

Jahresauswertung 2018 Karotis-Revaskularisation

10/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.952
Datensatzversion: 10/2 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17796-L112617-P53690

Jahresauswertung 2018 Karotis-Revaskularisation

10/2

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.952
Datensatzversion: 10/2 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17796-L112617-P53690

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/10n2-KAROT/603 QI: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch			98,53%	>= 95,00%	innerhalb	98,83%	17
2018/10n2-KAROT/604 QI: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch			99,82%	>= 95,00%	innerhalb	100,00%	19
2018/10n2-KAROT/52240 QI: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation			0,00 Fälle	Sentinel Event	-	1,00 Fälle	21
2018/10n2-KAROT/11704 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch			1,11	<= 2,99	innerhalb	1,29	24

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
-----------------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------	--	--	-------

2018/10n2-KAROT/11724

TKez: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

1,02 - - 1,41 27

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch

2018/10n2-KAROT/605

TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

1,52% - - 1,84% 29

2018/10n2-KAROT/606

TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

3,23% - - 3,19% 31

2018/10n2-KAROT/51859

TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

3,33% - - 3,61% 33

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/10n2-KAROT/51437 QI: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt			99,13%	>= 95,00%	innerhalb	99,52%	35
2018/10n2-KAROT/51443 QI: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt			98,94%	>= 95,00%	innerhalb	100,00%	37
2018/10n2-KAROT/51873 QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt			0,86	<= 3,03	innerhalb	1,10	40
2018/10n2-KAROT/51865 TKez: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt			0,91	-	-	1,48	43

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt							
2018/10n2-KAROT/51445 TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt							
			0,96%	-	-	1,64%	45
2018/10n2-KAROT/51448 TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt							
			8,70%	-	-	0,00%	47
2018/10n2-KAROT/51860 TKez: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt							
			3,19%	-	-	3,30%	49
2018/10n2-KAROT/161800 QI: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit							
			12,20%	<= 5,00%	außerhalb	12,20%	51

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/10n2-KAROT/850332 Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten			0,69%	<= 4,27%	innerhalb	0,64%	53

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2018 wurden erstmals kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KK“ oder „TK“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

Auswertungseinheiten (Standorte)

Standortbezogene Auswertungen werden ab dem Verfahrensjahr 2018 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern grundsätzlich nach dem behandelnden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.

NASCET

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

Indikationsgruppen

Indikationsgruppe A: Asymptomatische Karotisläsion

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

Indikationsgruppe B: Symptomatische Karotisläsion

nicht Ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate
unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe C: Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen

Notfalleingriffe

oder

Karotiseingriffe bei Patienten mit (jeweils ipsilateral zum Eingriff):

Aneurysma oder

Mehretagenläsion oder

exulzierende Plaques bei einer symptomatischen Karotisstenose mit einem Stenosegrad von < 50% (NASCET) oder

symptomatisches Coiling

unter Ausschluss der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)

Indikationsgruppe D: Simultaneingriffe

Simultaneingriffe am arteriellen Gefäßsystem(z. B. aorto-koronarer Bypass, periphere arterielle Rekonstruktion, Aortenrekonstruktion, PTA/Stent intrakraniell, Herzklappenoperation)

Modifizierte Rankin-Skala zur Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall

Schweregrad (Rankin 0)

Neurologisches Defizit:
kein neurologisches Defizit nachweisbar

Schweregrad (Rankin 1)

Neurologisches Defizit:
Ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

Schweregrad (Rankin 2)

Neurologisches Defizit:
leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und/oder leichter Aphasie

Schweregrad (Rankin 3)

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

Schweregrad (Rankin 4)

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

Schweregrad (Rankin 5)

Neurologisches Defizit:
invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

Schweregrad (Rankin 6)

Neurologisches Defizit:
Ischämischer Schlaganfall/tödlicher Ausgang

Berechnungsgrundlagen - offen-chirurgisch

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl gültiger Datensätze			1.478	100,00	1.499	100,00
davon						
Ersteingriffe¹			1.466 / 1.478	99,19	1.493 / 1.499	99,60
Alle Eingriffe:						
Asymptomatische Karotisläsion unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)¹			824 / 1.478	55,75	856 / 1.499	57,10
davon:						
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose < 75% (NASCET) ¹			720 / 824	87,38	755 / 856	88,20
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET) ¹			92 / 824	11,17	91 / 856	10,63
asymptomatische Karotisstenose < 60% (NASCET) ¹			12 / 824	1,46	10 / 856	1,17
Ersteingriff:						
Asymptomatische Karotisläsion unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)¹			818 / 1.466	55,80	853 / 1.493	57,13
davon:						
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose < 75% (NASCET) ¹			716 / 818	87,53	752 / 853	88,16
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET) ¹			90 / 818	11,00	91 / 853	10,67
asymptomatische Karotisstenose < 60% (NASCET) ¹			12 / 818	1,47	10 / 853	1,17

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Berechnungsgrundlagen - offen-chirurgisch (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Eingriffe:						
Indikationsgruppen B oder C oder D¹			654 / 1.478	44,25	643 / 1.499	42,90
davon:						
symptomatische Karotisläsion / elektiv ¹			576 / 654	88,07	557 / 643	86,63
symptomatische Karotisläsion / Notfall ¹			7 / 654	1,07	14 / 643	2,18
Ersteingriff:						
Indikationsgruppen B oder C oder D¹			648 / 1.466	44,20	640 / 1.493	42,87
davon:						
symptomatische Karotisläsion / elektiv ¹			571 / 648	88,12	554 / 640	86,56
symptomatische Karotisläsion / Notfall ¹			7 / 648	1,08	14 / 640	2,19

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Indikationsgruppen - offen-chirurgisch

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikationsgruppe A: asymptomatische Karotisläsion			824	55,75	856	57,10
davon						
Ersteingriffe¹			818 / 824	99,27	853 / 856	99,65
Indikationsgruppe B: symptomatische Karotisläsion			576	38,97	557	37,16
davon						
Ersteingriffe¹			571 / 576	99,13	554 / 557	99,46
Indikationsgruppe C: Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen			65	4,40	71	4,74
davon						
Ersteingriffe¹			64 / 65	98,46	71 / 71	100,00
Indikationsgruppe D: Simultaneingriffe			13	0,88	15	1,00
davon						
Ersteingriffe¹			13 / 13	100,00	15 / 15	100,00

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Berechnungsgrundlagen - kathetergestützt

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl gültiger Datensätze			435	100,00	400	100,00
davon						
Ersteingriffe¹			428 / 435	98,39	390 / 400	97,50
Alle Eingriffe:						
Asymptomatische Karotisläsion unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)¹			234 / 435	53,79	211 / 400	52,75
davon:						
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose < 75% (NASCET) ¹			209 / 234	89,32	184 / 211	87,20
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET) ¹			23 / 234	9,83	25 / 211	11,85
asymptomatische Karotisstenose < 60% (NASCET) ¹			2 / 234	0,85	2 / 211	0,95
Ersteingriff:						
Asymptomatische Karotisläsion unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)¹			231 / 428	53,97	207 / 390	53,08
davon:						
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose < 75% (NASCET) ¹			208 / 231	90,04	182 / 207	87,92
asymptomatische Karotisstenose >= 60% (NASCET) mit kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose >= 75% (NASCET) ¹			21 / 231	9,09	24 / 207	11,59
asymptomatische Karotisstenose < 60% (NASCET) ¹			2 / 231	0,87	1 / 207	0,48

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Berechnungsgrundlagen - kathetergestützt (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Eingriffe:						
Indikationsgruppen B oder C oder D¹			201 / 435	46,21	189 / 400	47,25
davon:						
symptomatische Karotisläsion / elektiv ¹			94 / 201	46,77	92 / 189	48,68
symptomatische Karotisläsion / Notfall ¹			3 / 201	1,49	13 / 189	6,88
Ersteingriff:						
Indikationsgruppen B oder C oder D¹			197 / 428	46,03	183 / 390	46,92
davon:						
symptomatische Karotisläsion / elektiv ¹			94 / 197	47,72	91 / 183	49,73
symptomatische Karotisläsion / Notfall ¹			3 / 197	1,52	13 / 183	7,10

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Indikationsgruppen - kathetergestützt

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikationsgruppe A: asymptomatische Karotisläsion			234	53,79	211	52,75
davon						
Ersteingriffe¹			231 / 234	98,72	207 / 211	98,10
Indikationsgruppe B: symptomatische Karotisläsion			94	21,61	92	23,00
davon						
Ersteingriffe¹			94 / 94	100,00	91 / 92	98,91
Indikationsgruppe C: Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen			75	17,24	65	16,25
davon						
Ersteingriffe¹			72 / 75	96,00	63 / 65	96,92
Indikationsgruppe D: Simultaneingriffe			32	7,36	32	8,00
davon						
Ersteingriffe¹			31 / 32	96,88	29 / 32	90,63

¹ Aufgrund angepasster Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2017 abweichen.

Qualitätsindikator: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

Qualitätsziel: Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/603

Referenzbereich: $\geq 95,00\%$

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			806 / 818	98,53%
Vertrauensbereich				97,45% - 99,16%
Referenzbereich		$\geq 95,00\%$		$\geq 95,00\%$

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			843 / 853	98,83%
Vertrauensbereich				97,86% - 99,36%

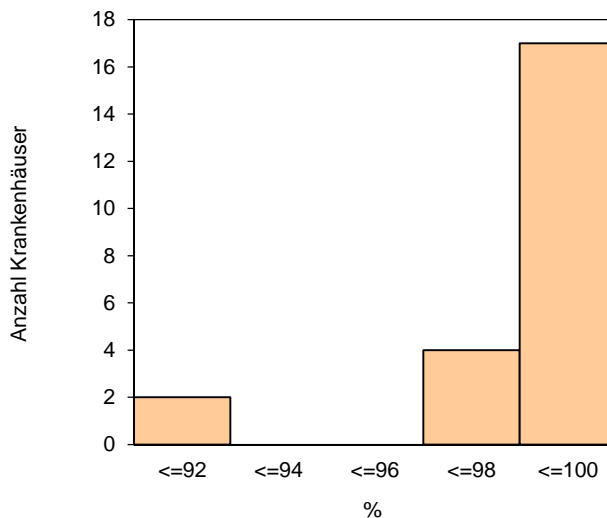
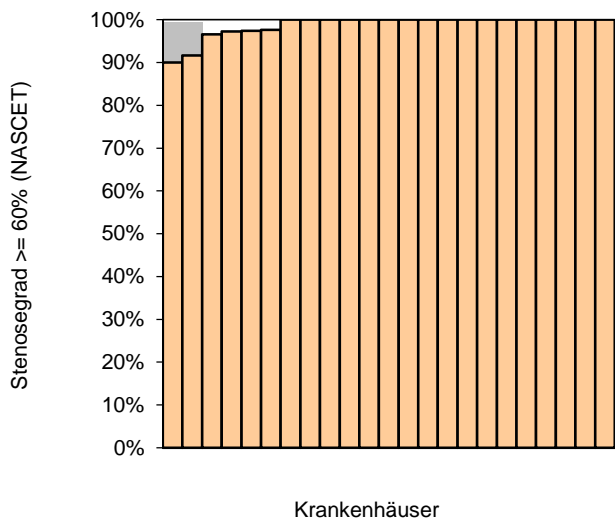
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/603]:

Anteil von Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) an allen Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

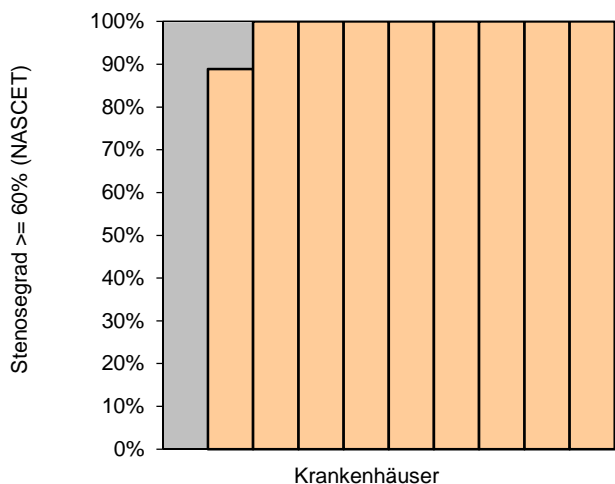
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,00	91,67	96,59	97,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		44,44	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

Qualitätsziel: Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/604

Referenzbereich: $\geq 95,00\%$

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET)			570 / 571	99,82%
Vertrauensbereich				99,01% - 99,97%
Referenzbereich		$\geq 95,00\%$		$\geq 95,00\%$

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET)			554 / 554	100,00%
Vertrauensbereich				99,31% - 100,00%

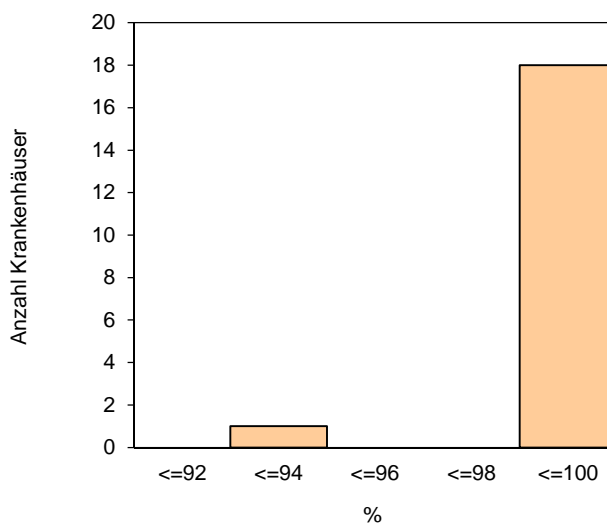
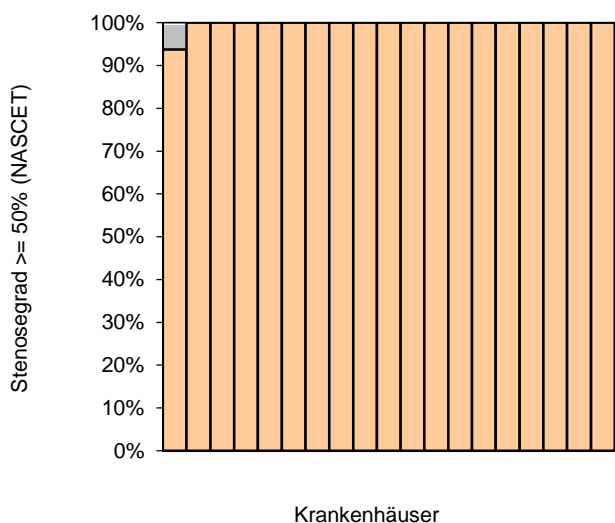
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/604]:

Anteil von Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) an allen Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

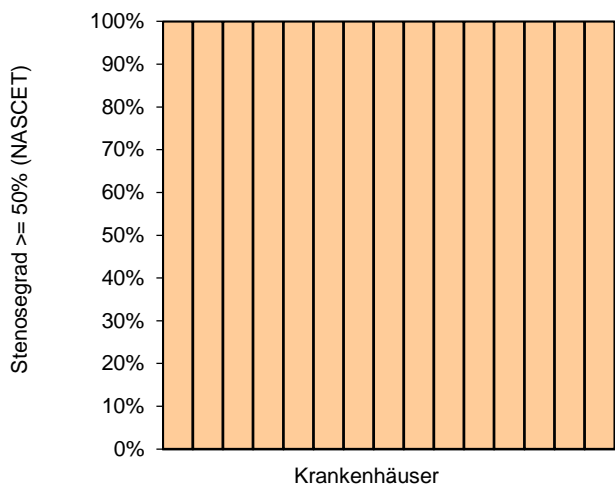
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,75		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

Qualitätsziel: Asymptomatische Stenose mit aortokoronarer Bypassoperation:
 Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/52240

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			0 / 0	0,00 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event
Verstorbene Patienten			0 / 0	

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			1 / 5	1,00 Fälle 20,00%

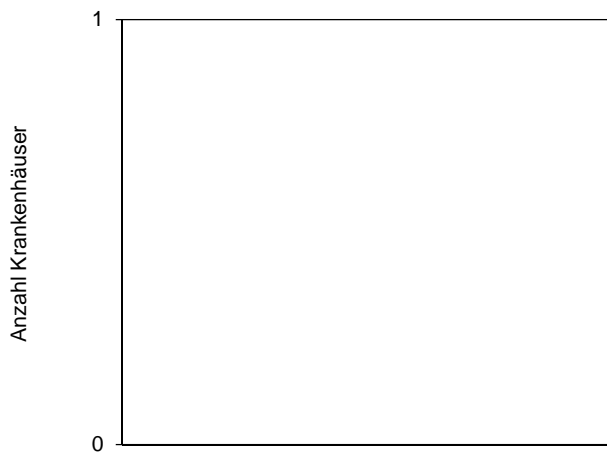
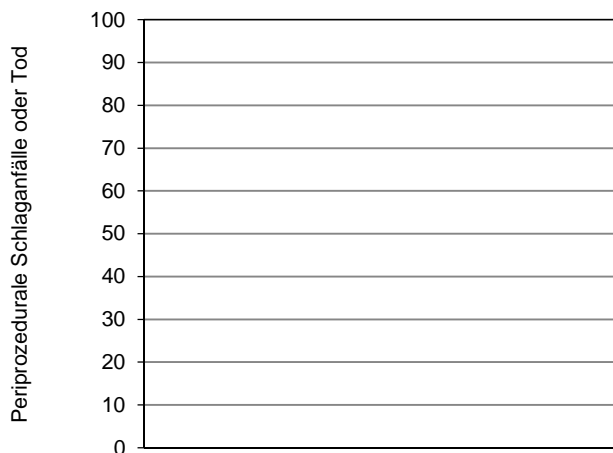
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/52240]:

Anzahl Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten von Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

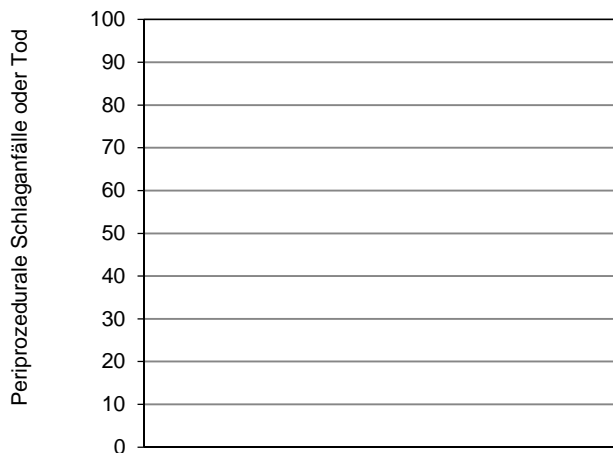
0 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

0 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

37 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

Qualitätsziel: Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde

Art des Wertes Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/11704


Referenzbereich: <= 2,99 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)


Karotis-Score für QI-ID 11704 Risikoklassen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	periprozedurale Schlaganfälle oder Tod		periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	
	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)	vorhergesagt (E ¹)	beobachtet (O ²)
0 - < 3%			19,19 / 1.194 1,61%	22 / 1.194 1,84%
3 - < 6%			7,60 / 195 3,90%	10 / 195 5,13%
6 - < 10%			3,27 / 42 7,79%	3 / 42 7,14%
>= 10%			5,10 / 35 14,58%	4 / 35 11,43%
Summe			35,16 / 1.466 2,40%	39 / 1.466 2,66%

¹ KKez E_11704: Erwartete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11704.

² KKez O_11704: Beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ¹		39 / 1.466 2,66%
vorhergesagt (E) ²		35,16 / 1.466 2,40%
O - E		0,26%

periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E ³ Vertrauensbereich Referenzbereich	 ≤ 2,99	1,11 0,81 - 1,51 ≤ 2,99

Vorjahresdaten* periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ¹		44 / 1.488 2,96%
vorhergesagt (E) ²		34,20 / 1.488 2,30%
O - E		0,66%
O/E ³ Vertrauensbereich		1,29 0,96 - 1,72

¹ KKez O_11704: Beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

² KKez E_11704: Erwartete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11704.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod zu der erwarteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

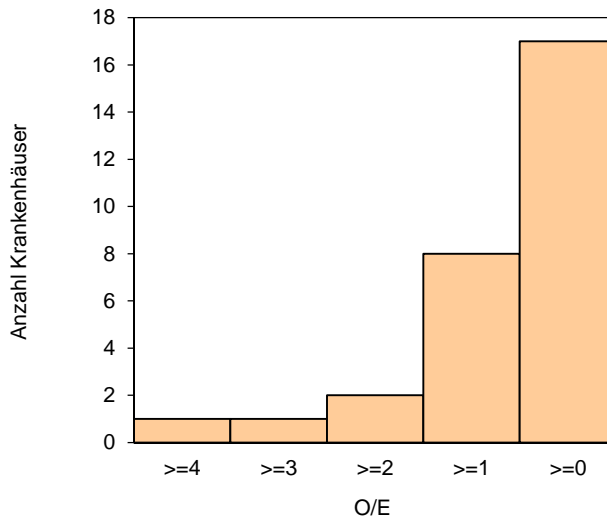
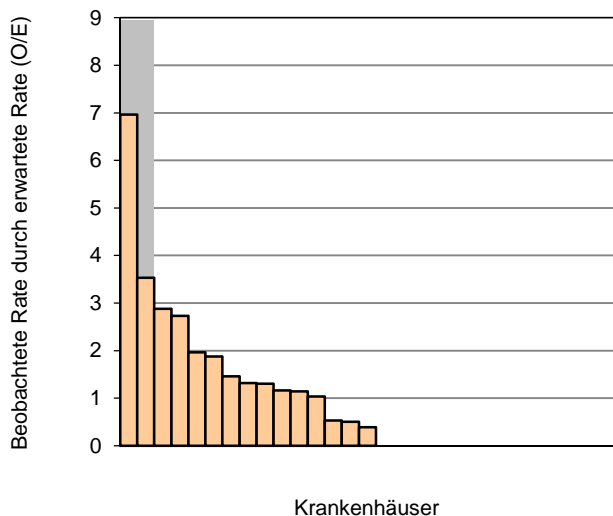
* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/11704]:

Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

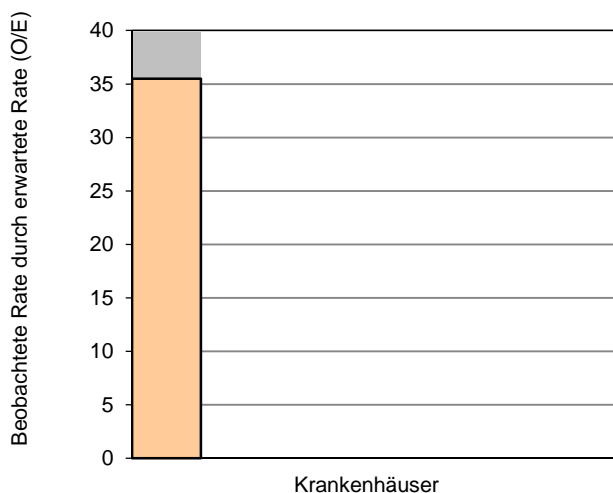
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39	1,32	2,88	3,53	6,96

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			35,49

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

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

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/11724

Karotis-Score für QI-ID 11724 Risikoklassen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod ¹		schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod ¹	
	vorhergesagt (E ²)	beobachtet (O ³)	vorhergesagt (E ²)	beobachtet (O ³)
0 - < 1,5%			8,19 / 1.122 0,73%	11 / 1.122 0,98%
1,5 - < 3,0%			4,23 / 219 1,93%	3 / 219 1,37%
3,0 - < 5,0%			2,13 / 61 3,49%	1 / 61 1,64%
>= 5,0%			7,11 / 64 11,12%	7 / 64 10,94%
Summe			21,67 / 1.466 1,48%	22 / 1.466 1,50%

¹ unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits
² KKeZ E_11724: Erwartete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11724
³ KKeZ O_11724: Beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
schwere Schlaganfälle oder Tod ¹		
beobachtet (O) ²		22 / 1.466 1,50%
vorhergesagt (E) ³		21,67 / 1.466 1,48%
O - E		0,02%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
schwere Schlaganfälle oder Tod ¹		
O/E* Vertrauensbereich		1,02 0,67 - 1,53

Vorjahresdaten**	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
schwere Schlaganfälle oder Tod ¹		
beobachtet (O) ²		29 / 1.488 1,95%
vorhergesagt (E) ³		20,58 / 1.488 1,38%
O - E		0,57%
O/E* Vertrauensbereich		1,41 0,98 - 2,01

¹ unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits

² KKez O_11724: Beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen

³ KKez E_11724: Erwartete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11724

* Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod zu der erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

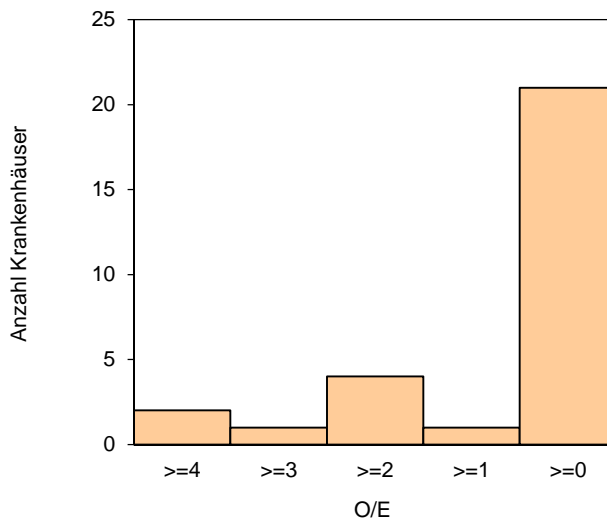
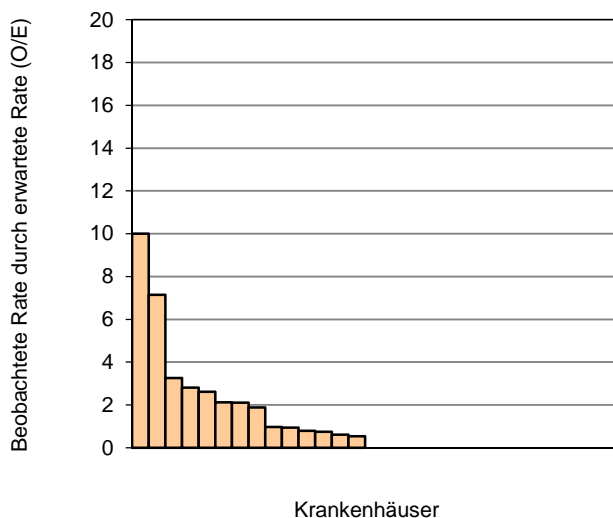
** Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5_TK_11724, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/11724]:

Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits bei allen Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

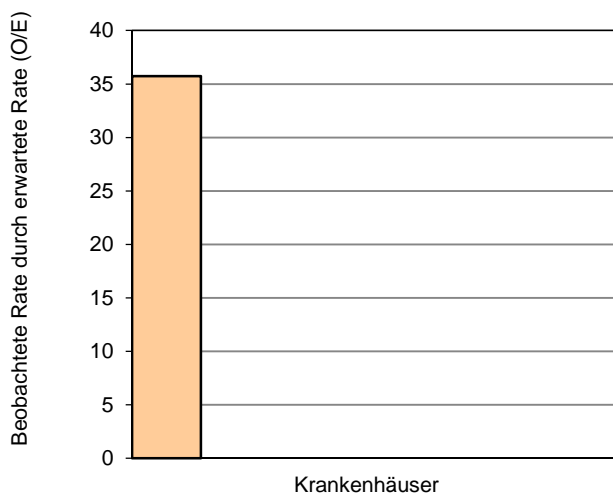
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,89	3,26	7,15	10,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			35,72

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/605

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des schwerwiegendsten neu aufgetretenen neurologischen Defizits			11 / 725	1,52%
Vertrauensbereich				0,85% - 2,70%
Verstorbene Patienten			5 / 725	0,69%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des schwerwiegendsten neu aufgetretenen neurologischen Defizits			14 / 759	1,84%
Vertrauensbereich				1,10% - 3,07%

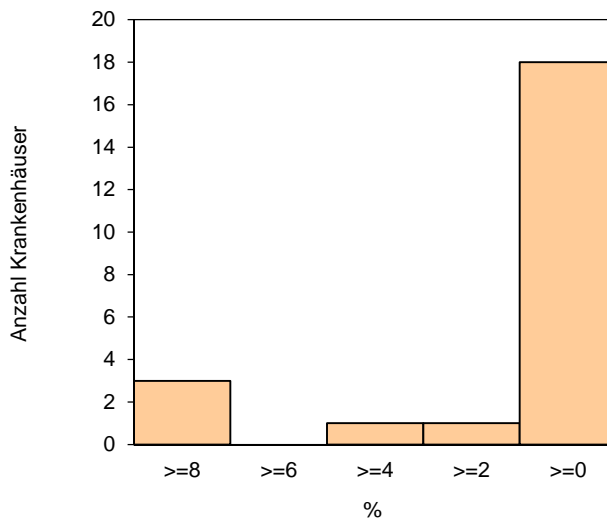
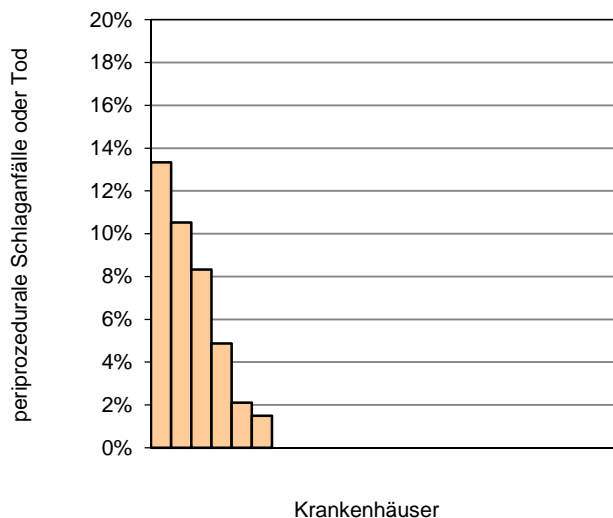
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a_TK_605, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/605]:

Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten unter Berücksichtigung des schwerwiegendsten neu aufgetretenen neurologischen Defizits an Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

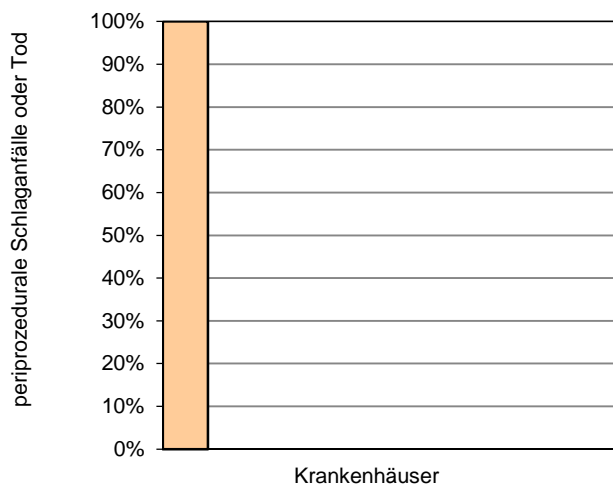
23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	8,33	10,53	13,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	50,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/606

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			3 / 93	3,23%
Vertrauensbereich				1,10% - 9,06%
Verstorbene Patienten			0 / 93	0,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			3 / 94	3,19%
Vertrauensbereich				1,09% - 8,97%

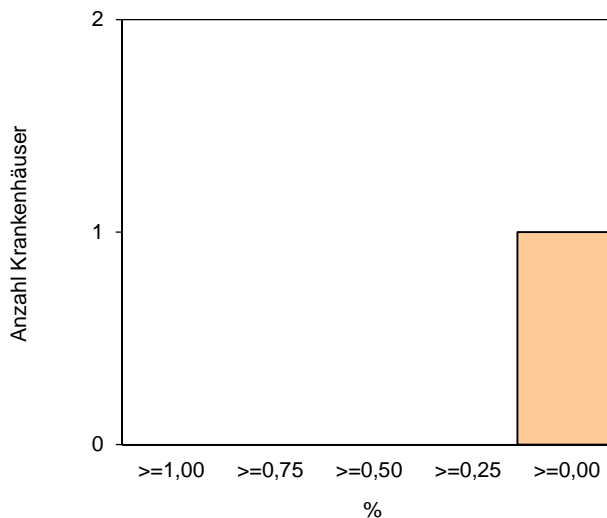
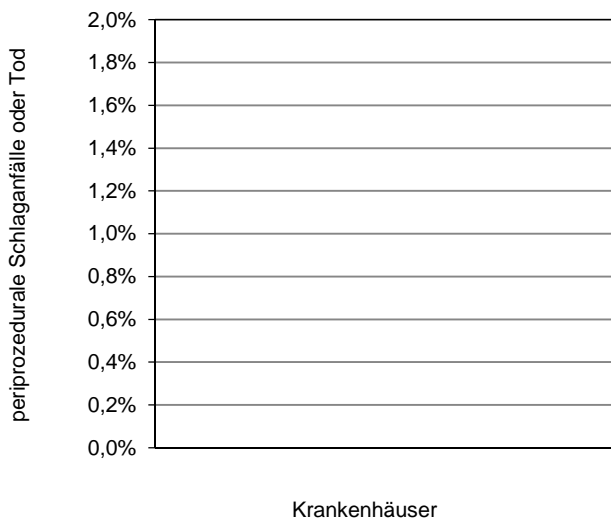
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b_TK_606, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/606]:

Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten an Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

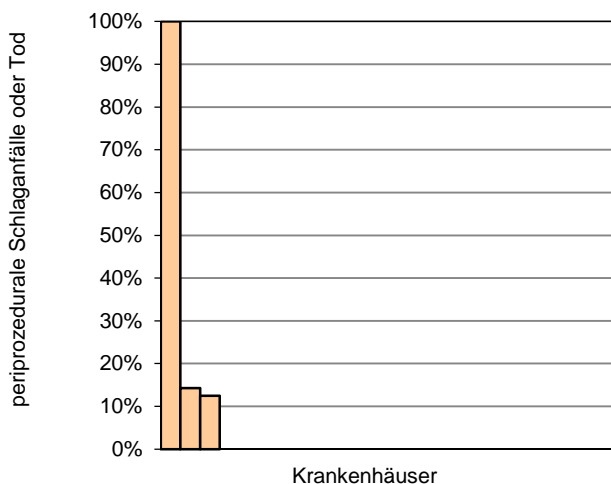
1 Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	14,29	100,00

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/51859

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			19 / 571	3,33% 2,14% - 5,14%
Verstorbene Patienten			6 / 571	1,05%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			20 / 554	3,61% 2,35% - 5,51%

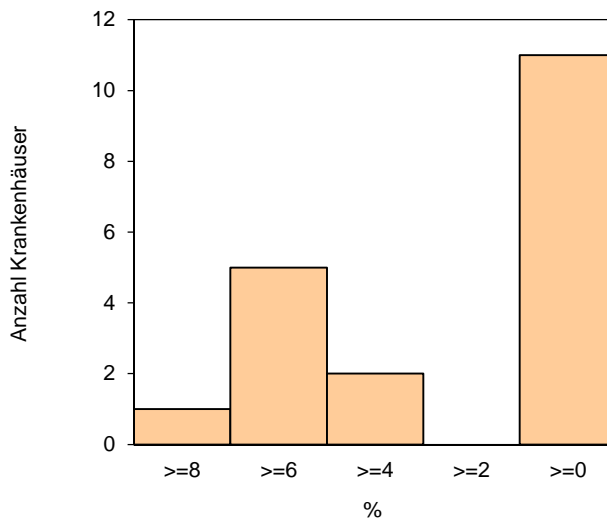
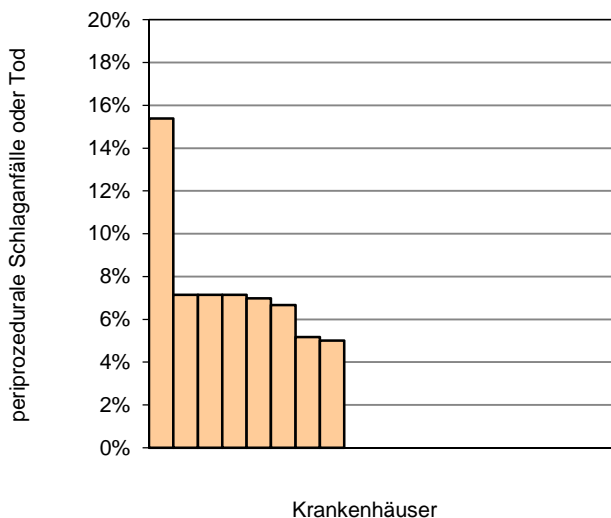
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6c_TK_51859, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/51859]:

Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbenen Patienten an Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

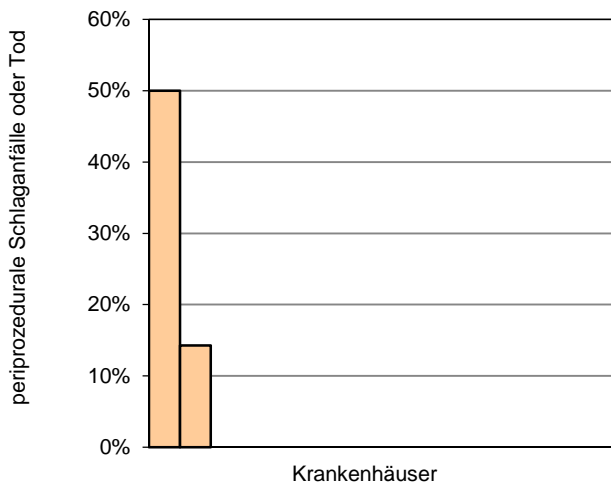
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	6,98	7,14		15,38

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	14,29		50,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Qualitätsziel: Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt

Grundgesamtheit: Alle Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/51437

Referenzbereich: $\geq 95,00\%$

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			229 / 231	99,13%
Vertrauensbereich			96,90% - 99,76%	
Referenzbereich		$\geq 95,00\%$	$\geq 95,00\%$	

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)			206 / 207	99,52%
Vertrauensbereich			97,31% - 99,91%	

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

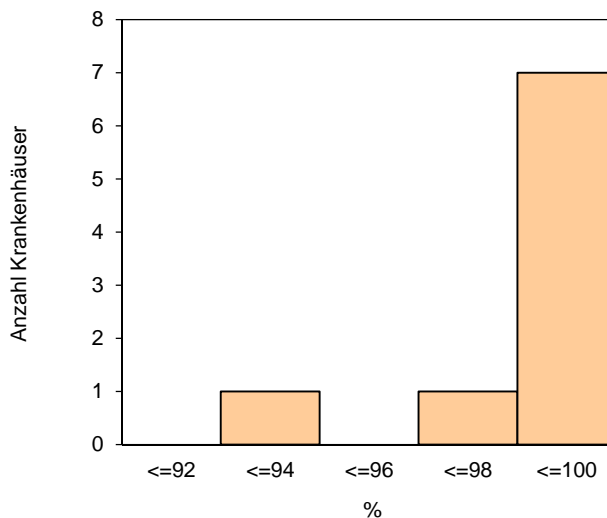
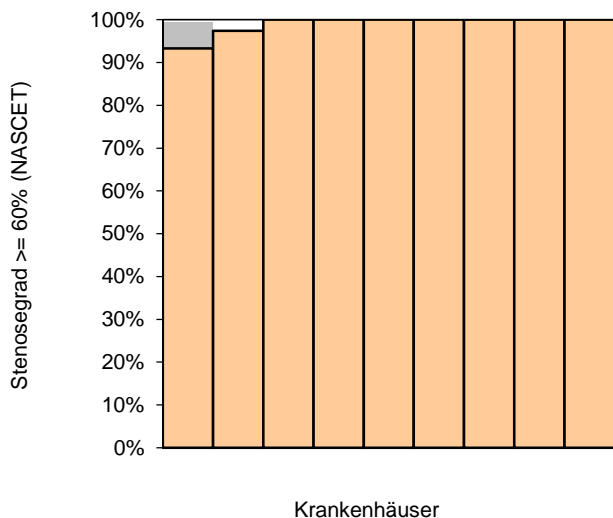
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/51437]:

Anteil von Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) an allen Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

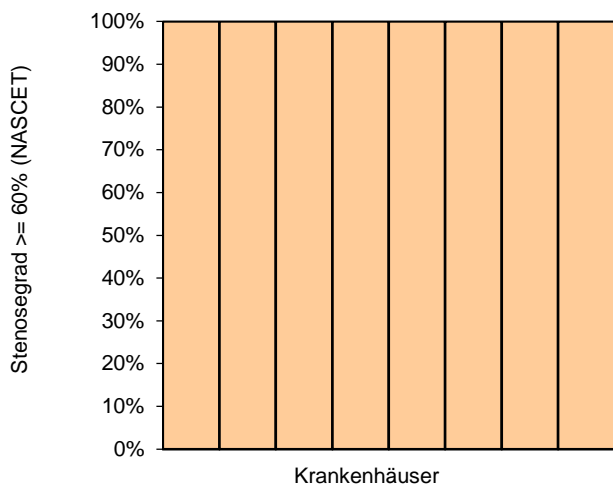
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,33			100,00	100,00	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

20 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Qualitätsziel: Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/51443

Referenzbereich: $\geq 95,00\%$

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET)			93 / 94	98,94%
Vertrauensbereich			94,22% - 99,81%	
Referenzbereich		$\geq 95,00\%$	$\geq 95,00\%$	

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET)			91 / 91	100,00%
Vertrauensbereich			95,95% - 100,00%	

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

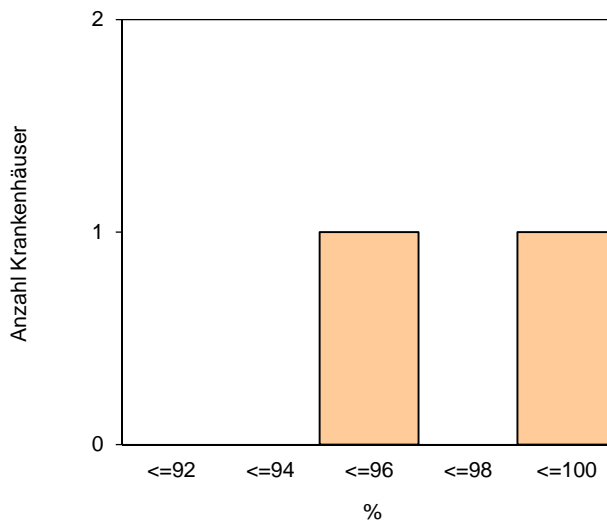
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/51443]:

Anteil von Patienten mit einem Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) an allen Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

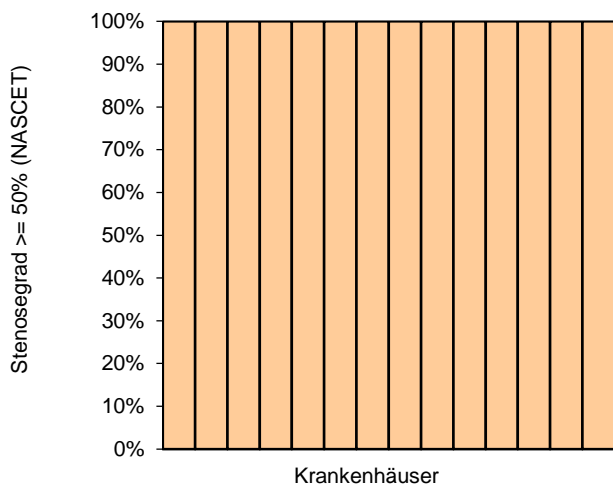
2 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,12				97,06				100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt

Qualitätsziel: Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/51873

Referenzbereich: <= 3,03 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Karotis-Score für QI-ID 51873 Risikoklassen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	periprozedurale Schlaganfälle oder Tod		periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	
	vorhergesagt (E ²)	beobachtet (O ³)	vorhergesagt (E ²)	beobachtet (O ³)
0 - < 3%			5,32 / 298 1,79%	4 / 298 1,34%
3 - < 6%			2,47 / 60 4,11%	2 / 60 3,33%
6 - < 10%			1,28 / 17 7,51%	0 / 17 0,00%
>= 10%			6,01 / 30 20,03%	7 / 30 23,33%
Summe			15,07 / 405 3,72%	13 / 405 3,21%

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

² KKez E_51873: Erwartete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51873

³ KKez O_51873: Beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ¹		13 / 405 3,21%
vorhergesagt (E) ²		15,07 / 405 3,72%
O - E		-0,51%

periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E ³		0,86
Vertrauensbereich		0,51 - 1,45
Referenzbereich	<= 3,03	<= 3,03

Vorjahresdaten* periprozedurale Schlaganfälle oder Tod	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ¹		15 / 390 3,85%
vorhergesagt (E) ²		13,67 / 390 3,51%
O - E		0,34%
O/E ³		1,10
Vertrauensbereich		0,67 - 1,78

¹ KKez O_51873: Beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen

² KKez E_51873: Erwartete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51873

³ Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod zu der erwarteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

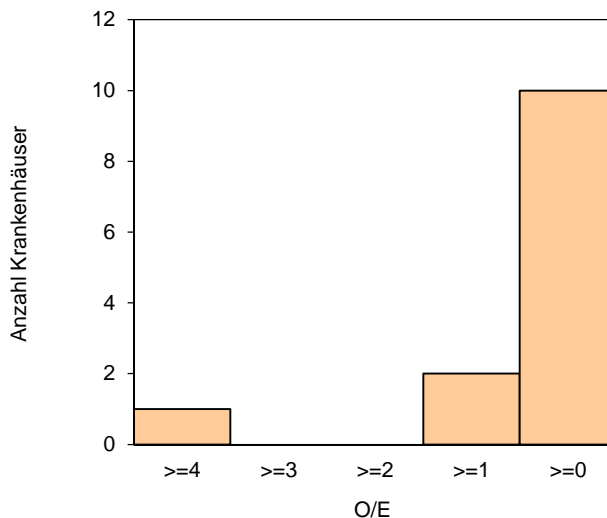
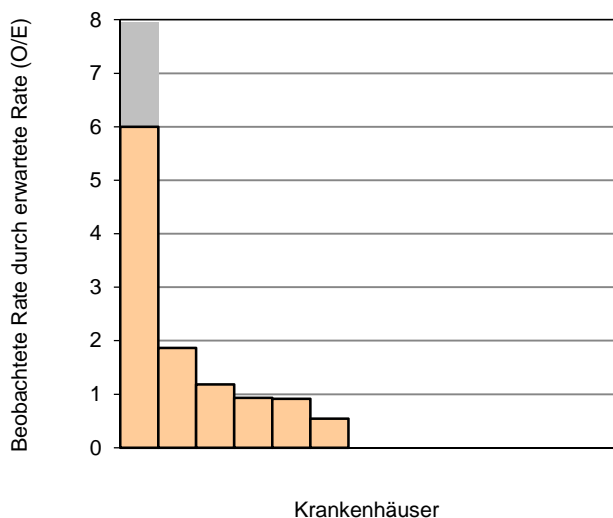
* Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/51873]:

Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei allen Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

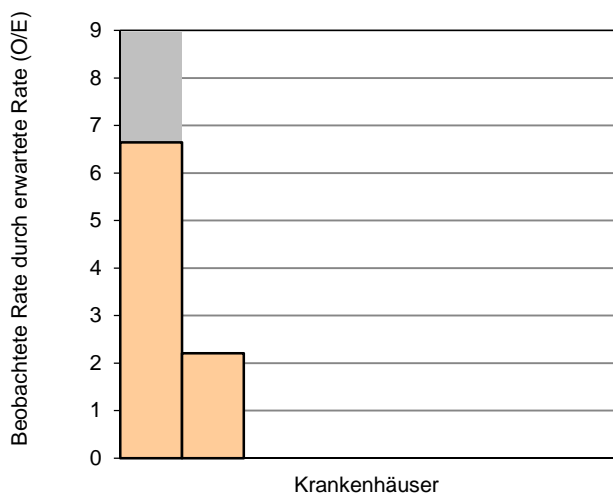
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,93	1,86		6,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,10			6,64

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Kennzahl: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt

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

Grundgesamtheit: Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/51865

Karotis-Score für QI-ID 51865 Risikoklassen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod ²		schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Tod ²	
	vorhergesagt (E ³)	beobachtet (O [*])	vorhergesagt (E ³)	beobachtet (O [*])
0 - < 1,5%			2,87 / 348 0,82%	2 / 348 0,57%
1,5 - < 3,0%			0,83 / 21 3,94%	0 / 21 0,00%
3,0 - < 5,0%			0,65 / 9 7,18%	0 / 9 0,00%
>= 5,0%			5,54 / 27 20,52%	7 / 27 25,93%
Summe			9,88 / 405 2,44%	9 / 405 2,22%

¹ Ausgeschlossen werden Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

² unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits

³ KKez E_51865: Erwartete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51865

* KKez O_51865: Beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen

schwere Schlaganfälle oder Tod ¹	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		9 / 405 2,22%
vorhergesagt (E) ³		9,88 / 405 2,44%
O - E		-0,22%

schwere Schlaganfälle oder Tod ¹	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E* Vertrauensbereich		0,91 0,48 - 1,71

Vorjahresdaten** schwere Schlaganfälle oder Tod ¹	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ²		13 / 390 3,33%
vorhergesagt (E) ³		8,81 / 390 2,26%
O - E		1,07%
O/E* Vertrauensbereich		1,48 0,87 - 2,49

¹ unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits

² KKez O_51865: Beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen

³ KKez E_51865: Erwartete Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 51865

* Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod zu der erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod ist 10% kleiner als erwartet.

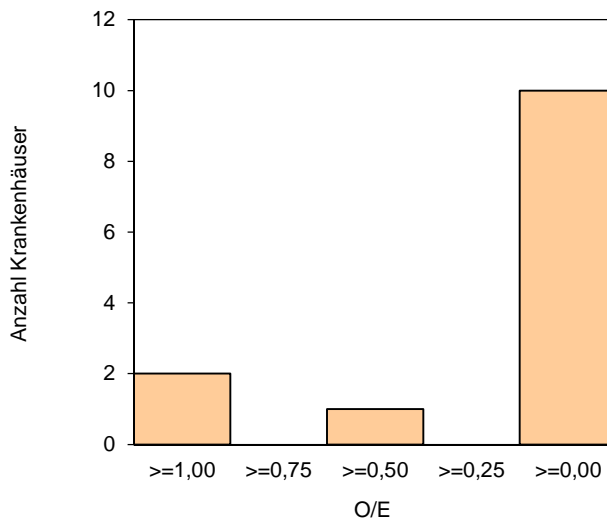
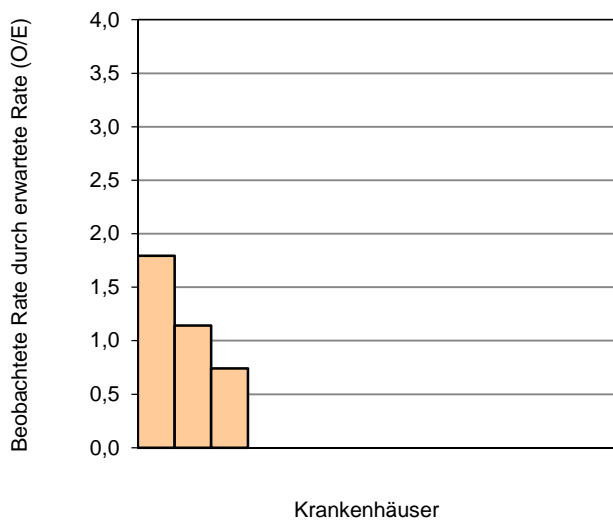
** Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10_TK_51865, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/51865]:

Verhältnis der beobachteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen zur erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen unter Berücksichtigung des höchsten Schweregrads des neurologischen Defizits bei allen Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

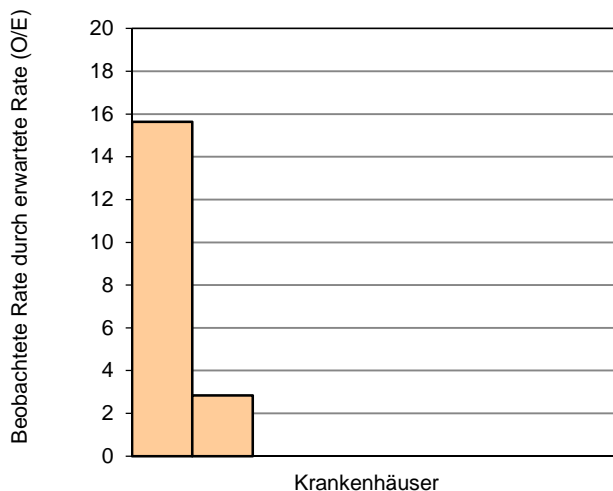
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	1,14		1,79

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,42			15,63

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/51445

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			2 / 208	0,96% 0,26% - 3,44%
Verstorbene Patienten			0 / 208	0,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			3 / 183	1,64% 0,56% - 4,71%

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

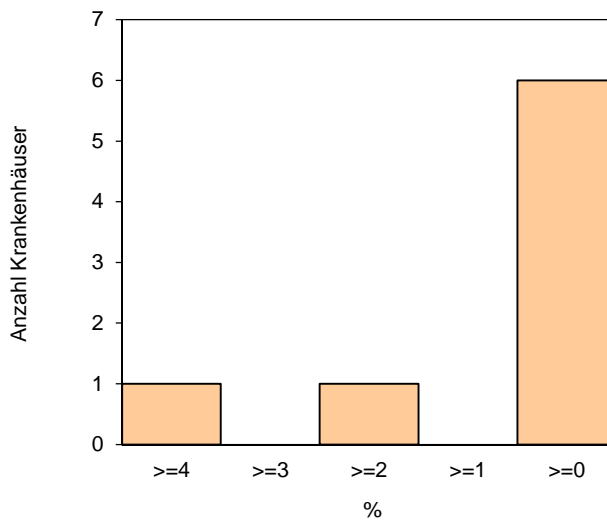
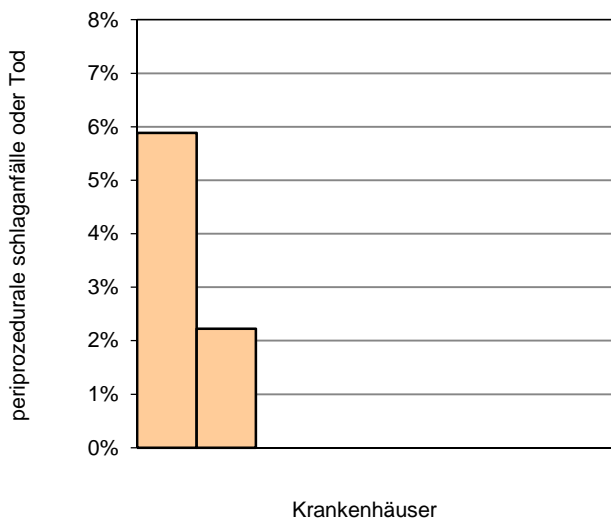
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11a_TK_51445, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/51445]:

Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten an Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, unter Ausschluss von Patienten, bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

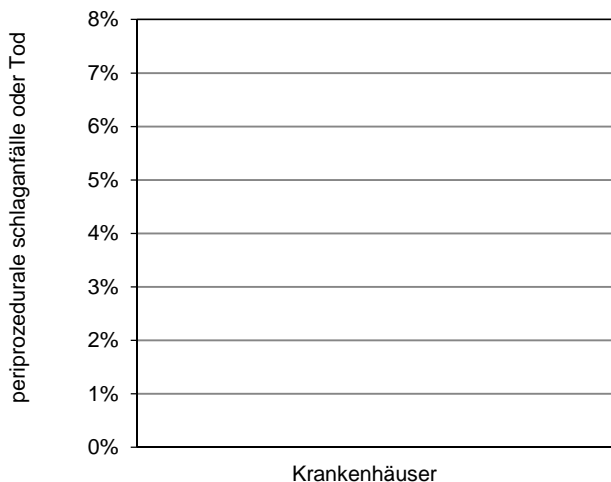
8 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,11			5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

20 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/51448

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			2 / 23	8,70%
Vertrauensbereich				2,42% - 26,80%
Verstorbene Patienten			1 / 23	4,35%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten			0 / 24	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,00%

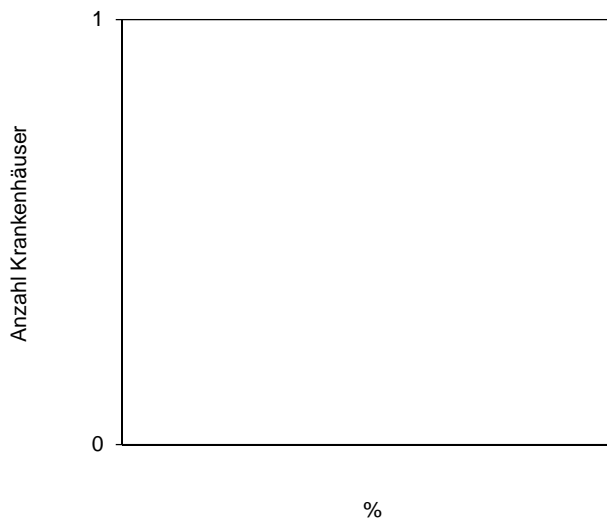
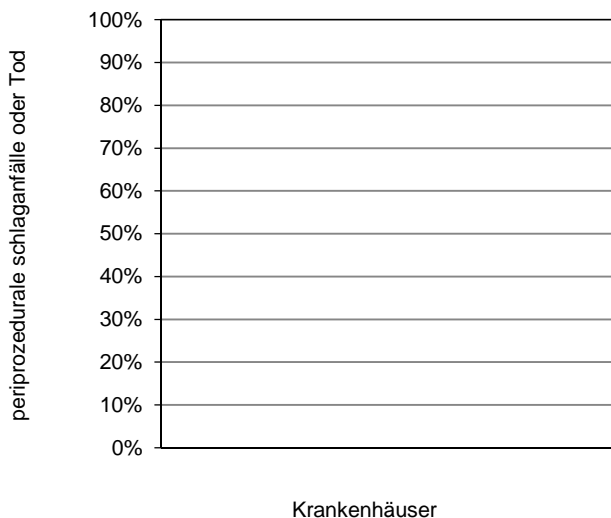
¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11b_TK_51448, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/51448]:
 Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbenen Patienten an Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und bei denen ein kontralateraler Verschluss oder eine kontralaterale Stenose (ab 75% NASCET) vorlag**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

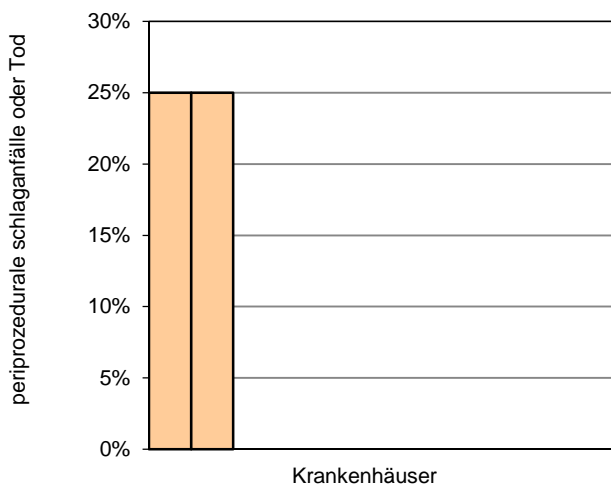
0 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

26 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Grundgesamtheit: Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

Art des Wertes: Transparenzkennzahl

Kennzahl-ID: 2018/10n2-KAROT/51860

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			3 / 94	3,19% 1,09% - 8,97%
Verstorbene Patienten			2 / 94	2,13%

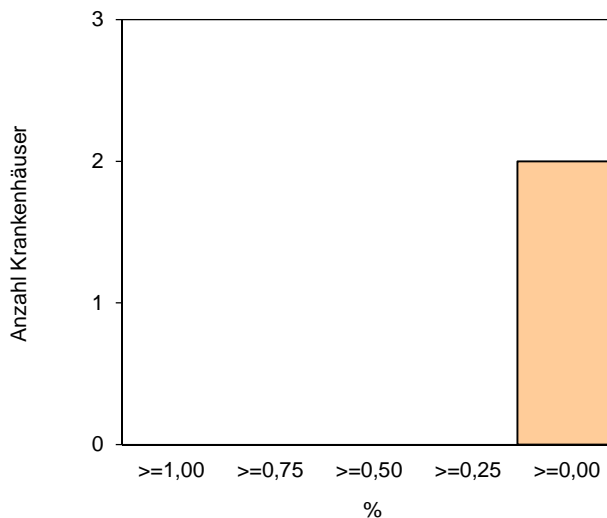
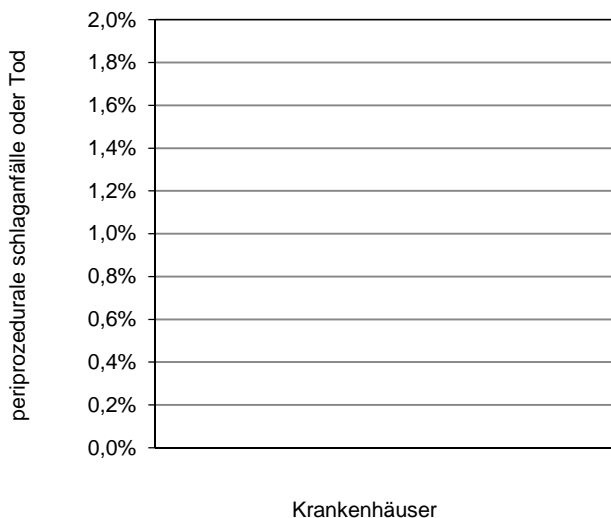
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten Vertrauensbereich			3 / 91	3,30% 1,13% - 9,25%

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

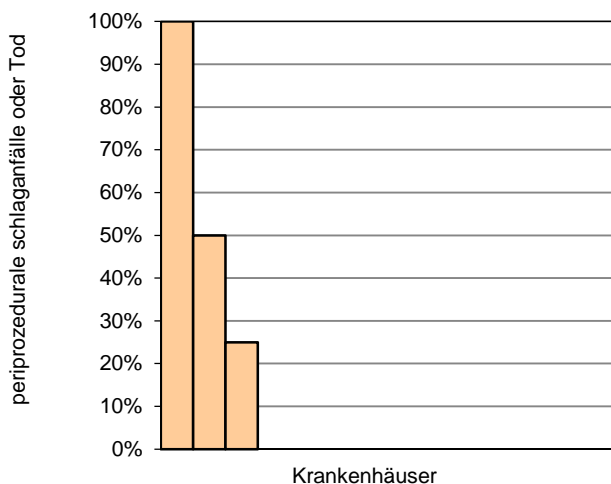
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11c_TK_51860, Kennzahl-ID 2018/10n2-KAROT/51860]:
 Anteil von Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbenen Patienten an Patienten aus der Indikationsgruppe B,
 bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde**

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



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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	100,00	

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit

Qualitätsziel: Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizits

Grundgesamtheit: Alle lebend entlassenen Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden, und bei denen ein neues periprozedurales neurologisches Defizit aufgetreten ist¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/10n2-KAROT/161800

Referenzbereich: <= 5,00%

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde			5 / 41	12,20%
Vertrauensbereich				5,32% - 25,54%
Referenzbereich		<= 5,00%		<= 5,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde			5 / 41	12,20%
Vertrauensbereich				5,32% - 25,54%

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

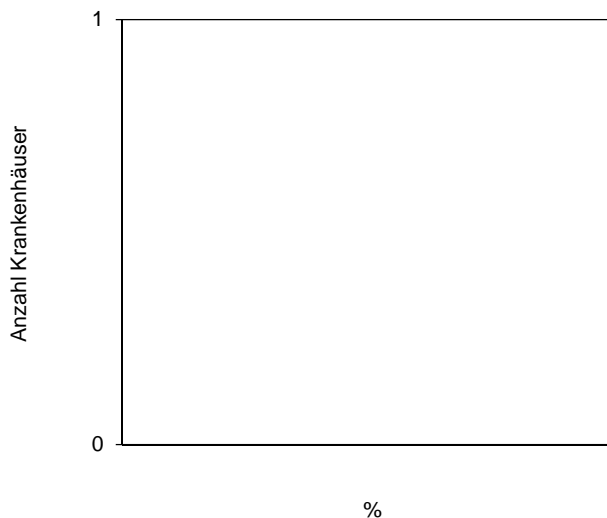
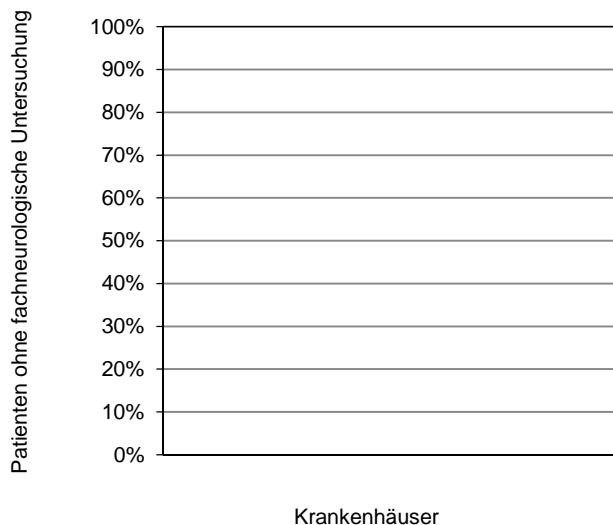
² Der Qualitätsindikator wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12, Indikator-ID 2018/10n2-KAROT/161800]:

Anteil von Patienten, bei denen trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde, an allen lebend entlassenen Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden, und bei denen ein neues periprozedurales neurologisches Defizit aufgetreten ist

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

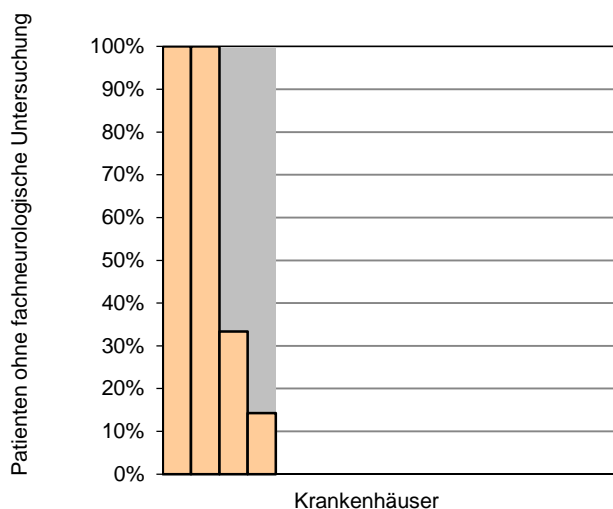
0 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	7,14	100,00		100,00

21 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptotischen Patientinnen und Patienten

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde¹

AK-ID: 2018/10n2-KAROT/850332

Referenzbereich: <= 4,27% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 11704, 11724, 51873, 51865

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit asymptotischer Karotistenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4 ² Vertrauensbereich Referenzbereich			13 / 1.871	0,69% 0,41% - 1,19% <= 4,27%

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit asymptotischer Karotistenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4 ² Vertrauensbereich			12 / 1.883	0,64% 0,36% - 1,11%

¹ Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.

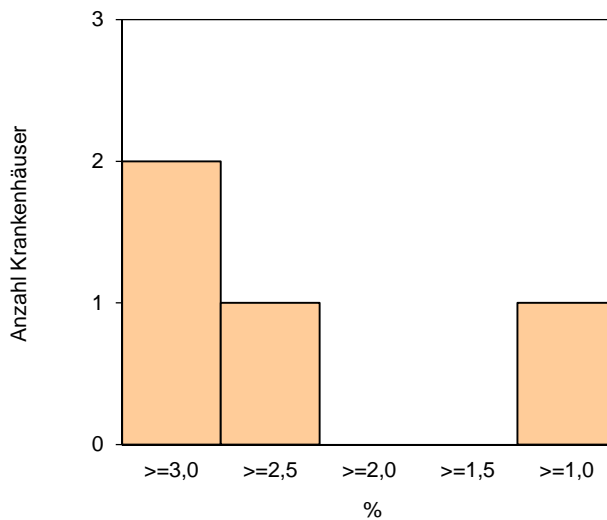
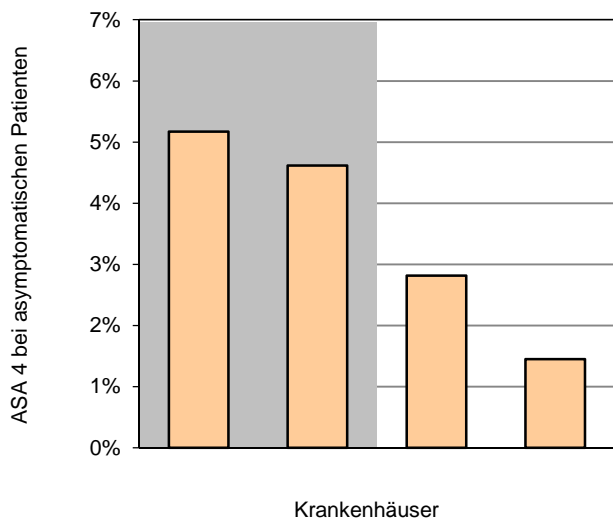
² Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

³ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850332, AK-ID 2018/10n2-KAROT/850332]:

Anteil von Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4 an allen Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 4



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,45			2,13	3,72	4,89			5,17

Jahresauswertung 2018 Karotis-Revaskularisation

10/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.952
Datensatzversion: 10/2 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17796-L112617-P53690

Karotis-Revaskularisation (Gesamt)

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			508	26,02	498	26,07
2. Quartal			462	23,67	517	27,07
3. Quartal			493	25,26	445	23,30
4. Quartal			489	25,05	450	23,56
Gesamt			1.952		1.910	
Anzahl Prozeduren			1.971		1.926	
Anzahl offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisationen			1.479 / 1.971	75,04	1.499 / 1.926	77,83
davon						
Umstieg PTA/Stent auf offene Operation			1 / 1.479	0,07	0 / 1.499	0,00
Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis-Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492 / 1.971	24,96	427 / 1.926	22,17
davon						
PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur			58 / 492	11,79	27 / 427	6,32

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl Patienten			1.952		1.910	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.952		1.910	
Median				6,00		6,00
Mittelwert				9,69		9,35

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 8 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese
4	E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
5	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese
8	U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³	ICD	Anzahl	% ³
1				I65.2	1.590	81,45	I65.2	1.596	83,56
2				I10.00	730	37,40	I10.00	577	30,21
3				Z92.2	588	30,12	E78.5	445	23,30
4				E78.5	544	27,87	Z92.2	421	22,04
5				E11.90	418	21,41	E11.90	358	18,74
6				I10.90	246	12,60	I10.90	280	14,66
7				Z86.7	223	11,42	Z92.1	176	9,21
8				U50.00	213	10,91	I10.01	165	8,64

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2017 und ICD-10-GM 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			1.952		1.910	
Altersverteilung (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.952 / 1.952		1.910 / 1.910	
< 40			1 / 1.952	0,05	0 / 1.910	0,00
40 - 49			20 / 1.952	1,02	26 / 1.910	1,36
50 - 59			210 / 1.952	10,76	186 / 1.910	9,74
60 - 69			610 / 1.952	31,25	607 / 1.910	31,78
70 - 79			740 / 1.952	37,91	754 / 1.910	39,48
80 - 89			352 / 1.952	18,03	329 / 1.910	17,23
>= 90			19 / 1.952	0,97	8 / 1.910	0,42
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.952		1.910	
Median				72,00		72,00
Mittelwert				71,13		70,88
Geschlecht						
männlich			1.465	75,05	1.374	71,94
weiblich			487	24,95	536	28,06
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Prozedur

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Prozeduren			1.971		1.926	
Art des Eingriffs						
Offene Operation			1.478	74,99	1.499	77,83
PTA/Stent			434	22,02	400	20,77
Umstieg PTA/Stent auf offene Operation			1	0,05	0	0,00
PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur			58	2,94	27	1,40
Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?						
Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stent-implantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff)			1.873	95,03	1.842	95,64
Rezidiveingriff (ipsilateral offene-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)			98	4,97	84	4,36

Karotis-Revaskularisation (offen-chirurgisch)

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			389	26,30	387	25,82
2. Quartal			361	24,41	411	27,42
3. Quartal			375	25,35	351	23,42
4. Quartal			354	23,94	350	23,35
Gesamt			1.479		1.499	
davon						
Umstieg PTA/Stent auf offene Operation			1 / 1.479	0,07	0 / 1.499	0,00

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisationen			1.479		1.499	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			1.479		1.499	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				3,63		3,49
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			1.479		1.499	
Median				5,00		5,00
Mittelwert				5,89		6,06
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			1.479		1.499	
Median				6,00		6,00
Mittelwert				9,52		9,55

OPS 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

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	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5	8-925.01	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring: Bis 4 Stunden: Mit evozierten Potentialen (AEP, SEP, MEP, VEP)

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

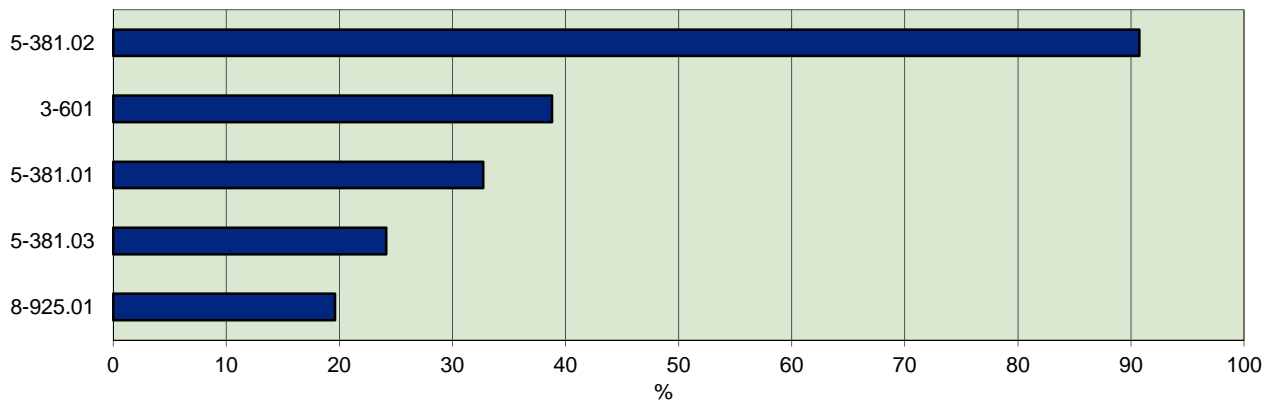
	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-381.02	1.342	90,74	5-381.02	1.390	92,73
2				3-601	574	38,81	3-601	511	34,09
3				5-381.01	484	32,72	5-381.01	417	27,82
4				5-381.03	357	24,14	8-925.01	382	25,48
5				8-925.01	290	19,61	5-381.03	309	20,61

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle offen-chirurgischen Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

OPS 2018 - offen-chirurgisch (Gesamt 2018)

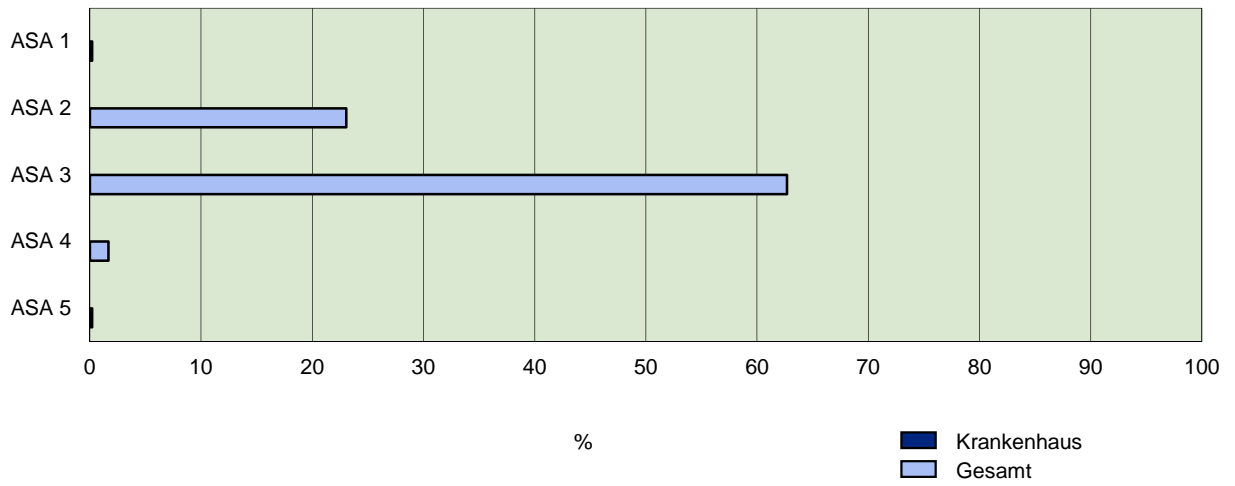


Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Altersverteilung (Jahre) Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.479 / 1.479		1.499 / 1.499	
< 40			0 / 1.479	0,00	0 / 1.499	0,00
40 - 49			11 / 1.479	0,74	15 / 1.499	1,00
50 - 59			149 / 1.479	10,07	134 / 1.499	8,94
60 - 69			459 / 1.479	31,03	464 / 1.499	30,95
70 - 79			572 / 1.479	38,67	595 / 1.499	39,69
80 - 89			274 / 1.479	18,53	284 / 1.499	18,95
>= 90			14 / 1.479	0,95	7 / 1.499	0,47
Alter (Jahre) Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			1.479		1.499	
Median				73,00		73,00
Mittelwert				71,46		71,37
Geschlecht						
männlich			1.126	76,13	1.061	70,78
weiblich			353	23,87	438	29,22
unbestimmt			0	0,00	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)¹						
1: normaler, gesunder Patient			3	0,20	3	0,20
2: mit leichter Allgemein- erkrankung			341	23,06	363	24,22
3: mit schwerer Allgemein- erkrankung			927	62,68	1.104	73,65
4: mit schwerer Allgemein- erkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			25	1,69	28	1,87
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			3	0,20	1	0,07

¹ ASA-Einstufung aus der Anästhesiedokumentation

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation - offen-chirurgisch



Klinische Diagnostik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?¹ (unabhängig von einer Seitenlokalisation)						
nein			924	62,47	-	-
ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0 - 5 vor elektivem Eingriff			520	35,16	-	-
ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff			35	2,37	-	-
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)			825	55,78	856	57,10
Symptomatische Karotisläsion, elektiv² (Indikationsgruppe B)			576	38,95	-	-
davon						
Amaurosis fugax						
ipsilateral ²			55 / 576	9,55	-	-
ipsilaterale Hemisphären TIA ²			58 / 576	10,07	-	-
sonstige ²			17 / 576	2,95	-	-
wenn elektiv: Zeitraum letztes Ereignis bis zum Eingriff (Tage)						
Anzahl gültiger Angaben			126		288	
Median				12,00		10,00
Mittelwert				23,85		19,27

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2018 können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Klinische Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)			65	4,39	71	4,74
davon						
Symptomatische Karotisläsion, Notfall¹			6 / 65	9,23	-	-
davon						
Crescendo-TIA ^{1,2}			5 / 6	83,33	-	-
sonstige ¹			1 / 6	16,67	-	-
Es wurde kein Eingriff an der Karotis vorgenommen ³			0 / 65	0,00	-	-
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem* (Indikationsgruppe D)			13	0,88	15	1,00
davon						
aorto-koronarer Bypass			1 / 13	7,69	8 / 15	53,33
periphere arterielle Rekonstruktion			2 / 13	15,38	1 / 15	6,67
Aortenrekonstruktion			3 / 13	23,08	2 / 15	13,33
PTA/Stent intrakraniell			0 / 13	0,00	0 / 15	0,00
isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation			1 / 13	7,69	0 / 15	0,00
kathetergestützte, intra- kranielle Thrombektomie**			2 / 13	15,38	-	-
sonstige			4 / 13	30,77	4 / 15	26,67
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)***						
Rankin 0			971	65,65	1.053	70,25
Rankin 1			120	8,11	99	6,60
Rankin 2			201	13,59	194	12,94
Rankin 3			144	9,74	108	7,20
Rankin 4			35	2,37	33	2,20
Rankin 5			8	0,54	12	0,80

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2018 können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

² rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna mit zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen mit zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad

³ neues Datenfeld in 2018

* Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit aorto-koronarem Bypass zu dokumentieren

** neuer Schlüsselwert in 2018

*** Neurologisches Defizit, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.

Apparative Diagnostik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite						
Anzahl der Patienten ¹ davon			67	4,53	81	5,40
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung			51 / 67	76,12	53 / 81	65,43
Aneurysma			3 / 67	4,48	2 / 81	2,47
symptomatisches Coiling ²			2 / 67	2,99	5 / 81	6,17
Mehretagenläsion ³			4 / 67	5,97	13 / 81	16,05
sonstige			8 / 67	11,94	12 / 81	14,81
Sonstige Karotisläsionen der linken Seite						
Anzahl der Patienten ¹ davon			97	6,56	93	6,20
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung			65 / 97	67,01	56 / 93	60,22
Aneurysma			5 / 97	5,15	4 / 93	4,30
symptomatisches Coiling ²			8 / 97	8,25	6 / 93	6,45
Mehretagenläsion ³			8 / 97	8,25	13 / 93	13,98
sonstige			14 / 97	14,43	18 / 93	19,35
Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff						
Anzahl der Patienten davon			75	5,07	50	3,34
Schweregrad der Be- hinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)						
Rankin 0			29 / 75	38,67	13 / 50	26,00
Rankin 1			16 / 75	21,33	16 / 50	32,00
Rankin 2			14 / 75	18,67	13 / 50	26,00
Rankin 3			5 / 75	6,67	4 / 50	8,00
Rankin 4			7 / 75	9,33	3 / 50	6,00
Rankin 5			4 / 75	5,33	1 / 50	2,00

¹ Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation geführt haben.

² Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.

³ operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%). Nicht gemeint sind Dopplerstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich.

Eingriff/Prozedur

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Eingriff ohne Narkose erfolgt¹			180	12,17	-	-
Indikation						
elektiver Eingriff			1.373	92,83	1.425	95,06
Notfall bei Aufnahme			86	5,81	63	4,20
Notfall wegen Komplikationen			20	1,35	11	0,73
wenn Indikation = Notfall wegen Komplikationen:						
Art der Komplikation						
neurologisches Defizit			18 / 20	90,00	11 / 11	100,00
technischer Fehler			2 / 20	10,00	0 / 11	0,00
beides			0 / 20	0,00	0 / 11	0,00
therapierte Seite						
rechts			738	49,90	741	49,43
links			741	50,10	758	50,57
Präprozedurale fachneuro- logische Untersuchung von einem Facharzt für Neuro- logie			980	66,26	921	61,44
Eingriff unter Gabe von Thrombozyten- aggregationshemmern			1.399	94,59	1.417	94,53
davon						
ASS ²			1.337 / 1.399	95,57	-	-
Clopidogrel ²			139 / 1.399	9,94	-	-
sonstige ADP-Rezeptor- antagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor) ²			1 / 1.399	0,07	-	-
GP-IIb/IIIa-Rezeptoranta- gonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban) ²			7 / 1.399	0,50	-	-
Sonstige (z.B. Cilostazol) ²			10 / 1.399	0,71	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2018 können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Verlauf der Prozedur

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem¹						
nein			1.466	99,12	1.484	99,00
aorto-koronarer Bypass			1	0,07	8	0,53
periphere arterielle Rekonstruktion			2	0,14	1	0,07
Aortenrekonstruktion			3	0,20	2	0,13
PTA/Stent intrakraniell			0	0,00	0	0,00
isolierte und kombinierte Herzklappenoperation			1	0,07	0	0,00
kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie ²			2	0,14	-	-
sonstige			4	0,27	4	0,27

¹ Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit aorto-koronarer Bypass zu dokumentieren

² neuer Schlüsselwert in 2018

Postprozeduraler Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl offen-chirurgischer Karotis- Revaskularisationen			1.479		1.499	
Postprozedurale fachneu- rologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie			805	54,43	753	50,23
neu aufgetretenes neurologisches Defizit bis zur Entlassung¹						
nein			1.443	97,57	1.453	96,93
TIA			5	0,34	10	0,67
periprozeduraler Schlaganfall			31	2,10	36	2,40
Wenn neu aufgetretenes neurologisches Defizit = periprozeduraler Schlaganfall: Schweregrad des neurologischen Defizits²						
Rankin 0			0 / 31	0,00	0 / 36	0,00
Rankin 1			3 / 31	9,68	2 / 36	5,56
Rankin 2			7 / 31	22,58	7 / 36	19,44
Rankin 3			9 / 31	29,03	8 / 36	22,22
Rankin 4			8 / 31	25,81	3 / 36	8,33
Rankin 5			2 / 31	6,45	9 / 36	25,00
Rankin 6			2 / 31	6,45	7 / 36	19,44

¹ Es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben.

² zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

Karotis-Revaskularisation (interventionell/kathetergestützt (PTA und/oder Stent))

Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			127	25,81	116	27,17
2. Quartal			104	21,14	109	25,53
3. Quartal			126	25,61	96	22,48
4. Quartal			135	27,44	106	24,82
Gesamt			492		427	
davon						
PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur			58 / 492	11,79	27 / 427	6,32

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			492		427	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				2,59		3,33
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			492		427	
Median				3,00		2,00
Mittelwert				7,82		5,45
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Operationen mit gültigen Angaben			492		427	
Median				5,00		5,00
Mittelwert				10,41		8,78

OPS 2018¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses
2	8-840.0m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
3	8-836.0k	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis interna extrakraniell
4	8-836.0m	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
5	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße

OPS 2018

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

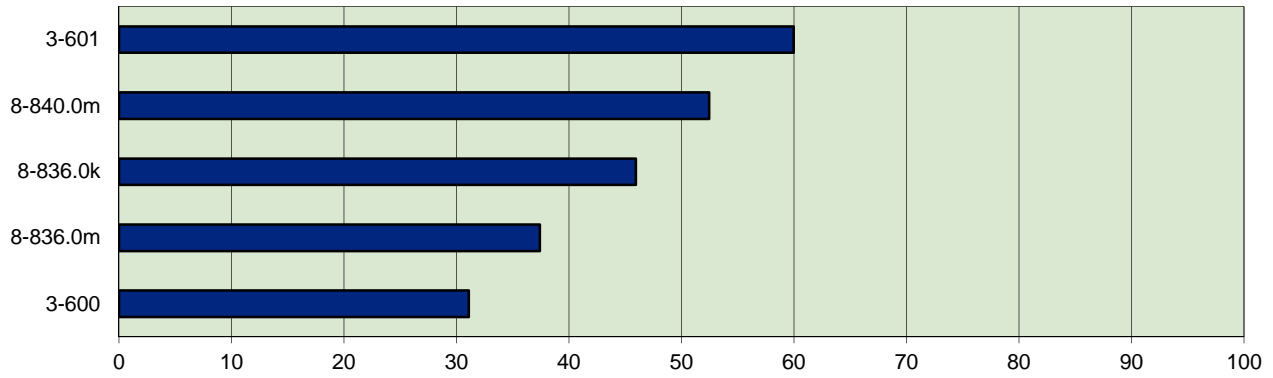
	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				3-601	295	59,96	3-601	231	54,10
2				8-840.0m	258	52,44	8-836.0k	210	49,18
3				8-836.0k	226	45,93	8-840.0m	204	47,78
4				8-836.0m	184	37,40	8-836.0m	126	29,51
5				3-600	153	31,10	8-840.0k	104	24,36

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle interventionellen/kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen mit gültigem OPS

OPS 2018 - interventionell/kathetergestützt (Gesamt 2018)

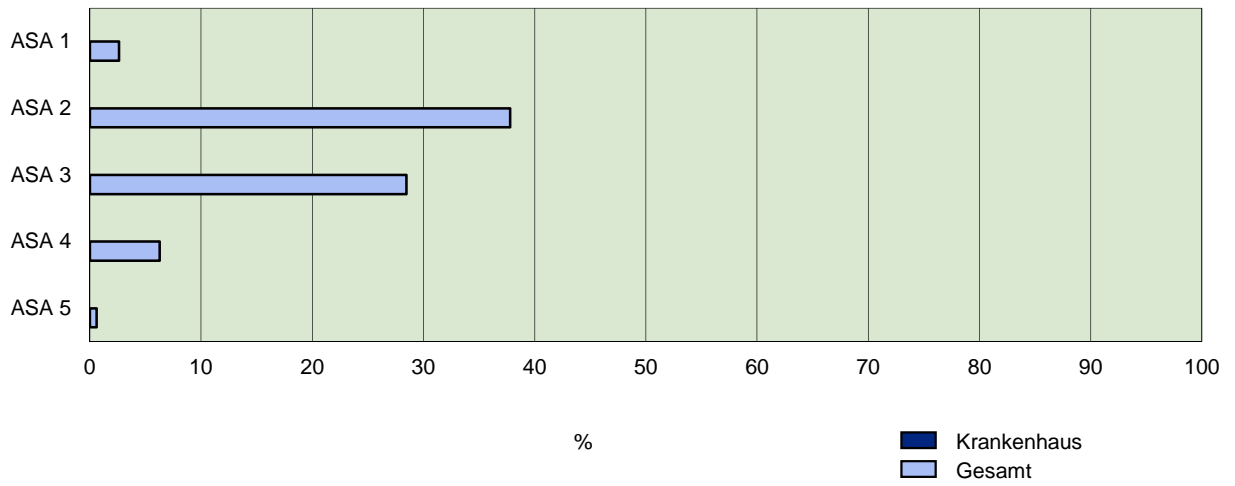


Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Altersverteilung (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			492 / 492		427 / 427	
< 40			1 / 492	0,20	0 / 427	0,00
40 - 49			9 / 492	1,83	11 / 427	2,58
50 - 59			63 / 492	12,80	57 / 427	13,35
60 - 69			156 / 492	31,71	148 / 427	34,66
70 - 79			177 / 492	35,98	164 / 427	38,41
80 - 89			81 / 492	16,46	46 / 427	10,77
>= 90			5 / 492	1,02	1 / 427	0,23
Alter (Jahre)						
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe			492		427	
Median				71,00		69,00
Mittelwert				70,16		68,99
Geschlecht						
männlich			351	71,34	326	76,35
weiblich			141	28,66	101	23,65
unbestimmt			0	0,00	0	0,00
Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)¹						
1: normaler, gesunder Patient			13	2,64	24	5,62
2: mit leichter Allgemein- erkrankung			186	37,80	200	46,84
3: mit schwerer Allgemein- erkrankung			140	28,46	172	40,28
4: mit schwerer Allgemein- erkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			31	6,30	27	6,32
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			3	0,61	4	0,94

¹ ASA-Einstufung aus der Anästhesiedokumentation

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation - interventionell/kathetergestützt



Klinische Diagnostik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?¹ (unabhängig von einer Seitenlokalisation)						
nein			278	56,50	-	-
ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0 - 5 vor elektivem Eingriff			109	22,15	-	-
ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff			105	21,34	-	-
Asymptomatische Karotisläsion (Indikationsgruppe A)			234	47,56	212	49,65
Symptomatische Karotisläsion, elektiv (Indikationsgruppe B)			94	19,11	97	22,72
davon						
Amaurosis fugax ipsilateral ²			12 / 94	12,77	-	-
ipsilaterale Hemisphären TIA ²			12 / 94	12,77	-	-
sonstige ²			3 / 94	3,19	-	-
wenn elektiv: Zeitraum letztes Ereignis bis zum Eingriff (Tage)						
Anzahl gültiger Angaben			27		54	
Median				14,00		12,00
Mittelwert				20,04		14,11
Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)			87	17,68	67	15,69
davon						
Symptomatische Karotisläsion, Notfall²			3 / 87	3,45	-	-
davon						
Crescendo-TIA ^{2,3}			0 / 3	0,00	-	-
sonstige ²			3 / 3	100,00	-	-
Es wurde kein Eingriff an der Karotis vorgenommen¹			0 / 87	0,00	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund von Spezifikationsänderungen im Erfassungsjahr 2018 können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

³ rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna mit zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen mit zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad

Klinische Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Simultaneingriffe am arteriellen Gefäßsystem¹ (Indikationsgruppe D)			77	15,65	51	11,94
davon						
aorto-koronarer Bypass			1 / 77	1,30	1 / 51	1,96
periphere arterielle Rekonstruktion			0 / 77	0,00	1 / 51	1,96
Aortenrekonstruktion			0 / 77	0,00	0 / 51	0,00
PTA/Stent intrakraniell			1 / 77	1,30	4 / 51	7,84
isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation			0 / 77	0,00	0 / 51	0,00
kathetergestützte, intra- kranielle Thrombektomie ²			67 / 77	87,01	-	-
sonstige			8 / 77	10,39	45 / 51	88,24
Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)³						
Rankin 0			273	55,49	249	58,31
Rankin 1			42	8,54	44	10,30
Rankin 2			43	8,74	45	10,54
Rankin 3			40	8,13	37	8,67
Rankin 4			40	8,13	25	5,85
Rankin 5			54	10,98	27	6,32

¹ Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit aorto-koronarem Bypass zu dokumentieren

² neues Datenfeld in 2018

³ Neurologisches Defizit, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.

Apparative Diagnostik

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite						
Anzahl der Patienten ¹ davon			52	10,57	34	7,96
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung			8 / 52	15,38	7 / 34	20,59
Aneurysma			3 / 52	5,77	3 / 34	8,82
symptomatisches Coiling ²			0 / 52	0,00	0 / 34	0,00
Mehretagenläsion ³			35 / 52	67,31	17 / 34	50,00
sonstige			10 / 52	19,23	11 / 34	32,35
Sonstige Karotisläsionen der linken Seite¹						
Anzahl der Patienten davon			49	9,96	42	9,84
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung			10 / 49	20,41	11 / 42	26,19
Aneurysma			7 / 49	14,29	2 / 42	4,76
symptomatisches Coiling ²			0 / 49	0,00	0 / 42	0,00
Mehretagenläsion ³			29 / 49	59,18	21 / 42	50,00
sonstige			8 / 49	16,33	12 / 42	28,57
Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff						
Anzahl der Patienten davon			16	3,25	7	1,64
Schweregrad der Be- hinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)						
Rankin 0			3 / 16	18,75	0 / 7	0,00
Rankin 1			2 / 16	12,50	2 / 7	28,57
Rankin 2			2 / 16	12,50	2 / 7	28,57
Rankin 3			4 / 16	25,00	2 / 7	28,57
Rankin 4			3 / 16	18,75	1 / 7	14,29
Rankin 5			2 / 16	12,50	0 / 7	0,00

¹ Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation geführt haben.

² Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.

³ operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%). Nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich.

Eingriff/Prozedur

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Eingriff ohne Narkose erfolgt¹			119	24,19	-	-
Indikation						
elektiver Eingriff			348	70,73	321	75,18
Notfall bei Aufnahme			137	27,85	101	23,65
Notfall wegen Komplikationen			7	1,42	5	1,17
wenn Indikation = Notfall wegen Komplikationen: Art der Komplikation						
neurologisches Defizit			6 / 7	85,71	5 / 5	100,00
technischer Fehler			1 / 7	14,29	0 / 5	0,00
beides			0 / 7	0,00	0 / 5	0,00
therapierte Seite						
rechts			259	52,64	214	50,12
links			233	47,36	213	49,88
Präprozedurale fachneuro- logische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie			416	84,55	376	88,06
Eingriff unter Gabe von Thrombozyten- aggregationshemmern			477	96,95	421	98,59
davon						
ASS ²			461 / 477	96,65	-	-
Clopidogrel ²			345 / 477	72,33	-	-
sonstige ADP-Rezeptor- antagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor) ²			21 / 477	4,40	-	-
GP-IIb/IIIa-Rezeptoranta- gonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban) ²			4 / 477	0,84	-	-
Sonstige (z.B. Cilostazol) ²			6 / 477	1,26	-	-

¹ neues Datenfeld in 2018

² Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2018 können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Verlauf der Prozedur

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem¹						
nein			415	84,35	376	88,06
aorto-koronarer Bypass			1	0,20	1	0,23
periphere arterielle Rekonstruktion			0	0,00	1	0,23
Aortenrekonstruktion			0	0,00	0	0,00
PTA/Stent intrakraniell			1	0,20	4	0,94
isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation			0	0,00	0	0,00
kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie ²			67	13,62	-	-
sonstige			8	1,63	45	10,54

¹ Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit aorto-koronarem Bypass zu dokumentieren.

² neuer Schlüsselwert in 2018

Postprozeduraler Verlauf

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl interventioneller/ kathetergestützter Karotis- Revaskularisationen (PTA und/oder Stent)			492		427	
Postprozedurale fachneu- rologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie			369	75,00	317	74,24
neu aufgetretenes neurologisches Defizit bis zur Entlassung¹						
nein			476	96,75	418	97,89
TIA			7	1,42	2	0,47
periprozeduraler Schlaganfall			9	1,83	7	1,64
Wenn neu aufgetretenes neurologisches Defizit = periprozeduraler Schlaganfall: Schweregrad des neurologischen Defizits²						
Rankin 0			1 / 9	11,11	0 / 7	0,00
Rankin 1			1 / 9	11,11	0 / 7	0,00
Rankin 2			2 / 9	22,22	1 / 7	14,29
Rankin 3			1 / 9	11,11	1 / 7	14,29
Rankin 4			1 / 9	11,11	0 / 7	0,00
Rankin 5			2 / 9	22,22	1 / 7	14,29
Rankin 6			1 / 9	11,11	4 / 7	57,14

¹ Es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben.

² zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis

Karotis-Revaskularisation (Gesamt) Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl Patienten			1.952		1.910	
01: regulär beendet			1.585	81,20	1.573	82,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			116	5,94	125	6,54
03: aus sonstigen Gründen			1	0,05	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			8	0,41	6	0,31
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			39	2,00	36	1,88
07: Tod			35	1,79	32	1,68
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			150	7,68	115	6,02
10: in Pflegeeinrichtung			11	0,56	8	0,42
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	3	0,16
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,10	1	0,05
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			5	0,26	11	0,58
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis- Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung ²			13 / 35	37,14	13 / 32	40,63

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 | 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 |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus | | |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | | |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | | |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |
| 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | | |

² Hier ist "ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag „nicht definiert“.

3.1 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2018.

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.

3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)

10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).

Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).

Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle „Vorjahresdaten“ und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

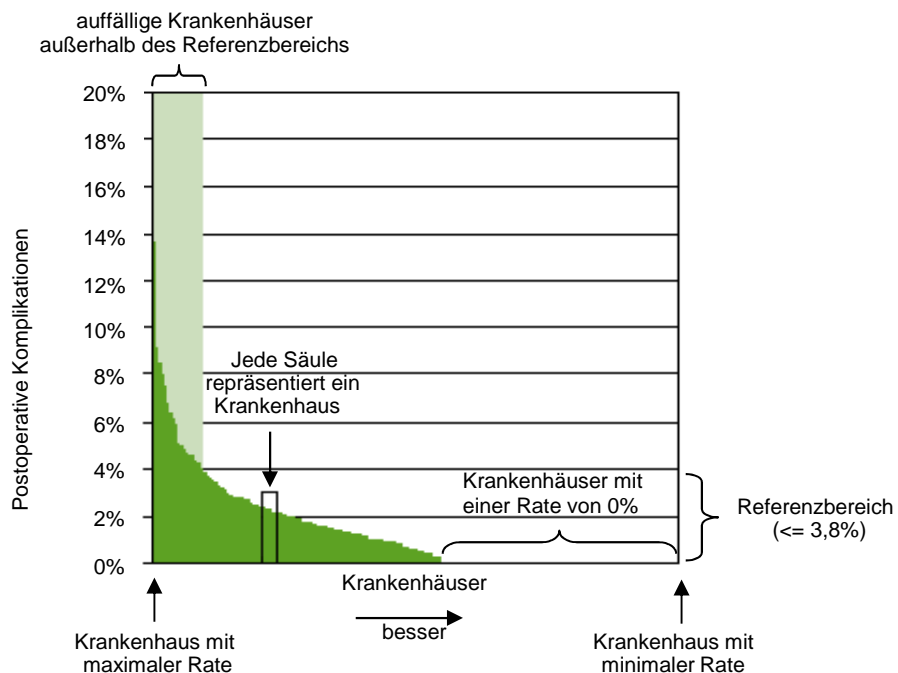
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

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

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

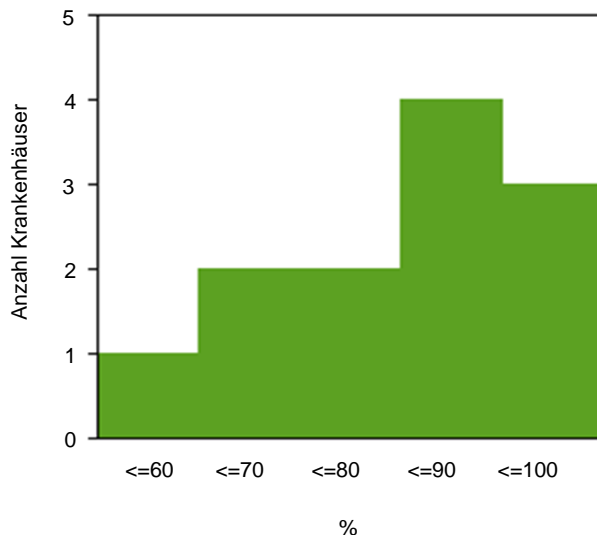
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert 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)

6. 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.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen(EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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