

# Jahresauswertung 2004 Cholezystektomie

## Qualitätsindikatoren

### Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 65  
Auswertungsversion: 18. Mai 2005  
Datensatzversion: 12/1 2004 7.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 01. März 2005  
Druckdatum: 19. Mai 2005  
Nr. Gesamt-2507  
2004 - D3280-L19897-P13780

## 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 ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) 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 bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 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 auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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 "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 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.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem 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 Krankenhausergebnisse aufgeführt.

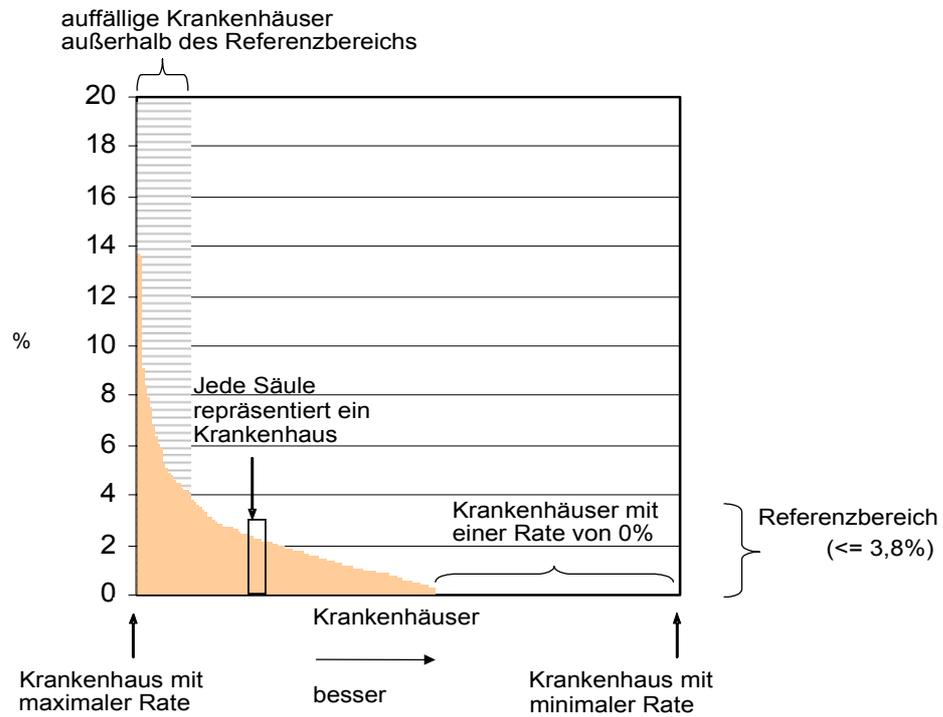
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

**Beispiel:**

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



## 2.4.2 Histogramm

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

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

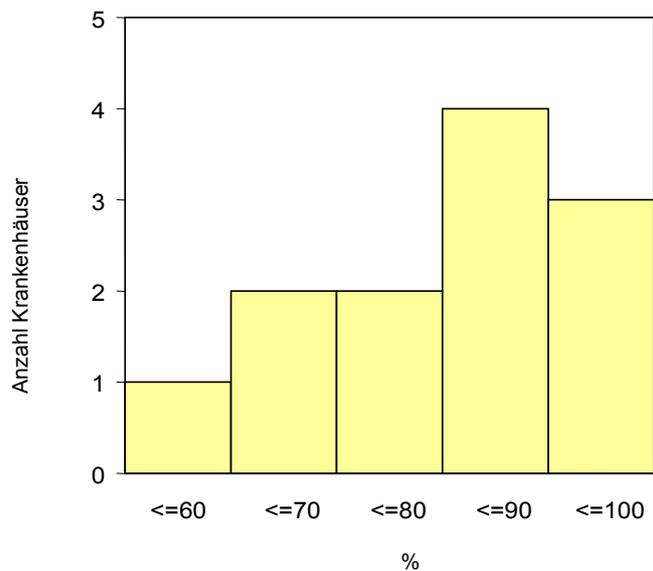
### Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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

### **Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)**

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

### **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 entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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

### **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, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

## 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			1,6%	<= 5,8%	4,3%	1.1
<b>Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase</b>						
Anteil von Pat. mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Pat. mit extrahepatischer Cholestase			95,6%	= 100%	-4,4%	1.3
<b>Erhebung eines histologischen Befundes</b>						
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten			97,4%	= 100%	-2,6%	1.5
<b>Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren</b>						
Anteil von Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Pat.			4,5%	<= 9,0%	4,5%	1.7
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten			0,1%	Sentinel Event		1.7
<b>Postoperative Wundinfektion</b>						
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten			1,9%	nicht definiert		1.11
<b>Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion</b>						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0			0,7%	<= 2%	1,3%	1.15
<b>Allgemeine postoperative Komplikationen</b>						
Anteil von Patienten mit mind. einer allgemeinen postoperativen Komplikation						
an allen Patienten			4,8%	<= 10,7%	5,8%	1.17
an Patienten mit laparoskop. beg. Operation			3,0%	<= 8,1%	5,0%	1.17
an Pat. mit offen-chirurgischer Operation			15,6%	<= 33,3%	17,7%	1.17
<b>Reinterventionsrate</b>						
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation			1,9%	<= 2%	0,1%	1.23
<b>Letalität</b>						
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3			0,6%	Sentinel Event		1.26

\* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

**Qualitätsindikator: Indikation**

**Qualitätsziel:** Selten fragliche Indikation  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Referenzbereich:** <= 5,8% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase und ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich Referenzbereich			141 / 9.077	1,6% 1,31% - 1,83% <= 5,8%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase und ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich			130 / 6.967	1,9% 1,56% - 2,21%

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

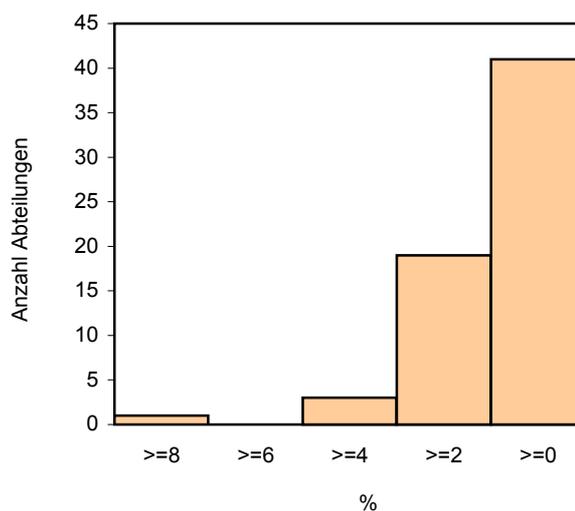
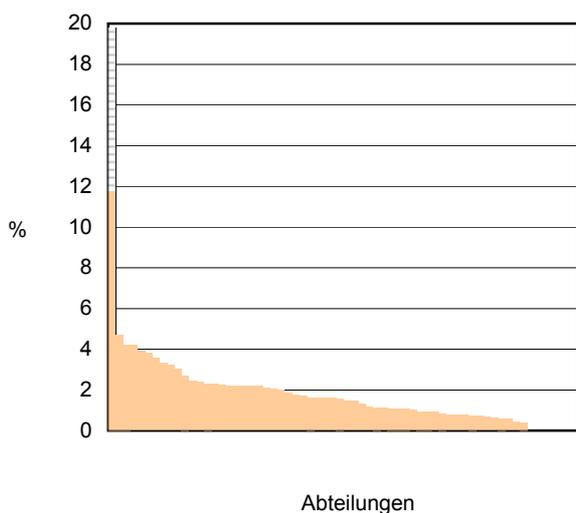
**Anteil von Patienten mit fraglicher Indikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 11,8%

Median der Abteilungswerte: 1,5%



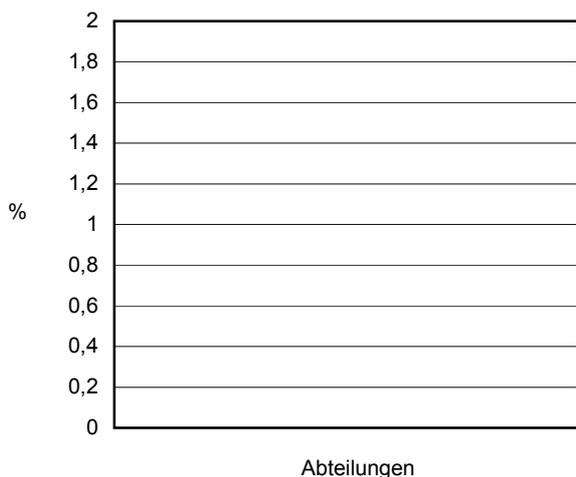
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase

**Referenzbereich:** = 100%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase			679 / 710	95,6%
Vertrauensbereich				93,85% - 97,02%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase			449 / 465	96,6%
Vertrauensbereich				94,46% - 98,03%

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

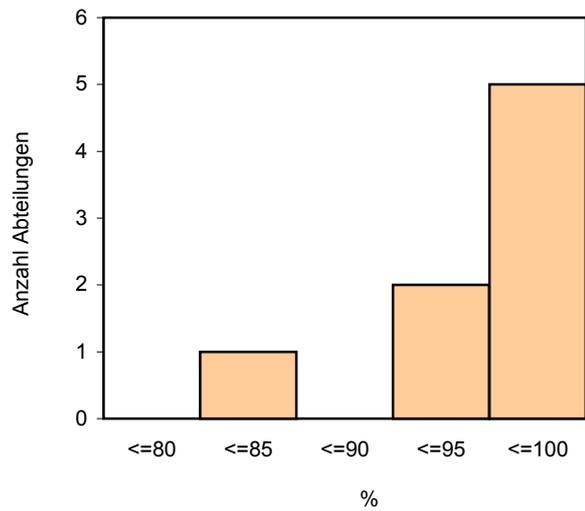
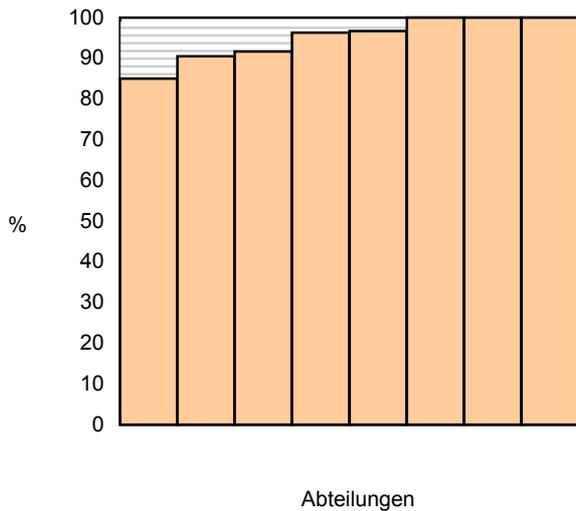
**Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase**

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,5%



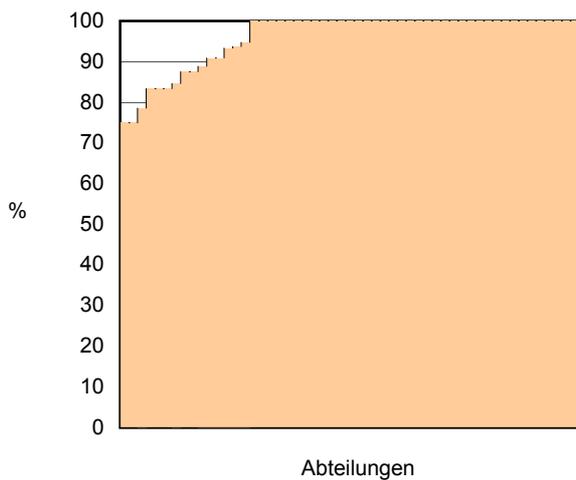
8 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



53 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 mit Angabe zum histologischen Befund

**Referenzbereich:** = 100%

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			7.811 / 8.018	97,4%
Vertrauensbereich				97,05% - 97,75%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			6.753 / 6.967	96,9%
Vertrauensbereich				96,50% - 97,32%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:**

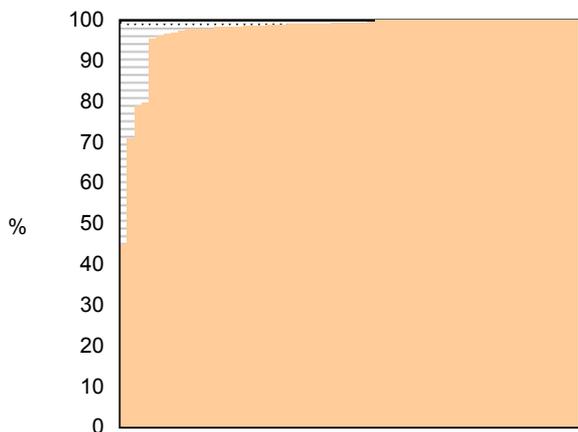
**Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

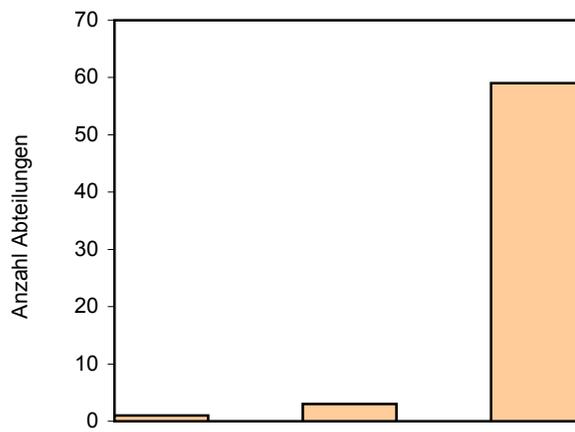
**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 44,9% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 99,4%



Abteilungen



%

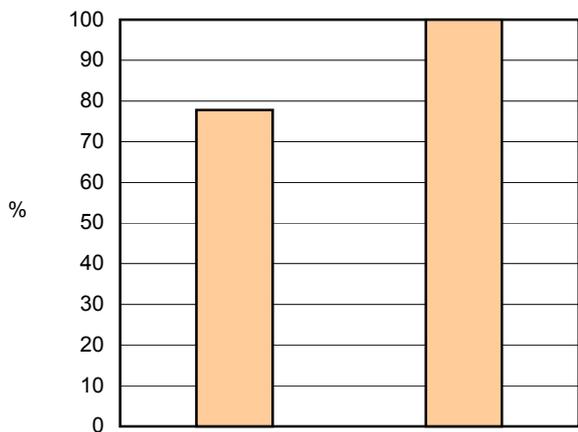
63 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 77,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 88,9%



Abteilungen

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Eingriffsspezifische Komplikationen

**Qualitätsziel:** Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

**Referenzbereich:**  
 Gruppe 1: Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation  
 <= 9,0% (95%-Bundesperzentile)  
 Gruppe 1: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC  
 Sentinel Event

	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung od. periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige) Vertrauensbereich Referenzbereich				406 / 9.077 4,5% 4,06% - 4,92%	278 / 7.738 3,6%	123 / 1.299 9,5%
						<= 9,0%
Blutung				136 / 9.077 1,5%	109 / 7.738 1,4%	25 / 1.299 1,9%
Periphere Gallengangsverletzung				40 / 9.077 0,4%	28 / 7.738 0,4%	11 / 1.299 0,8%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich Referenzbereich				10 / 9.077 0,1% 0,1% - 0,2%	9 / 7.738 0,1%	1 / 1.299 0,1%
						Sentinel Event
Residualstein im Gallengang				65 / 9.077 0,7%	35 / 7.738 0,5%	30 / 1.299 2,3%
Sonstige				186 / 9.077 2,0%	115 / 7.738 1,5%	68 / 1.299 5,2%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung od. Gallengangsverletzung od. persist. Gallenfistel oder Ikterus postoperativ) Vertrauensbereich				191 / 6.967 2,7% 2,37% - 3,15%	145 / 5.875 2,5%	37 / 993 3,7%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich				0 / 6.967 0,0% 0,0% - 0,1%	0 / 5.875 0,0%	0 / 993 0,0%

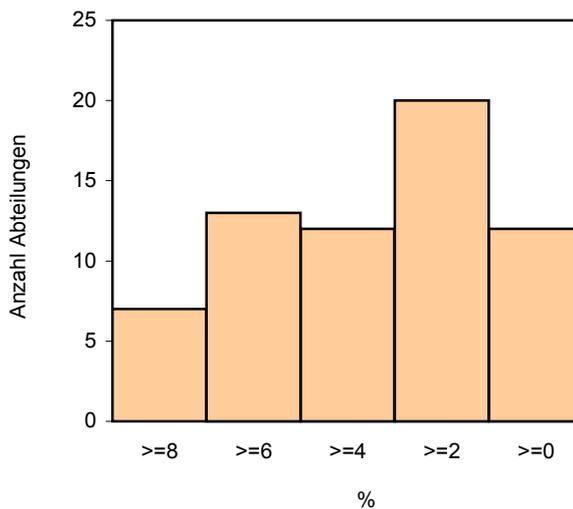
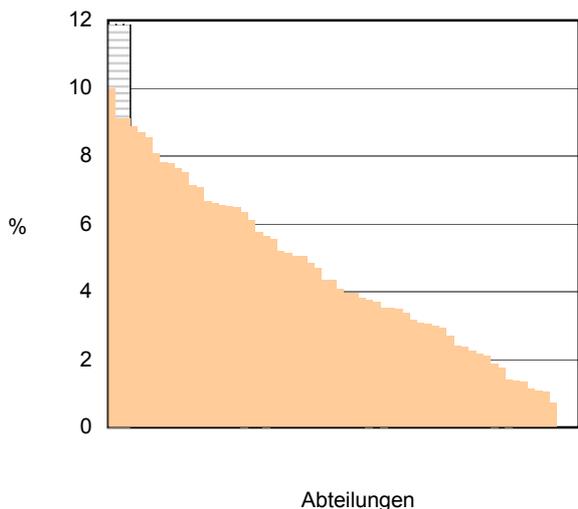
\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:**

**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:**

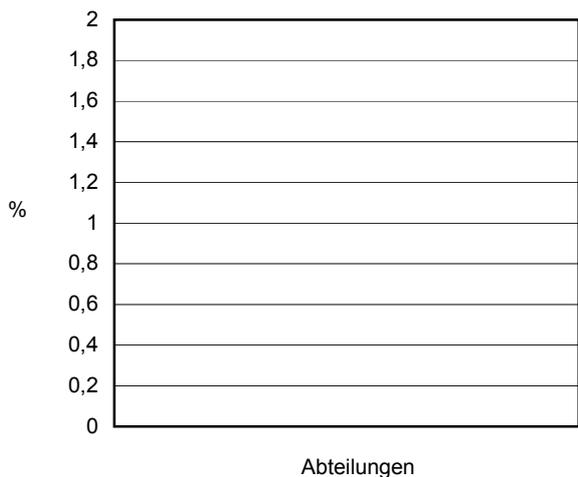
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,0%  
 Median der Abteilungswerte: 4,0%



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%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

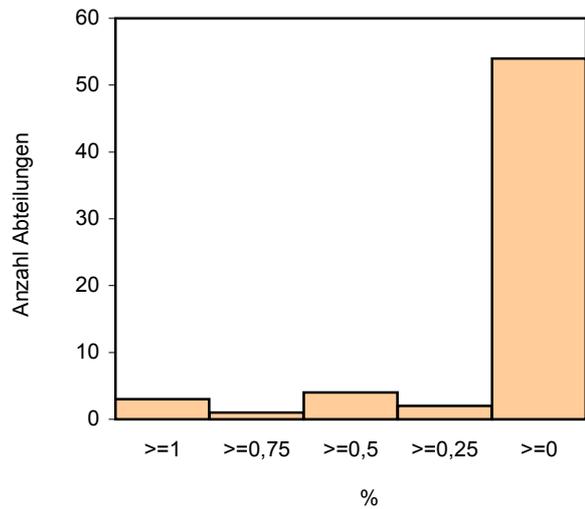
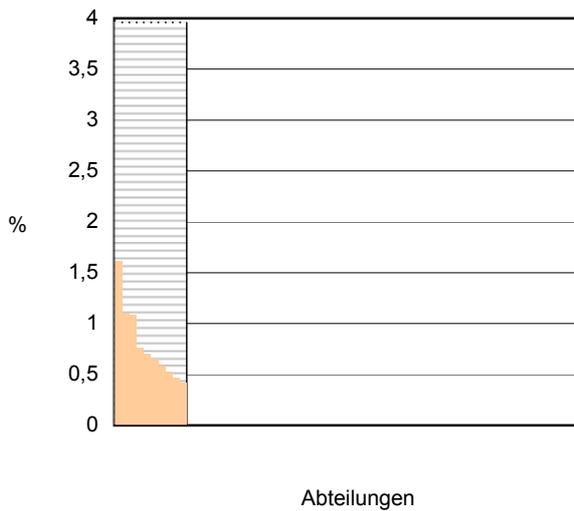
**Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,6%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



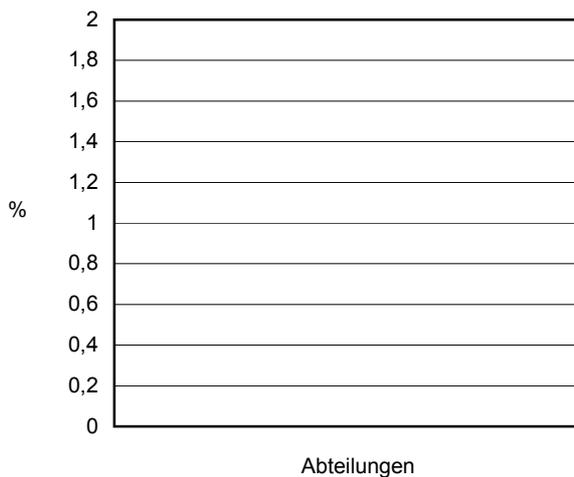
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



1 Abteilung hat 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 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

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

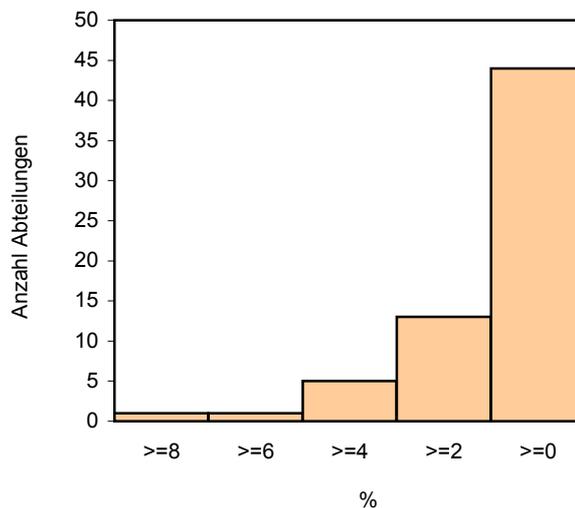
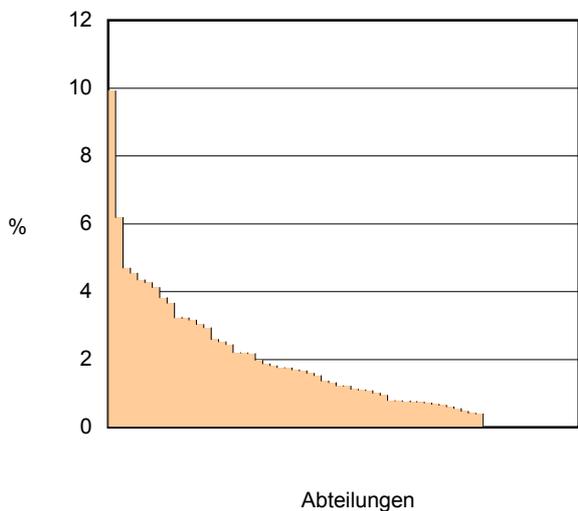
	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit post-operativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich				170 / 9.077 1,9% 1,60% - 2,17%	73 / 7.738 0,9%	93 / 1.299 7,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				113 / 9.077 1,2%	51 / 7.738 0,7%	60 / 1.299 4,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)				38 / 9.077 0,4%	14 / 7.738 0,2%	22 / 1.299 1,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)				19 / 9.077 0,2%	8 / 7.738 0,1%	11 / 1.299 0,8%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit post-operativer Wundinfektion Vertrauensbereich				125 / 6.967 1,8% 1,50% - 2,13%	71 / 5.875 1,2%	50 / 993 5,0%

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

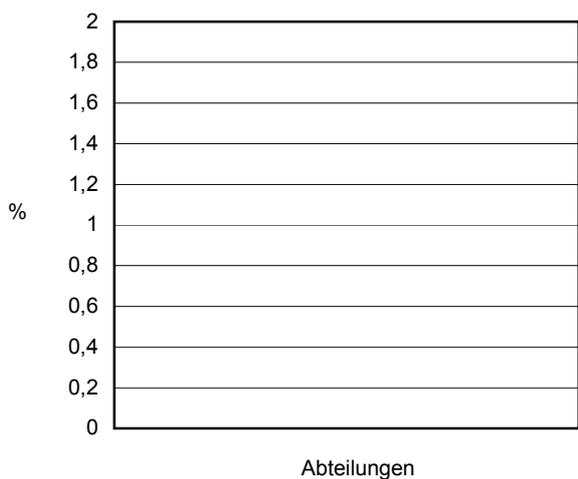
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:**  
**Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 9,9%  
 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.

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

Risikofaktor		Risikopunkt
<b>ASA</b>	ASA >= 3	1
<b>OP- Dauer</b>	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 80 min	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 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

Risikoklassen	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Risikoklasse 0				5.038 / 9.077 55,5%	4.701 / 7.738 60,8%	334 / 1.299 25,7%
Risikoklasse 1				3.016 / 9.077 33,2%	2.443 / 7.738 31,6%	557 / 1.299 42,9%
Risikoklasse 2				912 / 9.077 10,0%	548 / 7.738 7,1%	346 / 1.299 26,6%
Risikoklasse 3				111 / 9.077 1,2%	46 / 7.738 0,6%	62 / 1.299 4,8%

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

### Qualitätsindikator: Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

**Referenzbereich:** <= 2%

	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich				37 / 5.038 0,7%	24 / 4.701 0,5%	13 / 334 3,9%
Referenzbereich	<= 2%			0,52% - 1,01% <= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				29 / 5.038 0,6%	19 / 4.701 0,4%	10 / 334 3,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)				4 / 5.038 0,1%	2 / 4.701 0,0%	2 / 334 0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)				4 / 5.038 0,1%	3 / 4.701 0,1%	1 / 334 0,3%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*	Gruppe 1	Gruppe 2*	Gruppe 3*
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich				36 / 3.921 0,9%	21 / 3.609 0,6%	13 / 286 4,5%
				0,64% - 1,27%		

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

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

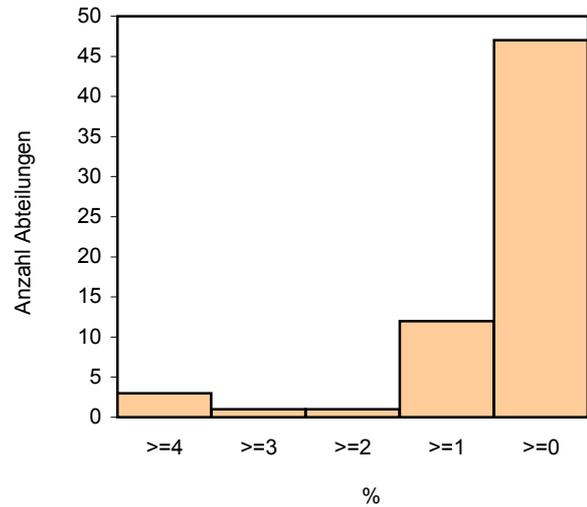
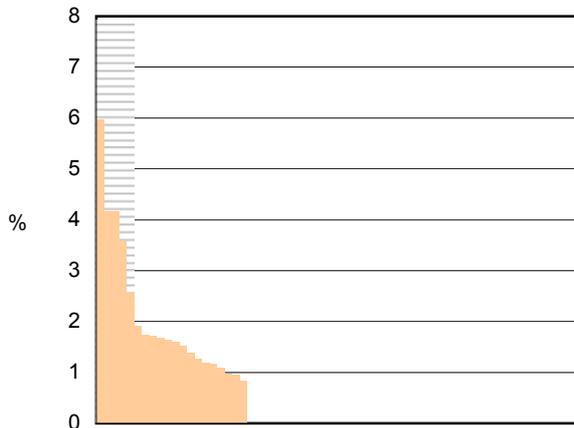
**Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



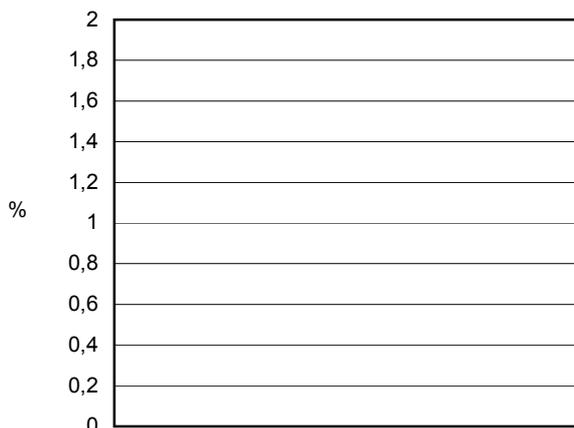
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Allgemeine postoperative Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

**Referenzbereich:**  
 Gruppe 1: <= 10,7% (95%-Bundesperzentile)  
 Gruppe 2: <= 8,1% (95%-Bundesperzentile)  
 Gruppe 3: <= 33,3% (95%-Bundesperzentile)

Abteilung 2004	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mindestens einer postop. Komplikation						
Vertrauensbereich						
Referenzbereich		<= 10,7%		<= 8,1%		<= 33,3%
Pneumonie						
Kardiovaskuläre Kompl.						
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose						
Lungenembolie						
Harnwegsinfekt						
Sonstige						

Gesamt 2004	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mindestens einer postop. Komplikation	440 / 9.077	4,8%	233 / 7.738	3,0%	203 / 1.299	15,6%
Vertrauensbereich	4,41% - 5,31%		2,64% - 3,42%		13,69% - 17,72%	
Referenzbereich	<= 10,7%		<= 8,1%		<= 33,3%	
Pneumonie	99 / 9.077	1,1%	40 / 7.738	0,5%	59 / 1.299	4,5%
Kardiovaskuläre Kompl.	170 / 9.077	1,9%	76 / 7.738	1,0%	93 / 1.299	7,2%
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	4 / 9.077	0,0%	1 / 7.738	0,0%	3 / 1.299	0,2%
Lungenembolie	11 / 9.077	0,1%	6 / 7.738	0,1%	5 / 1.299	0,4%
Harnwegsinfekt	33 / 9.077	0,4%	15 / 7.738	0,2%	18 / 1.299	1,4%
Sonstige	233 / 9.077	2,6%	129 / 7.738	1,7%	101 / 1.299	7,8%

Abteilung 2003 Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mindestens einer postop. Komplikation						
Vertrauensbereich						

Gesamt 2003 Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit mindestens einer postop. Komplikation	367 / 6.967	5,3%	211 / 5.875	3,6%	138 / 993	13,9%
Vertrauensbereich	4,75% - 5,82%		3,13% - 4,10%		11,80% - 16,21%	

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

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

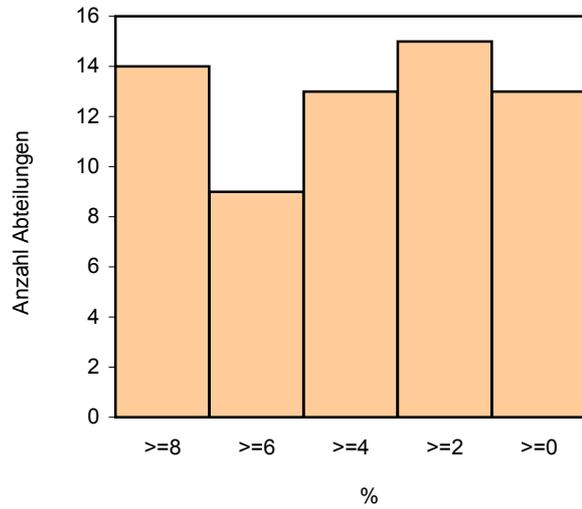
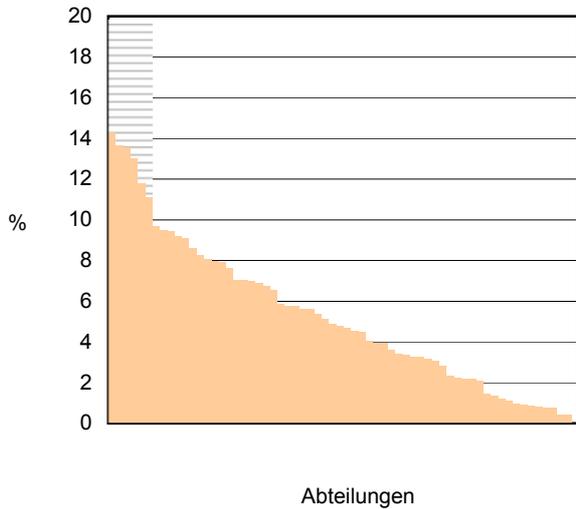
**Anteil von Patienten mit mind. einer postoperativen Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 4,7%



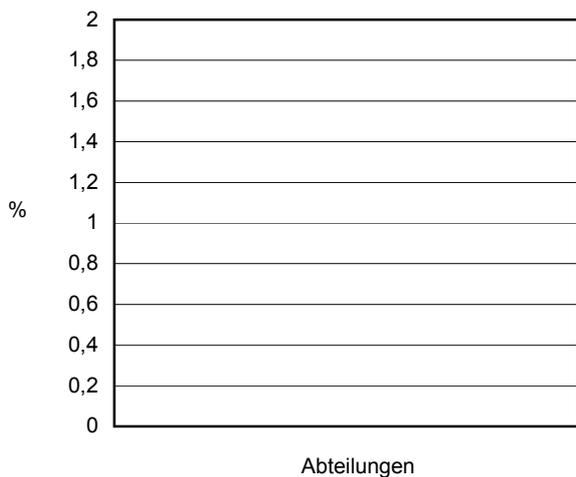
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

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

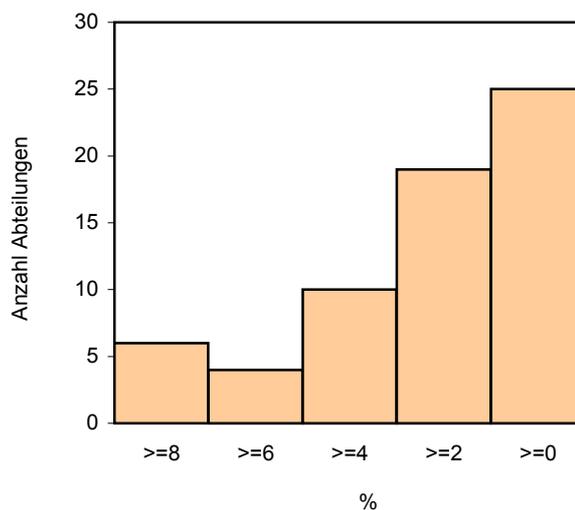
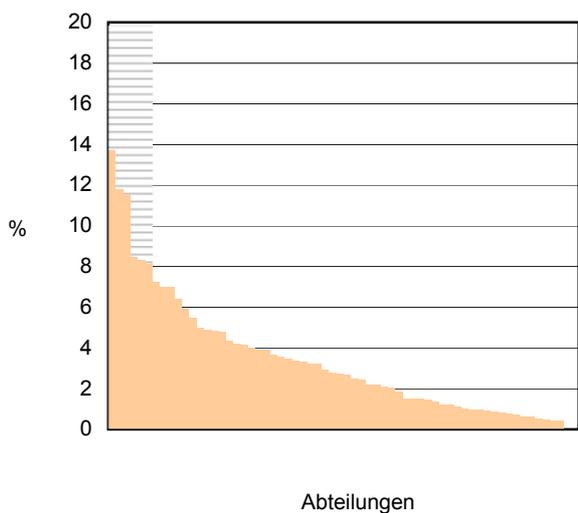
**Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 13,7%

Median der Abteilungswerte: 2,7%



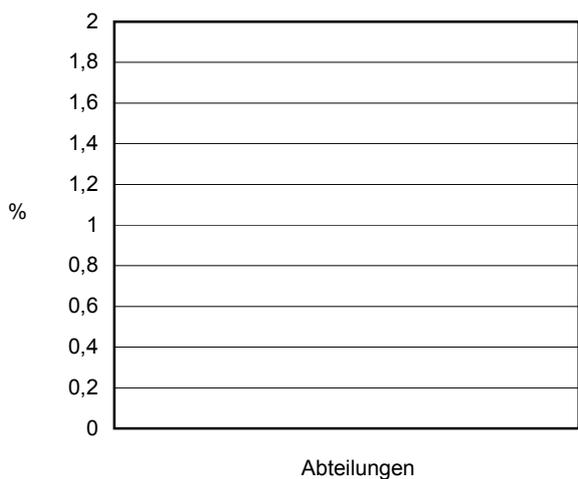
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%

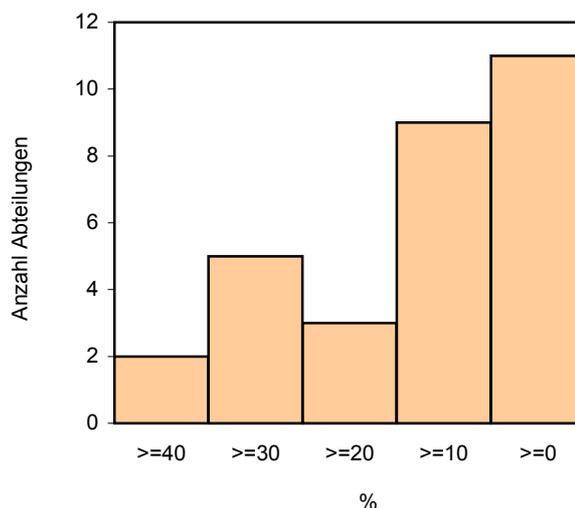
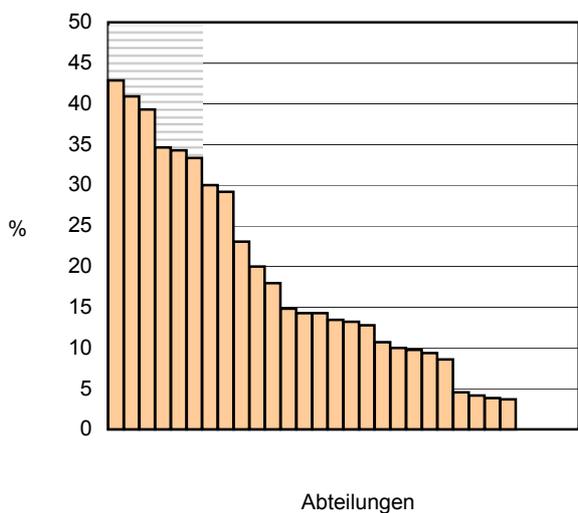


1 Abteilung hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

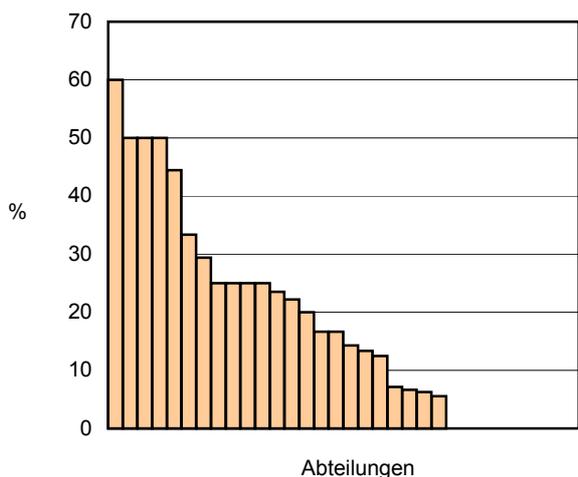
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:**  
**Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation**  
 3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 42,9%  
 Median der Abteilungswerte: 13,3%



30 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% - 60,0%  
 Median der Abteilungswerte: 15,5%



32 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 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation			148 / 6.897 2,1%	292 / 2.180 13,4%
Pneumonie			26 / 6.897 0,4%	73 / 2.180 3,3%
Kardiovaskuläre Komplikationen			38 / 6.897 0,6%	132 / 2.180 6,1%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			0 / 6.897 0,0%	4 / 2.180 0,2%
Lungenembolie			4 / 6.897 0,1%	7 / 2.180 0,3%
Harnwegsinfekt			12 / 6.897 0,2%	21 / 2.180 1,0%
Sonstige			86 / 6.897 1,2%	147 / 2.180 6,7%

**Qualitätsindikator: Reinterventionsrate**

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

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

**Referenzbereich:** Gruppe 2: <= 2%

Abteilung 2004	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen						
Vertrauensbereich						
Referenzbereich				<= 2%		

Gesamt 2004	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	258 / 9.077	2,8%	149 / 7.738	1,9%	105 / 1.299	8,1%
Vertrauensbereich				1,63% - 2,26%		
Referenzbereich				<= 2%		

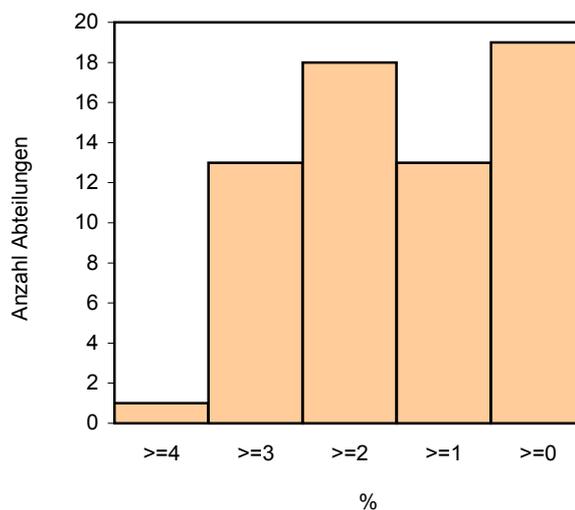
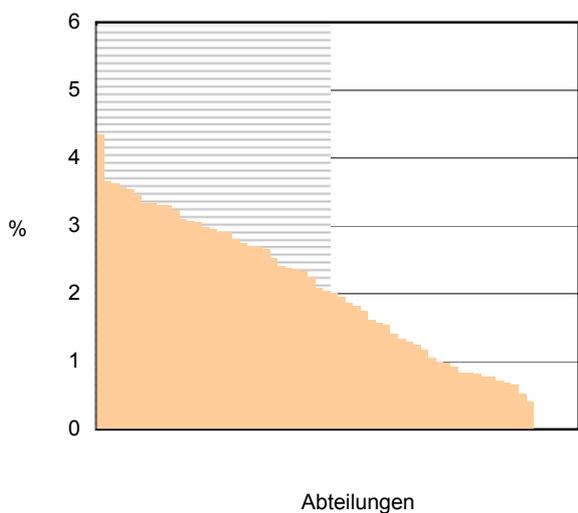
Abteilung 2003	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	<b>Vorjahresdaten</b>					
	(nur Datensatzversion 6.0)					
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation Vertrauensbereich						

Gesamt 2003	Gruppe 1		Gruppe 2*		Gruppe 3*	
	<b>Vorjahresdaten</b>					
	(nur Datensatzversion 6.0)					
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation Vertrauensbereich	174 / 6.967	2,5%	111 / 5.875	1,9% 1,56% - 2,27%	54 / 993	5,4%

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurencodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

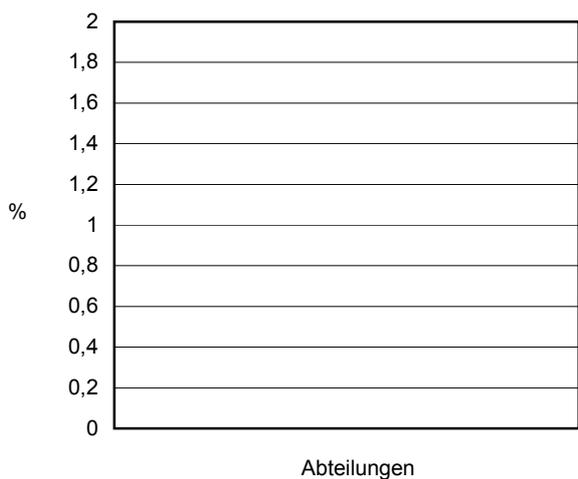
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:**  
**Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen**  
**an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation.**  
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,3%  
 Median der Abteilungswerte: 2,0%



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%



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  
 Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3  
 Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse ASA 4 / 5

**Referenzbereich:** Gruppe 2: Sentinel Event

	Abteilung 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten				81 / 9.077	51 / 8.943	30 / 134
Vertrauensbereich				0,9%	0,6%	22,4%
Referenzbereich		Sentinel Event			0,42% - 0,75%	Sentinel Event

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten				58 / 6.967	39 / 6.886	19 / 81
Vertrauensbereich				0,8%	0,6%	23,5%
					0,40% - 0,77%	

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

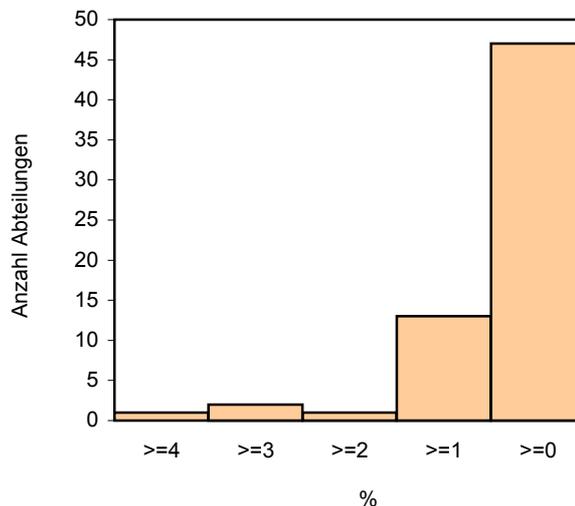
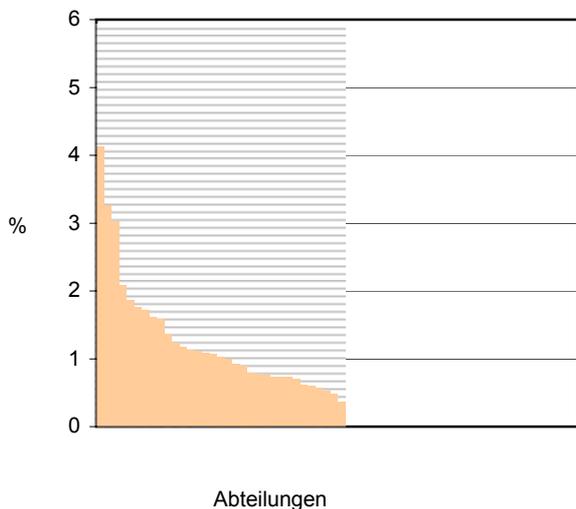
**Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,1%

Median der Abteilungswerte: 0,4%



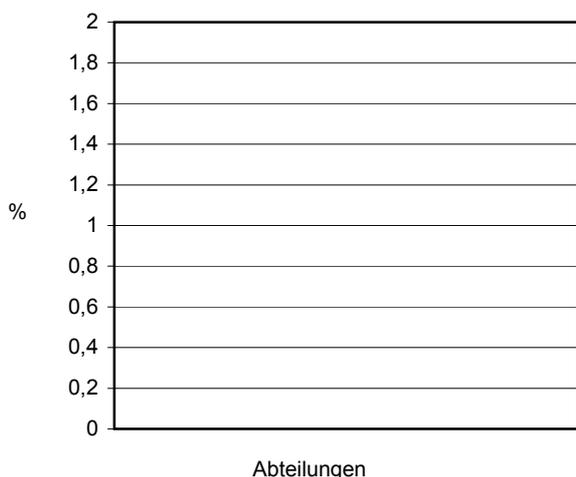
64 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



1 Abteilung hat 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\*  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation\*  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1*	Gruppe 2*	Gruppe 1*	Gruppe 2*
Verstorbene Patienten			18 / 7.738 0,2%	62 / 1.299 4,8%

\* Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

Jahresauswertung 2004  
Cholezystektomie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 65  
Auswertungsversion: 18. Mai 2005  
Datensatzversion: 12/1 2004 7.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 01. März 2005  
Druckdatum: 19. Mai 2005  
Nr. Gesamt-2507  
2004 - D3280-L19897-P13780

## Basisdaten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			2.453	27,0	938	13,5
2. Quartal			2.313	25,5	1.803	25,9
3. Quartal			1.982	21,8	1.873	26,9
4. Quartal			2.329	25,7	2.353	33,8
Gesamt			9.077		6.967	

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

## Behandlungszeiten

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer</b> Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			6.897	1,0	5.284	1,0
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22) Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			6.288	1,0	4.777	1,0
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurg. Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02) Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			592	1,0	459	1,0
<b>Postoperative Verweildauer (in Tagen)</b> Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			9.077	5,0	6.967	6,0
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)</b> Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			9.072	6,0	6.964	7,0

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist
8	K81.0	Akute Cholezystitis

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
1				K80.10	3.639	40,1	K80.10	2.834	40,7
2				K80.20	2.474	27,3	K80.20	1.904	27,3
3				K80.00	1.798	19,8	K80.00	1.351	19,4
4				I10.00	880	9,7	I10	586	8,4
5				I10.90	498	5,5	E66.0	216	3,1
6				E66.0	465	5,1	K81.0	161	2,3
7				E11.90	384	4,2	K81.1	138	2,0
8				K81.0	251	2,8	E11.90	126	1,8

## OP-Technik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alle Patienten</b>			9.077	100,0	6.967	100,0
<b>Patienten mit gültigen OPS-Angaben</b>			9.077	100,0	6.865	98,5
<b>davon</b>						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			1.299 / 9.077	14,3	993 / 6.865	14,5
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			7.738 / 9.077	85,2	5.875 / 6.865	85,6
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			629 / 9.077	6,9	418 / 6.865	6,1
Operationen, die aufgrund der Unspezifität der OPS-Kodes nicht eindeutig den Gruppen „laparoskopisch begonnen“ oder „offen-chirurgisch“ zugeordnet werden können (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y)			43 / 9.077	0,5	2 / 6.967	0,0

### Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	5-511.11	OPs an Gallenblase und Gallenwegen: Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
2	5-511.01	OPs an Gallenblase und Gallenwegen: Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
3	5-511.21	OPs an Gallenblase und Gallenwegen: Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
4	5-511.02	OPs an Gallenblase und Gallenwegen: Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge
5	5-469.21	Andere OPs an Dün- und Dickdarm: Andere OPs am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch

### Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

	Abteilung 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				5-511.11	7.091	78,1	5-511.11	5.459	78,4
2				5-511.01	1.045	11,5	5-511.01	984	14,1
3				5-511.21	552	6,1	5-511.21	413	5,9
4				5-511.02	255	2,8	5-511.0y	58	0,8
5				5-469.21	121	1,3	5-469.21	40	0,6

\* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

**Patienten**

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>						
Alle Pat. mit gültiger Altersangabe			9.074		6.967	
< 20			101 / 9.074	1,1	72 / 6.962	1,0
20 - 39			1.113 / 9.074	12,3	835 / 6.962	12,0
40 - 59			2.930 / 9.074	32,3	2.293 / 6.962	32,9
60 - 79			4.219 / 9.074	46,5	3.280 / 6.962	47,1
>= 80			711 / 9.074	7,8	482 / 6.962	6,9
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Pat. mit gültiger Altersangabe			9.074		6.962	
Median				61,0		61,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			2.868	31,6	2.169	31,1
weiblich			6.209	68,4	4.798	68,9
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Pat.			2.057	22,7	1.600	23,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.840	53,3	3.684	52,9
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.046	22,5	1.602	23,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkr., ständige Lebensbedrohung			125	1,4	75	1,1
5: moribunder Patient			9	0,1	6	0,1

## Anamnese

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Koliken</b>			6.059	66,8	4.692	67,3
<b>Schmerzen im rechten Oberbauch</b>			8.303	91,5	6.227	89,4
<b>Cholestase</b>			1.097	12,1	787	11,3

## Diagnostik

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sicherer Gallensteinnachweis</b>						
Nachweis lag vor			8.723 / 9.077	96,1	6.647 / 6.967	95,4
wenn ja, Abklärung durch:						
<b>Röntgen</b>			475 / 8.723	5,4	452 / 6.647	6,8
<b>Sonographie</b>			8.634 / 8.723	99,0	6.567 / 6.647	98,8
<b>MRCP</b>			314 / 8.723	3,6	236 / 6.647	3,5
<b>CT</b>			452 / 8.723	5,2	319 / 6.647	4,8
<b>ERCP</b>			759 / 8.723	8,7	570 / 6.647	8,6
Vorgehensweise:						
<b>Steinextraktion</b>			498 / 8.723	5,7	356 / 6.647	5,4
<b>Sonstige</b>			149 / 8.723	1,7	179 / 6.647	2,7
Kein sicherer Gallensteinnachweis			354 / 9.077	3,9	320 / 6.967	4,6
<b>Akute Entzündungszeichen</b>						
Nachweis lag vor			2.431 / 9.077	26,8	1.845 / 6.967	26,5
wenn ja, Nachweis durch						
<b>Klinischen Befund</b>			2.259 / 2.431	92,9	1.743 / 1.845	94,5
<b>Leukozytose</b> (> 12.000 Zellen pro mm <sup>3</sup> )			1.666 / 2.431	68,5	1.152 / 1.845	62,4
<b>Temperaturerhöhung</b> (> 38° C rektal)			617 / 2.431	25,4	413 / 1.845	22,4
<b>Sonographie</b>			1.817 / 2.431	74,7	1.339 / 1.845	72,6
Keine akuten Entzündungszeichen			6.646 / 9.077	73,2	5.122 / 6.967	73,5
<b>Extrahepatische Cholestase</b>			710 / 9.077	7,8	465 / 6.967	6,7
Nachweis lag vor			679 / 710	95,6	449 / 465	96,6
wenn ja, Abklärung durch:						
<b>Röntgen</b>			42 / 679	6,2	52 / 449	11,6
<b>Sonographie</b>			425 / 679	62,6	271 / 449	60,4
<b>ERCP</b>			442 / 679	65,1	298 / 449	66,4
<b>MRCP</b>			83 / 679	12,2	52 / 449	11,6
<b>CT</b>			103 / 679	15,2	69 / 449	15,4
<b>Sonstige</b>			29 / 679	4,3	28 / 449	6,2
Keine Abklärung erfolgt			31 / 710	4,4	16 / 465	3,4
Keine extrahepatische Cholestase			8.367 / 9.077	92,2	6.502 / 6.967	93,3

## Operation

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Medikamentöse Thromboseprophylaxe</b> Anzahl der Patienten			9.010	99,3	6.917	99,3
<b>Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)</b>						
aseptische Eingriffe			4.699	51,8	3.598	51,6
bedingt aseptische Eingriffe			3.704	40,8	2.963	42,5
kontaminierte Eingriffe			571	6,3	325	4,7
septische Eingriffe			103	1,1	81	1,2
<b>Intraoperative Gallengangsuntersuchung</b> Anzahl der Patienten			1.059	11,7	789	11,3
<b>Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate)</b> Patienten mit Bluttransfusion			209 / 9.077	2,3	152 / 6.967	2,2
<b>Dauer des Eingriffs</b> Schnitt-Nahtzeit (in Minuten), alle OP Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			9.077	60,0	6.967	60,0

## Intraoperativer Befund

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Auffälliger Befund</b>						
Gallenblasenstein(e)			8.673	95,5	6.631	95,2
Gallengangsstein(e)			274	3,0	100	1,4
davon						
operativ in gleicher Sitzung entfernt			224 / 274	81,8	84 / 100	84,0
belassen			50 / 274	18,2	17 / 100	17,0
Hydrops			1.246	13,7	950	13,6
akute Entzündung			2.499	27,5	1.863	26,7
Empyem			738	8,1	547	7,9
Gallenblasenperforation			337	3,7	244	3,5
Schrumpfgallenblase			409	4,5	316	4,5
Sonstiges			2.657	29,3	1.694	24,3

## Histologischer Befund

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
Patienten mit Angabe zum histologischen Befund			8.018	88,3	6.967	100,0
Befund erhoben: ja			7.811	86,1	6.753	96,9
Befund erhoben: nein			207	2,3	214	3,1
Patienten ohne Angabe zum histologischen Befund			1.059	11,7	0	0,0

## Verlauf

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</b>						
Anzahl Pat. mit mind. einer Komplikation davon:			406 / 9.077	4,5	191 / 6.967	2,7
Blutung			136	1,5	104	1,5
periphere Gallengangsverletzung*			40	0,4	18	0,3
Okklusion od. Durchtrennung des DHC*			10	0,1	0	0,0
Residualstein im Gallengang*			65	0,7	0	0,0
Sonstige			186	2,0	0	0,0
<b>Postoperative Wundinfektion (Nach Definition der CDC)</b>						
Anzahl der Patienten			170 / 9.077	1,9	125 / 6.967	1,8
A1 oberflächliche Infektion			113	1,2	91	1,3
A2 tiefe Infektion			38	0,4	20	0,3
A3 Räume/Organe			19	0,2	14	0,2
<b>Allgemeine behandlungsbed. postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			440 / 9.077	4,8	367 / 6.967	5,3
Pneumonie			99	1,1	65	0,9
kardiovaskuläre Komplikation(en)			170	1,9	122	1,8
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			4	0,0	4	0,1
Lungenembolie			11	0,1	7	0,1
Harnwegsinfekt			33	0,4	29	0,4
Sonstige			233	2,6	207	3,0
<b>Reintervention wegen Komplikation(en)</b>						
Anzahl der Patienten			258 / 9.077	2,8	174 / 6.967	2,5

\* Neue Datenfelder in 2004

## Entlassung

	Abteilung 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>						
1: Behandlung regulär beendet			8.596	94,7	6.616	95,0
2: Behandlung regulär beendet, nachstation. Behndl. vorgesehen			282	3,1	202	2,9
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			1	0,0	7	0,1
4: Behndl. gegen ärztl. Rat beendet			18	0,2	21	0,3
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			1	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			29	0,3	24	0,3
7: Tod			81	0,9	58	0,8
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV'95)			9	0,1	3	0,0
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			25	0,3	5	0,1
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			15	0,2	9	0,1
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: Interne Verlegung			12	0,1	16	0,2
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			1	0,0	2	0,0
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	1	0,0
15: Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	1	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntg und nachfolgende Rückverlegung			1	0,0	0	0,0
17: Interne Verl. mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV u. des KHEntg			3	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			1	0,0	1	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			2	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			21 / 81	25,9	22 / 58	37,9
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			4 / 81	4,9	10 / 58	17,2

### Verteilung der Entlassungsgründe

