30 % - 95,82 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden unter Verwendung mindestens eines Bypassgrafts	95,57 % 23.400/24.485
1.1.1	Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich	96,72 % 19.673/20.340

## Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

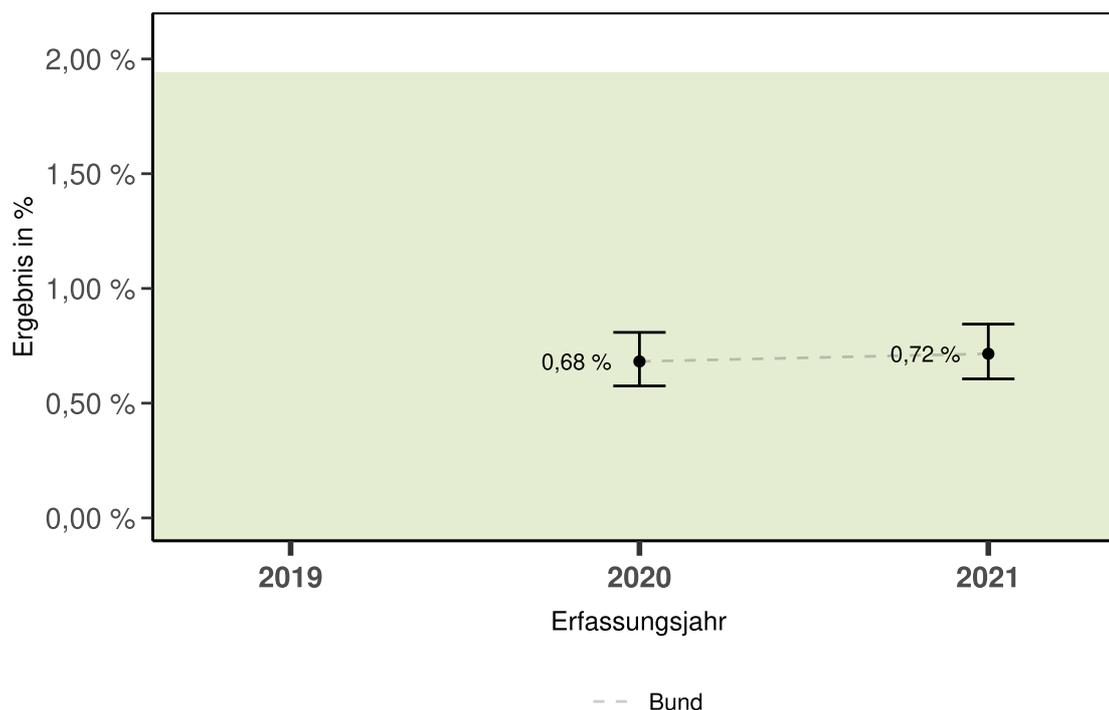
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
---------------	------------------------------------------------

### 352010: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

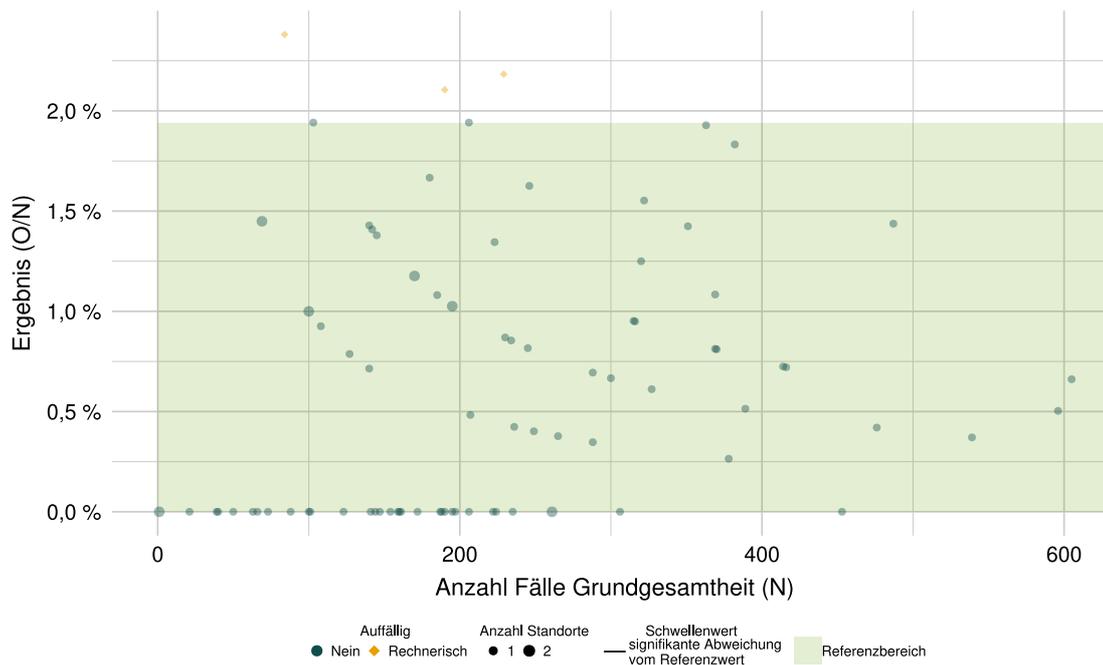
ID	352010
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin $\geq 3$ )
Referenzbereich	$\leq 1,94$ % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

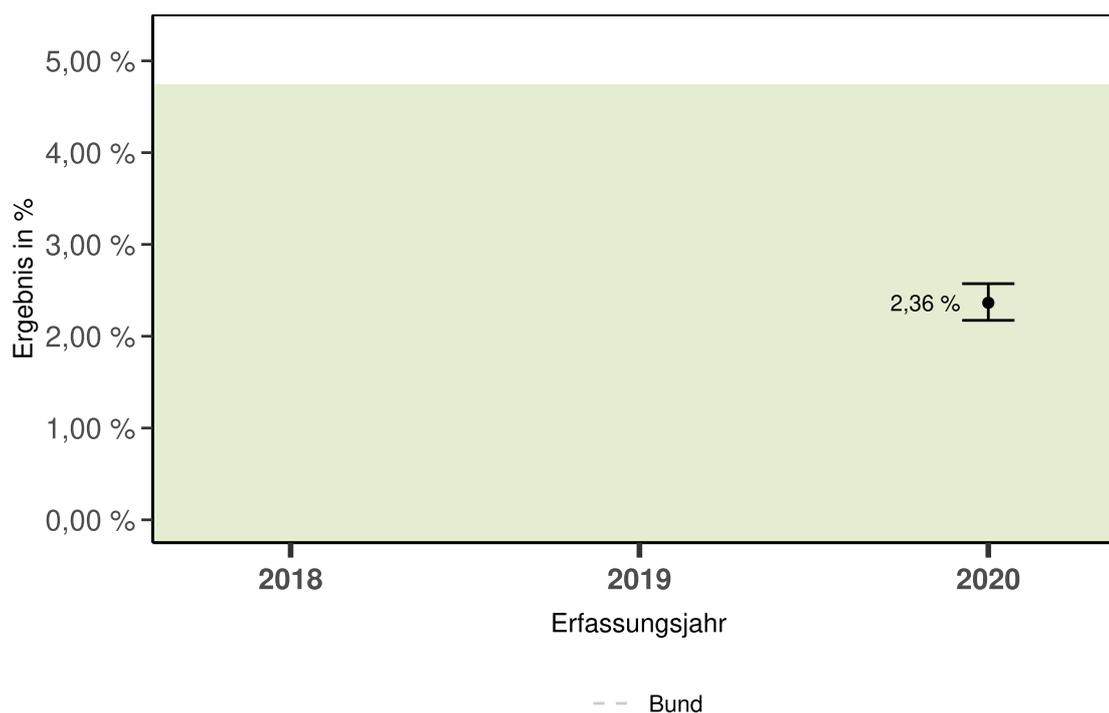
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: 131 / 19.210 2021: 138 / 19.291	2019: - 2020: 0,68 % 2021: 0,72 %	2019: - 2020: 0,58 % - 0,81 % 2021: 0,61 % - 0,84 %

## 352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

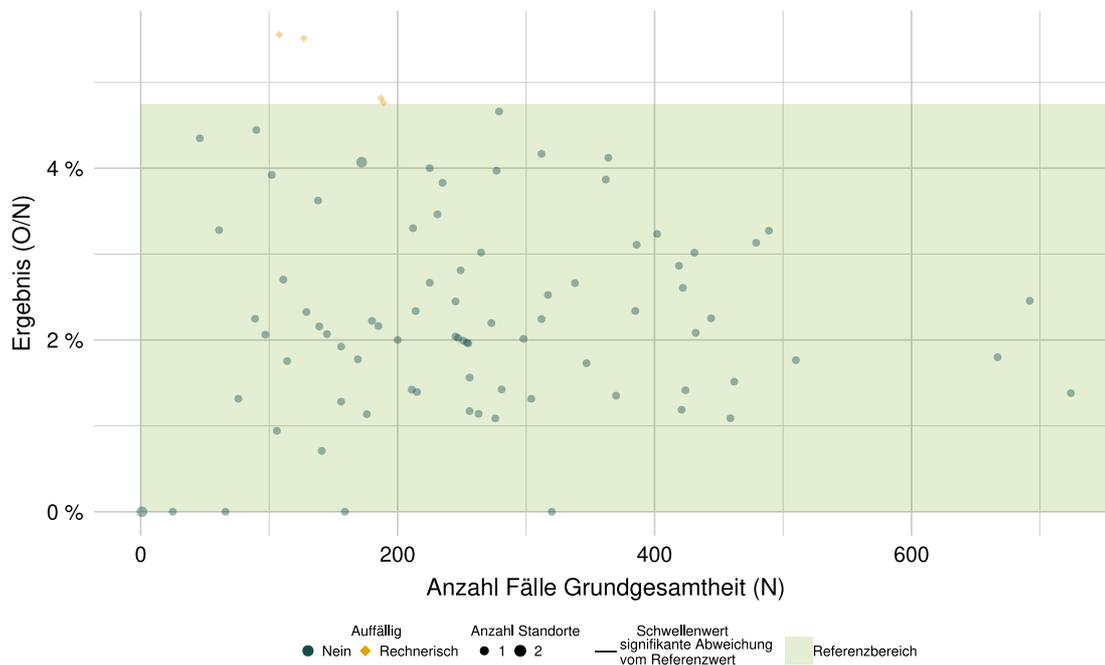
ID	352001
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Zähler	Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin $\geq 3$ ) oder mit Schlaganfalldiagnose beim stationärem Aufenthalt oder bei erneuter stationärer Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff bzw. mit neurologischer Komplexbehandlung eines akuten Schlaganfalls bis 30 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	$\leq 4,74$ % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 526 / 22.245	2018: - 2019: - 2020: 2,36 %	2018: - 2019: - 2020: 2,17 % - 2,57 %

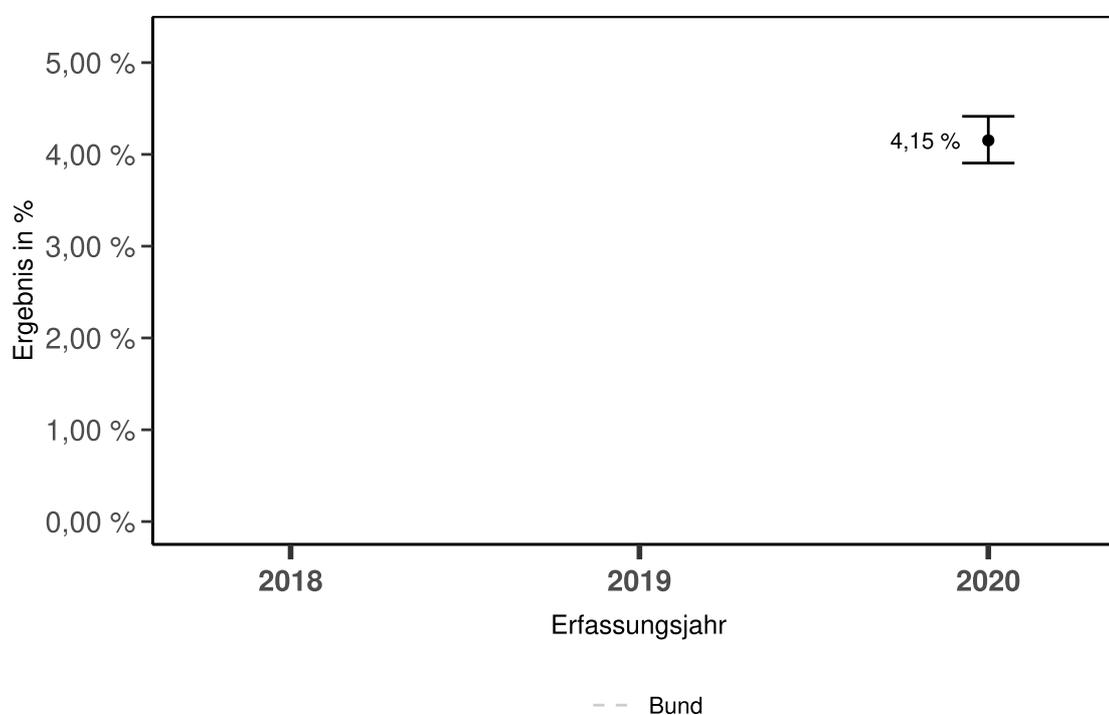
## 352002: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

ID	352002
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne präoperative Mediastinitis und Wundinfektion des Thorax
Zähler	Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung einer postoperativen tiefen Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Referenzbereich	Nicht definiert
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

---

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 979 / 23.577	2018: - 2019: - 2020: 4,15 %	2018: - 2019: - 2020: 3,91 % - 4,41 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	Neurologische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	1,05 % 258/24.592
2.1.1	<b>Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich und ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Rankin 0)</b>	0,72 % 138/19.291
2.1.1.1	Zusätzlich zum Nenner: Alter $\geq$ 70 Jahre	0,98 % 77/7.860
2.1.1.2	Zusätzlich zum Nenner: Schlechte LVEF ( $\leq$ 30 %)¹	1,64 % 21/1.284
2.1.1.3	Zusätzlich zum Nenner: ACI-Stenose	1,00 % 22/2.208

¹ Linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	2,36 % 526/22.245

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	4,15 % 979/23.577

## Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

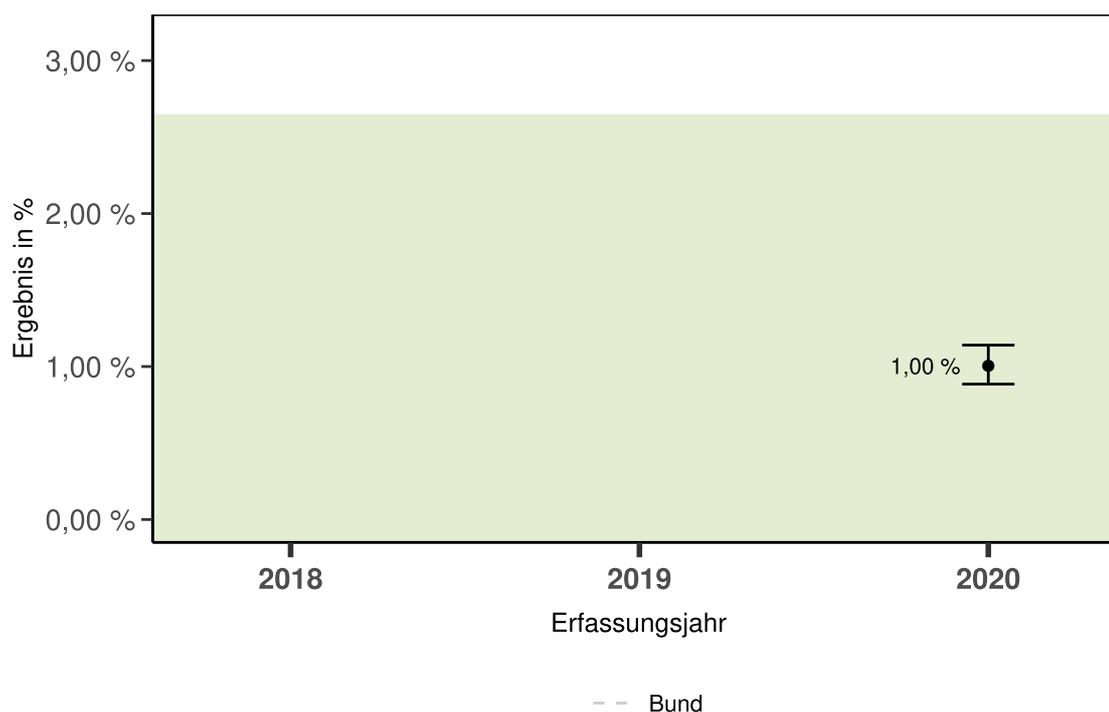
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
---------------	------------------------------------------------------

### 352003: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen

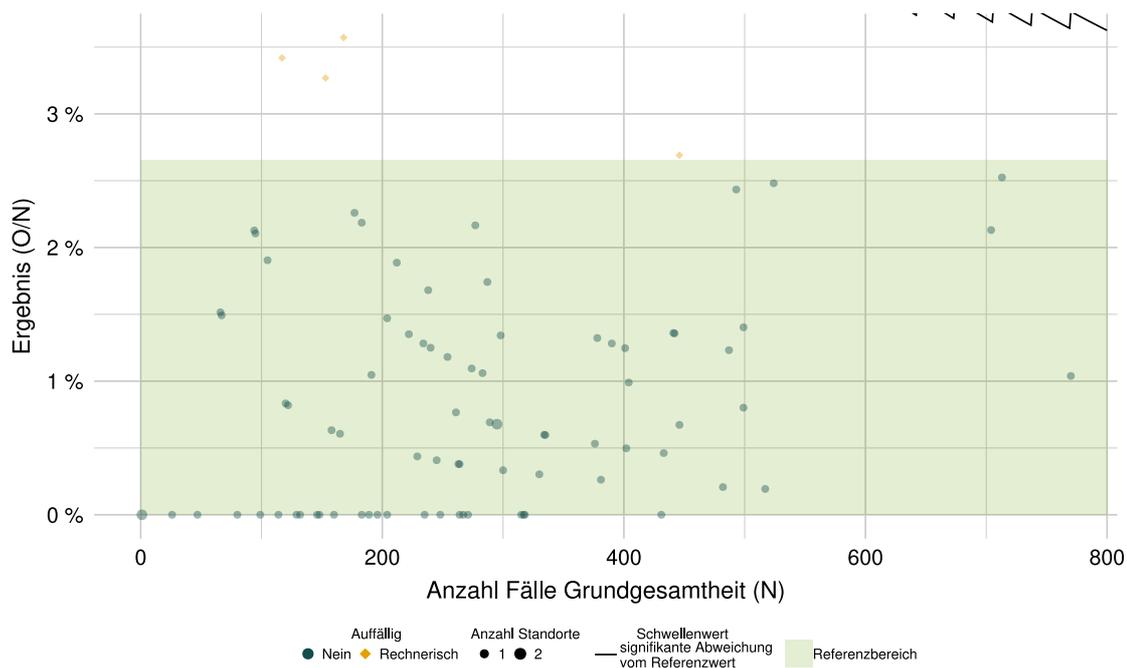
ID	352003
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 2,65 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

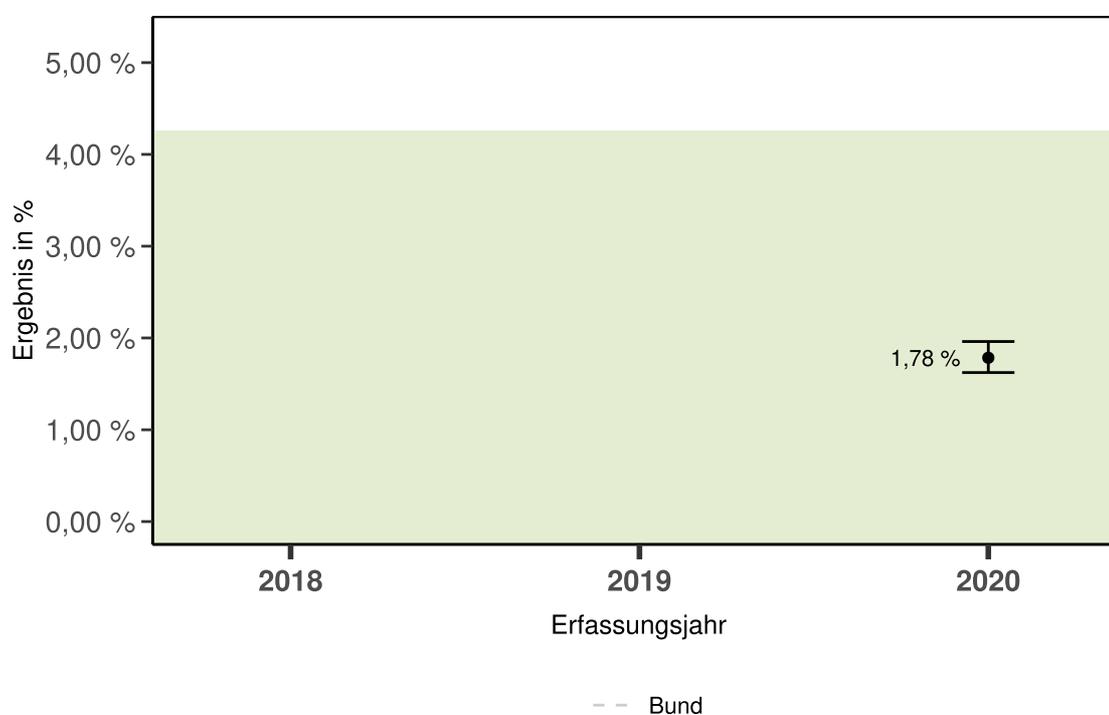
EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 237 / 23.593	2018: - 2019: - 2020: 1,00 %	2018: - 2019: - 2020: 0,89 % - 1,14 %

### 352004: PCI innerhalb von 30 Tagen

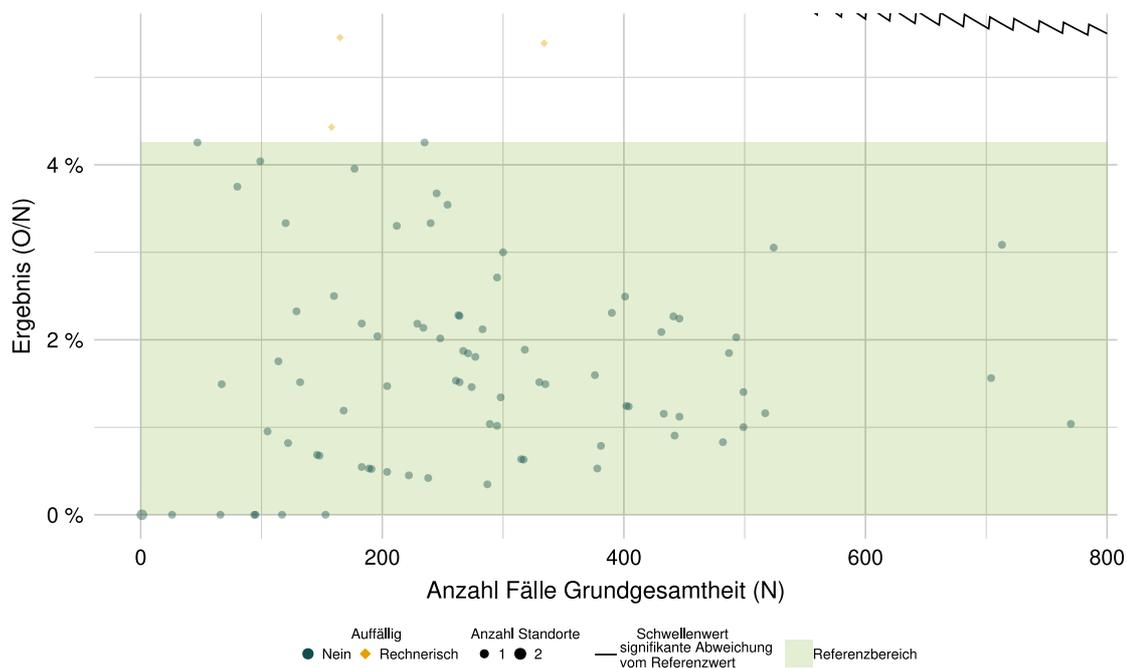
ID	352004
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihren ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 4,26 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 421 / 23.593	2018: - 2019: - 2020: 1,78 %	2018: - 2019: - 2020: 1,62 % - 1,96 %

## Gruppe: Sterblichkeit

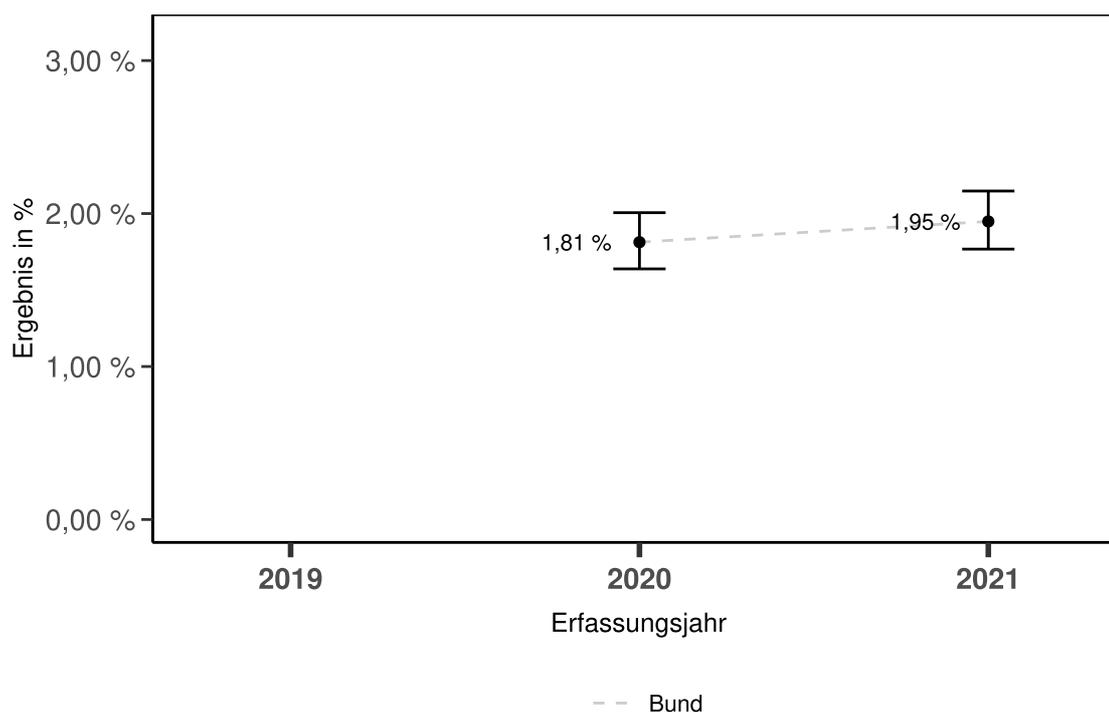
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
---------------	-----------------------------

### 352006: Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

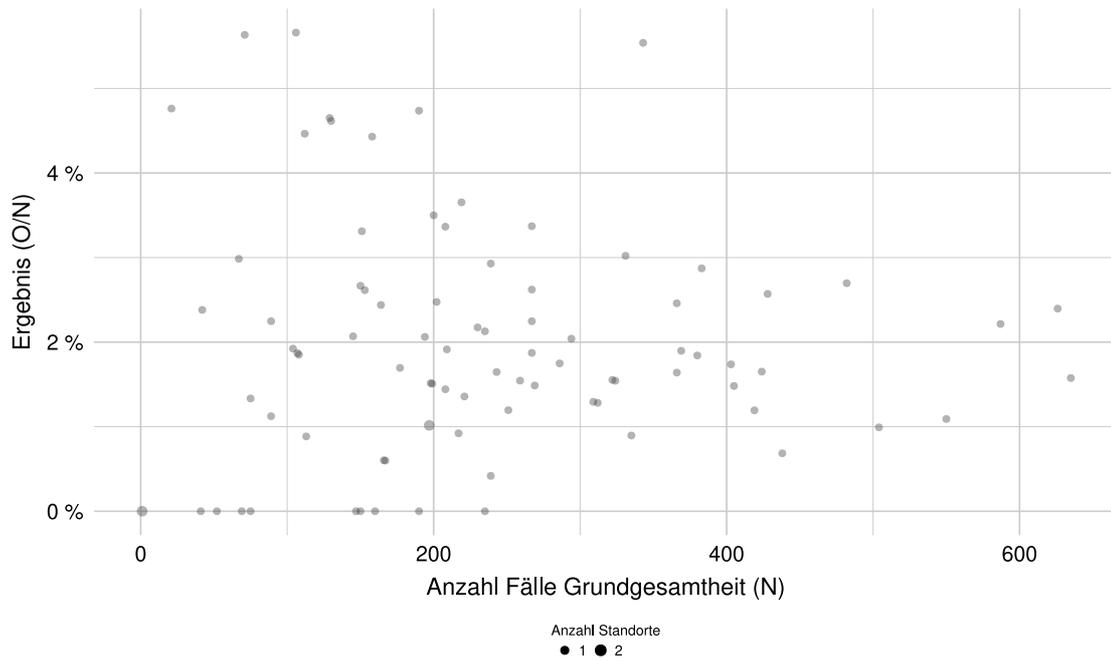
ID	352006
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden mit OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
Datenquellen	QS-Daten

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

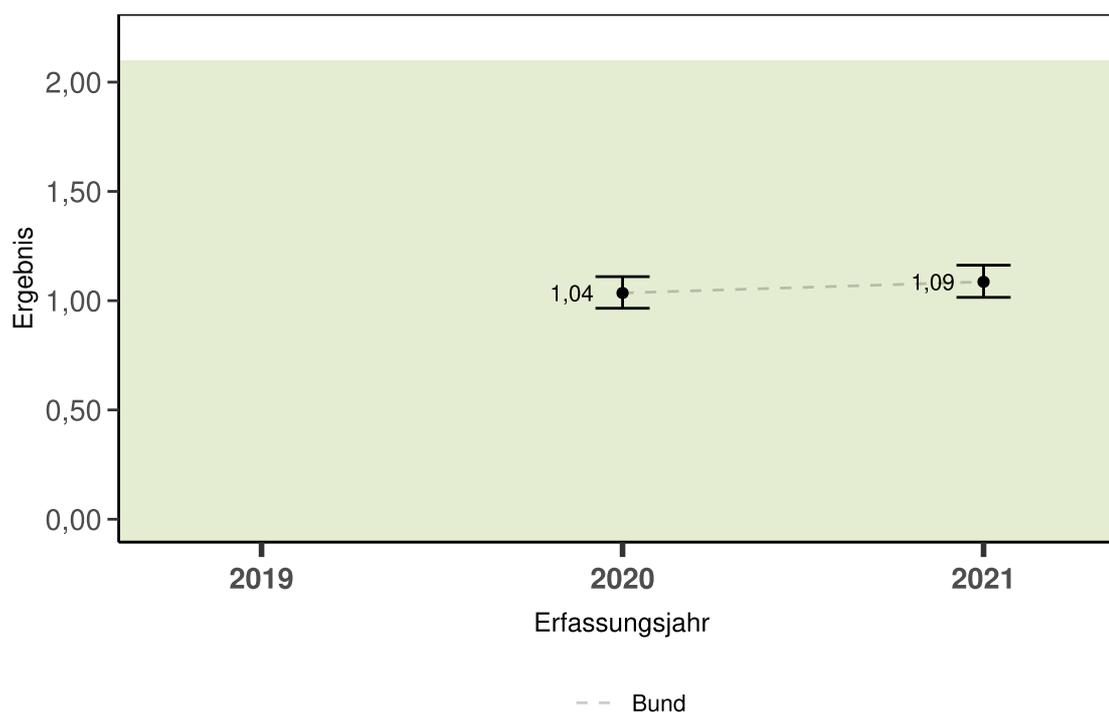
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2019: - / - 2020: 368 / 20.300 2021: 398 / 20.428	2019: - 2020: 1,81 % 2021: 1,95 %	2019: - 2020: 1,64 % - 2,01 % 2021: 1,77 % - 2,15 %

### 352007: Sterblichkeit im Krankenhaus

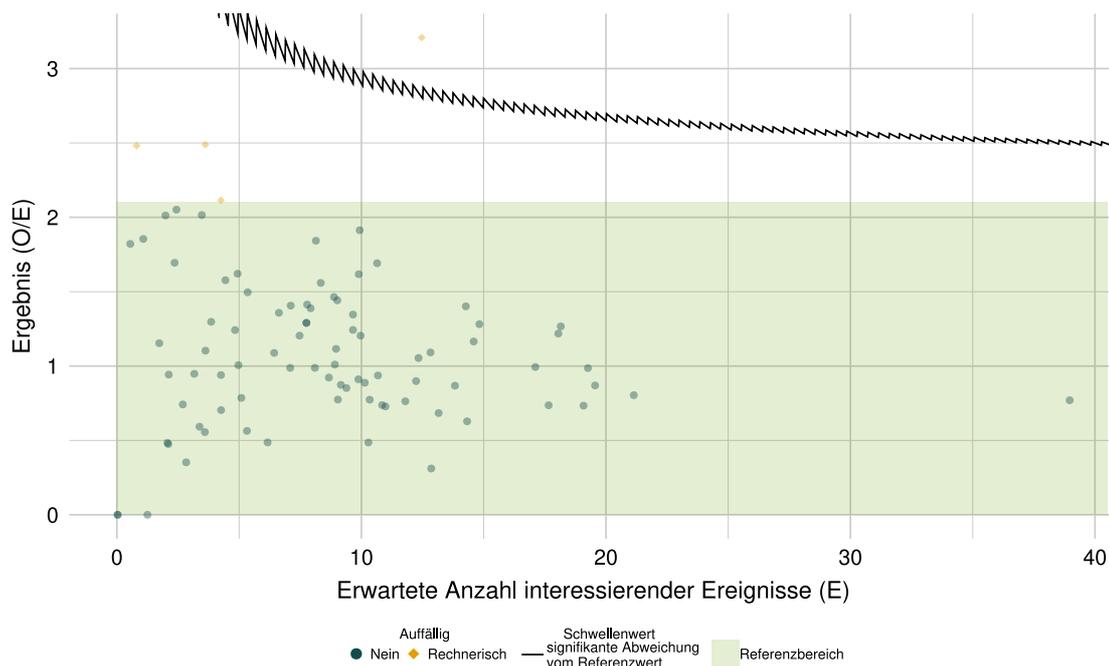
ID	352007
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden
Zähler	Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
E (expected)	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KCH-Score
Referenzbereich	≤ 2,10 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

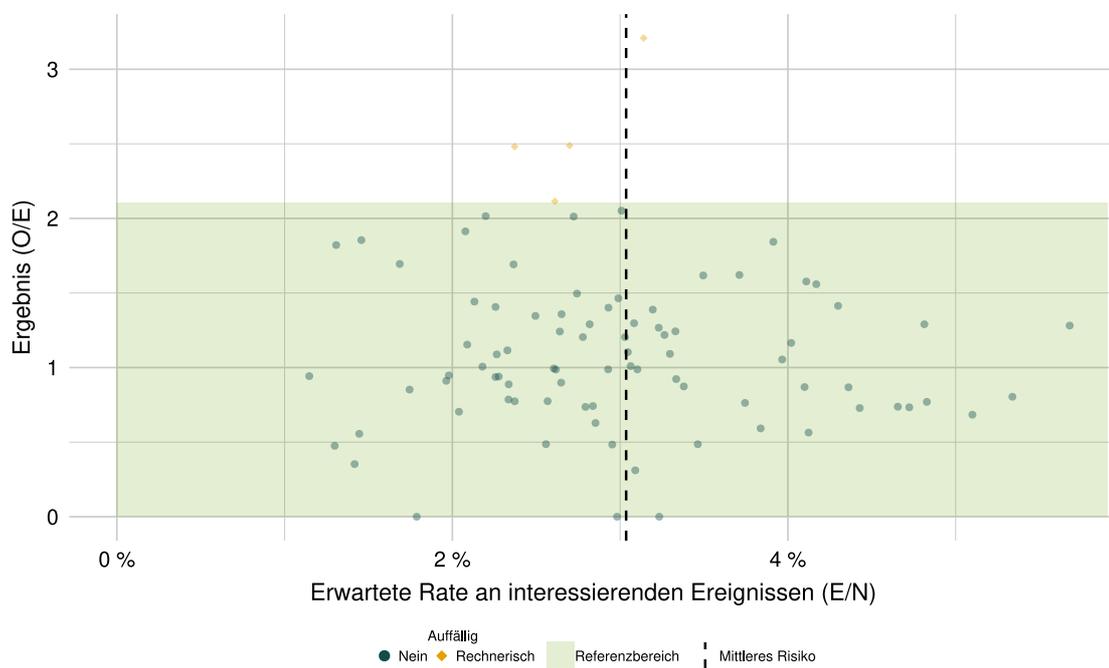
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Indikatoregebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer**



**Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer**



### Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
<b>Bund</b>	2019: - 2020: 24.256 <b>2021: 24.592</b>	2019: - / - 2020: 763 / 737,10 <b>2021: 811 / 746,58</b>	2019: - 2020: 1,04 <b>2021: 1,09</b>	2019: - 2020: 0,97 - 1,11 <b>2021: 1,02 - 1,16</b>

\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

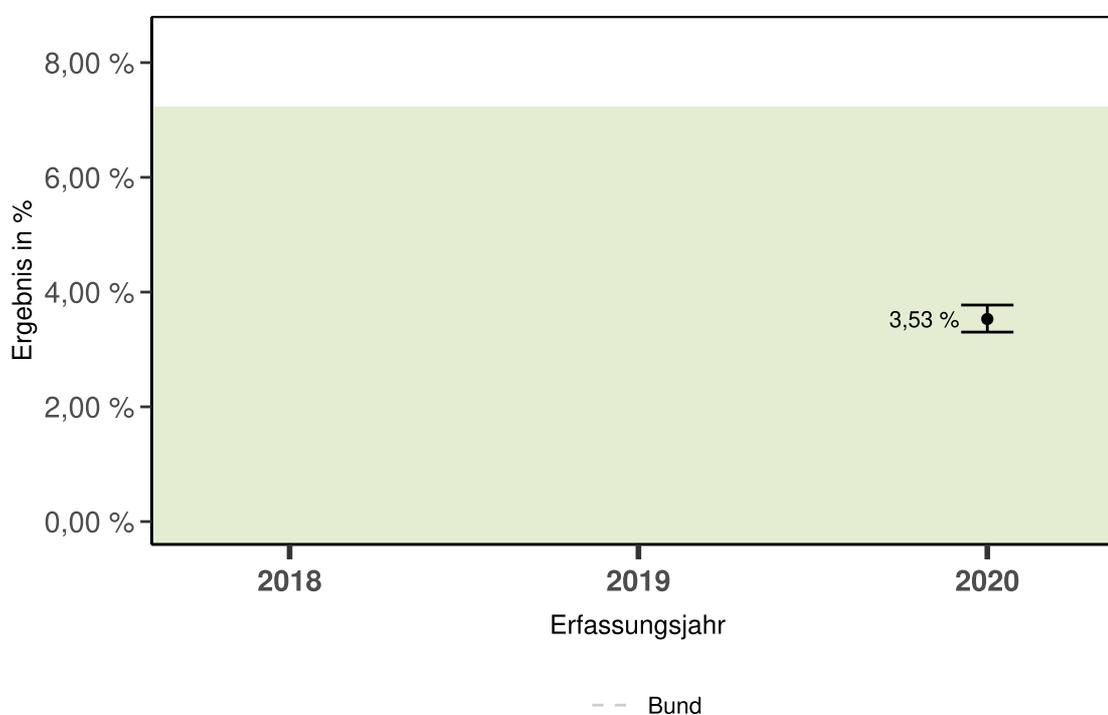
## 352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

ID	352008
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind
Referenzbereich	≤ 7,22 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

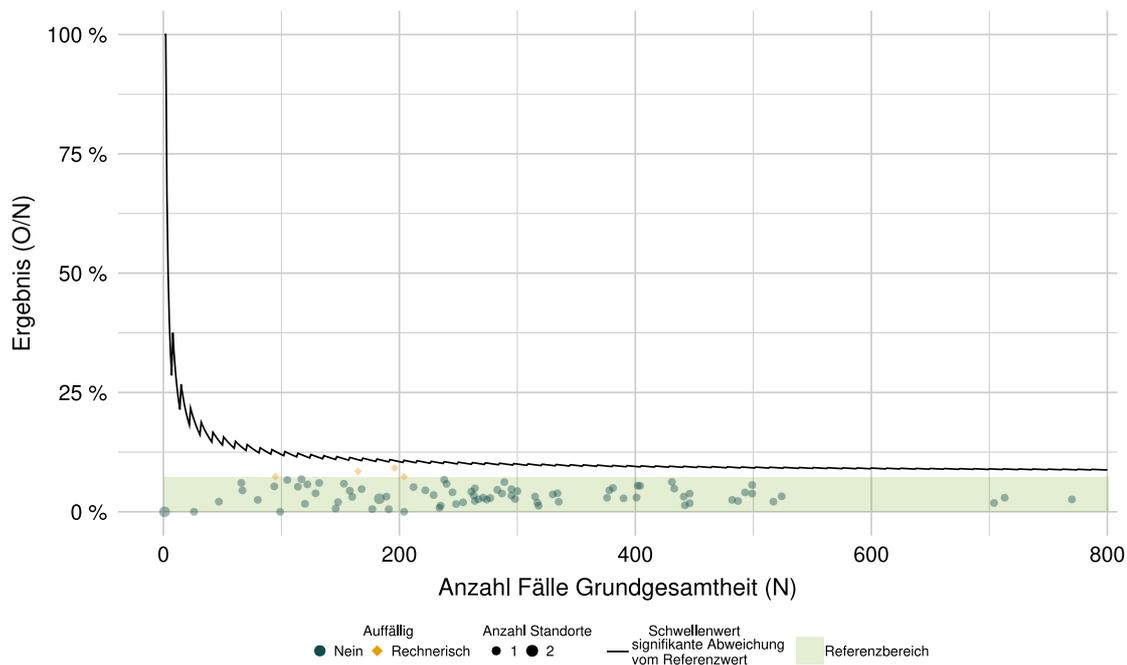
---

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 833 / 23.593	2018: - 2019: - 2020: 3,53 %	2018: - 2019: - 2020: 3,30 % - 3,77 %

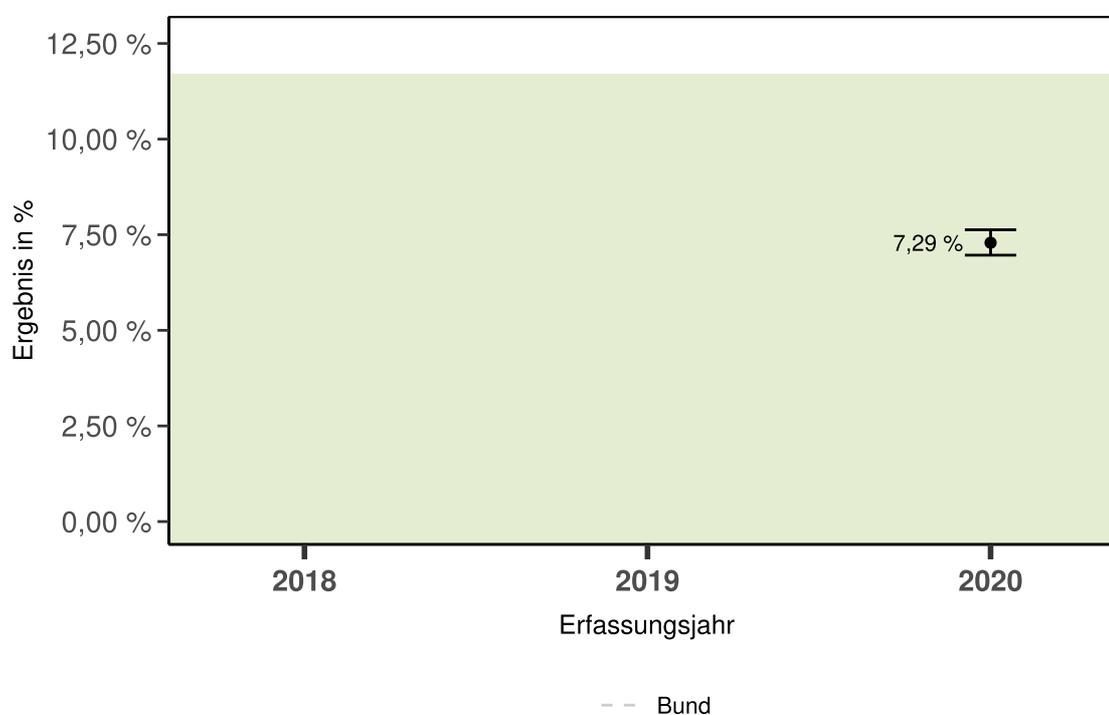
### 352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

ID	352009
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Zähler	Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind
Referenzbereich	≤ 11,69 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten und Sozialdaten

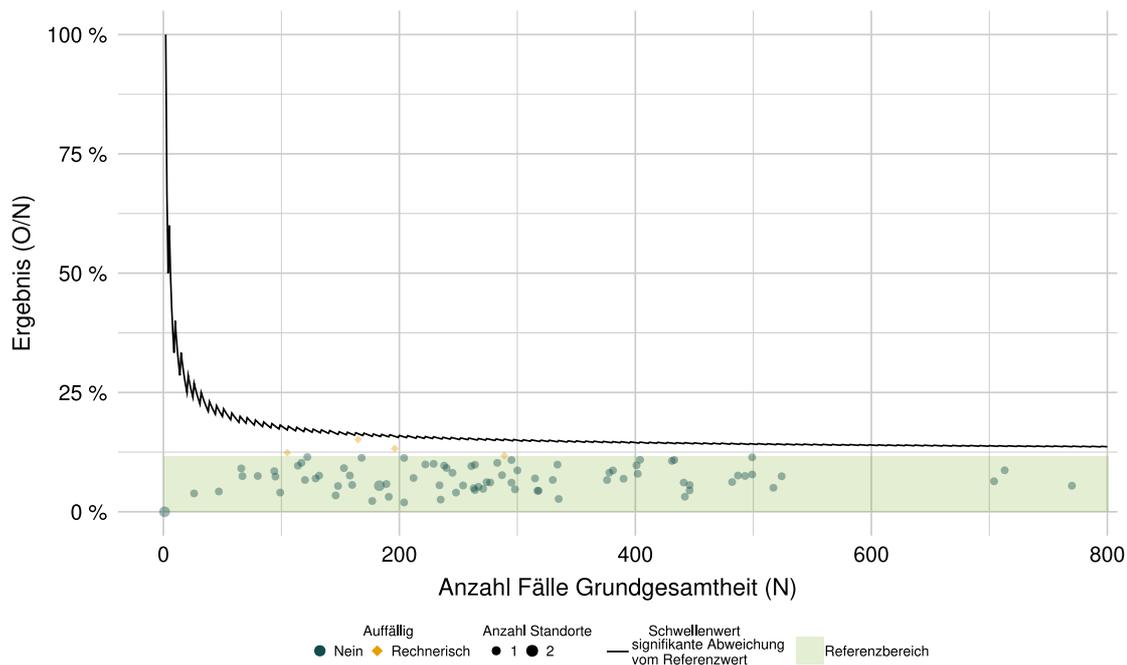
---

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2020	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Bund</b>	2018: - / - 2019: - / - 2020: 1.720 / 23.593	2018: - 2019: - 2020: 7,29 %	2018: - 2019: - 2020: 6,97 % - 7,63 %

## Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Alle verstorbenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	3,30 % 811/24.592
4.1.1	<b>Zusätzlich zum Nenner: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich</b>	1,95 % 398/20.428
4.1.2	Zusätzlich zum Nenner: Notfall-OP oder Notfall-OP bei Reanimation	9,92 % 413/4.164

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Risikoadjustierung nach logistischem KCH-Score	
4.2.1	Beobachtete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
4.2.1.1	Risikoklasse 0 - < 3 %	1,19 % 221/18.597
4.2.1.2	Risikoklasse 3 - < 6 %	4,68 % 151/3.229
4.2.1.3	Risikoklasse 6 - < 10 %	10,08 % 131/1.299
4.2.1.4	Risikoklasse $\geq$ 10 %	21,00 % 308/1.467
4.2.1.5	Summe KCH-Score Risikoklassen	3,30 % 811/24.592
4.2.2	Erwartete Sterblichkeit im Krankenhaus in KCH-Score Risikoklassen	
4.2.2.1	Risikoklasse 0 - < 3 %	1,19 % 221,13/18.597
4.2.2.2	Risikoklasse 3 - < 6 %	4,16 % 134,40/3.229
4.2.2.3	Risikoklasse 6 - < 10 %	7,69 % 99,94/1.299
4.2.2.4	Risikoklasse $\geq$ 10 %	19,84 % 291,11/1.467
4.2.2.5	Summe KCH-Score Risikoklassen	3,04 % 746,58/24.592
4.2.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression <sup>2</sup>	
4.2.3.1	O/N (observed, beobachtet)	3,30 % 811/24.592

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2.3.2	E/N (expected, erwartet)	3,04 % 746,58/24.592
4.2.3.3	<b>O/E</b>	1,09

<sup>2</sup> nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	<b>Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen</b>	3,53 % 833/23.593

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	<b>Sterblichkeit innerhalb eines Jahres</b>	7,29 % 1.720/23.593

## Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

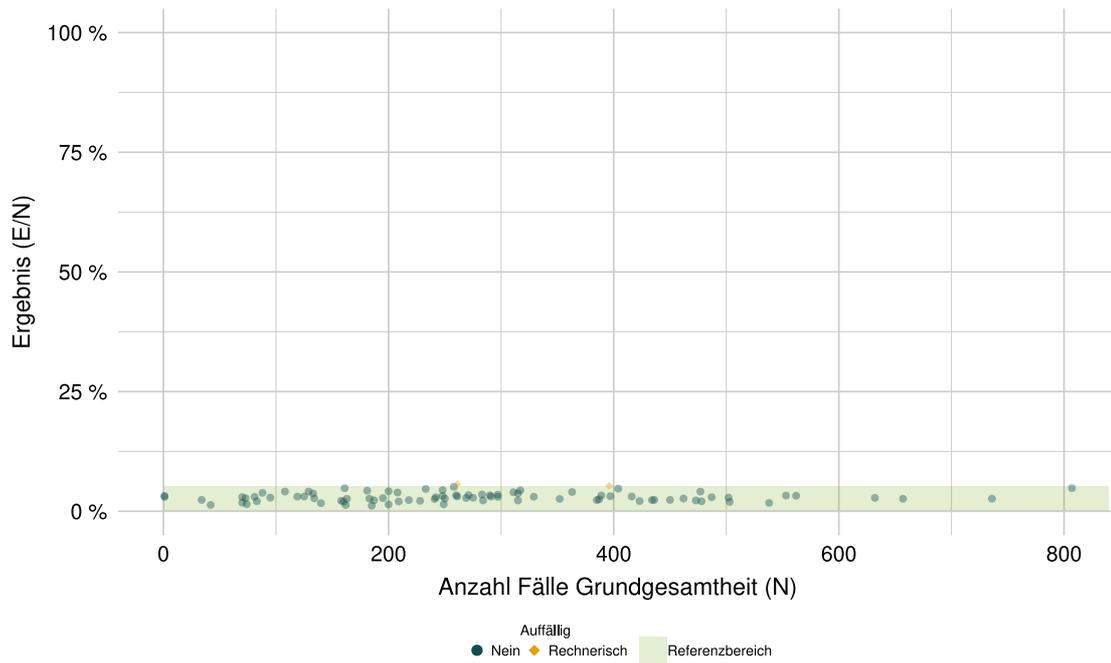
### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

#### 850373: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

ID	850373
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> Die Dokumentation von patientenbezogenen Risikofaktoren hat unmittelbare Auswirkungen auf die nach dem logistischen KCH-SCORE risikoadjustierte Sterblichkeitsrate eines Krankenhauses. <b>Hypothese</b> Eine systematische Überberichtung von Risikofaktoren führt zu einer falsch niedrigen risikoadjustierten Sterblichkeitsrate eines Krankenhauses. Im Sinne eines fairen Qualitätsvergleichs ist eine externe Validierung dieser Angaben angebracht.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	352007: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert koronarchirurgisch operiert wurden
Zähler	Erwartete Todesfälle nach logistischem KCH-Score
Referenzbereich	≤ 5,20 % (97. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

---

**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

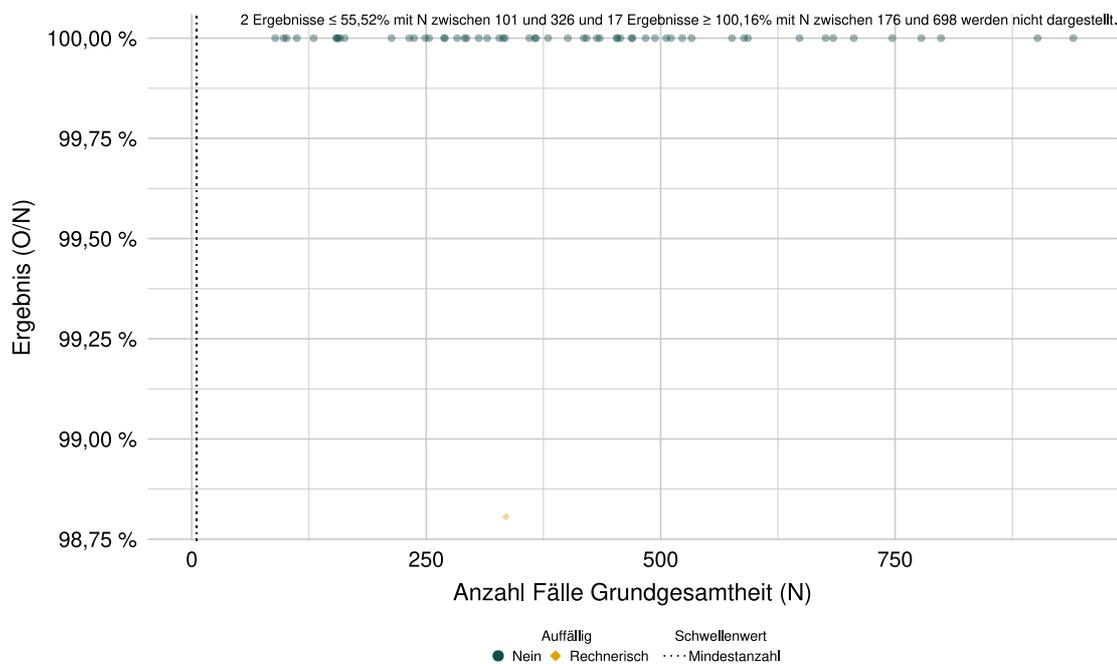
EJ 2021	Ergebnis E/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	746,58 / 24.592,00	3,04 %	2,30 % 2/87

## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	852111
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>                  Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≥ 100,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



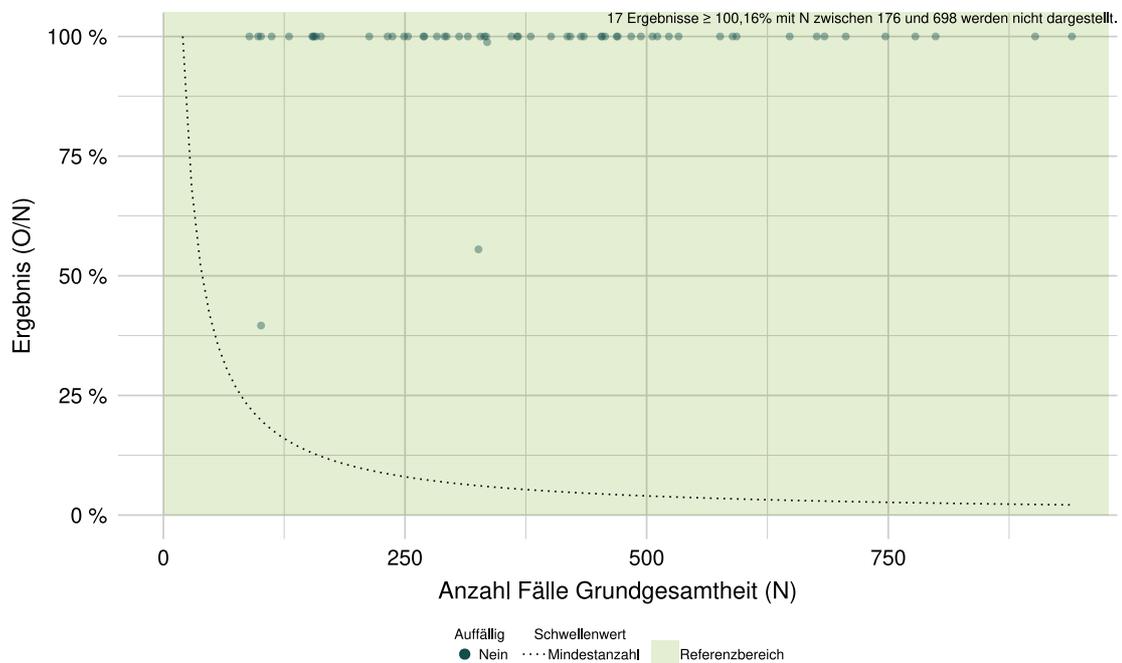
### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
<b>Bund</b>	29.723 / 29.814	99,69 %	3,90 % 3/77

## 852112: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	852112
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b>                  Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
<b>Bund</b>	29.723 / 29.814	99,69 %	2,60 % 2/77

## Basisauswertung

### Allgemeine Daten (Patienten-/ Eingriffsbezogen)

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Allgemeine Daten zu Patienten</b>		
Alle Patienten mit mindestens einer herzchirurgischen Operation	74.713	100,00
Anzahl Patienten, die mindestens einmal isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	24.634	32,97

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Allgemeine Daten zu Operationen</b>		
Anzahl herzchirurgischer Operationen	75.164	100,00
Isolierte Koronarchirurgie	24.730	32,90
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	5.793	7,71
Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	23.122	30,76
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	6.138	8,17
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	7.306	9,72
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	5.126	6,82
Kombinierte Herzklappenchirurgie	2.878	3,83
Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe	71	0,09

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Aufnahmequartal</b>		
1. Quartal	6.184	25,10
2. Quartal	6.081	24,69
3. Quartal	6.550	26,59
4. Quartal	5.819	23,62

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Entlassungsquartal</b>		
1. Quartal	5.787	23,49
2. Quartal	6.115	24,82
3. Quartal	6.535	26,53
4. Quartal	6.197	25,16

### Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Verweildauer im Krankenhaus</b>		
≤ 7 Tage	3.266	13,26
8 - 14 Tage	14.945	60,67
15 - 21 Tage	3.776	15,33
22 - 28 Tage	1.218	4,94
> 28 Tage	1.429	5,80

Bund (gesamt)	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)<sup>3</sup></b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	24.634
5. Perzentil	0,00
Mittelwert	2,74
Median	1,00
95. Perzentil	9,00

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)<sup>4</sup></b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	24.634
5. Perzentil	5,00
Mittelwert	10,82
Median	8,00
95. Perzentil	24,00
<b>Gesamtverweildauer (Tage)<sup>5</sup></b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	24.634
5. Perzentil	6,00
Mittelwert	13,55
Median	11,00
95. Perzentil	30,00

<sup>3</sup> Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts

<sup>4</sup> Dargestellt wird der Abstand zur ersten isolierten koronarchirurgischen Operation während des stationären Aufenthalts

<sup>5</sup> Die Gesamtverweildauer berechnet sich aus der Differenz zwischen Entlassungsdatum und Aufnahme datum

## Patient

	<b>Bund (gesamt)</b>	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Patientenalter am Aufnahmetag</b>		
≤ 49 Jahre	1.025	4,16
50 – 59 Jahre	4.638	18,83
60 – 64 Jahre	4.225	17,15
65 – 69 Jahre	4.623	18,77
70 – 74 Jahre	4.364	17,72
75 – 79 Jahre	3.300	13,40
80 – 89 Jahre	2.450	9,95
≥ 90 Jahre	9	0,04

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten	24.634
5. Perzentil	50,00
25. Perzentil	60,00
Mittelwert	66,77
Median	67,00
75. Perzentil	74,00
95. Perzentil	81,00

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Geschlecht</b>		
(1) männlich	19.850	80,58
(2) weiblich	4.784	19,42
(3) divers	0	0,00
(8) unbestimmt	0	0,00

### Body Mass Index (BMI)

<b>Bund (gesamt)</b>		
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und Angaben zu Körpergröße von <math>\geq 50</math> cm bis <math>\leq 250</math> cm und Körpergewicht von <math>\geq 30</math> kg bis <math>\leq 230</math> kg</b>	<b>N = 24.331</b>	
<b>BMI bei Aufnahme</b>		
Untergewicht ( $< 18,5$ )	106	0,44
Normalgewicht ( $\geq 18,5 - < 25$ )	5.612	23,07
Übergewicht ( $\geq 25 - < 30$ )	10.432	42,88
Adipositas ( $\geq 30$ )	8.181	33,62

## Anamnese / präoperative Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)</b>		
(I) Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit	2.439	9,90
(II) Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	8.599	34,91
(III) Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung	11.363	46,13
(IV) Beschwerden in Ruhe	2.233	9,06
<b>medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)</b>		
(0) nein	8.739	35,48
(1) ja	15.895	64,52
<b>davon:<sup>6</sup></b>		
Betablocker	11.930	75,06
AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer	11.873	74,70
Diuretika	5.903	37,14
Aldosteronantagonisten	1.578	9,93
andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz	3.638	22,89
<b>Angina Pectoris</b>		
(0) nein	4.442	18,03
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	1.279	5,19
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	6.568	26,66
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	8.781	35,65
(4) CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	3.564	14,47
<b>klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI</b>		
(0) nein	13.469	54,68
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	4.950	20,09
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	3.173	12,88
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück	815	3,31
(4) ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück	2.141	8,69
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	77	0,31
(9) unbekannt	9	0,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>kardiogener Schock / Dekompensation</b>		
(0) nein	21.916	88,97
(1) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden	1.328	5,39
(2) ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage	940	3,82
(3) ja, letzte(r) länger als 21 Tage zurück	443	1,80
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	6	0,02
(9) unbekannt	≤3	x
<b>Reanimation</b>		
(0) nein	23.908	97,05
(1) ja, letzte innerhalb der letzten 48 Stunden	398	1,62
(2) ja, letzte innerhalb der letzten 21 Tage	143	0,58
(3) ja, letzte länger als 21 Tage zurück	183	0,74
(8) ja, letzter Zeitpunkt unbekannt	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

<sup>6</sup> Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)
<b>systolischer Pulmonalarteriendruck (mmHg)</b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 999	4.992
5. Perzentil	15,00
Mittelwert	31,53
Median	29,00
95. Perzentil	55,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt oder dokumentierter Wert 0</b>		
(1) ja (systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt)	19.585	79,50
dokumentierter Wert 0	54	0,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Herzrhythmus</b>		
(1) Sinusrhythmus	22.468	91,21
(2) Vorhofflimmern	1.751	7,11
(9) anderer Rhythmus	415	1,68
<b>Vorhofflimmern anamnestisch bekannt</b>		
(0) nein	21.654	87,90
(1) paroxysmal	2.086	8,47
(2) persistierend	505	2,05
(3) permanent	389	1,58
<b>Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator vor OP</b>		
(0) nein	24.008	97,46
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	446	1,81
(2) Schrittmacher mit CRT-System	34	0,14
(3) Defibrillator ohne CRT-System	116	0,47
(4) Defibrillator mit CRT-System	30	0,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation<sup>7</sup></b>		
(1) normaler, gesunder Patient	162	0,66
(2) Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	1.917	7,78
(3) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung	15.495	62,90
(4) Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt	6.784	27,54
(5) moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	276	1,12

<sup>7</sup> Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

### Kardiale Befunde

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>LVEF</b>		
< 15%	81	0,33
15 - 30%	1.988	8,07
31 - 50%	8.013	32,53
> 50%	12.018	48,79
LVEF unbekannt	2.534	10,29
dokumentierter Wert 0	≤3	x

Bund (gesamt)	
<b>LVEF (%)</b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation und mit Angabe von Werten > 0 und < 100	22.097
5. Perzentil	26,00
Mittelwert	50,77
Median	55,00
95. Perzentil	66,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Befund der koronaren Bildgebung</b>		
(0) keine KHK	163	0,66
(1) 1-Gefäßerkrankung	646	2,62
(2) 2-Gefäßerkrankung	3.271	13,28
(3) 3-Gefäßerkrankung	20.554	83,44
<b>davon (Befund der koronaren Bildgebung = 1, 2 oder 3): Revaskularisation indiziert</b>		
(0) nein	535	2,19
(1) ja, operativ	23.886	97,61
(2) ja, interventionell	50	0,20
<b>Hauptstammstenose</b>		
(0) nein	15.053	61,11
(1) ja, gleich oder größer 50%	9.580	38,89

#### Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Durchführung eines interventionellen Koronareingriffes (PCI) in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt</b>		
(0) nein	21.847	88,69
(1) ja	2.787	11,31

**Vorausgegangene(r) Koronareingriff(e)**

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Anzahl der Vor-OPs an Herz/Aorta</b>		
(0) keine	24.083	97,76
(1) eine	457	1,86
(2) zwei	46	0,19
(3) drei	20	0,08
(4) vier	13	0,05
(5) fünf oder mehr	14	0,06
(8) genaue Anzahl unbekannt (aber mindestens eine)	≤3	x
(9) unbekannt	0	0,00

## Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>akute Infektionen<sup>8</sup></b>		
(0) keine	23.971	97,31
(1) Mediastinitis	13	0,05
(2) Sepsis	24	0,10
(3) broncho-pulmonale Infektion	225	0,91
(4) oto-laryngologische Infektion	6	0,02
(5) floride Endokarditis	9	0,04
(6) Peritonitis	≤3	x
(7) Wundinfektion Thorax	7	0,03
(8) Pleuraempym	≤3	x
(9) Venenkatheterinfektion	6	0,02
(10) Harnwegsinfektion	92	0,37
(11) Wundinfektion untere Extremitäten	44	0,18
(12) HIV-Infektion	32	0,13
(13) Hepatitis B oder C	73	0,30
(18) andere Wundinfektion	23	0,09
(88) sonstige Infektion	150	0,61
<b>Diabetes mellitus</b>		
(0) nein	15.005	60,91
(1) ja, diätetisch behandelt	1.067	4,33
(2) ja, orale Medikation	4.661	18,92
(3) ja, mit Insulin behandelt	3.523	14,30
(4) ja, unbehandelt	150	0,61
(9) unbekannt	228	0,93

## Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>arterielle Gefäßerkrankung</b>		
(0) nein	18.603	75,52
(1) ja	5.815	23,61
<b>davon:<sup>9</sup></b>		
periphere AVK	3.125	53,74
Arteria Carotis	2.792	48,01
Aortenaneurysma	539	9,27
sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	1.147	19,72
(9) unbekannt	216	0,88
<b>Lungenerkrankung(en)</b>		
(0) nein	20.696	84,01
(1) ja, COPD mit Dauermedikation	1.456	5,91
(2) ja, COPD ohne Dauermedikation	1.116	4,53
(8) ja, andere Lungenerkrankungen	1.241	5,04
(9) unbekannt	125	0,51

## Weitere Begleiterkrankungen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>neurologische Erkrankung(en)</b>		
(0) nein	22.052	89,52
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	1.556	6,32
(2) ja, ZNS, andere	433	1,76
(3) ja, peripher	428	1,74
(4) ja, Kombination	35	0,14
<b>davon: Schweregrad der Behinderung bei neurologischen Erkrankungen = (1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) oder (4) ja, Kombination</b>		
(0) Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	762	47,89
(1) Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	360	22,63
(2) Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	322	20,24
(3) Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	124	7,79
(4) Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	15	0,94
(5) Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	7	0,44
(9) unbekannt	130	0,53
<b>präoperative Nierenersatztherapie</b>		
(0) nein	24.163	98,09
(1) akut	87	0,35
(2) chronisch	384	1,56

<sup>8</sup> Mehrfachnennung möglich

<sup>9</sup> Mehrfachnennung möglich

<b>Bund (gesamt)</b>	
<b>präoperativer Kreatininwert i.S. (mg/dl)<sup>10</sup></b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0,0 und < 99,0	24.162
5. Perzentil	0,63
Mittelwert	1,04
Median	1,00
95. Perzentil	1,65
<b>präoperativer Kreatininwert i.S. (µmol/l)<sup>11</sup></b>	
Anzahl Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation ohne präoperative Nierenersatztherapie und mit Angabe von Werten > 0 und < 9.000	24.162
5. Perzentil	56,00
Mittelwert	92,00
Median	88,40
95. Perzentil	146,00

<sup>10</sup> (letzter Wert vor OP)

<sup>11</sup> (letzter Wert vor OP)

## Operation / Prozedur

### OP-Basisdaten

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>Operation<sup>12</sup></b>		
(5-361.* ) Anlegen eines aortokoronaren Bypass	19.022	76,92
(5-361.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Arterien	17.877	72,29
(5-361.*7 oder 5-361.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass - mit Venen	15.923	64,39
(5-362.* ) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik	5.812	23,50
(5-362.*3) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Arterien	5.606	22,67
(5-362.*7 oder 5-362.*8) Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik - mit Venen	2.763	11,17
(5-363.* ) Andere Revaskularisation des Herzens	898	3,63

<sup>12</sup> Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen</b>		
(0) nein	23.090	93,37
(1) ja	1.640	6,63
<b>davon:<sup>13</sup></b>		
Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	128	7,80
Vorhofablation	425	25,91
Eingriff an herznahen Gefäßen	109	6,65
Herzohrverschluss/-amputation	1.115	67,99
interventioneller Koronareingriff (PCI)	6	0,37
sonstige	376	22,93

<sup>13</sup> Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>Konversionseingriff<sup>14</sup></b>		
(0) nein	23.758	96,07
(1) ja	414	1,67
<b>Zugang</b>		
(1) konventionelle Sternotomie	23.700	95,84
(2) minimalinvasiver operativer Zugang	1.030	4,16
<b>Patient wird beatmet</b>		
(0) nein	18.570	75,09
(1) ja	6.160	24,91
<b>Dringlichkeit</b>		
(1) elektiv	12.530	50,67
(2) dringlich	7.922	32,03
(3) Notfall	3.982	16,10
(4) Notfall (Reanimation / ultima ratio)	296	1,20
<b>Nitrate i.v. (präoperativ)</b>		
(0) nein	23.113	93,46
(1) ja	1.617	6,54
<b>Troponin positiv (präoperativ)</b>		
(0) nein	17.611	71,21
(1) ja	7.119	28,79
<b>Inotrope (präoperativ)</b>		
(0) nein	23.667	95,70
(1) ja	1.063	4,30
<b>(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung</b>		
(0) nein	24.398	98,66
(1) ja, IABP	200	0,81
(2) ja, ECLS/VA-ECMO	88	0,36
(3) ja, andere	44	0,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>Wundkontaminationsklassifikation</b>		
(1) aseptische Eingriffe	24.608	99,51
(2) bedingt aseptische Eingriffe	79	0,32
(3) kontaminierte Eingriffe	5	0,02
(4) septische Eingriffe	38	0,15

<sup>14</sup> Dieses Dokumentationsfeld wurde in der Spezifikation 2021 als neues Datenfeld erhoben. Die Dokumentation zu Patienten und Patientinnen, die als Überlieger vom EJ 2020 in das EJ 2021 geführt werden, wurden jedoch unter der Spezifikation 2020 erfasst. Daher werden diese in der Dokumentation zu diesem Feld nicht aufgeführt.

	Bund (gesamt)
<b>OP-Zeit (Minuten)</b>	
Anzahl isolierter koronarchirurgischer Operationen mit Angabe von Werten > 0 und < 999	24.727
5. Perzentil	125,00
Mittelwert	218,61
Median	211,00
95. Perzentil	336,00

### Koronarchirurgie präprozedural

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>Anzahl der Grafts</b>		
keine Grafts	109	0,44
1	1.820	7,36
2	10.055	40,66
3	10.000	40,44
4	2.370	9,58
5	337	1,36
≥ 6	39	0,16
<b>davon (Anzahl der Grafts &gt; 0): Art der Grafts<sup>15</sup></b>		
ITA links	23.443	95,22
sonstige Grafts	20.840	84,64

<sup>15</sup> Mehrfachnennung möglich

### Intraprozedurale Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Isolierte koronarchirurgische Operationen</b>	<b>N = 24.730</b>	
<b>Konversion</b>		
(0) nein	24.682	99,81
(1) ja, zu Sternotomie	48	0,19
(2) ja, zu transapikal	0	0,00
(3) ja, zu endovaskulär	0	0,00
<b>davon (Konversion = ja): Grund für die Konversion</b>		
(1) Therapieziel nicht erreicht	11	22,92
(2) intraprozedurale Komplikationen	16	33,33
(9) sonstige	21	43,75

## Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Mediastinitis<sup>16</sup></b>		
(0) nein	24.576	99,76
(1) ja	58	0,24
<b>zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung</b>		
(0) nein	24.145	98,01
(1) ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)	427	1,73
(2) ja, ZNS, andere	62	0,25
<b>davon (zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis = ja): Schweregrad eines neurologischen Defizits bis zur Entlassung</b>		
Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar	58	11,86
Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit	42	8,59
Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie	111	22,70
Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie	95	19,43
Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie	52	10,63
Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	76	15,54
Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	55	11,25

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen</b>		
(0) nein	23.589	95,76
(1) ja	1.045	4,24
<b>davon:<sup>17</sup></b>		
Infektion(en)	295	28,23
Sternuminstabilität	116	11,10
Gefäßruptur	8	0,77
Dissektion	4	0,38
therapierelevante Blutung/Hämatom	486	46,51
Ischämie	134	12,82
AV-Fistel	≤3	x
Aneurysma spurium	≤3	x
sonstige	212	20,29

<sup>16</sup> nach den KISS-Definitionen

<sup>17</sup> Mehrfachnennung möglich

### Entlassung / Verlegung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator nach OP</b>		
(0) nein	23.938	97,17
(1) Schrittmacher ohne CRT-System	480	1,95
(2) Schrittmacher mit CRT-System	37	0,15
(3) Defibrillator ohne CRT-System	148	0,60
(4) Defibrillator mit CRT-System	31	0,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit isolierter koronarchirurgischer Operation</b>	<b>N = 24.634</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(01) Behandlung regulär beendet	12.512	50,79
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	448	1,82
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	45	0,18
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	120	0,49
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5.567	22,60
(07) Tod	823	3,34
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit <sup>18</sup>	186	0,76
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	4.894	19,87
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	19	0,08
(11) Entlassung in ein Hospiz	≤3	x
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,02
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen <sup>19</sup>	5	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr <sup>20</sup>	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	≤3	x
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	≤3	x

<sup>18</sup> § 14 Abs. 5 Satz 2 BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

<sup>19</sup> nach der BPFIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

<sup>20</sup> für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV