

Jahresauswertung 2003  
Modul 12/1: Cholezystektomie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 66  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 15. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2028  
2003 - L10147-P11330

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Indikation</b>						
Anteil von Patienten mit fraglicher Indikation an allen Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen			1,65%	<= 5,6%	4,0%	1.1
<b>Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase</b>						
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der extrahepatischen Gallenwege bei vorliegender extrahepatischer Cholestase			96,56%	= 100%	-3,4%	1.3
<b>Präoperative Verweildauer</b>						
Präoperative Verweildauer (Median in Tagen) von Pat. der Risikoklasse ASA 1 oder 2 bei elektiven Operationen			1,0	Nicht definiert		1.5
Präoperative Verweildauer (Median in Tagen) von Pat. der Risikoklasse ASA 1 oder 2 bei akuten Operationen			1,0	Nicht definiert		1.5
<b>Erhebung eines histologischen Befundes</b>						
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase			96,93%	= 100%	-3,1%	1.8
<b>Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren</b>						
Anteil von Patienten mit mind. einer eingriffsspez. behandlungsbedürftigen intra-/postop. Komplikation			2,74%	<= 6,9%	4,2%	1.10
<b>Postoperative Wundinfektion</b>						
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1,79%	Nicht definiert		1.12
Anteil von Pat. mit postop. Wundinf. der Risikoklasse 0			0,92%	<= 2%	1,1%	1.16
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anteil von Patienten mit mind. einer postoperativen Komplikation bei:						
- allen Patienten			4,54%	<= 12,9%	8,4%	1.18
- laparoskopisch begonnener Operation			3,45%	<= 9,9%	6,4%	1.18
- offen-chirurgischer Operation			12,07%	<= 21,7%	9,7%	1.18
<b>Reinterventionsrate</b>						
Reinterventionsrate bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation			1,69%	<= 2%	0,3%	1.23
<b>Letalität</b>						
Anteil verstorbener Patienten an Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen			0,52%	sentinel event	-0,5%	1.25

\*Abweichung vom Referenzbereich

# Leseanleitung

## 1. Aufbau der Auswertung

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

## 2. Qualitätsindikatoren

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

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

### 2.1 Vertrauensbereich

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

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen
Krankenhauswert:	10%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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

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

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

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

## 2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

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

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

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

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

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

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

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

### 2.3.1 Benchmarkdiagramm

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

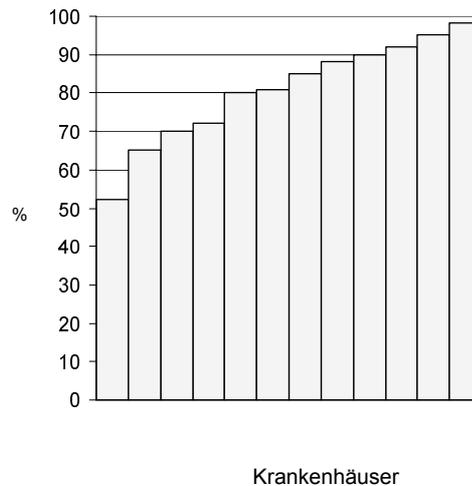
#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



### 2.3.2 Histogramm

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

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

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

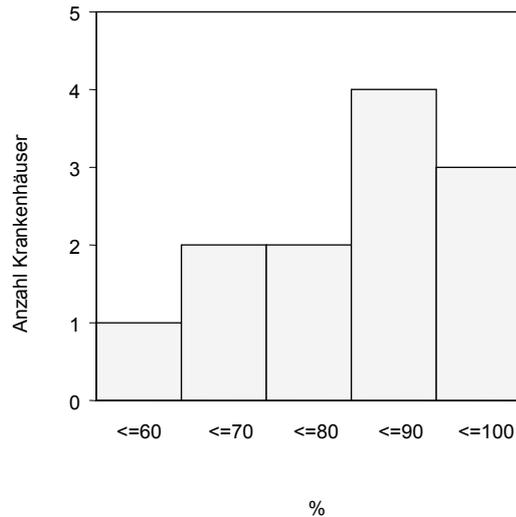
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

Mögliche Klasseneinteilung:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

## 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

## 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

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

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

**Qualitätsindikator: Indikation**

**Qualitätsziel:** Selten fragliche Indikation

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Alle FP-Fälle (FP 12.01, 12.02, 12.03, 12.04)

**Referenzbereich:** <= 5,6% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase und ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen			130 / 6.967 1,87%	105 / 6.359 1,65%
Vertrauensbereich				1,35% - 2,00%
Referenzbereich		<= 5,6%		<= 5,6%

<sup>1</sup>: Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen unter Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:**

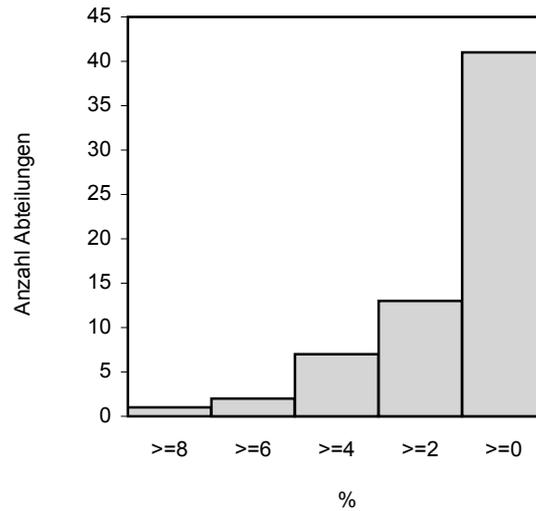
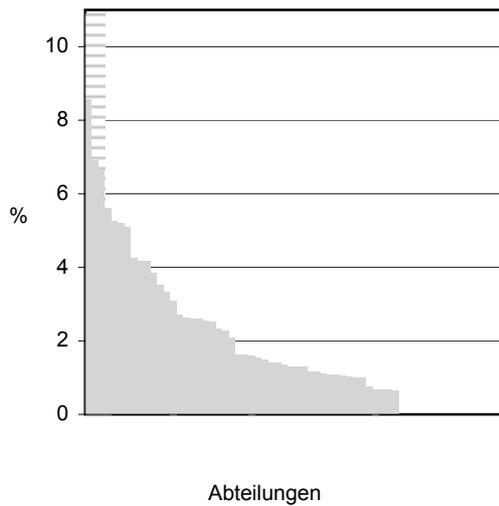
**Anteil von Patienten mit fraglicher Indikation an allen Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,6%

Median der Abteilungswerte: 1,3%



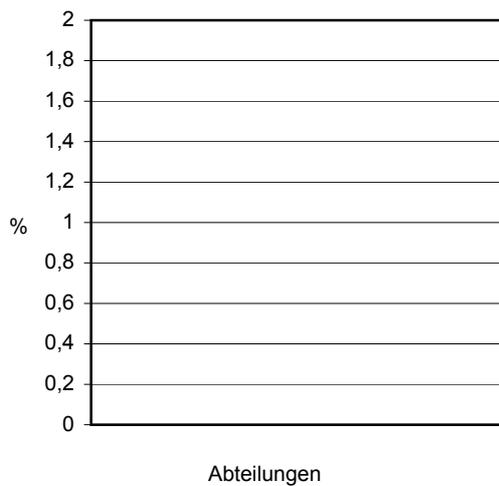
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase**

**Qualitätsziel:** Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase

**Referenzbereich:** = 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase			449 / 465	96,56%
Vertrauensbereich				
Referenzbereich		= 100%		= 100%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:**

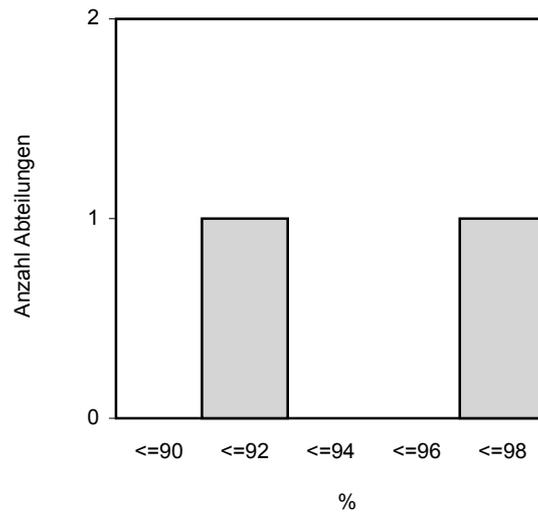
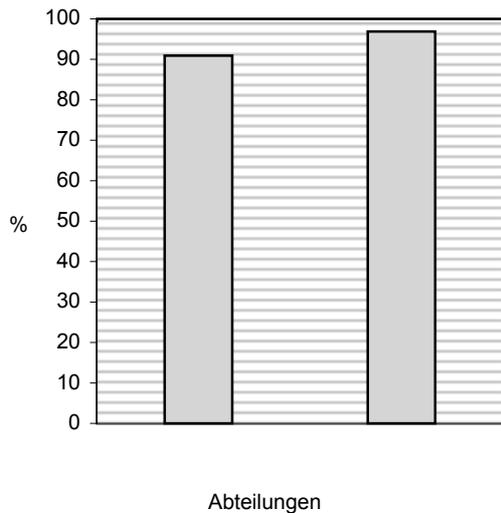
**Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase**

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,9% - 96,9%

Median der Abteilungswerte: 93,9%



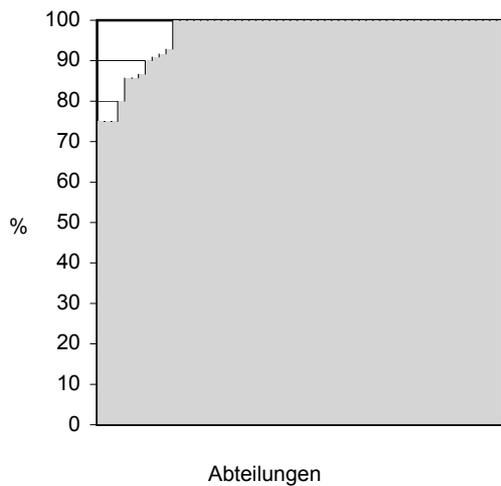
2 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 75,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



59 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer**

**Qualitätsziel:** Möglichst kurze präoperative Verweildauer im Krankenhaus bei ASA 1 oder 2 in Abhängigkeit von der Dringlichkeit

- Grundgesamtheit:**
- Gruppe 1: Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und elektiven Operationen (FP 12.03, 12.04)
  - Gruppe 2: Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und akuten Operationen (FP 12.01, 12.02)
  - Gruppe 3: Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und Operationen ohne Angabe der Dringlichkeit (SE 12.10, 12.12)

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Präoperative Verweildauer (in Tagen)						
Median				1,00	1,00	1,00
Referenzbereich	<= x	<= x		<= x	<= x	

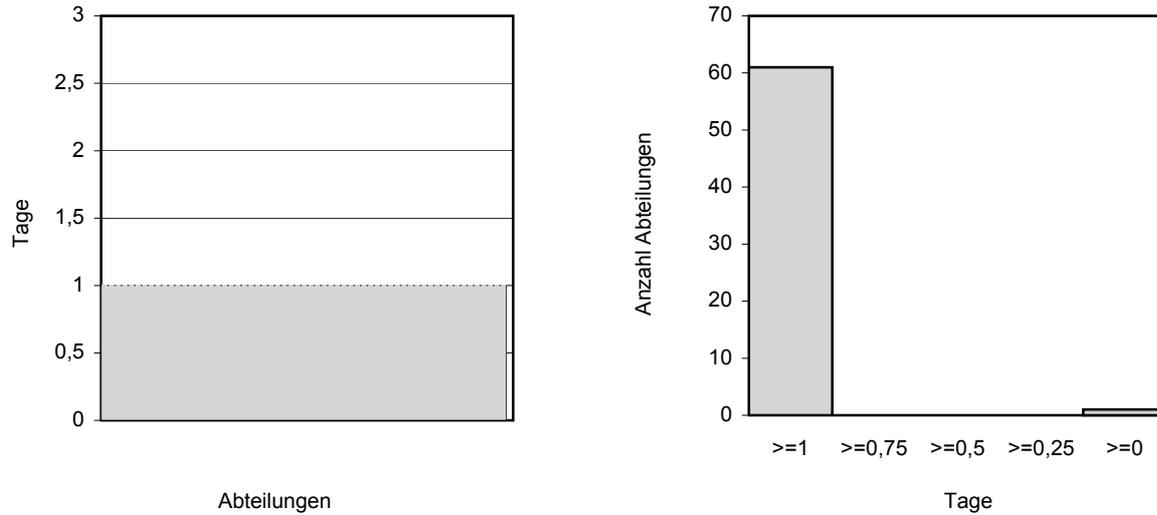
**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:  
 Präoperative Verweildauer (Median in Tagen) von Patienten der Risikoklasse ASA 1 oder 2  
 bei elektiven Operationen**

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0 Tage - 1,0 Tage

Median der Abteilungswerte: 1,0 Tage



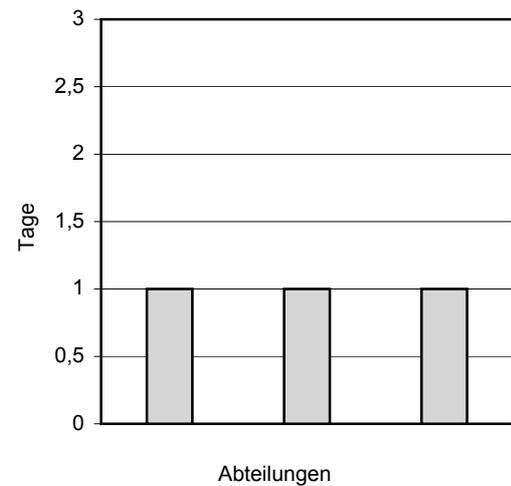
62 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 1,0 Tage - 1,0 Tage

Median der Abteilungswerte: 1,0 Tage



3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

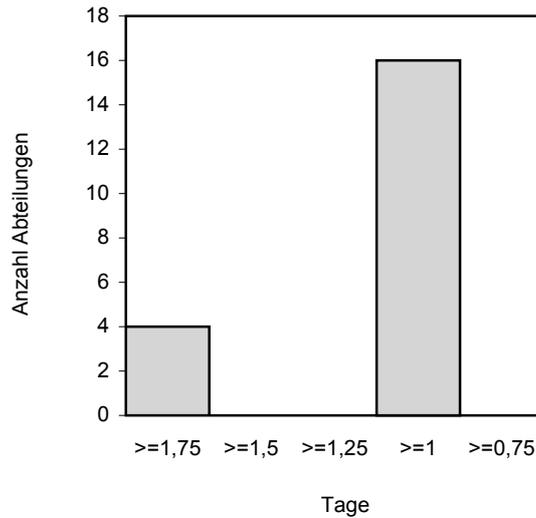
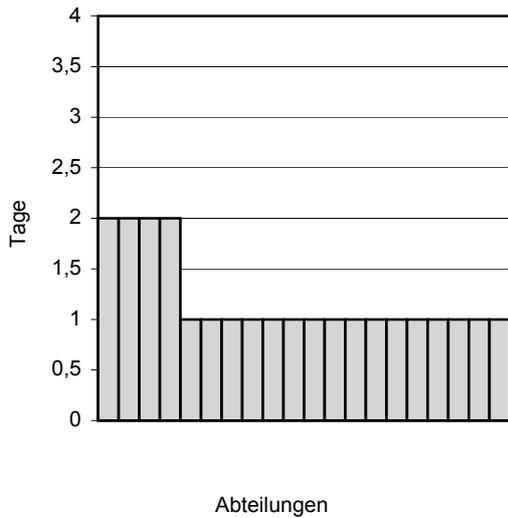
**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:  
 Präoperative Verweildauer (Median in Tagen) von Patienten der Risikoklasse ASA 1 oder 2  
 bei akuten Operationen**

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 1,0 Tage - 2,0 Tage

Median der Abteilungswerte: 1,0 Tage



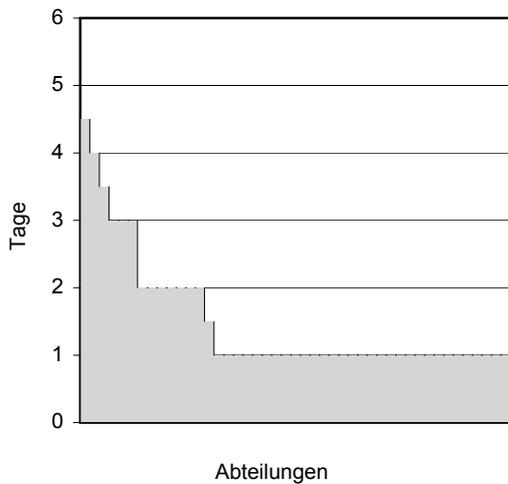
20 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 1,0 Tage - 4,5 Tage

Median der Abteilungswerte: 1,0 Tage



45 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Erhebung eines histologischen Befundes**

**Qualitätsziel:** Immer Erhebung eines histologischen Befundes

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** = 100%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			6.753 / 6.967	96,93%
Vertrauensbereich				
Referenzbereich		= 100%		= 100%

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 5]:**

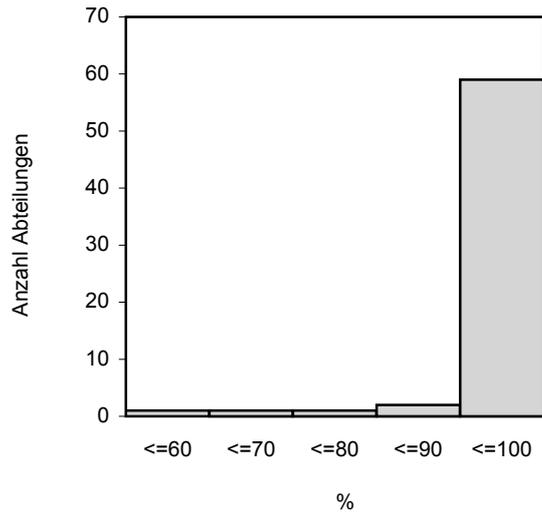
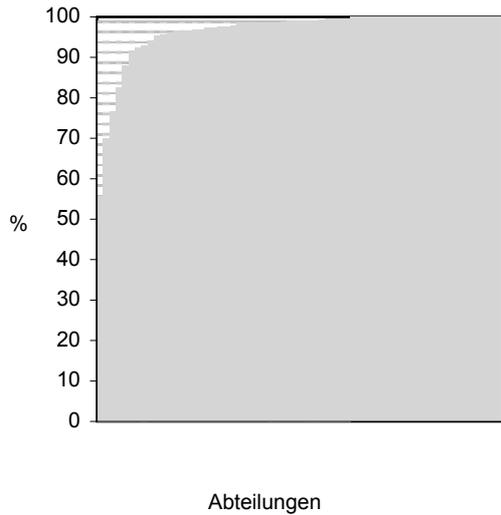
**Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 55,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,1%



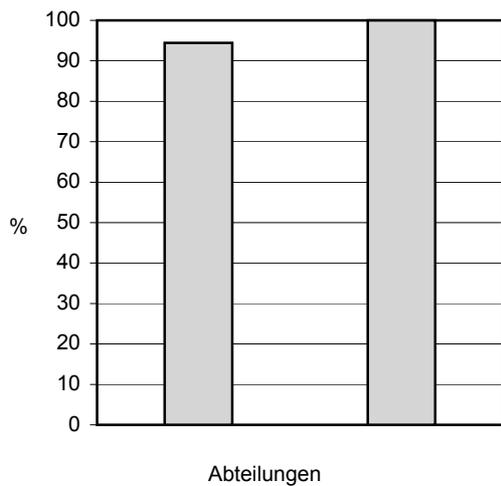
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 94,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,2%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren**

- Qualitätsziel:** Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren
- Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.0y, 5-511.01)
- Referenzbereich:** <= 6,9% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Pat. mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbed. Komplikation (Blutung oder Verletzung von Nachbarorganen oder Gallengangsverletzung oder persistierende Gallenfistel oder Ikterus postoperativ)				191 / 6.967 2,74%	148 / 5.905 2,51%	38 / 1.041 3,65%
Vertrauensbereich	<= 6,9%			2,37% - 3,15%		
Referenzbereich	<= 6,9%			<= 6,9%		
Blutung				104 / 6.967 1,49%	79 / 5.905 1,34%	22 / 1.041 2,11%
Verletzung von Nachbarorganen				23 / 6.967 0,33%	17 / 5.905 0,29%	4 / 1.041 0,38%
Gallengangsverletzung				18 / 6.967 0,26%	16 / 5.905 0,27%	1 / 1.041 0,10%
Persistierende Gallenfistel				44 / 6.967 0,63%	35 / 5.905 0,59%	7 / 1.041 0,67%
Ikterus postoperativ				21 / 6.967 0,30%	13 / 5.905 0,22%	8 / 1.041 0,77%

\* OPS mit gültigen Angaben

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 6]:**

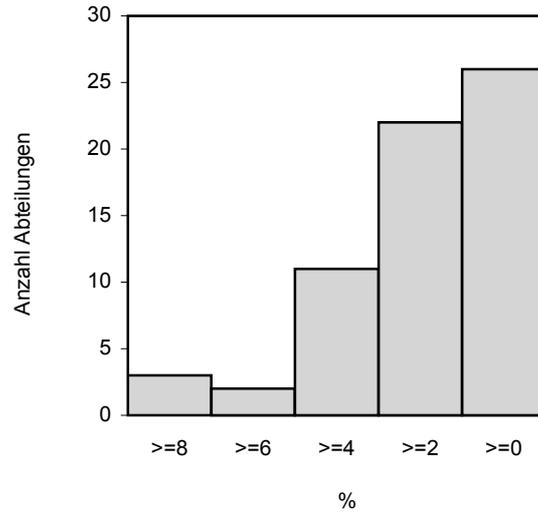
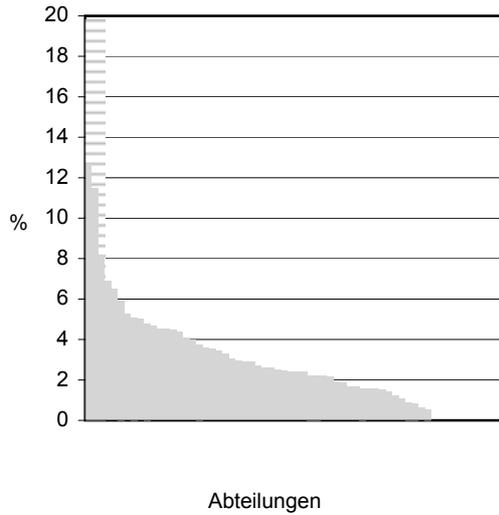
**Anteil von Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,7%

Median der Abteilungswerte: 2,4%



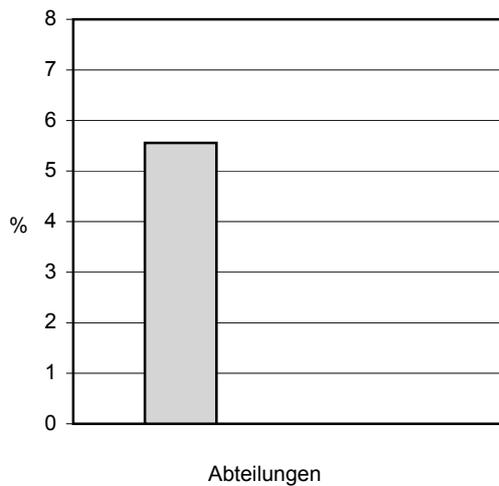
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,6%

Median der Abteilungswerte: 2,8%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

- Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen
- Grundgesamtheit:**
- Gruppe 1: Alle Patienten
  - Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)
  - Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.0y, 5-511.01)
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				125 / 6.967	72 / 5.905	52 / 1.041
Vertrauensbereich				1,79%	1,22%	5,00%
Referenzbereich	<= x%			1,50% - 2,13%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				91 / 6.967	56 / 5.905	34 / 1.041
				1,31%	0,95%	3,27%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)				20 / 6.967	12 / 5.905	7 / 1.041
				0,29%	0,20%	0,67%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)				14 / 6.967	4 / 5.905	11 / 1.041
				0,20%	0,07%	1,06%

\* OPS mit gültigen Angaben

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 7]:**

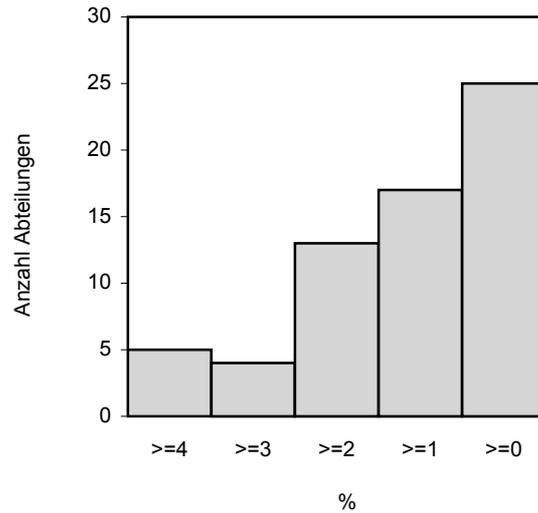
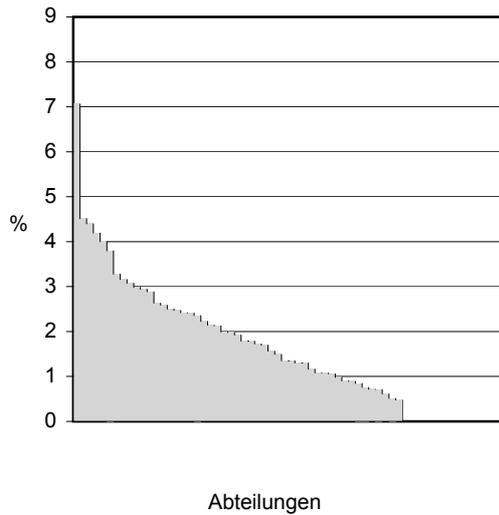
**Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 7,1%

Median der Abteilungswerte: 1,4%



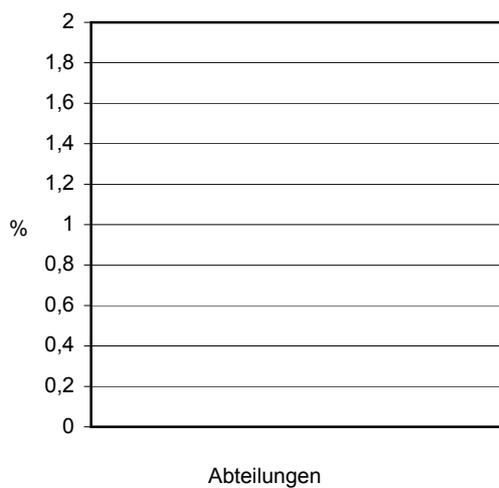
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS\*

Risikofaktor		
<b>ASA</b>	ASA >= 3	1
<b>Op- Dauer</b>	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit	1
<b>Präoperative Wund- kontaminationsklassifikation</b>	Kontaminierter oder septischer Eingriff	1

Risikoklassen	
<b>0</b>	Patienten mit 0 Risikopunkten
<b>1</b>	Patienten mit 1 Risikopunkt
<b>2</b>	Patienten mit 2 Risikopunkten
<b>3</b>	Patienten mit 3 Risikopunkten

\*National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control  
Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,  
Operative Procedure, and Patient Risk Index

**Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS**

- Grundgesamtheit:**
- Gruppe 1: Alle Patienten
  - Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
(OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)
  - Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
(OPS 5-511.0y, 5-511.01)

Risikoklassen	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Risikoklasse 0				3.921 / 6.967 56,28%	3.626 / 5.905 61,41%	292 / 1.041 28,05%
Risikoklasse 1				2.301 / 6.967 33,03%	1.844 / 5.905 31,23%	445 / 1.041 42,75%
Risikoklasse 2				669 / 6.967 9,60%	406 / 5.905 6,88%	258 / 1.041 24,78%
Risikoklasse 3				76 / 6.967 1,09%	29 / 5.905 0,49%	46 / 1.041 4,42%

\* OPS mit gültigen Angaben

### Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 0  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
 (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.0y, 5-511.01)

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				36 / 3.921 0,92%	22 / 3.626 0,61%	14 / 292 4,79%
Vertrauensbereich				0,64% - 1,27%		
Referenzbereich	<= 2%			<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				27 / 3.921 0,69%	16 / 3.626 0,44%	11 / 292 3,77%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)				8 / 3.921 0,20%	6 / 3.626 0,17%	2 / 292 0,69%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)				1 / 3.921 0,03%	0 / 3.626 0,00%	1 / 292 0,34%

\* OPS mit gültigen Angaben

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 8]:**

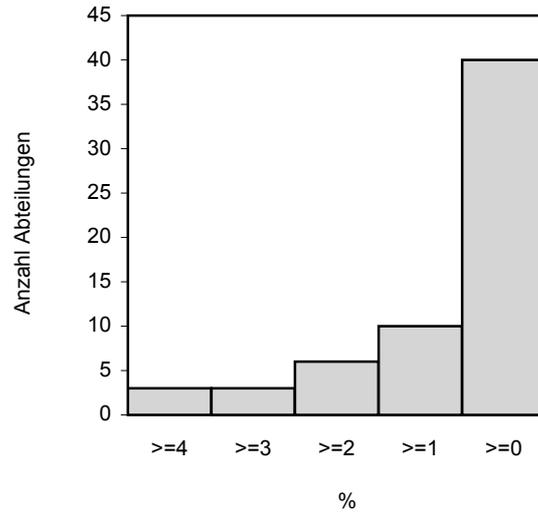
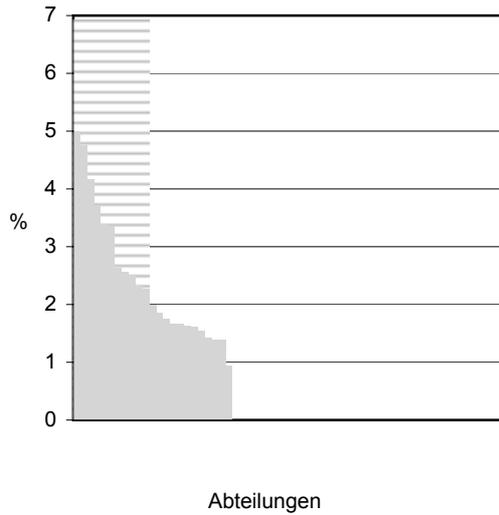
**Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



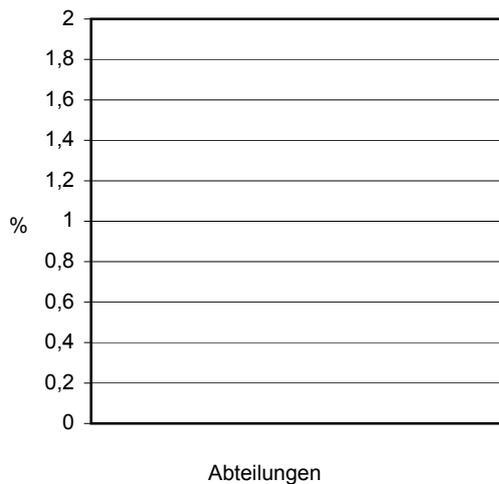
62 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP - Verfahren	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21) <sup>1</sup>
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.0y, 5-511.01) <sup>1</sup>
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 12,9% (95%-Perzentile)
	Gruppe 2:	<= 9,9% (95%-Perzentile)
	Gruppe 3:	<= 21,7% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation				289 / 6.359 4,54%	192 / 5.558 3,45%	96 / 795 12,07%
Vertrauensbereich				4,05% - 5,09%	2,99% - 3,97%	9,89% - 14,55%
Referenzbereich	<= 12,9%	<= 9,9%	<= 21,7%	<= 12,9%	<= 9,9%	<= 21,7%
Pneumonie				49 / 6.359 0,77%	33 / 5.558 0,59%	16 / 795 2,01%
Kardiovaskuläre Komplikationen				95 / 6.359 1,49%	52 / 5.558 0,94%	43 / 795 5,41%
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose				4 / 6.359 0,06%	2 / 5.558 0,04%	2 / 795 0,25%
Lungenembolie				4 / 6.359 0,06%	3 / 5.558 0,05%	1 / 795 0,13%
Harnwegsinfekt				26 / 6.359 0,41%	16 / 5.558 0,29%	9 / 795 1,13%
Sonstige				154 / 6.359 2,42%	105 / 5.558 1,89%	49 / 795 6,16%

<sup>1</sup> Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

<sup>2</sup> OPS mit gültigen Angaben

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 9]:**

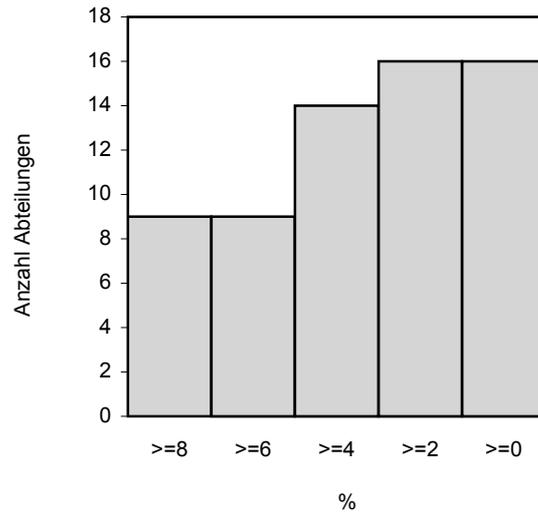
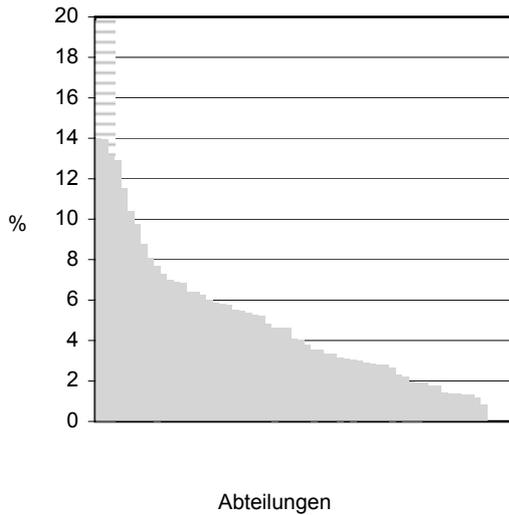
**Anteil von Patienten mit mind. einer postoperativen Komplikation an allen Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,0%

Median der Abteilungswerte: 3,9%



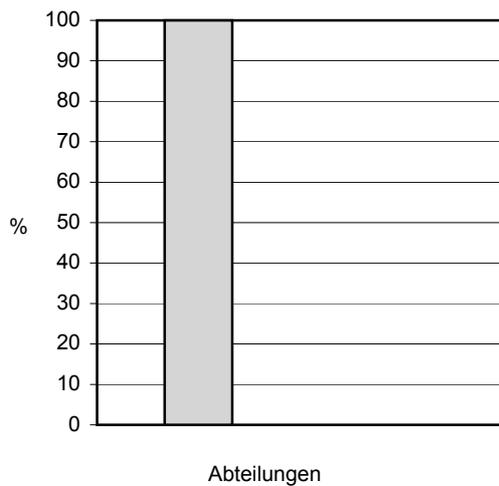
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 50,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 10]:**

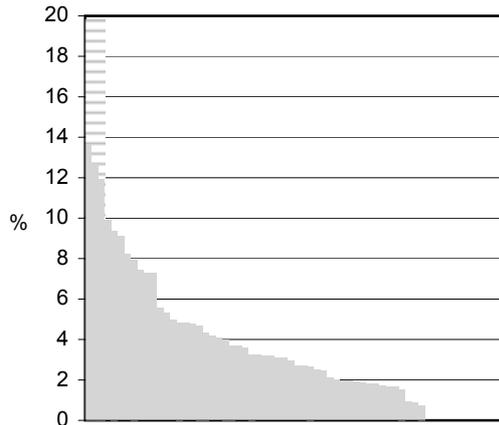
**Anteil von Patienten mit mind. einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation**

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

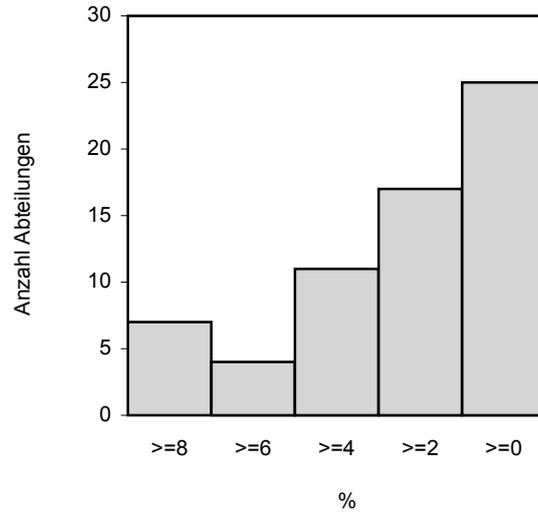
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 13,6%

Median der Abteilungswerte: 2,8%



Abteilungen



%

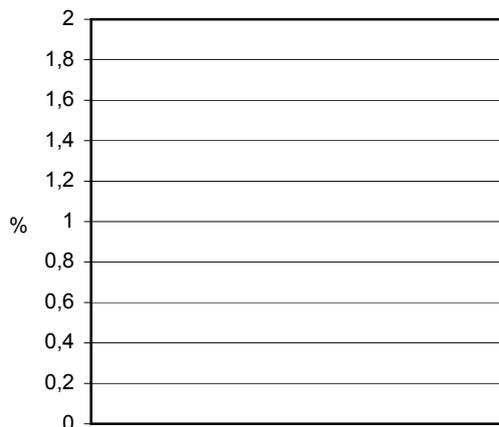
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 11]:**

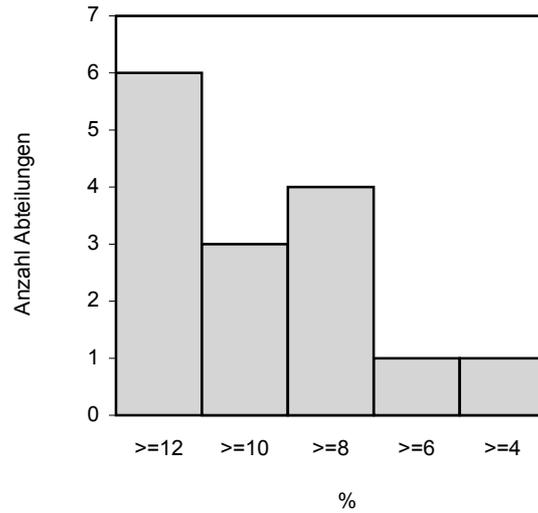
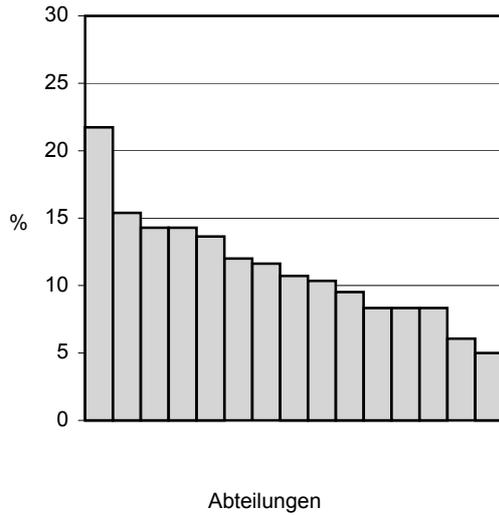
**Anteil von Patienten mit mind. einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation**

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,0% - 21,7%

Median der Abteilungswerte: 10,7%



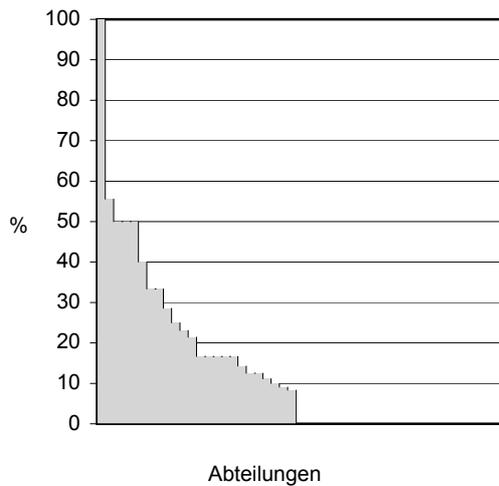
15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



49 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Komplikationen  
 in Abhängigkeit von der Risikoklasse

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse ASA 1 oder 2\*

Gruppe 2: Alle Patienten der Risikoklasse ASA >= 3\*

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation			134 / 4.947 2,71%	155 / 1.412 10,98%
Pneumonie			13 / 4.947 0,26%	36 / 1.412 2,55%
Kardiovaskulären Komplikationen			20 / 4.947 0,40%	75 / 1.412 5,31%
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			0 / 4.947 0,00%	4 / 1.412 0,28%
Lungenembolie			0 / 4.947 0,00%	4 / 1.412 0,28%
Harnwegsinfekt			17 / 4.947 0,34%	9 / 1.412 0,64%
Sonstige			92 / 4.947 1,86%	62 / 1.412 4,39%

\* Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen unter Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

**Qualitätsindikator: Reinterventionsrate**

**Qualitätsziel:** Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP - Verfahren

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten<sup>1</sup>  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.0y, 5-511.01)

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen				130 / 6.359 2,04%	94 / 5.558 1,69%	36 / 795 4,53%
Vertrauensbereich				1,37% - 2,07%		
Referenzbereich		<= 2%			<= 2%	

<sup>1</sup> Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen unter Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

<sup>2</sup> OPS mit gültigen Angaben

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 12]:**

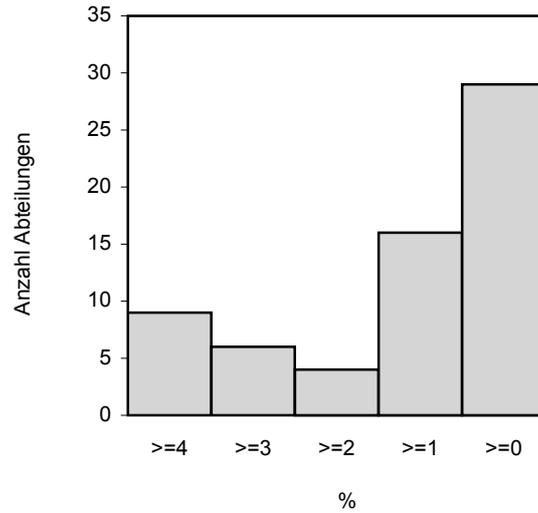
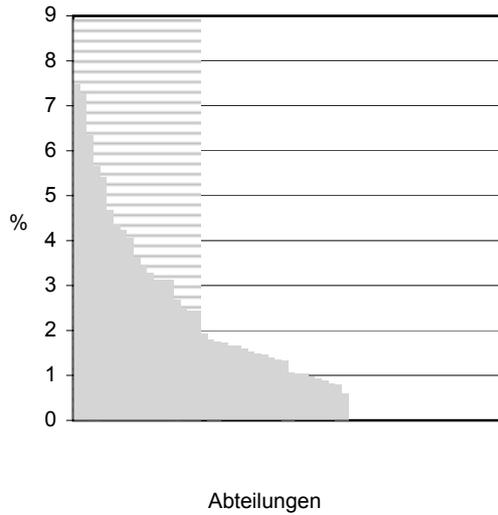
**Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation.**

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 1,2%



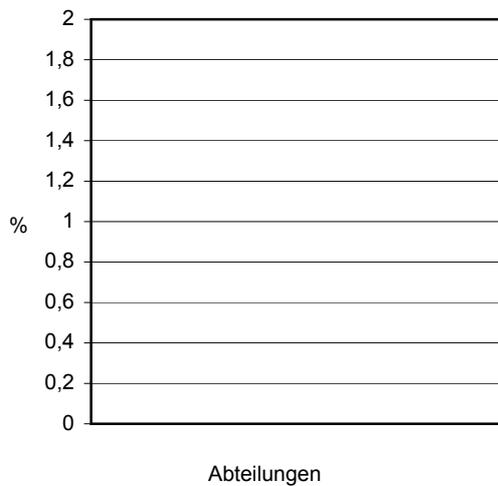
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Letalität**

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten<sup>1</sup>  
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse ASA 1 oder 2<sup>1</sup>  
 Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse ASA >= 3<sup>1</sup>

**Referenzbereich:** sentinel event

	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten				33 / 6.359 0,52%	4 / 4.947 0,08%	29 / 1.412 2,05%
Vertrauensbereich				0,36% - 0,73%		
Referenzbereich	sentinel event			sentinel event		

<sup>1</sup> Patienten mit Vergütung nach Fallpauschalen unter Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

**Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 13]:**

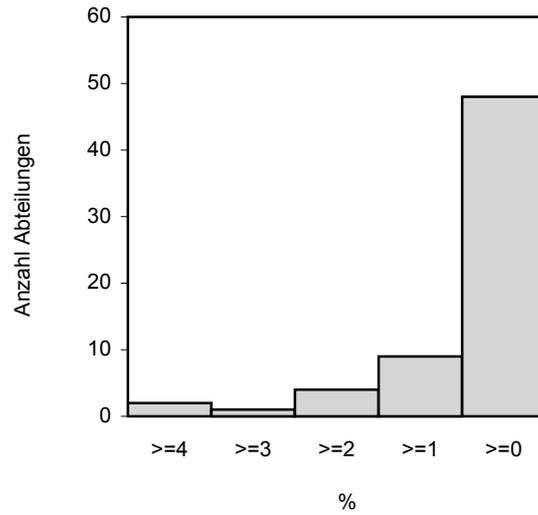
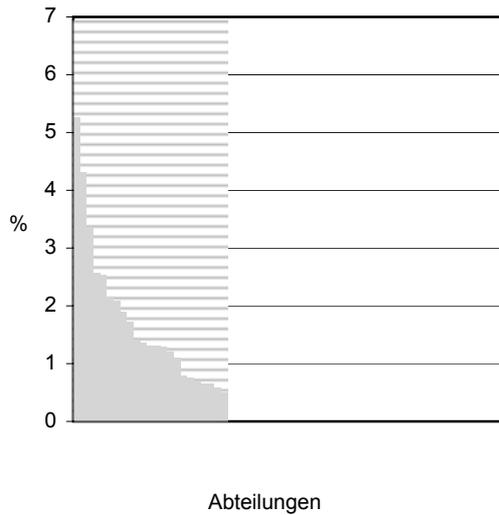
**Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



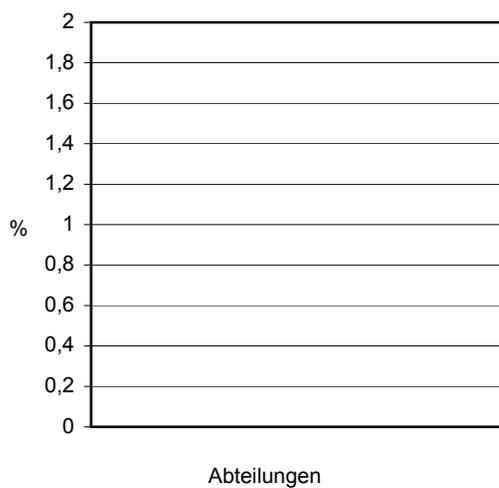
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)  
 Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.0y, 5-511.01)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1 <sup>2</sup>	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 1 <sup>2</sup>	Gruppe 2 <sup>2</sup>
Verstorbene Patienten			9 / 5.558 0,16%	24 / 795 3,02%

<sup>1</sup> Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

<sup>2</sup> OPS mit gültigen Angaben zur Differenzierung des OP-Verfahrens

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Eingriffs

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Elektive Operationen<sup>1</sup>  
 (FP 12.03, 12.04)  
 Gruppe 2: Akute Operationen<sup>1</sup>  
 (FP 12.01, FP 12.02)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Verstorbene Patienten			15 / 4.772 0,31%	18 / 1.587 1,13%

<sup>1</sup> Ausschluss von Patienten mit nach Sonderentgelt vergüteten Operationen, Ausschluss von Doppelnennungen FP/SE

Jahresauswertung 2003  
Modul 12/1: Cholezystektomie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 66  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 15. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2028  
2003 - L10147-P11330

## Basisdaten

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>				
1. Quartal			938	13,46
2. Quartal			1.803	25,88
3. Quartal			1.873	26,88
4. Quartal			2.353	33,77
Gesamt			6.967	

## Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Nummern

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Fallpauschalen-Nummer</b>				
FP 12.01 Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut: Cholezystektomie, offen-chirurgisch			650	9,33
FP 12.02 Cholezystitis/Cholezystolithiasis, akut: Cholezystektomie, laparoskopisch			981	14,08
FP 12.03 Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv: Cholezystektomie, offen- chirurgisch			585	8,40
FP 12.04 Cholezystitis/Cholezystolithiasis, elektiv: Cholezystektomie, laparoskopisch			4.314	61,92
<b>Sonderentgelt-Nummer</b>				
SE 12.10 Cholezystektomie, offen-chirurgisch			298	4,28
SE 12.12 Cholezystektomie, laparoskopisch			296	4,25
Keine Angabe zu Fallpauschale u. Sonderentgelt			0	0,00

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

## Behandlungszeiten

	Abteilung 2003	Gesamt 2003
	Anzahl	Anzahl
<b>Praeoperative Verweildauer</b>		
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2		
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe		5.284
Median		1,0
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.1y, 5-511.11, 5-511.2y, 5-511.21)		
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe		4.802
Median		1,0
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.0y, 5-511.01)		
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe		472
Median		1,0
<b>Postoperative Verweildauer (in Tagen)</b>		
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe		6.967
Median		6
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)</b>		
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe		6.964
Median		7

### Entlassungsdiagnose 1

Bezug: Alle <b>Fallpauschalen</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b>						
Bezug der Texte: Gesamt						
Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.10	2.759	42,25
Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.20	1.858	28,45
Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.00	1.290	19,75
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	554	8,48
Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr				E66.0	204	3,12
Akute Cholezystitis				K81.0	141	2,16
Chronische Cholezystitis				K81.1	127	1,95
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet				E11.90	115	1,76

## Entlassungsdiagnose 2

Bezug: Alle <b>Sonderentgelt</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b>						
Bezug der Texte: Gesamt						
Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.10	130	21,38
Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.20	101	16,61
Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion				K80.00	94	15,46
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	53	8,72
Akute Pankreatitis				K85	40	6,58
Akute Cholezystitis				K81.0	29	4,77
Chronische Cholezystitis				K81.1	23	3,78
Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion				K80.01	20	3,29

## OP-Technik

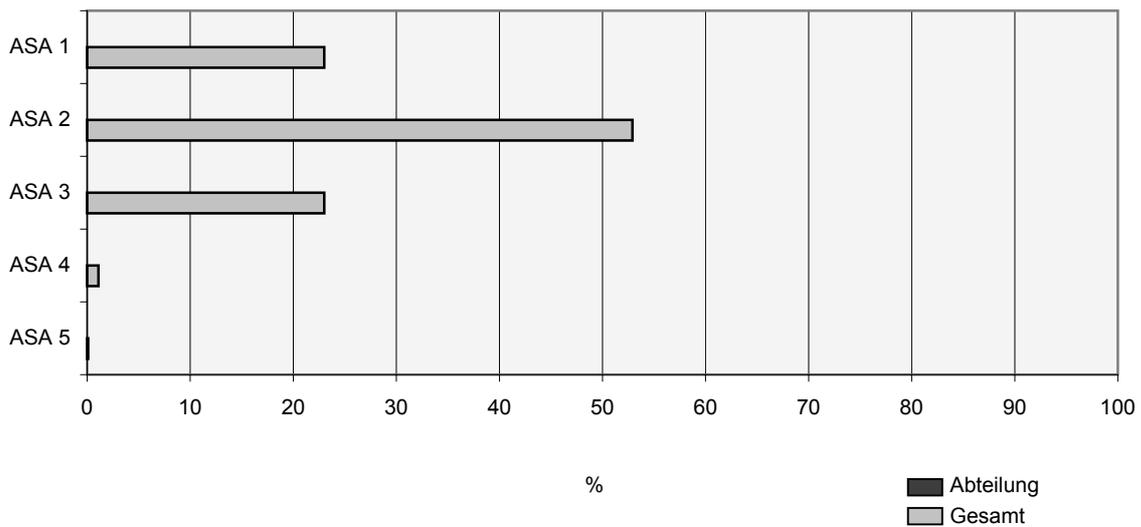
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Alle Patienten</b>			6.967	100,00
<b>Pat. mit gültigen OPS-Angaben*</b>			6.942	99,64
<b>davon</b>				
<b>Offen-chirurgische Operationen</b> (5-511.0y, 5-511.01)			1.037 / 6.942	14,94
<b>Laparoskopische Operationen</b> (5-511.1y, 5-511.11)			5.475 / 6.942	78,87
<b>umgestiegen auf     offenchirurgisch</b> (5-511.2y, 5-511.21)			428 / 6.942	6,16
<b>Akute Operationen</b> (FP 12.01, FP 12.02)			1.631	100,00
<b>davon</b>				
<b>Offen-chirurgische Operationen</b> (5-511.0y, 5-511.01)			468 / 1.631	28,69
<b>Laparoskopische Operationen</b> (5-511.1y, 5-511.11)			985 / 1.631	60,39
<b>umgestiegen auf offen-chirurgisch</b> (5-511.2y, 5-511.21)			173 / 1.631	10,61
<b>Elektive Operationen (FP 12.03, FP 12.04)</b>			4.899	100,00
<b>davon</b>				
<b>Offen-chirurgische Operationen</b> (5-511.0y, 5-511.01)			359 / 4.899	7,33
<b>Laparoskopische Operationen</b> (5-511.1y, 5-511.11)			4.323 / 4.899	88,24
<b>umgestiegen auf offen-chirurgisch</b> (5-511.2y, 5-511.21)			212 / 4.899	4,33
<b>Operationen ohne Angabe der Dringlichkeit</b> (SE 12.10, SE 12.12)			594	100,00
<b>davon</b>				
<b>Offen-chirurgische Operationen</b> (5-511.0y, 5-511.01)			242 / 594	40,74
<b>Laparoskopische Operationen</b> (5-511.1y, 5-511.11)			294 / 594	49,49
<b>umgestiegen auf offen-chirurgisch</b> (5-511.2y, 5-511.21)			52 / 594	8,75

\*Cholezystektomien mit Ausschluss von Eingriffen mit Revision der Gallengänge (OPS 5-511.02, 5-511.12, 5-511.22)

**Patienten**

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.962	99,93
< 20			72 / 6.962	1,03
20 - 39			835 / 6.962	11,99
40 - 59			2.293 / 6.962	32,94
60 - 79			3.280 / 6.962	47,11
>= 80			482 / 6.962	6,92
<b>Alter (Jahre)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			6.962	99,93
Median			61	
<b>Geschlecht</b>				
männlich			2.169	31,13
weiblich			4.798	68,87
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.600	22,96
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.684	52,88
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.602	22,99
Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			75	1,08
5: moribunder Patient			6	0,09

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



## Anamnese

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Koliken</b>			4.692	67,35
<b>Schmerzen im rechten Oberbauch</b>			6.227	89,38
<b>Cholestase</b>			787	11,30

## Diagnostik

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sicherer Gallensteinnachweis</b>				
Nachweis lag vor			6.647 / 6.967	95,41
wenn ja, Abklärung durch:				
<b>Röntgen</b>			452 / 6.647	6,80
<b>Sonographie</b>			6.567 / 6.647	98,80
<b>MRCP</b>			236 / 6.647	3,55
<b>CT</b>			319 / 6.647	4,80
<b>ERCP</b>			570 / 6.647	8,57
Vorgehensweise:				
<b>Steinextraktion</b>			356 / 6.647	5,36
<b>Sonstige</b>			179 / 6.647	2,69
Kein sicherer Gallensteinnachweis			320 / 6.967	4,59
<b>Akute Entzündungszeichen</b>				
Nachweis lag vor			1.845 / 6.967	26,48
wenn ja, Nachweis durch				
<b>Klinischen Befund</b>			1.743 / 1.845	94,47
<b>Leukozytose</b> (>12.000 Zellen pro mm <sup>3</sup> )			1.152 / 1.845	62,44
<b>Temperaturerhöhung</b> (> 38° C rektal)			413 / 1.845	22,39
<b>Sonographie</b>			1.339 / 1.845	72,58
Keine akuten Entzündungszeichen			5.122 / 6.967	73,52
<b>Extrahepatische Cholestase</b>			465 / 6.967	6,67
Nachweis lag vor			449 / 465	96,56
wenn ja, Abklärung durch:				
<b>Röntgen</b>			52 / 449	11,58
<b>Sonographie</b>			271 / 449	60,36
<b>ERCP</b>			298 / 449	66,37
<b>MRCP</b>			52 / 449	11,58
<b>CT</b>			69 / 449	15,37
<b>Sonstige</b>			28 / 449	6,24
Keine Abklärung erfolgt			16 / 465	3,44
Keine extrahepatische Cholestase			6.502 / 6.967	93,33

### Diagnostik (Fortsetzung)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Präoperative Wundkontaminations- klassifikation</b> (Nach Definition der CDC)				
Aseptische Eingriffe			3.598	51,64
bedingt aseptische Eingriffe			2.963	42,53
kontaminierte Eingriffe			325	4,66
septische Eingriffe			81	1,16

### Operation

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Medikamentöse Thrombose- prophylaxe</b>				
Anzahl der Patienten			6.917	99,28
<b>Intraoperative Gallengangs- untersuchung</b>				
Anzahl der Patienten			789	11,32
<b>Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate)</b>				
Patienten mit Bluttransfusion			152 / 6.967	2,18
Blutbedarf bei				
Patienten mit Fallpauschale			102 / 6.359	1,60
Patienten mit Sonderentgelt			47 / 423	11,11
<b>Dauer des Eingriffs</b>				
<b>Schnitt-Nahtzeit (in Minuten), alle Op.</b>				
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			6.967	
Median			60	

### Intraoperativer Befund

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Auffälliger Befund</b>				
Gallenblasenstein(e)			6.631	95,18
Gallengangstein(e)			100	1,44
davon				
operativ in gleicher Sitzung entfernt			84 / 100	84,00
belassen			17 / 100	17,00
Hydrops			950	13,64
Akute Entzündung			1.863	26,74
Empyem			547	7,85
Gallenblasenperforation			244	3,50
Schrumpfgallenblase			316	4,54
Sonstiges			1.694	24,32

## Histologischer Befund

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>				
Anzahl der Patienten			6.753	96,93

## Verlauf

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b>				
Anzahl Patienten mit mind. einer Komplikation			191 / 6.967	2,74
Blutung			104	1,49
Verletzung von Nachbarorganen			23	0,33
Gallengangsverletzung			18	0,26
Gallenfistel persist.			44	0,63
Ikterus postoperativ			21	0,30
<b>Postoperative Wundinfektion (Nach Definition der CDC)</b>				
Anzahl der Patienten			125 / 6.967	1,79
A1 Oberflächliche Infektion			91	1,31
A2 Tiefe Infektion			20	0,29
A3 Räume/Organe			14	0,20
<b>Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>				
Anzahl Patienten mit mind. einer Komplikation			367 / 6.967	5,27
Pneumonie			65	0,93
kardiovaskuläre Komplikation(en)			122	1,75
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			4	0,06
Lungenembolie			7	0,10
Harnwegsinfekt			29	0,42
Sonstige			207	2,97
<b>Reintervention wegen Komplikation(en)</b>				
Anzahl der Patienten			174 / 6.967	2,50

## Entlassung

	Abteilung 2003		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>				
1: Behandlung regulär beendet			6.616	94,96
2: Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			202	2,90
3: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet			7	0,10
4: Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet			21	0,30
5: Zuständigkeitswechsel des Leistungsträgers			0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			24	0,34
7: Tod			58	0,83
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV'95)			3	0,04
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			5	0,07
10: Entlassung in eine Pflege- einrichtung			9	0,13
11: Entlassung in ein Hospiz			1	0,01
12: Interne Verlegung			16	0,23
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung			2	0,03
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	0,01
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	0,01
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rück- verlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungs- bereichen der BPfIV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,00
17: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG			0	0,00
18: Rückverlegung			1	0,01
Tod im Zusammenhang mit d. FP/SE (bez. auf verstorbene Pat.)			22 / 58	37,93
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			10 / 58	17,24

### Verteilung der Entlassungsgründe

