



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Karotis-Revaskularisation

Beschreibung der Kriterien

Stand: 06.04.2018

Inhaltsverzeichnis

850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten	3
850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	6
850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	7
850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	8
Anhang I: Funktionen	9
Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien	9

850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
9:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts	ASYMPCAROTIS
10:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
11:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tage	ZEITEREIGOP
12:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall 9 = sonstige	SYMPCARONOT
13:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links	ASYMPCAROTISLINKS
14:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
15:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tage	ZEITEREIGOPLINKS
16:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall 9 = sonstige	SYMPCARONOTLINKS
18:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
19:B	Stenosegrad links (nach NASCET)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
21:B	exulzierierende Plaques	K	1 = ja	SOCAXPLAQ
22:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAXNEURYS
23:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
24:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:B	exulzierende Plaques	K	1 = ja	SOCAXPLAQLINKS
28:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCANEURYSLINKS
29:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
30:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
34:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
36:PROZ	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	ASA
39:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
42:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF
47:PROZ	Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem	M	0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige	SIMULTANEING
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850332
Jahr der Erstanwendung	2013
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz QI-relevant</p> <p>Hypothese Überdokumentation</p> <p>Kommentar Die Angabe zur ASA-Klassifikation hat einen Einfluss auf die Risikoadjustierung.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</p> <p>11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</p> <p>51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</p> <p>51865: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 4,30 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2016	≤ 4,76 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4</p> <p>Nenner Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde</p>
Erläuterung der Rechenregel	Für die Berechnung dieses Auffälligkeitskriteriums wird die Grundgesamtheit auf den ersten Eingriff des Patienten eingeschränkt.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<code>fn_IndikA102 UND ASA = 4</code>
Nenner (Formel)	<code>fn_GG_OffenChirurgisch ODER fn_GG_Kathetergestuetzt</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_GG_Kathetergestuetzt</code> <code>fn_GG_OffenChirurgisch</code> <code>fn_IndikA102</code> <code>fn_IndikC102</code> <code>fn_IndikD102</code> <code>fn_IstErsteOP</code> <code>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff</code> <code>fn_Stenosegrad_NASCET</code>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850085: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850085
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850086: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850086
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850223: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850223
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GG_Kathetergestuetzt	boolean	Erster Eingriff ist kathetergestützt	ARTEINGRIFF IN (2,3) UND fn_IstErsteOP
fn_GG_OffenChirurgisch	boolean	Erster Eingriff ist offen-chirurgisch	ARTEINGRIFF = 1 UND fn_IstErsteOP
fn_IndikA102	boolean	Indikationsgruppe A (erster Eingriff): 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)	ErsterWert(// rechts fn_IstErsteOP UND ZUOPSEITE = 1 UND SYMPCARONOT = LEER UND (ASYMPCAROTIS IN (0,1) ODER ASYMPCAROTIS = LEER ODER ZEITEREIGOP > 180) UND NICHT fn_IndikC102 UND NICHT fn_IndikD102) ODER // links fn_IstErsteOP UND ZUOPSEITE = 2 UND SYMPCARONOTLINKS = LEER UND (ASYMPCAROTISLINKS IN (0,1) ODER ASYMPCAROTISLINKS = LEER ODER ZEITEREIGOPLINKS > 180) UND NICHT fn_IndikC102 UND NICHT fn_IndikD102) ,Falsch)
fn_IndikC102	boolean	Indikationsgruppe C (erster Eingriff): Notfall (Crescendo-TIA; akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall oder sonstiges) oder Aneurysma oder symptomatisches Coiling oder Mehretagenläsion oder besondere Plaque-Morphologie mit einem Stenosegrad < 50 % (NASCET) für symptomatische Karotisstenose unter Ausschluss der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	ErsterWert(// rechts (NICHT fn_IndikD102 UND fn_IstErsteOP UND ZUOPSEITE = 1 UND (SYMPCARONOT IN (1,2,9) ODER SOCAANEURYS = 1 ODER SOCACOILING = 1 ODER SOCAMELAESIO = 1 ODER (SOCAEXPLAQ = 1 UND fn_Stenosegrad NASCET < 50 UND SYMPCAROELEK <> LEER UND (ZEITEREIGOP = LEER ODER ZEITEREIGOP <= 180)))) ODER

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>// links (NICHT fn_IndikD102 UND fn_IstErsteOP UND ZUÖPSEITE = 2 UND (SYMPCARONOTLINKS IN (1,2,9) ODER SOCAANEURYSLINKS = 1 ODER SOCACOILINGLINKS = 1 ODER SOCAMELAESIOLINKS = 1 ODER (SOCAEXPLAQLINKS = 1 UND fn_Stenosegrad_NASCET < 50 UND SYMPCAROELEKLINKS <> LEER UND (ZEITEREIGOPLINKS = LEER ODER ZEITEREIGOPLINKS <= 180)))) ,Falsch)</pre>
fn_IndikD102	boolean	Indikationsgruppe D (erster Eingriff): Simultaneingriff während des ersten Eingriffs -kombinierte Karotis-Koronareingriffe -kombinierte Karotis-Gefäßeingriffe -Karotis-Eingriffe mit intrakranieller PTA / intrakraniell Stent	fn_IstErsteOP UND SIMULTANEING IN (1,2,3,4,5,9)
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff = Maximum(_B: fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff)
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_Stenosegrad_NASCET	integer	Stenosegrad an der operierten Seite (nach NASCET)	<pre>PROZEDUR StenosegradNascet; VAR dStenoseGrad; { PRUEFUNG{ ZUOPSEITE WENN 1 DANN dStenoseGrad := STENOSEGRADR; WENN 2 DANN dStenoseGrad := STENOSEGRADL; SONST dStenoseGrad := LEER ; }; ERGEBNIS := dStenoseGrad; }</pre>

Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2017

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Ja	Vergleichbar	Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine