

Jahresauswertung 2009 Karotis-Rekonstruktion

10/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.358
Datensatzversion: 10/2 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9367-L65550-P30532

Jahresauswertung 2009 Karotis-Rekonstruktion

10/2

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.358
Datensatzversion: 10/2 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9367-L65550-P30532

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose			92,2%	>= 85%	1.1
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose			98,0%	>= 90%	1.3
QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose >= 75% (NASCET)			1,5%	nicht definiert	1.5
QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET)			8,6%	nicht definiert	1.7
QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad von >= 70% (NASCET)			2,1%	nicht definiert	1.9
QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad von 50 - 69% (NASCET)			1,8%	nicht definiert	1.11

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I					
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I					
			1,05	<= 3,0	1.16
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I					
			2,8%	<= 7,7%	1.16
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score II					
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II					
			1,25	<= 3,4	1.23
Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II					
			1,7%	<= 4,7%	1.23

NASCET und ECST

Stenosegrade der extracraniellen Karotisstenose entsprechend angiografischen Kriterien (NASCET, ECST) und Ultraschall-Kriterien

NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial)

beschreibt den Stenosegrad, bezogen auf den Durchmesser der ACI distal der Stenose im Bereich der wieder parallel laufenden Arterienwand

ECST (European Carotid Surgery Trial)

beschreibt den lokalen Stenosegrad, bezogen auf den gedachten Lumendurchmesser im Stenosebereich

Ultraschall-Kriterien nach DEGUM

Indikationsgruppen

Indikationsgruppe A: Asymptomatische Karotisstenose

Ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate
(kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet, nicht gemeint sind Residuen vorangegangener Ereignisse)
unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)

Indikationsgruppe B: Symptomatische Karotisstenose, elektiv

Ipsilateral mit:
Amaurosis fugax
Hemisphären-TIA oder
Apoplex
innerhalb der letzten 6 Monate
unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)

Indikationsgruppe C: Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Crescendo-TIA
akuter, progredienter Apoplex
Aneurysma
Coiling
kombinierte Karotis-Koronarchirurgie
kombinierte Karotis-Gefäßchirurgie
besondere Plaque-Morphologie mit einem Stenosegrad < 50% (NAS CET) für symptomatische Karotisstenose
Mehretagenläsion
Rezidiv

Modifizierte Rankin-Skala zur Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall

Schweregrad (Rankin 0)

Neurologisches Defizit:
kein neurologisches Defizit nachweisbar

Schweregrad (Rankin 1)

Neurologisches Defizit:
Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

Schweregrad (Rankin 2)

Neurologisches Defizit:
leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und/oder leichter Aphasie

Schweregrad (Rankin 3)

Neurologisches Defizit:
mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und/oder mittelschwerer Aphasie

Schweregrad (Rankin 4)

Neurologisches Defizit:
schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und/oder komplette Aphasie

Schweregrad (Rankin 5)

Neurologisches Defizit:
invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

Schweregrad (Rankin 6)

Neurologisches Defizit:
Apoplex/tödlicher Ausgang

Berechnungsgrundlagen

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl gültiger Datensätze			1.358	100,0	1.392	100,0
Asymptomatische Karotisläsion unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen			719 / 1.358	52,9	715 / 1.392	51,4
davon:						
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose >= 75% (NASCET)			593 / 719	82,5	595 / 715	83,2
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET)			70 / 719	9,7	83 / 715	11,6
asymptomatische Karotisstenose < 60% (NASCET)			56 / 719	7,8	37 / 715	5,2
Indikationsgruppen B oder C			639 / 1.358	47,1	677 / 1.392	48,6
davon:						
symptomatische Karotisläsion / elektiv			497 / 639	77,8	537 / 677	79,3
symptomatische Karotisläsion / Notfall			22 / 639	3,4	31 / 677	4,6

Indikationsgruppen

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikationsgruppe A: asymptotische Karotisstenose			719	52,9	715	51,4
Indikationsgruppe B: symptomatische Karotisstenose, elektiv			497	36,6	537	38,6
Indikationsgruppe C: Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen			142	10,5	140	10,1


Qualitätsindikator 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose


Qualitätsziel: Nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) bei asymptomatischer Karotisstenose

Grundgesamtheit: Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9556

Referenzbereich: $\geq 85\%$ (Zielbereich)

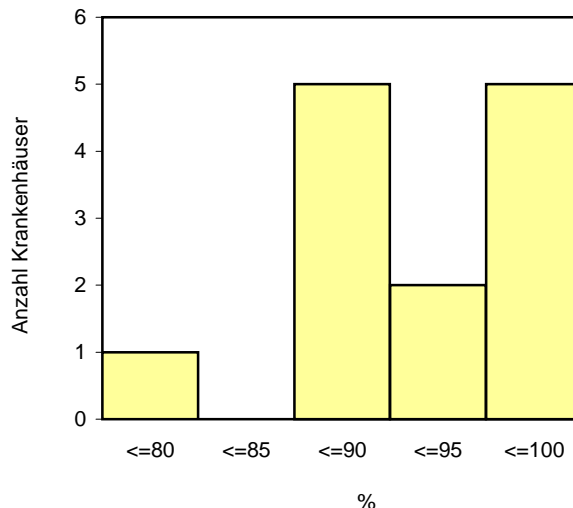
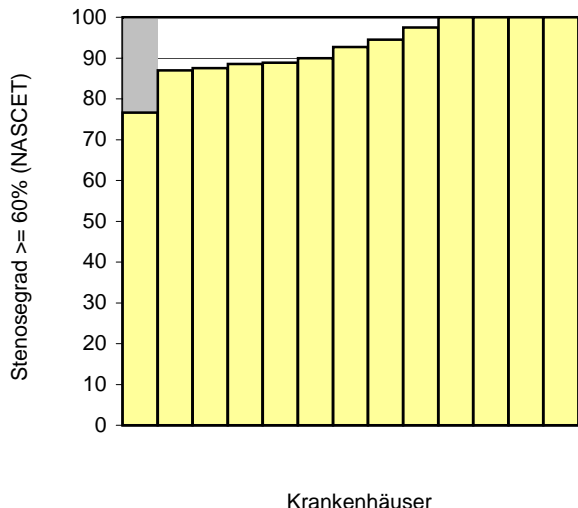
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			663 / 719	92,2%
Vertrauensbereich				90,0% - 94,1%
Referenzbereich		$\geq 85\%$		$\geq 85\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			678 / 715	94,8%
Vertrauensbereich				92,9% - 96,3%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9556]:
 Anteil von Patienten mit Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) an Patienten mit asymptotischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

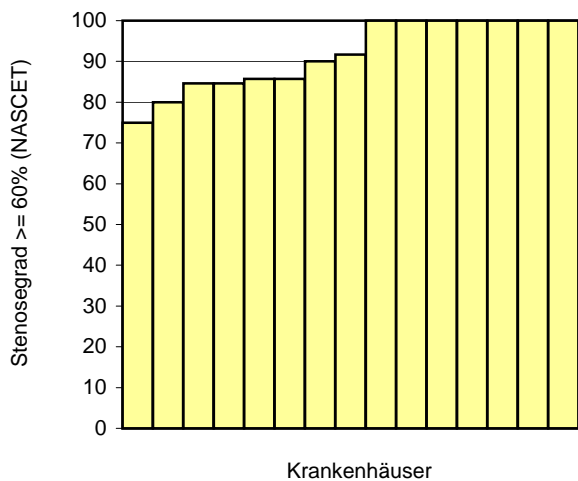
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 76,6% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 92,7%



13 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



15 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose

Qualitätsziel: Nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) bei symptomatischer Karotisstenose

Grundgesamtheit: Patienten mit symptomatischer Karotisstenose, elektiv (Indikationsgruppe B) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9559

Referenzbereich: $\geq 90\%$ (Zielbereich)

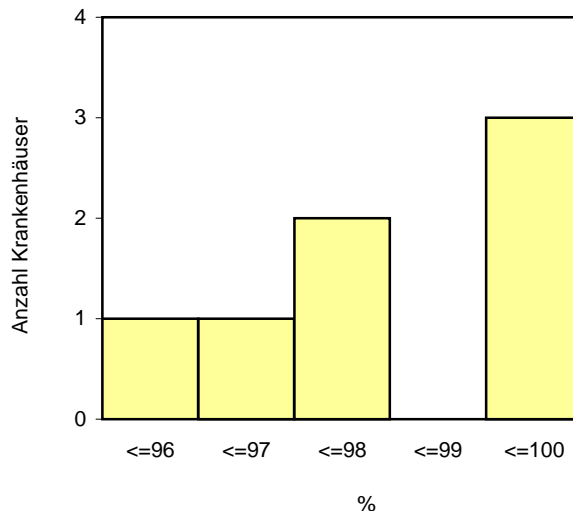
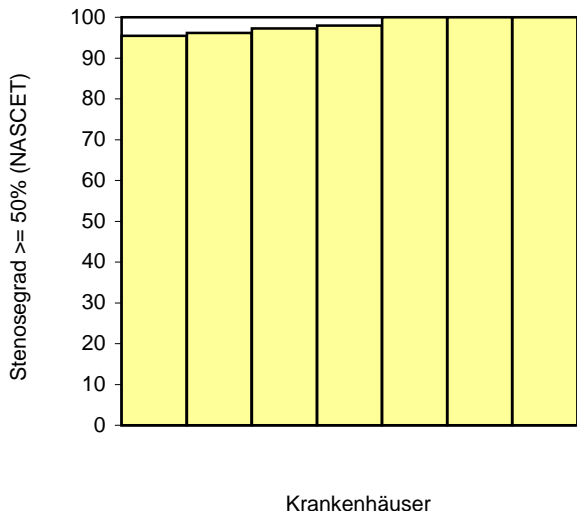
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) Vertrauensbereich Referenzbereich			487 / 497	98,0% 96,3% - 99,0% $\geq 90\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) Vertrauensbereich			528 / 537	98,3% 96,8% - 99,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9559]:
 Anteil von Patienten mit Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) an Patienten mit symptomatischer Karotisstenose, elektiv
 (Indikationsgruppe B) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

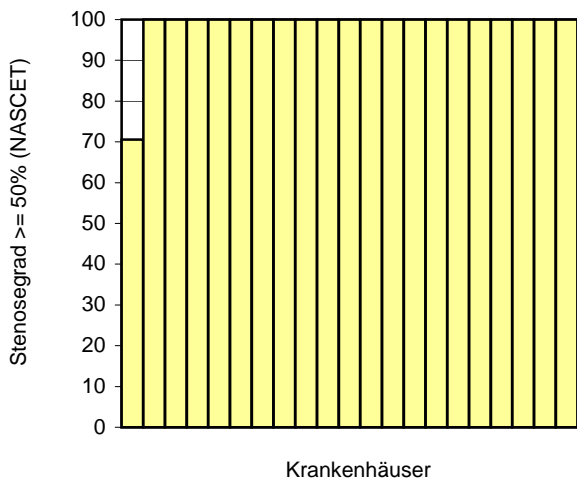
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 95,5% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 98,0%



7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 70,6% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I

Qualitätsziel: Asymptomatische Stenose ohne kontralateralen Befund: Angemessen niedrige Rate [$< 3\%$ (Zielbereich)] an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ (NASCET) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9563

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			9 / 593	1,5% 0,7% - 2,9%
Verstorbene Patienten			1 / 593	0,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			4 / 595	0,7% 0,2% - 1,7%

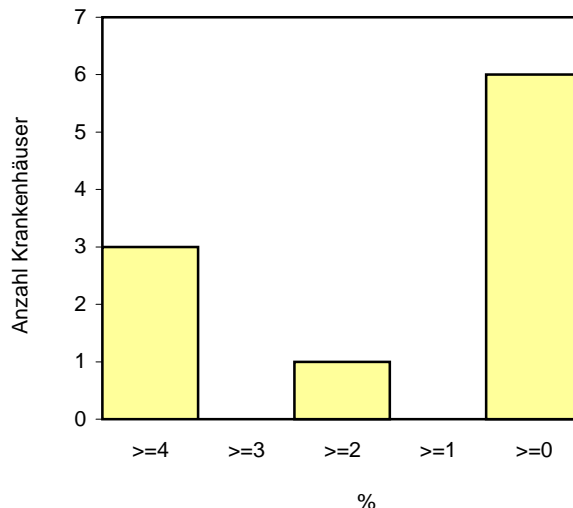
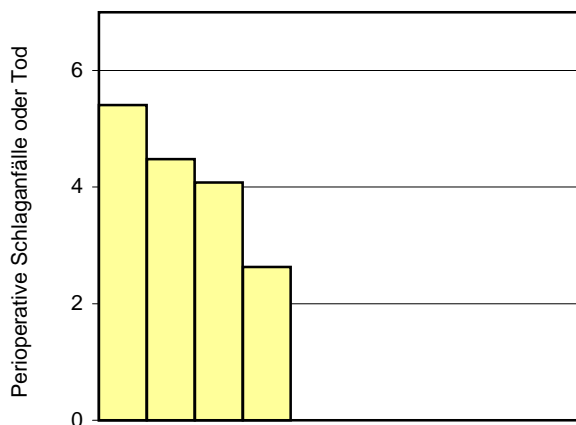
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9563]:

Anteil von Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod an Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose $\geq 60\%$ (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose $\geq 75\%$ (NASCET) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



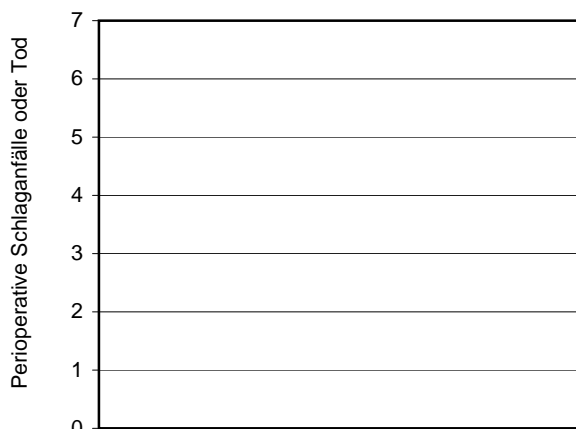
Krankenhäuser

10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II

Qualitätsziel: Asymptomatische Stenose mit kontralateralem Befund: Angemessen niedrige Rate [$< 5\%$ (Zielbereich)] an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9567

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			6 / 70	8,6% 3,1% - 17,8%
Verstorbene Patienten			2 / 70	2,9%

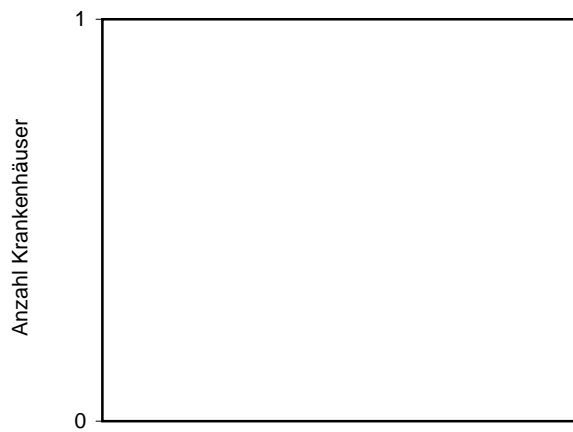
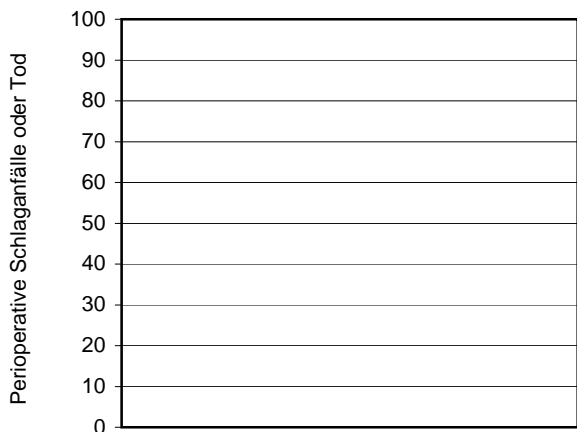
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			1 / 83	1,2% 0,0% - 6,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9567]:

Anteil von Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod an Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose $\geq 60\%$ (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose $\geq 75\%$ (NASCET) unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
 Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



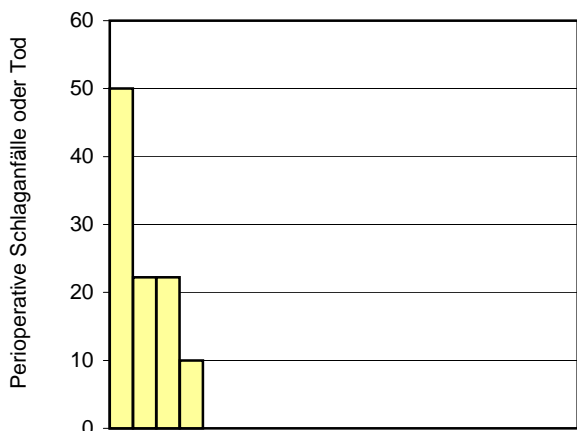
Krankenhäuser

%

0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

20 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I

Qualitätsziel: Symptomatische Stenose mit Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET): Angemessen niedrige Rate [$< 6\%$ (Zielbereich)] an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten mit symptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET), elektiv unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9568

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			8 / 375	2,1% 0,9% - 4,2%
Verstorbene Patienten			4 / 375	1,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			7 / 426	1,6% 0,7% - 3,4%

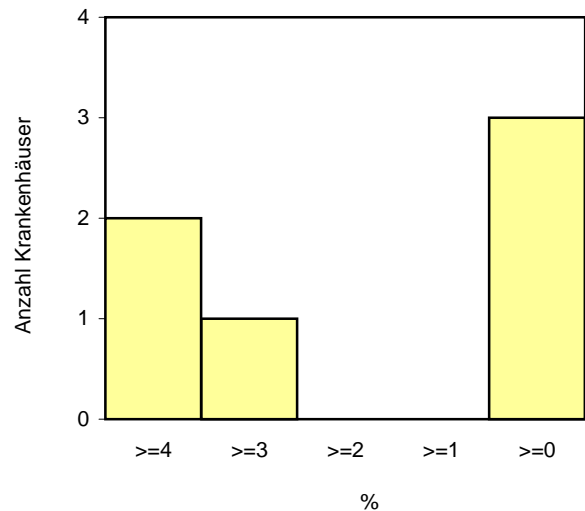
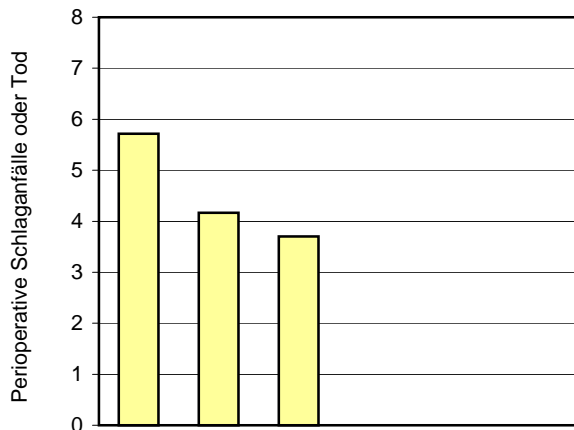
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9568]:

Anteil von Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod an Patienten mit symptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad $\geq 70\%$ (NASCET), elektiv unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,9%

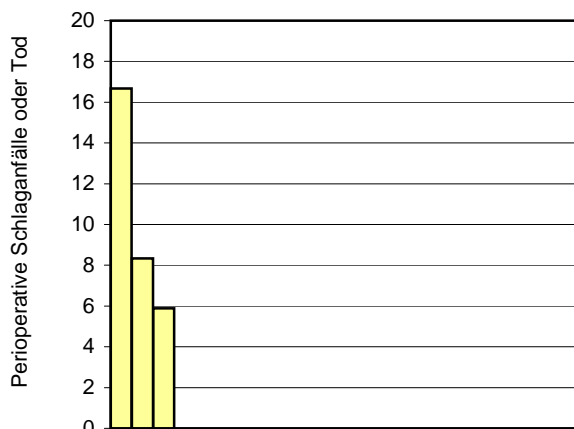


6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II

Qualitätsziel: Symptomatische Stenose mit Stenosegrad von 50 - 69% (NASCET): Angemessen niedrige Rate [< 6% (Zielbereich)] an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten mit symptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad von 50 - 69% (NASCET), elektiv unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Kennzahl-ID: 2009/10n2-KAROT/9569

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			2 / 112	1,8% 0,2% - 6,4%
Verstorbene Patienten			0 / 112	0,0%

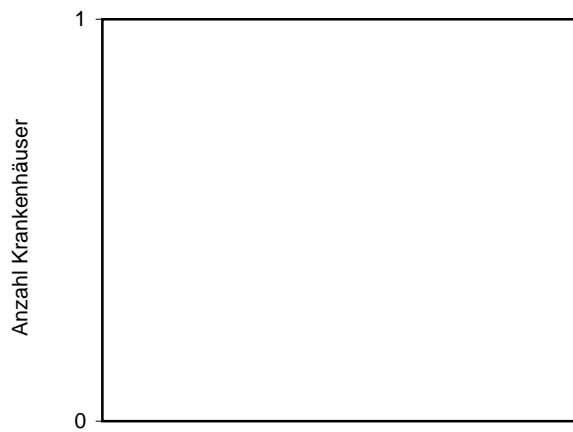
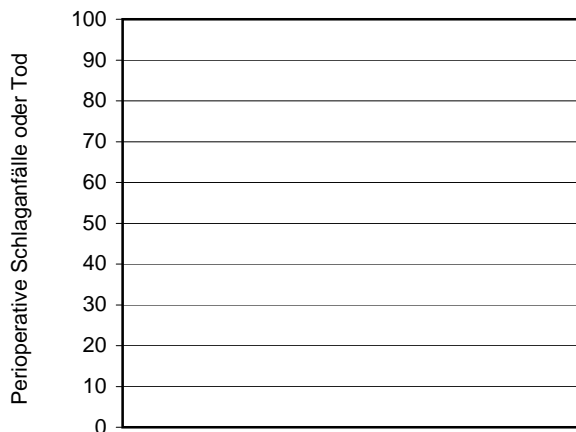
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod Vertrauensbereich			3 / 102	2,9% 0,6% - 8,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/9569]:

Anteil von Patienten mit perioperativen Schlaganfällen oder Tod an Patienten mit symptomatischer Karotisstenose mit einem Stenosegrad von 50 – 69% (NASCET), elektiv unter Ausschluss der Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



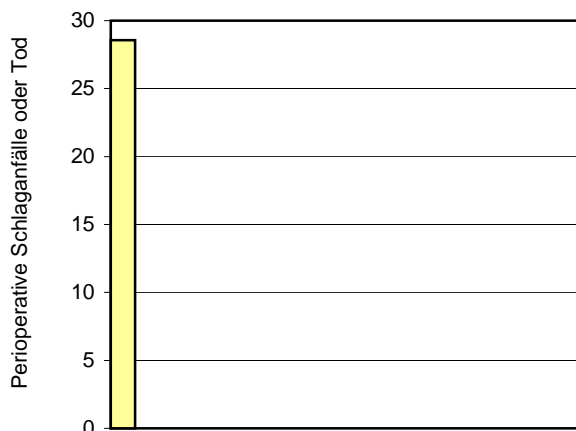
Krankenhäuser

%

0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 28,6%
Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

19 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I

Qualitätsziel: Angemessen niedrige Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score I
 (weitere Unterteilung siehe Zeilenbeschriftung)

Grundgesamtheit	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	perioperative Schlaganfälle oder Tod		perioperative Schlaganfälle oder Tod	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			36 / 1.358	2,7%
Patienten aus				
Indikationsgruppe A (asymptomatische Karotisstenose)			15 / 719	2,1%
Indikationsgruppe B (symptomatische Karotisstenose, elektiv)			10 / 497	2,0%
Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen)			11 / 142	7,7%
Indikationsgruppe C eingeschränkt auf Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass			1 / 19	5,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	perioperative Schlaganfälle oder Tod		perioperative Schlaganfälle oder Tod	
Grundgesamtheit	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			35 / 1.392	2,5%
Patienten aus				
Indikationsgruppe A (asymptomatische Karotisstenose)			5 / 715	0,7%
Indikationsgruppe B (symptomatische Karotisstenose, elektiv)			10 / 537	1,9%
Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen)			20 / 140	14,3%
Indikationsgruppe C eingeschränkt auf Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass			1 / 11	9,1%

Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score I

Kennzahl-ID: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate: 2009/10n2-KAROT/68413
 Risikoadjustierte Rate: 2009/10n2-KAROT/68415

Referenzbereich: Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:
 <= 3,0 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Risikoadjustierte Rate:
 <= 7,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)


Karotis-Score I - Risikoklassen	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	perioperative Schlaganfälle oder Tod		perioperative Schlaganfälle oder Tod	
	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)
0 - < 3%			18,0 / 1.041 1,7%	18 / 1.041 1,7%
3 - < 6%			10,6 / 256 4,1%	13 / 256 5,1%
6 - < 10%			3,5 / 47 7,5%	4 / 47 8,5%
>= 10%			2,1 / 14 15,1%	1 / 14 7,1%
Summe			34,2 / 1.358 2,5%	36 / 1.358 2,7%

¹ E = erwartet


² O = observiert

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
perioperative Schlaganfälle oder Tod		
beobachtet (O)		36 / 1.358 2,7%
vorhergesagt (E)		34,2 / 1.358 2,5%
O - E ¹		0,13%

¹ Anteil von perioperativen Schlaganfällen oder Tod, der über dem erwarteten Anteil liegt.
 Negative Werte bedeuten, dass der Anteil von beobachteten perioperativen Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet.
 Positive Werte bedeuten, dass der Anteil von beobachteten perioperativen Schlaganfällen oder Tod größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
O / E ² Referenzbereich	 <= 3,0	1,05 <= 3,0

² Verhältnis der beobachteten Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod zur erwarteten Rate. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,2 Die beobachtete Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod ³ Referenzbereich	 <= 7,7%	2,8% <= 7,7%

³ Die risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod stellt eine risikoadjustierte Rate dar, die einen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglicht. Diese beschreibt die Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller im Karotis-Score I berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der auch bundesweit beobachtet werden konnte. Die risikoadjustierte Rate berechnet sich aus der Multiplikation der bundesweit beobachteten Gesamtrate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod im jeweiligen Krankenhaus ((O / E) * O_{Gesamt}). Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2009 finden Sie unter www.sqg.de.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008	Gesamt 2008
beobachtet (O)		35 / 1.392 2,5%
vorhergesagt (E)		34,0 / 1.392 2,4%
O - E		0,07%
O / E	█	█ 1,03
risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod	█	█ 2,8%

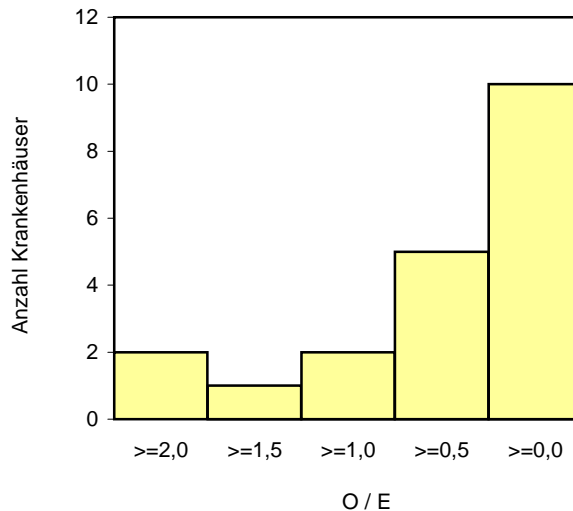
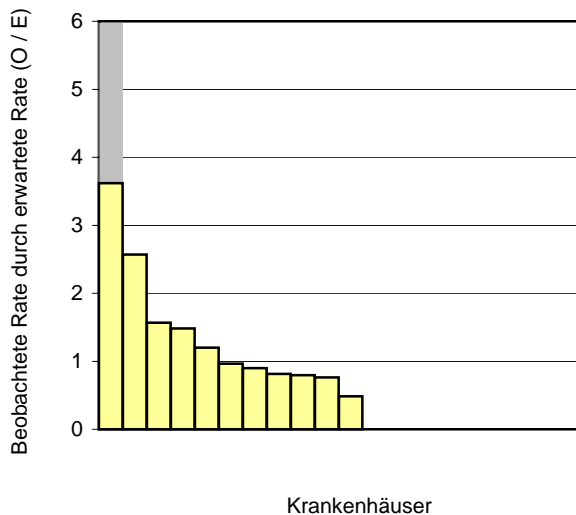
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/68413]:

Verhältnis der beobachteten Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score I

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 - 3,6

Median der Krankenhausergebnisse: 0,6

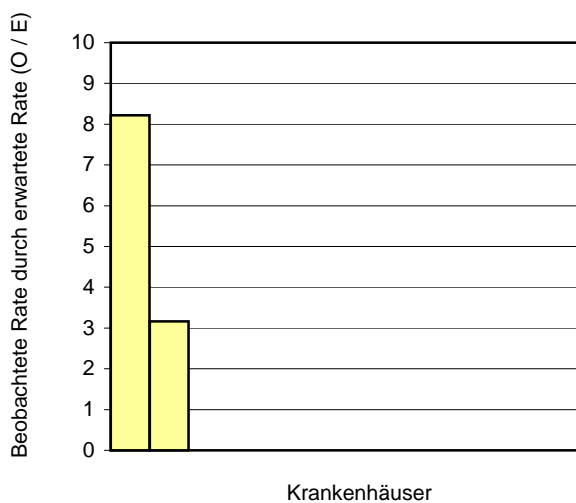


20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 - 8,2

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

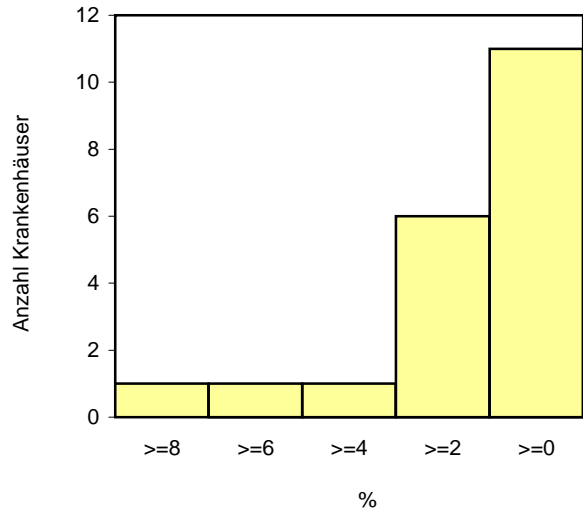
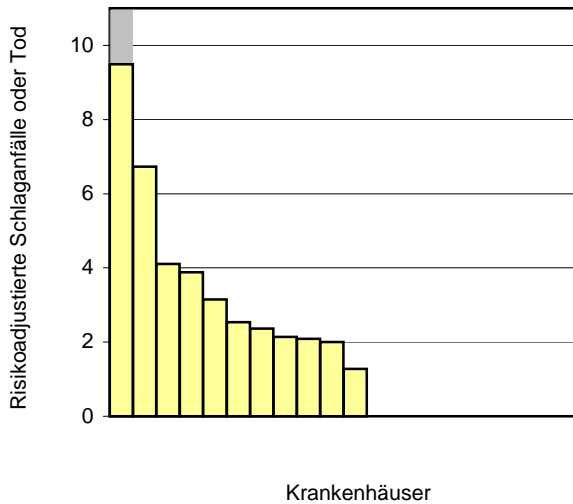
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/68415]:
 Risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score I**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%

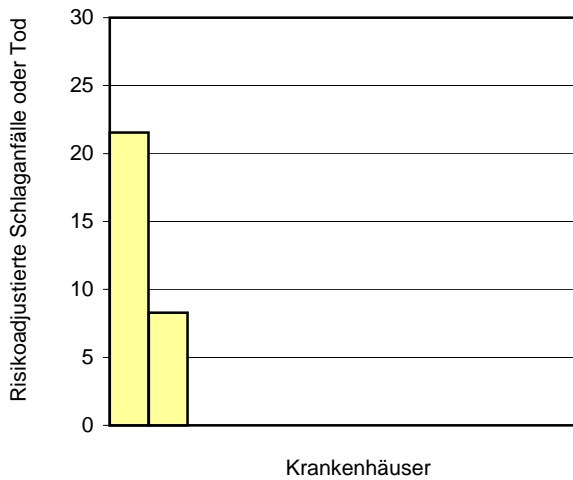


20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 21,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score II

Qualitätsziel: Angemessen niedrige Rate an schweren Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score II (weitere Unterteilung siehe Zeilenbeschriftung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod		schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod	
Grundgesamtheit	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			22 / 1.358	1,6%
Patienten aus				
Indikationsgruppe A (asymptomatische Karotisstenose)			7 / 719	1,0%
Indikationsgruppe B (symptomatische Karotisstenose, elektiv)			7 / 497	1,4%
Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen)			8 / 142	5,6%
Indikationsgruppe C eingeschränkt auf Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass			1 / 19	5,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod		schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod	
Grundgesamtheit	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			21 / 1.392	1,5%
Patienten aus				
Indikationsgruppe A (asymptomatische Karotisstenose)			4 / 715	0,6%
Indikationsgruppe B (symptomatische Karotisstenose, elektiv)			5 / 537	0,9%
Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen)			12 / 140	8,6%
Indikationsgruppe C eingeschränkt auf Simultaneingriff Aorto-koronarer Bypass			1 / 11	9,1%

Schwere Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score II

Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score II		
Kennzahl-ID:	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:	2009/10n2-KAROT/68430	
	Risikoadjustierte Rate:	2009/10n2-KAROT/68432	
Referenzbereich:	Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate:		
	<= 3,4 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)		
	Risikoadjustierte Rate:		
	<= 4,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)		


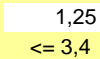
Karotis-Score II- Risikoklassen	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	schwere Schlaganfälle oder Tod		schwere Schlaganfälle oder Tod	
	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)
0 - < 1,5%			7,8 / 1.043 0,7%	11 / 1.043 1,1%
1,5 - < 3,0%			4,0 / 203 2,0%	4 / 203 2,0%
3,0 - < 5,0%			3,1 / 81 3,8%	6 / 81 7,4%
>= 5,0%			2,8 / 31 9,1%	1 / 31 3,2%
Summe			17,6 / 1.358 1,3%	22 / 1.358 1,6%

¹ E = erwartet


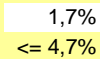
² O = observiert

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
schwere Schlaganfälle oder Tod		
beobachtet (O)		22 / 1.358 1,6%
vorhergesagt (E)		17,6 / 1.358 1,3%
O - E ¹		0,32%


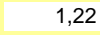

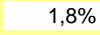
¹ Anteil von schweren Schlaganfällen oder Tod, der über dem erwarteten Anteil liegt.
 Negative Werte bedeuten, dass der Anteil von beobachteten schweren Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet.
 Positive Werte bedeuten, dass der Anteil von beobachteten schweren Schlaganfällen oder Tod größer ist als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
O / E ² Referenzbereich	 <= 3,4	 1,25 <= 3,4

² Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod zur erwarteten Rate.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,2 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

	Krankenhaus 2009	Gesamt 2009
risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ³ Referenzbereich	 <= 4,7%	 1,7% <= 4,7%

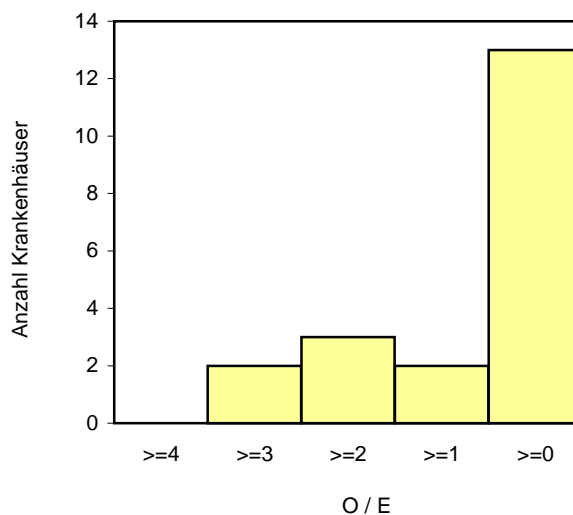
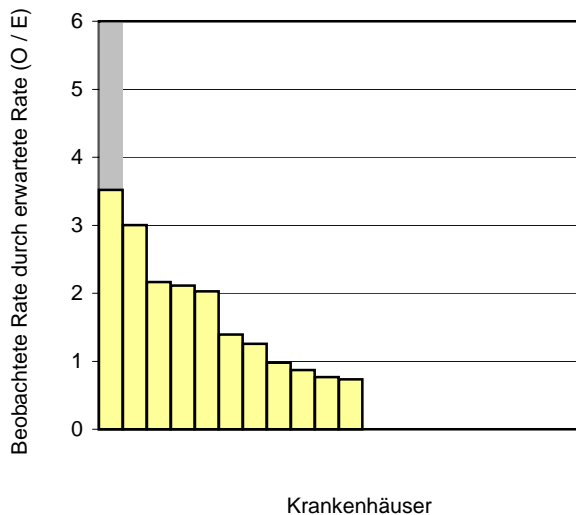
³ Die risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod stellt eine risikoadjustierte Rate dar, die einen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglicht. Diese beschreibt die Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller im Karotis-Score II berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientenmix gehabt hätte, der auch bundesweit beobachtet werden konnte. Die risikoadjustierte Rate berechnet sich aus der Multiplikation der bundesweit beobachteten Gesamtrate an schweren Schlaganfällen oder Tod mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod im jeweiligen Krankenhaus ((O / E) * OGesamt). Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2009 finden Sie unter www.sgg.de.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008	Gesamt 2008
beobachtet (O)		21 / 1.392 1,5%
vorhergesagt (E)		17,2 / 1.392 1,2%
O - E		0,27%
O / E		 1,22
risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod		 1,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/68430]:
 Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score II**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

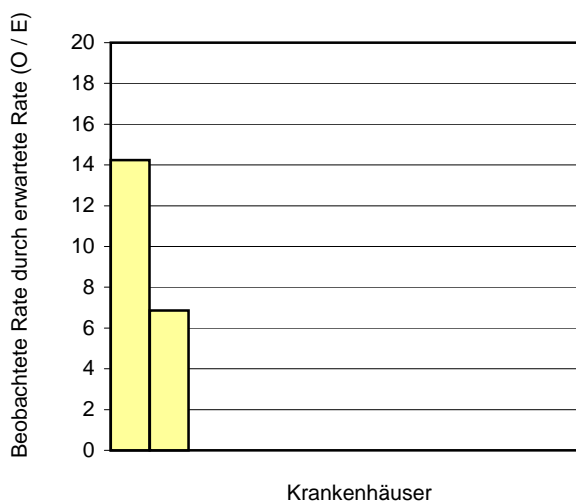
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 - 3,5
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,8



20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 - 14,2
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

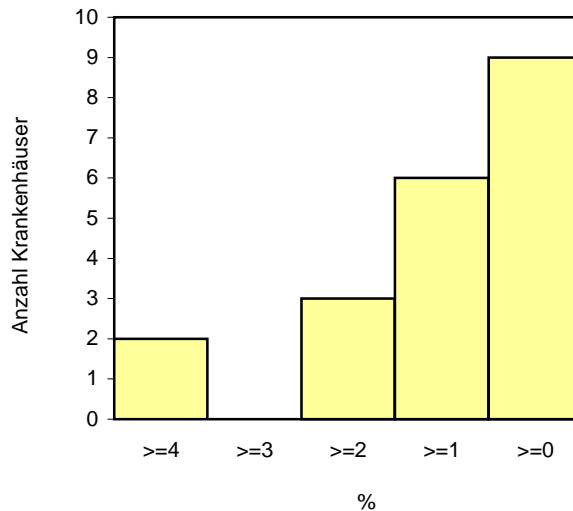
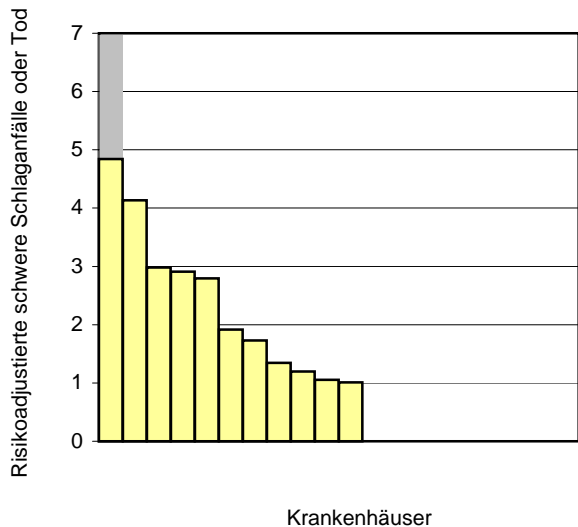
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2009/10n2-KAROT/68432]:

Risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten mit vollständiger Dokumentation zum Karotis-Score II

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,0%

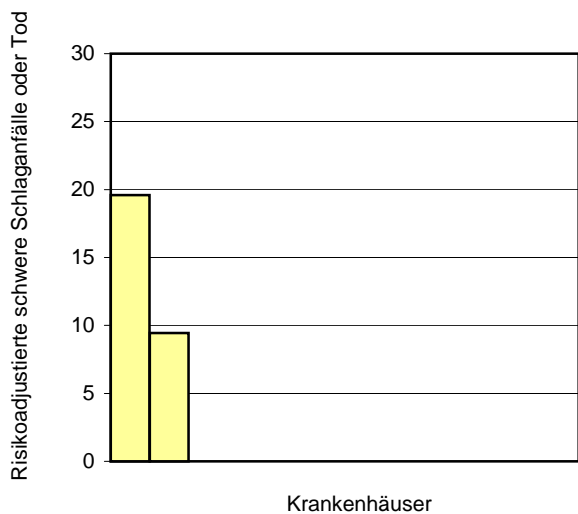


20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 19,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2009 Karotis-Rekonstruktion

10/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.358
Datensatzversion: 10/2 2009 12.0
Datenbankstand: 28. Februar 2010
2009 - D9367-L65550-P30532

Basisdaten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			358	26,4	387	27,8
2. Quartal			337	24,8	408	29,3
3. Quartal			339	25,0	319	22,9
4. Quartal			324	23,9	278	20,0
Gesamt			1.358		1.392	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl gültiger Angaben			1.358		1.392	
Median				6,0		6,0
Mittelwert				7,1		6,8
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl gültiger Angaben			1.358		1.392	
Median				8,0		8,0
Mittelwert				10,7		10,1

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2009

1	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
5	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
7	E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
8	E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2009			Gesamt 2009			Gesamt 2008		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				I65.2	1.200	88,4	I65.2	1.235	88,7
2				I10.00	290	21,4	I10.00	376	27,0
3				I10.90	180	13,3	E11.90	180	12,9
4				E78.5	158	11,6	E78.5	170	12,2
5				E11.90	154	11,3	I10.90	134	9,6
6				Z92.2	91	6,7	Z92.2	78	5,6
7				E78.2	74	5,4	I65.3	75	5,4
8				E79.0	68	5,0	I25.13	59	4,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2008 und ICD-10-GM 2009 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS 2009¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2009

1	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
2	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses
3	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
4	8-925.01	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP)
5	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa

OPS 2009

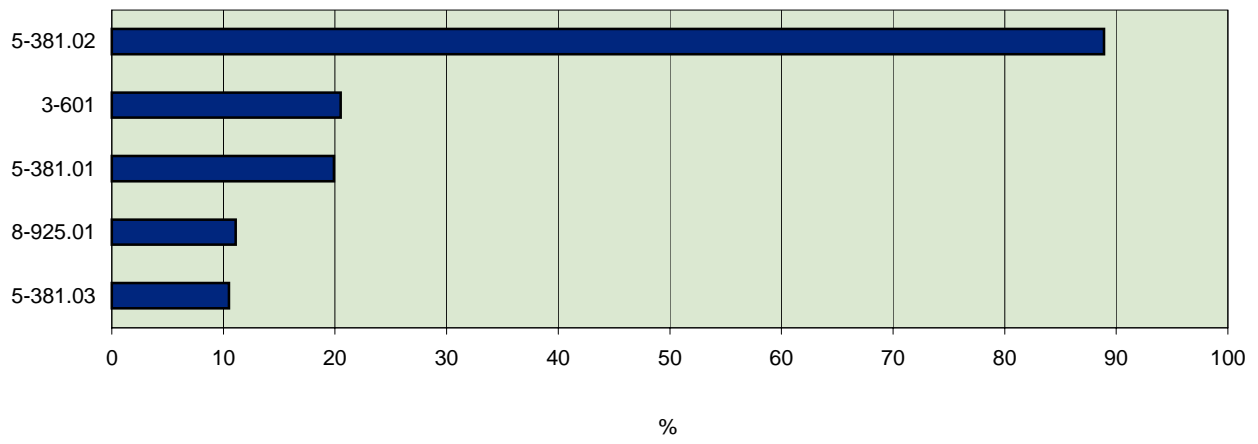
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2009			Gesamt 2009			Gesamt 2008		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-381.02	1.207	88,9	5-381.02	1.270	91,2
2				3-601	278	20,5	3-601	340	24,4
3				5-381.01	270	19,9	5-381.01	273	19,6
4				8-925.01	151	11,1	1-208.2	228	16,4
5				5-381.03	142	10,5	5-381.03	218	15,7

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2008 und OPS 2009 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

OPS 2009 (Gesamt 2009)



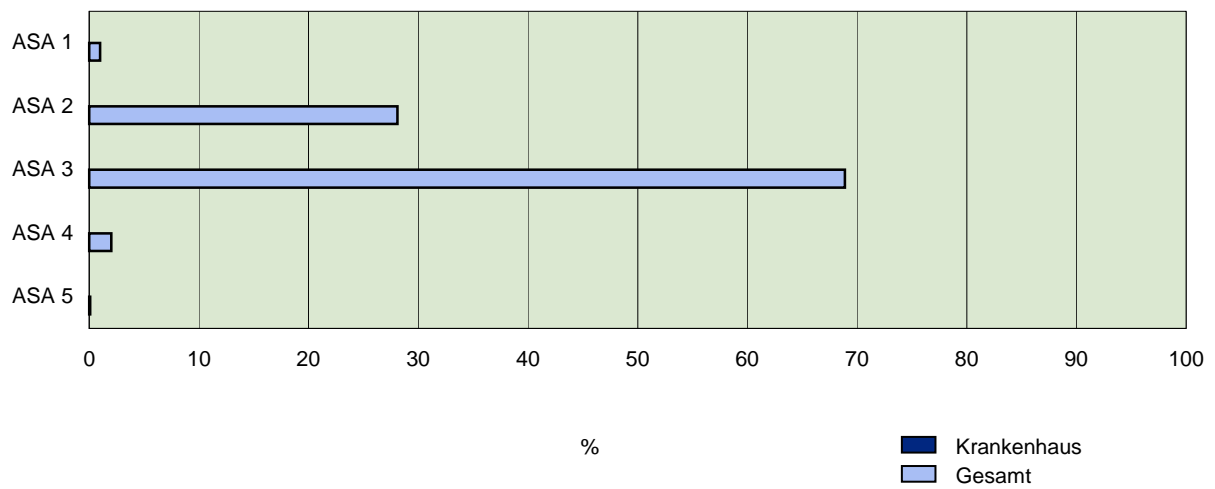
Patienten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.358 / 1.358		1.392 / 1.392	
< 20			1 / 1.358	0,1	0 / 1.392	0,0
20 - 39			1 / 1.358	0,1	3 / 1.392	0,2
40 - 59			190 / 1.358	14,0	171 / 1.392	12,3
60 - 69			351 / 1.358	25,8	430 / 1.392	30,9
70 - 79			583 / 1.358	42,9	579 / 1.392	41,6
80 - 89			225 / 1.358	16,6	206 / 1.392	14,8
>= 90			7 / 1.358	0,5	3 / 1.392	0,2
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.358		1.392	
Median				71,0		71,0
Mittelwert				70,7		70,4
Geschlecht						
männlich			973	71,6	976	70,1
weiblich			385	28,4	416	29,9

Patienten (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			13	1,0	12	0,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			381	28,1	420	30,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			935	68,9	936	67,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	2,0	24	1,7
5: moribunder Patient			2	0,1	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Klinische Diagnostik/zu operierende Karotisläsion

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl gültiger Datensätze			1.358	100,0	1.392	100,0
Zu operierende Seite						
rechts			669	49,3	687	49,4
links			689	50,7	705	50,6
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)			719	52,9	715	51,4
Symptomatische Karotisstenose, elektiv (Indikationsgruppe B)			497	36,6	537	38,6
davon						
Amaurosis fugax ipsilateral			81 / 497	16,3	89 / 537	16,6
Hemisphären TIA ipsilateral			199 / 497	40,0	236 / 537	43,9
Apoplex mit Rankin 0 - 5			201 / 497	40,4	178 / 537	33,1
sonstige			16 / 497	3,2	34 / 537	6,3
wenn elektiv:						
Zeitraum letztes Ereignis bis zur Operation (Tage)						
Anzahl gültiger Angaben			497		537	
Median				20,0		20,0
Mittelwert				29,0		29,7
Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)			142	10,5	140	10,1
davon						
Symptomatische Karotisstenose, Notfall			22 / 142	15,5	31 / 140	22,1
davon						
Crescendo-TIA akuter/progredienter			9 / 22	40,9	14 / 31	45,2
Apoplex			13 / 22	59,1	17 / 31	54,8
sonstige			0 / 22	0,0	0 / 31	0,0

Klinische Diagnostik/zu operierende Karotisläsion (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schweregrad der Behinderung						
Rankin 0			1.012	74,5	1.075	77,2
Rankin 1			102	7,5	93	6,7
Rankin 2			113	8,3	124	8,9
Rankin 3			96	7,1	83	6,0
Rankin 4			33	2,4	14	1,0
Rankin 5			2	0,1	3	0,2
Präoperative fachneurologische Untersuchung			734	54,1	693	49,8

Apparative Diagnostik

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Duplexsonographie			1.326	97,6	1.375	98,8
Transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie			278	20,5	204	14,7
Intraarterielle digitale Subtraktions- angiographie			189	13,9	231	16,6
Spiral-CT Angiographie			517	38,1	456	32,8
Magnetresonanz- angiographie			425	31,3	424	30,5
Kraniale Computertomographie			1.043	76,8	1.055	75,8
Kraniale Magnet- resonanztomographie			374	27,5	366	26,3
Morphologischer Befund der operierten Hemisphäre						
Anzahl der Patienten			1.229	90,5	1.263	90,7
unauffällig wenn nein: <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>			688 / 1.229	56,0	662 / 1.263	52,4
lakunärer Infarkt/ Mikroangiopathie			356 / 541	65,8	431 / 601	71,7
hämodynamischer Infarkt			83 / 541	15,3	121 / 601	20,1
territorialer Infarkt			119 / 541	22,0	95 / 601	15,8
Morphologischer Befund der kontralateralen Hemisphäre						
Anzahl der Patienten			1.229	90,5	1.263	90,7
unauffällig wenn nein: <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>			907 / 1.229	73,8	881 / 1.263	69,8
lakunärer Infarkt/ Mikroangiopathie			253 / 322	78,6	325 / 382	85,1
hämodynamischer Infarkt			36 / 322	11,2	32 / 382	8,4
territorialer Infarkt			43 / 322	13,4	51 / 382	13,4

Apparative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Verwendetes Kriterium						
NASCET			590	43,4	607	43,6
ECST			14	1,0	90	6,5
Ultraschall (DEGUM)			754	55,5	695	49,9
Sonstige Karotisläsionen der zu operierenden Seite						
Anzahl der Patienten davon			171	12,6	157	11,3
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
exulzierende Plaques			76 / 171	44,4	64 / 157	40,8
Aneurysma			12 / 171	7,0	5 / 157	3,2
symptomatisches Coiling			21 / 171	12,3	23 / 157	14,6
Mehretagenläsion			41 / 171	24,0	43 / 157	27,4
sonstige			38 / 171	22,2	46 / 157	29,3

Operation

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe			1.346	99,1	1.377	98,9
Art der Anästhesie						
Allgemeinanästhesie			697	51,3	697	50,1
Loco-Regionalanästhesie			668	49,2	708	50,9
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl gültiger Angaben			1.358		1.392	
Median				90,0		90,0
Mittelwert				96,2		95,7
Rezidiveingriff			16	1,2	15	1,1
Shunteinlage			241	17,7	218	15,7
TEA						
nein			970	71,4	997	71,6
mit Venen-Patch			23	1,7	17	1,2
mit PTFE-Patch			22	1,6	14	1,0
mit Polyurethan-Patch			30	2,2	25	1,8
mit Dacron-Patch			166	12,2	196	14,1
sonstige			147	10,8	143	10,3
Eversions-TEA						
nein			420	30,9	441	31,7
ja			938	69,1	951	68,3
Karotis-Interponat						
nein			1.330	97,9	1.364	98,0
Vene			5	0,4	3	0,2
PTFE			5	0,4	6	0,4
Dacron			12	0,9	14	1,0
sonstige			6	0,4	5	0,4
Sonstige Operationsverfahren						
nein			1.292	95,1	1.307	93,9
Externa-Plastik			17	1,3	25	1,8
Karotido-karotidaler Bypass			0	0,0	0	0,0
sonstige			49	3,6	60	4,3

Operation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zusätzliche intraoperative Maßnahmen			26	1,9	32	2,3
wenn ja: (Mehrfachnennungen möglich)						
Angioplastie			4 / 26	15,4	5 / 32	15,6
Stent			1 / 26	3,8	4 / 32	12,5
Lyse			2 / 26	7,7	0 / 32	0,0
sonstige			22 / 26	84,6	25 / 32	78,1
Neuro-Monitoring			962	70,8	1.028	73,9
wenn ja: (Mehrfachnennungen möglich)						
SEP			553 / 962	57,5	560 / 1.028	54,5
EEG			150 / 962	15,6	135 / 1.028	13,1
Oxymetrie			53 / 962	5,5	64 / 1.028	6,2
sonstige			363 / 962	37,7	420 / 1.028	40,9
Intraoperative Kontrolle						
nein			445	32,8	465	33,4
Sonographie			258	19,0	252	18,1
Angiographie			598	44,0	628	45,1
Angioskopie			0	0,0	2	0,1
sonstige			57	4,2	45	3,2
Simultaneingriff						
nein			1.315	96,8	1.361	97,8
Aorto-koronarer Bypass			19	1,4	11	0,8
periphere arterielle Rekonstruktion			0	0,0	0	0,0
Aortenrekonstruktion			13	1,0	15	1,1
sonstige			11	0,8	5	0,4
Zweit-OP im gleichen stationären Aufenthalt						
nein			1.329	97,9	1.366	98,1
Aorto-koronarer Bypass			1	0,1	3	0,2
periphere arterielle Rekonstruktion			5	0,4	3	0,2
Aortenrekonstruktion			1	0,1	1	0,1
Operation der kontralateralen Arteria Arteria carotis interna			5	0,4	2	0,1
sonstige			17	1,3	17	1,2

Verlauf

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Kontrolle der Strombahn						
Anzahl der Patienten wenn ja: (Mehrfachnennungen möglich)			679	50,0	675	48,5
Doppler/Duplex			614 / 679	90,4	618 / 675	91,6
Angiographie			22 / 679	3,2	11 / 675	1,6
sonstige			58 / 679	8,5	54 / 675	8,0
Postoperative fachneurologische Untersuchung			482	35,5	371	26,7
Neurologisches Defizit bis zur Entlassung						
nein			1.316	96,9	1.361	97,8
TIA			11	0,8	6	0,4
perioperativer Schlaganfall			31	2,3	25	1,8
Wenn neurologisches Defizit = perioperativer Schlaganfall: Schweregrad des neurologischen Defizits bei Entlassung						
Rankin 0			0 / 31	0,0	0 / 25	0,0
Rankin 1			2 / 31	6,5	2 / 25	8,0
Rankin 2			7 / 31	22,6	6 / 25	24,0
Rankin 3			6 / 31	19,4	6 / 25	24,0
Rankin 4			5 / 31	16,1	3 / 25	12,0
Rankin 5			9 / 31	29,0	6 / 25	24,0
Rankin 6			2 / 31	6,5	2 / 25	8,0
CT/MRT-Untersuchung						
Untersuchung durchgeführt wenn ja:			148	10,9	120	8,6
Morphologischer Befund unauffällig			107 / 148	72,3	85 / 120	70,8
wenn nein: (Mehrfachnennungen möglich)						
ischämischer Territorialinfarkt			17 / 41	41,5	14 / 35	40,0
hämodynamischer Infarkt			11 / 41	26,8	5 / 35	14,3
parenchymatöse Blutung			5 / 41	12,2	11 / 35	31,4
sonstige			13 / 41	31,7	8 / 35	22,9

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Lokale Komplikationen						
Anzahl der Patienten (Mehrfachnennungen möglich)			60	4,4	64	4,6
OP-pflichtige Nachblutung			32	2,4	39	2,8
periphere Nervenläsion (N. hypoglossus, N. facialis, N. laryngeus recurrens)			13	1,0	16	1,1
Karotisverschluss			4	0,3	3	0,2
sonstige			12	0,9	8	0,6
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)			4	0,3	6	0,4
A1 (oberflächliche Infektion)			4	0,3	6	0,4
A2 (tiefe Infektion)			0	0,0	0	0,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	0	0,0
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			89	6,6	79	5,7
kardiovaskuläre Komplikation(en) (Dekompensierte Herz- insuffizienz, schwere Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt)			32	2,4	29	2,1
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			0	0,0	0	0,0
pulmonale Komplikationen (Lungenembolie, Pneumonie)			18	1,3	17	1,2
sonstige			61	4,5	51	3,7

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.137	83,7	1.222	87,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			88	6,5	67	4,8
03: aus sonstigen Gründen			6	0,4	1	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,3	2	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			24	1,8	18	1,3
07: Tod			9	0,7	14	1,0
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			83	6,1	51	3,7
10: in Pflegeeinrichtung			4	0,3	5	0,4
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,1	6	0,4
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,1
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	2	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	1	0,1
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,1	2	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			4 / 9	44,4	6 / 14	42,9
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			3 / 9	33,3	3 / 14	21,4

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	

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2009.

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 anscheinend 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 anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2009 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2008 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 © 2009. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2008 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2009 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

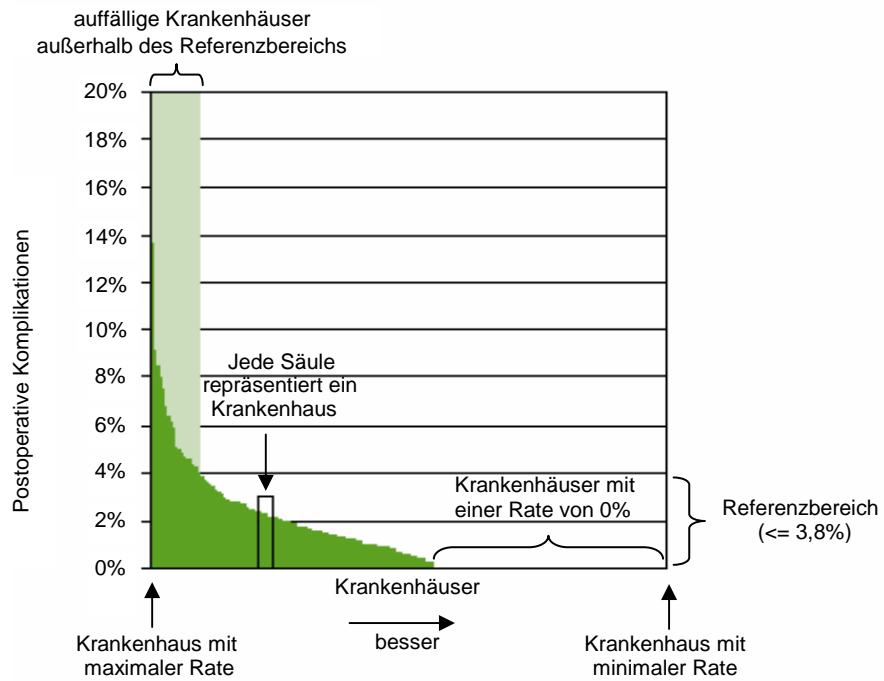
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

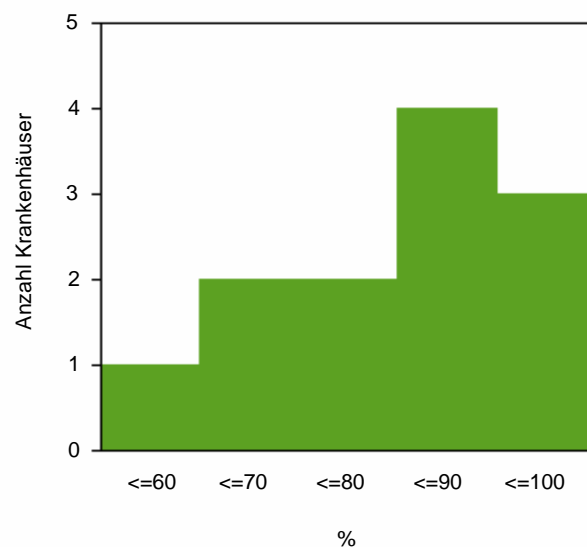
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2009/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2009.

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

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil 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.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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