

Jahresauswertung 2005 Cholezystektomie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 64
Auswertungsversion: 24. Mai 2006
Datensatzversion: 12/1 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 24. Mai 2006
Nr. Gesamt-3025
2005 - D4059-L29545-P17208

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus | Ergebnis Gesamt | Referenz- bereich | Ab- weichung ¹ | Seite |
|--|----------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|-------|
| QI 1: Indikation | | | 2,0% | <= 5,6% | 3,6% | 1.1 |
| QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase | | | 96,6% | = 100% | -3,4% | 1.3 |
| QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes | | | 98,1% | = 100% | -1,9% | 1.5 |
| QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen | | | | | | |
| mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation | | | 4,0% | <= 8,7% | 4,7% | 1.7 |
| Okklusion oder Durchtrennung des DHC | | | 0,1% | Sentinel Event | | 1.7 |
| QI 5: Postoperative Wundinfektion | | | | | | |
| bei allen Patienten | | | 1,9% | nicht definiert | | 1.12 |
| bei Patienten mit Risikoklasse 0 | | | 0,7% | <= 2% | 1,3% | 1.17 |
| QI 6: Allgemeine postoperative Komplikationen | | | | | | |
| bei allen Patienten | | | 4,4% | <= 10,1% | 5,7% | 1.20 |
| bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation | | | 2,9% | <= 7,9% | 5,0% | 1.20 |
| bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation | | | 15,1% | <= 30,0% | 14,9% | 1.20 |
| QI 7: Reinterventionsrate | | | 2,0% | <= 2% | 0,0% | 1.27 |
| QI 8: Letalität | | | | | | |
| Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3) | | | 0,4% | Sentinel Event | | 1.29 |

¹ Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: <= 5,6% (95%-Bundesperzentile)

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|---|------------------|---|-------------|----------------------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich Referenzbereich | | | 176 / 8.936 | 2,0% 1,69% - 2,28% <= 5,6% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich | | | 141 / 9.077 | 1,6% 1,31% - 1,83% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:

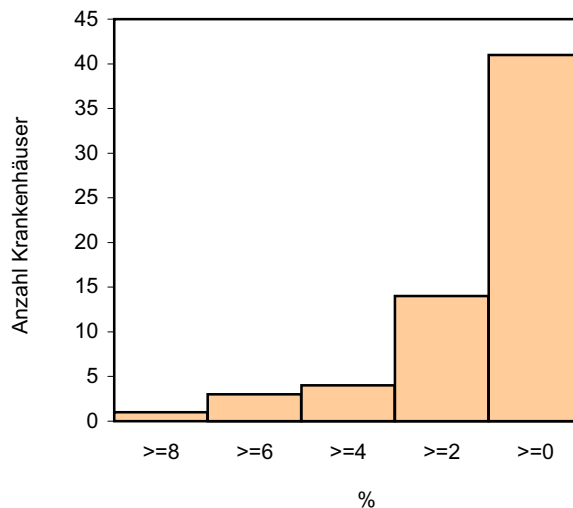
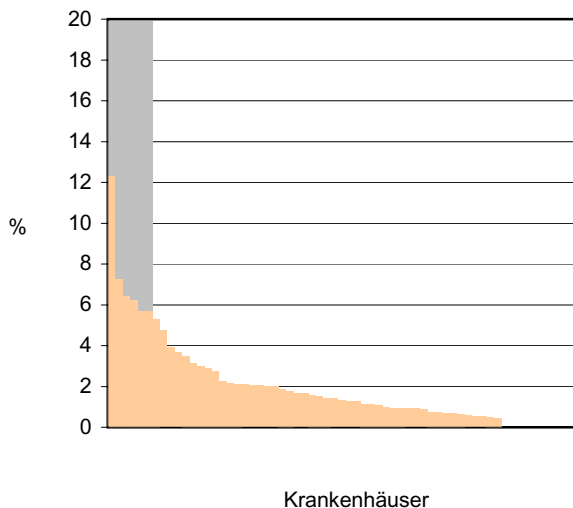
Anteil von Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallsteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,3%



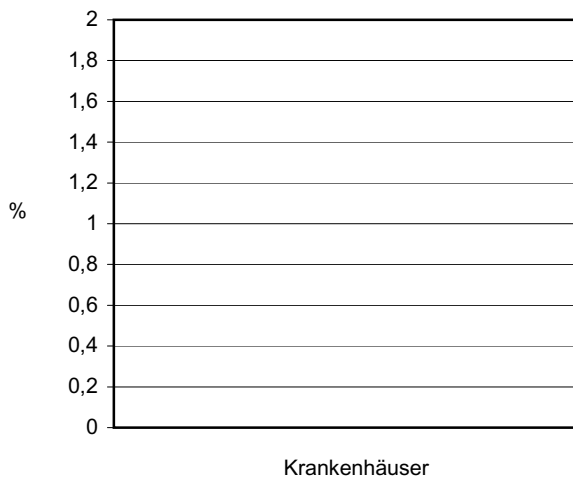
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Qualitätsziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase

Referenzbereich: = 100%

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|--|------------------|--------|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase | | | 686 / 710 | 96,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 95,01% - 97,83% |
| Referenzbereich | | = 100% | | = 100% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase | | | 679 / 710 | 95,6% |
| Vertrauensbereich | | | | 93,85% - 97,02% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

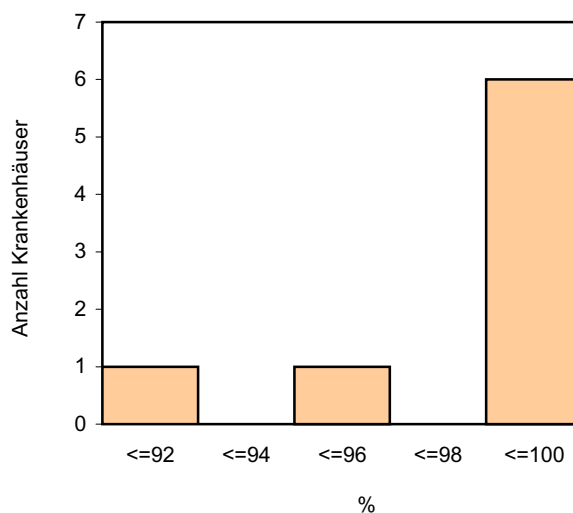
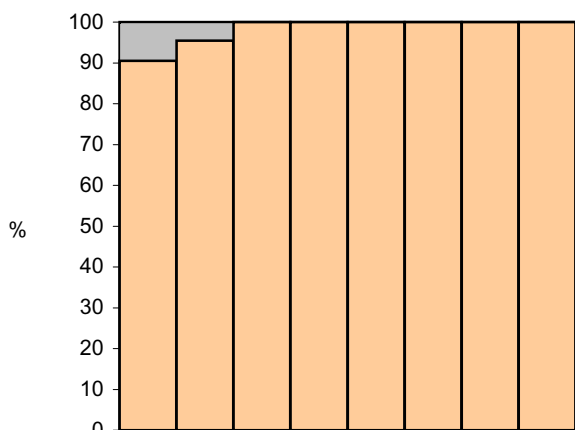
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



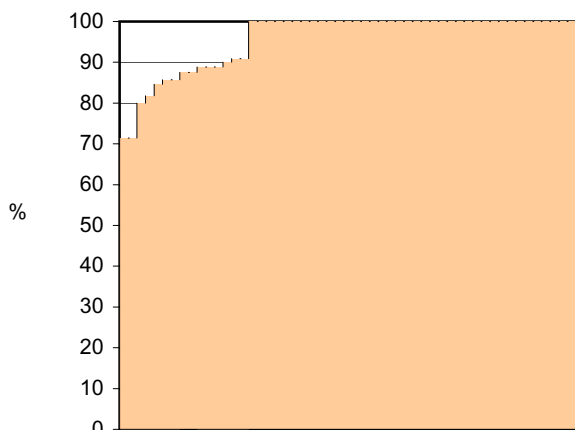
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 71,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



53 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Erhebung eines histologischen Befundes

Qualitätsziel: Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe zum histologischen Befund

Referenzbereich: = 100%

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | |
|---|------------------|--------|---------------|-----------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde | | | 8.519 / 8.684 | 98,1% |
| Vertrauensbereich | | | | 97,79% - 98,38% |
| Referenzbereich | | = 100% | | = 100% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 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% |

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:

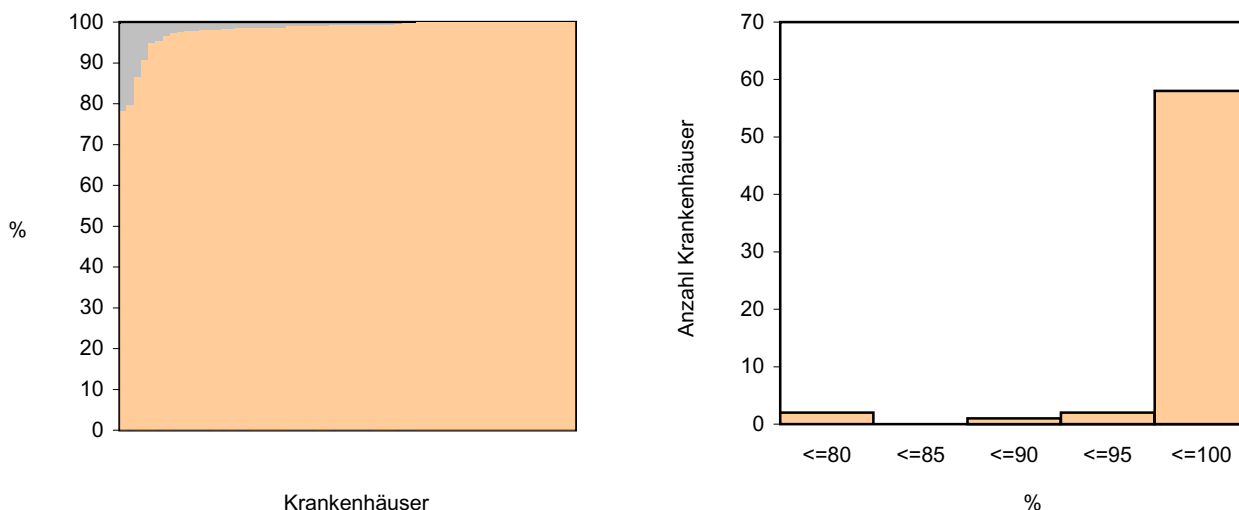
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten mit Angabe zum histologischen Befund

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 78,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,2%



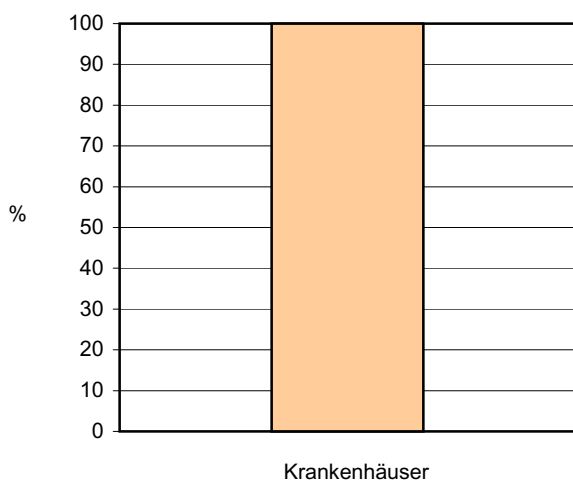
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%





1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 4: Eingriffsspezifische Komplikationen

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Qualitätsziel: | Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren | |
| 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 mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation <= 8,7% (95%-Bundesperzentile) |
| | Gruppe 1: | Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Sentinel Event ¹ |

| | Krankenhaus 2005 | | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ² | Gruppe 3 ² |
| Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige) Vertrauensbereich Referenzbereich |  ≤ 8,7% | | |
| Blutung | | | |
| Periphere Gallengangsverletzung | | | |
| Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich Referenzbereich |  Sentinel Event ¹ | | |
| Residualstein im Gallengang | | | |
| Sonstige | | | |

¹ Sentinel Event: jeder einzelne Fall soll einer genauen Analyse unterzogen werden

² 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).

| | Gesamt 2005 | | |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige) | 359 / 8.936 4,0% | 259 / 7.830 3,3% | 97 / 1.076 9,0% |
| Vertrauensbereich | 3,62% - 4,45% | | |
| Referenzbereich | <= 8,7% | | |
| Blutung | 114 / 8.936 1,3% | 89 / 7.830 1,1% | 24 / 1.076 2,2% |
| Periphere Gallengangsverletzung | 42 / 8.936 0,5% | 28 / 7.830 0,4% | 13 / 1.076 1,2% |
| Okklusion oder Durchtrennung des DHC | 12 / 8.936 0,1% | 11 / 7.830 0,1% | 1 / 1.076 0,1% |
| Vertrauensbereich | 0,07% - 0,24% | | |
| Referenzbereich | Sentinel Event | | |
| Residualstein im Gallengang | 49 / 8.936 0,5% | 33 / 7.830 0,4% | 14 / 1.076 1,3% |
| Sonstige | 173 / 8.936 1,9% | 120 / 7.830 1,5% | 51 / 1.076 4,7% |

¹ 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).

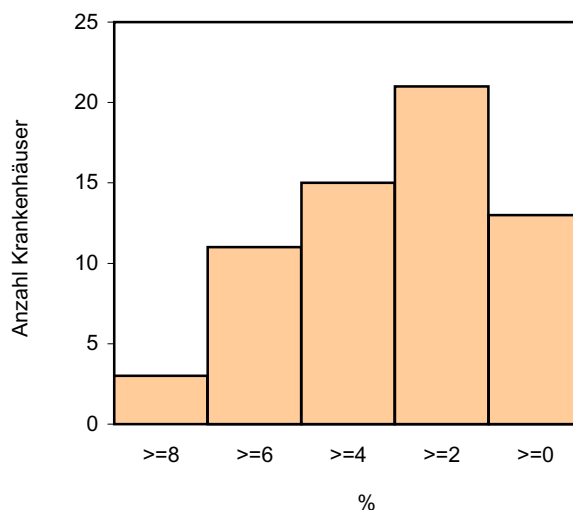
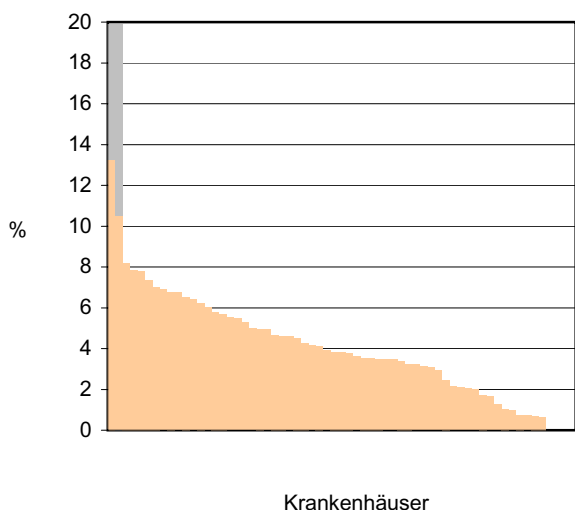
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige) Vertrauensbereich | | | |
| Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2004 | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige) Vertrauensbereich | 406 / 9.077 4,5% 4,06% - 4,92% | 278 / 7.738 3,6% | 123 / 1.298 9,5% |
| Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich | 10 / 9.077 0,1% 0,05% - 0,20% | 9 / 7.738 0,1% | 1 / 1.298 0,1% |

¹ 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).

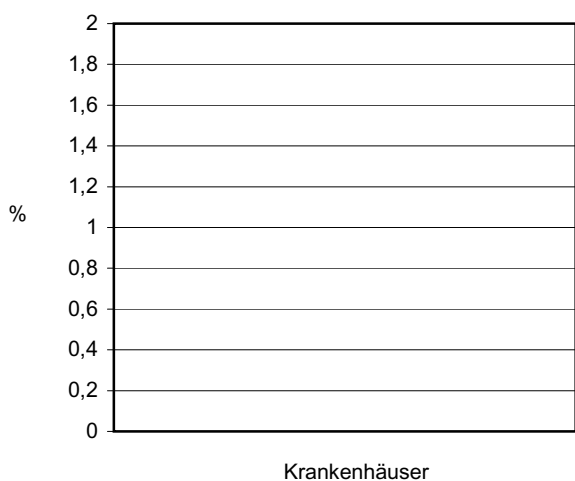
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,2%
 Median der Krankenhausergebnisse: 3,8%



63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b]:

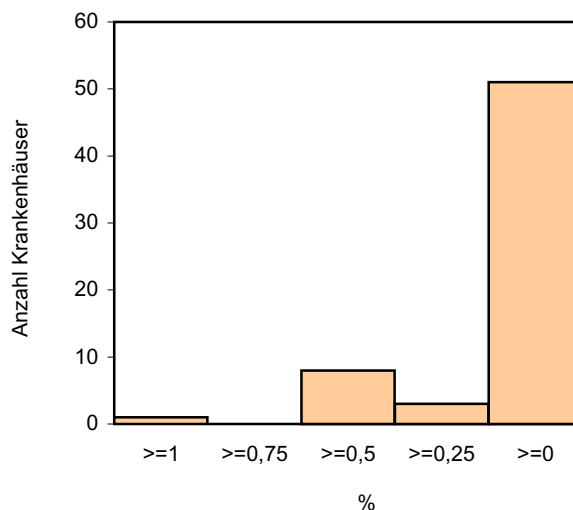
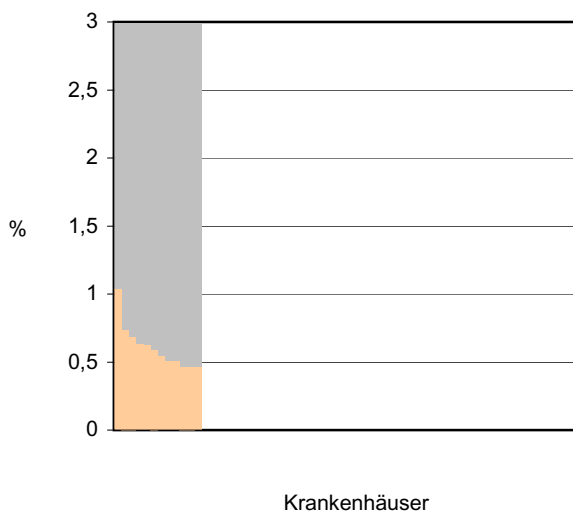
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



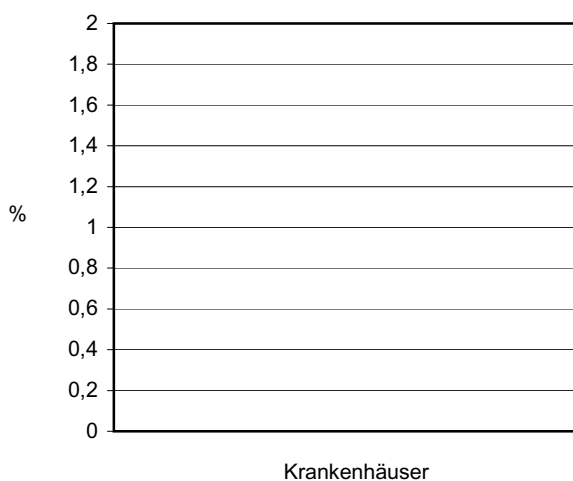
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.


Qualitätsindikator 5: 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: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

| | Krankenhaus 2005 | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion |  | | |
| Vertrauensbereich | nicht definiert | | |
| Referenzbereich | nicht definiert | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) | | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) | | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) | | | |

| | Gesamt 2005 | | |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion | 174 / 8.936 1,9% | 95 / 7.830 1,2% | 76 / 1.076 7,1% |
| Vertrauensbereich | 1,67% - 2,26% | | |
| Referenzbereich | nicht definiert | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) | 128 / 8.936 1,4% | 79 / 7.830 1,0% | 47 / 1.076 4,4% |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) | 27 / 8.936 0,3% | 10 / 7.830 0,1% | 16 / 1.076 1,5% |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) | 19 / 8.936 0,2% | 6 / 7.830 0,1% | 13 / 1.076 1,2% |

¹ 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).

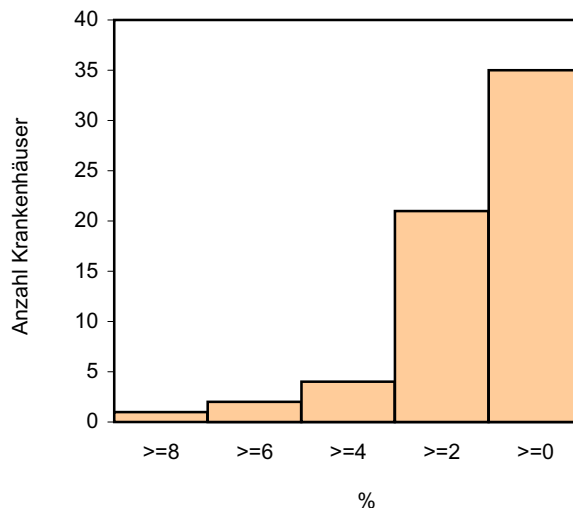
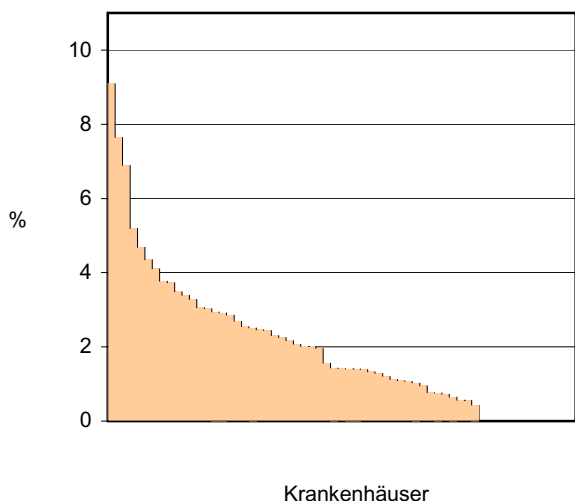
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | |
|--|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion | | | |
| Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2004 | | |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion | 170 / 9.077 1,9% | 73 / 7.738 0,9% | 93 / 1.298 7,2% |
| Vertrauensbereich | 1,60% - 2,17% | | |

¹ 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).

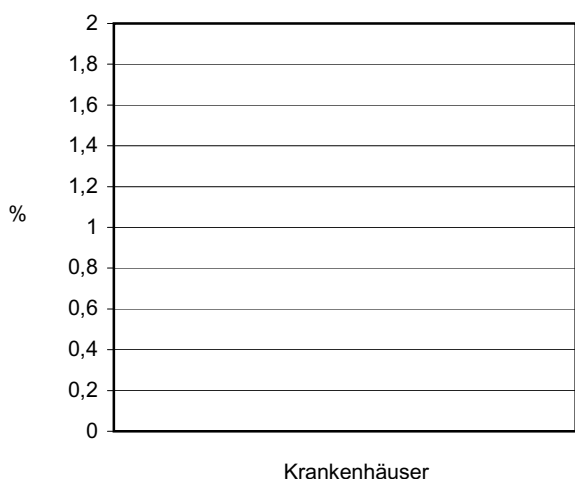
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

| Risikofaktor | Bedingung | Risikopunkt |
|----------------------------------|--|-------------|
| ASA | ASA \geq 3 | 1 |
| OP-Dauer | OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 80 min | 1 |
| Wundkontaminationsklassifikation | kontaminierter oder septischer Eingriff | 1 |

| Risikoklassen | |
|---------------|-------------------------------|
| 0 | Patienten mit 0 Risikopunkten |
| 1 | Patienten mit 1 Risikopunkt |
| 2 | Patienten mit 2 Risikopunkten |
| 3 | Patienten mit 3 Risikopunkten |

¹ 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
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

| | | |
|-------------------------|-----------|---|
| 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) |

| | Krankenhaus 2005 | | |
|----------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ² | Gruppe 3 ² |
| Risikoklasse 0 | | | |
| Risikoklasse 1 | | | |
| Risikoklasse 2 | | | |
| Risikoklasse 3 | | | |

| | Gesamt 2005 | | |
|----------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ² | Gruppe 3 ² |
| Risikoklasse 0 | 5.010 / 8.936 56,1% | 4.754 / 7.830 60,7% | 252 / 1.076 23,4% |
| Risikoklasse 1 | 2.919 / 8.936 32,7% | 2.438 / 7.830 31,1% | 471 / 1.076 43,8% |
| Risikoklasse 2 | 878 / 8.936 9,8% | 573 / 7.830 7,3% | 291 / 1.076 27,0% |
| Risikoklasse 3 | 129 / 8.936 1,4% | 65 / 7.830 0,8% | 62 / 1.076 5,8% |

¹ 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
 Am J Med 91:152 (1991)

² 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).


Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 0

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: <= 2%

| | Krankenhaus 2005 | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ² | Gruppe 3 ² |
| Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion |  | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | <= 2% | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) | | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) | | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) | | | |

¹ 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
 Am J Med 91:152 (1991)

² 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).

| | Gesamt 2005 | | |
|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion | 34 / 5.010 0,7% | 28 / 4.754 0,6% | 6 / 252 2,4% |
| Vertrauensbereich | 0,47% - 0,95% | | |
| Referenzbereich | <= 2% | | |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) | 33 / 5.010 0,7% | 28 / 4.754 0,6% | 5 / 252 2,0% |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) | 0 / 5.010 0,0% | 0 / 4.754 0,0% | 0 / 252 0,0% |
| Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) | 1 / 5.010 0,0% | 0 / 4.754 0,0% | 1 / 252 0,4% |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion | | | |
| Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2004 | | |
|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion | 37 / 5.038 0,7% | 24 / 4.701 0,5% | 13 / 334 3,9% |
| Vertrauensbereich | 0,52% - 1,01% | | |

¹ 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 Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

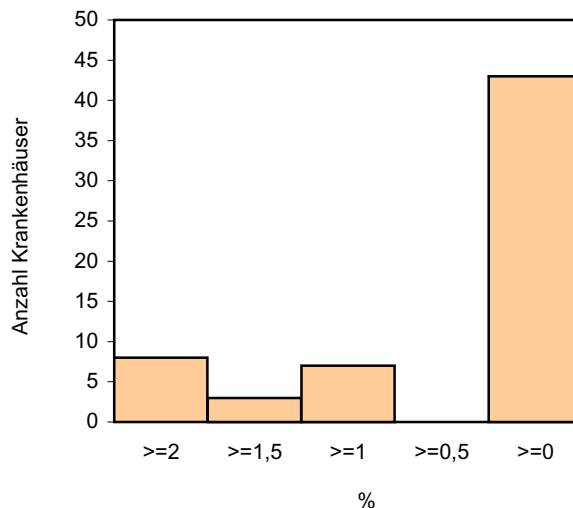
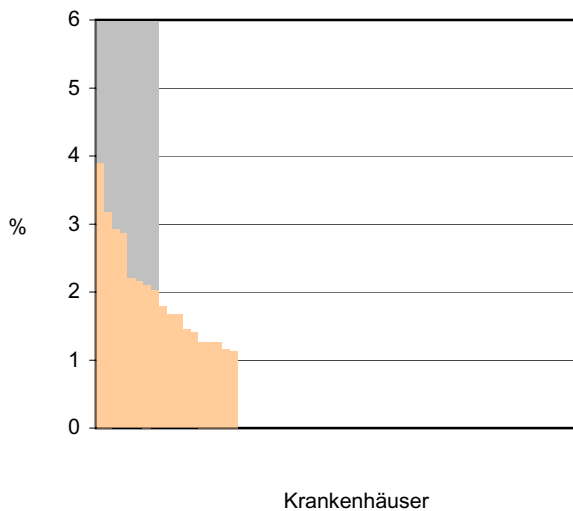
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten der Risikoklasse 0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



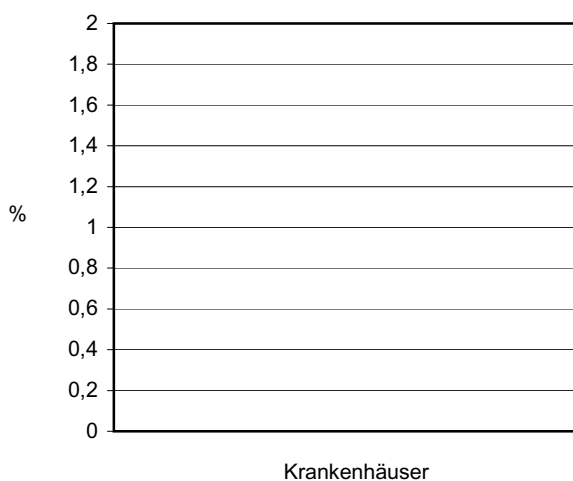
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 6: 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: <= 10,1% (95%-Bundesperzentile)
- Gruppe 2: <= 7,9% (95%-Bundesperzentile)
- Gruppe 3: <= 30,0% (95%-Bundesperzentile)

| | Krankenhaus 2005 | | |
|--|---|---|---|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation |  |  |  |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | <= 10,1% | <= 7,9% | <= 30,0% |
| Pneumonie | | | |
| Kardiovaskuläre Komplikationen | | | |
| Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose | | | |
| Lungenembolie | | | |
| Harnwegsinfekt | | | |
| Sonstige | | | |

¹ 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).

| | Gesamt 2005 | | |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation | 393 / 8.936 4,4% | 226 / 7.830 2,9% | 163 / 1.076 15,1% |
| Vertrauensbereich | 3,98% - 4,84% | 2,53% - 3,28% | 13,06% - 17,43% |
| Referenzbereich | <= 10,1% | <= 7,9% | <= 30,0% |
| Pneumonie | 76 / 8.936 0,9% | 33 / 7.830 0,4% | 42 / 1.076 3,9% |
| Kardiovaskuläre Komplikationen | 139 / 8.936 1,6% | 68 / 7.830 0,9% | 68 / 1.076 6,3% |
| Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose | 8 / 8.936 0,1% | 2 / 7.830 0,0% | 6 / 1.076 0,6% |
| Lungenembolie | 7 / 8.936 0,1% | 1 / 7.830 0,0% | 5 / 1.076 0,5% |
| Harnwegsinfekt | 45 / 8.936 0,5% | 18 / 7.830 0,2% | 27 / 1.076 2,5% |
| Sonstige | 243 / 8.936 2,7% | 138 / 7.830 1,8% | 101 / 1.076 9,4% |

| Vorjahresdaten ² | Krankenhaus 2004 | | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation | | | |
| Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten ² | Gesamt 2004 | | |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation | 440 / 9.077 4,8% | 233 / 7.738 3,0% | 203 / 1.298 15,6% |
| Vertrauensbereich | 4,41% - 5,31% | 2,64% - 3,42% | 13,70% - 17,73% |

¹ 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).

² Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2005 berechnet und weichen deshalb von der Jahresauswertung 2004 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:

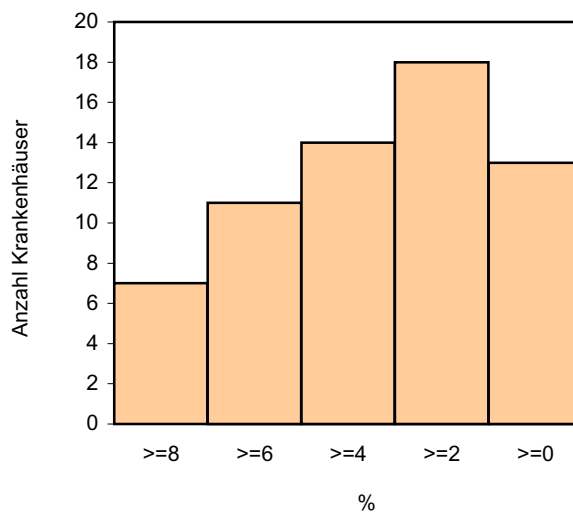
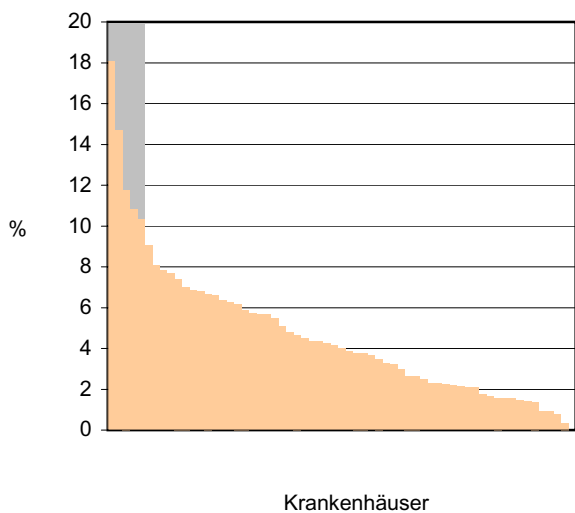
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 18,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,0%



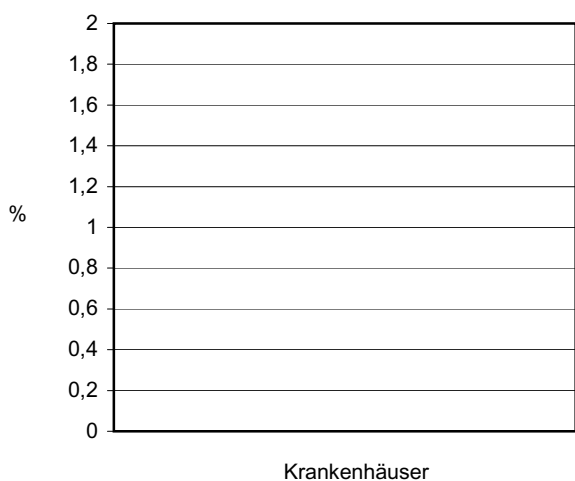
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:

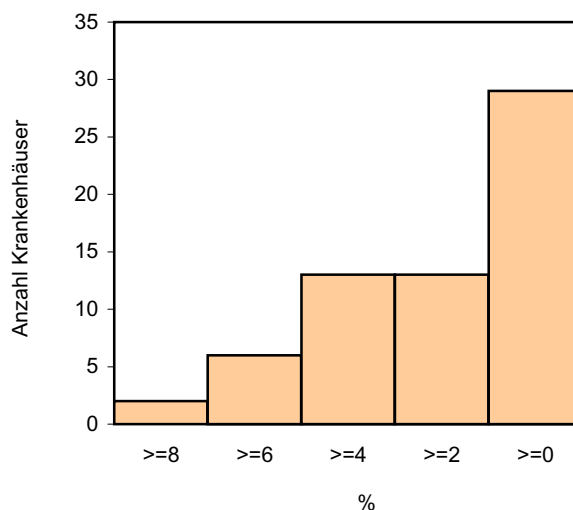
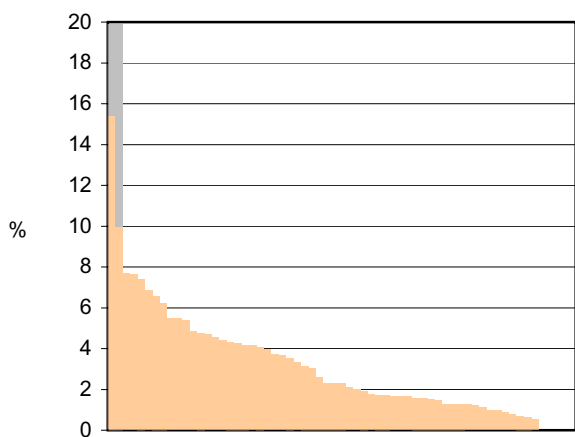
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,3%



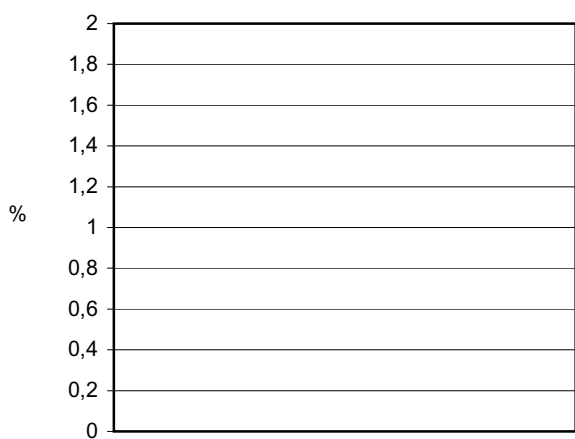
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

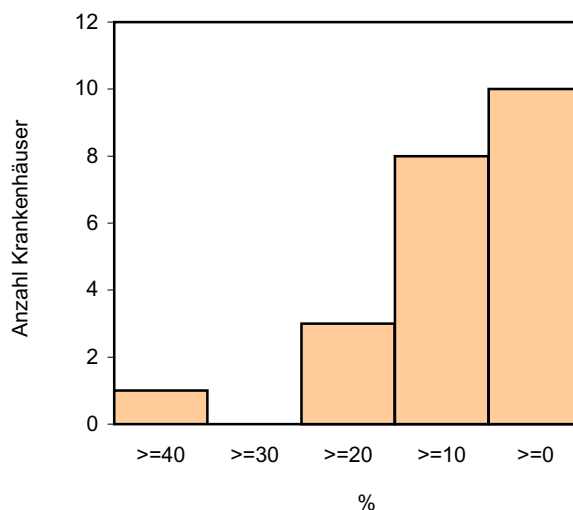
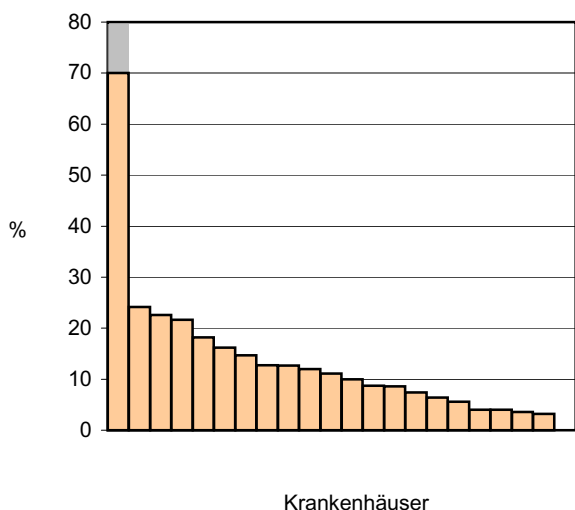


1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

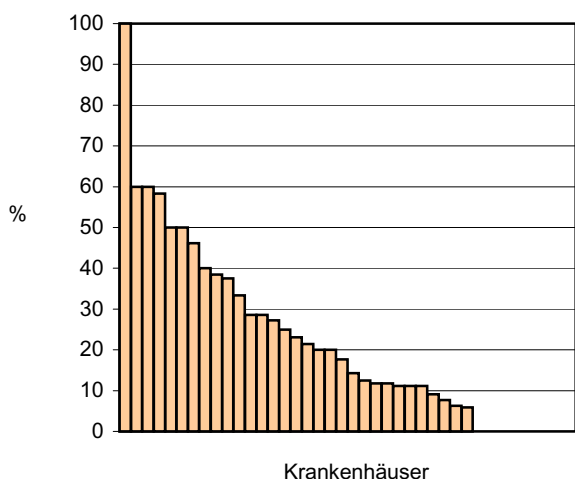
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation
 an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation**
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 70,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 10,6%



22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 16,0%



40 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Allgemeine postoperative Komplikationen risikostratifiziert nach ASA

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

| | Krankenhaus 2005 | |
|--|------------------|----------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation | | |
| Pneumonie | | |
| Kardiovaskuläre Komplikationen | | |
| Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose | | |
| Lungenembolie | | |
| Harnwegsinfekt | | |
| Sonstige | | |

| | Gesamt 2005 | |
|--|---------------------|----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation | 138 / 6.869 2,0% | 255 / 2.067 12,3% |
| Pneumonie | 26 / 6.869 0,4% | 50 / 2.067 2,4% |
| Kardiovaskuläre Komplikationen | 26 / 6.869 0,4% | 113 / 2.067 5,5% |
| Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose | 0 / 6.869 0,0% | 8 / 2.067 0,4% |
| Lungenembolie | 1 / 6.869 0,0% | 6 / 2.067 0,3% |
| Harnwegsinfekt | 9 / 6.869 0,1% | 36 / 2.067 1,7% |
| Sonstige | 86 / 6.869 1,3% | 157 / 2.067 7,6% |

Qualitätsindikator 7: 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%

| | Krankenhaus 2005 | | |
|---|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich | | | |
| | | <= 2% | |

| | Gesamt 2005 | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich | 233 / 8.936 2,6% | 159 / 7.830 2,0% 1,73% - 2,37% | 71 / 1.076 6,6% |
| | | <= 2% | |

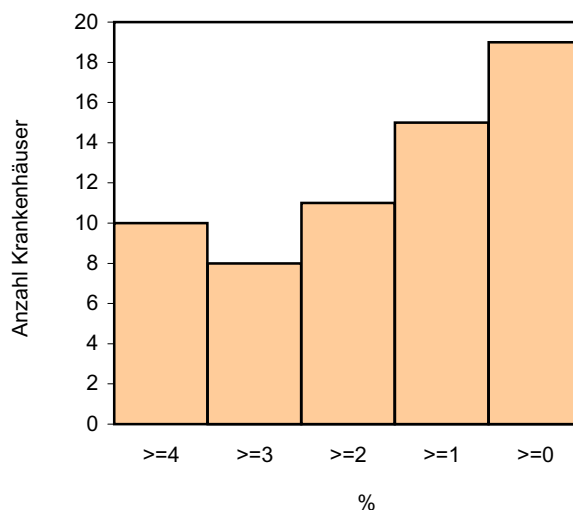
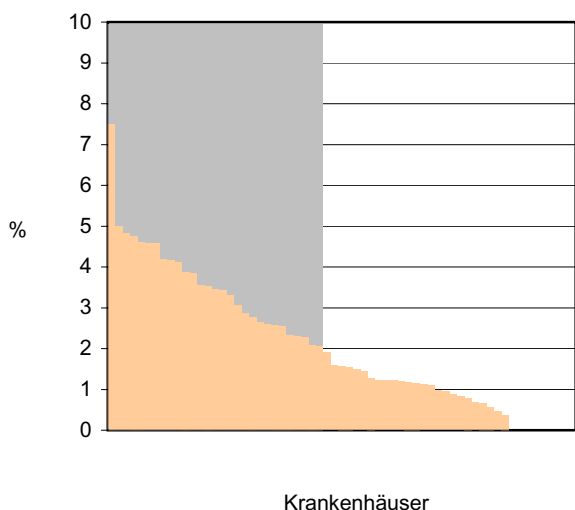
| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | |
|--|------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich | | | |

| Vorjahresdaten | Gesamt 2004 | | |
|--|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 ¹ | Gruppe 3 ¹ |
| Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich | 258 / 9.077 2,8% | 149 / 7.738 1,9% 1,63% - 2,26% | 105 / 1.298 8,1% |

¹ 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).

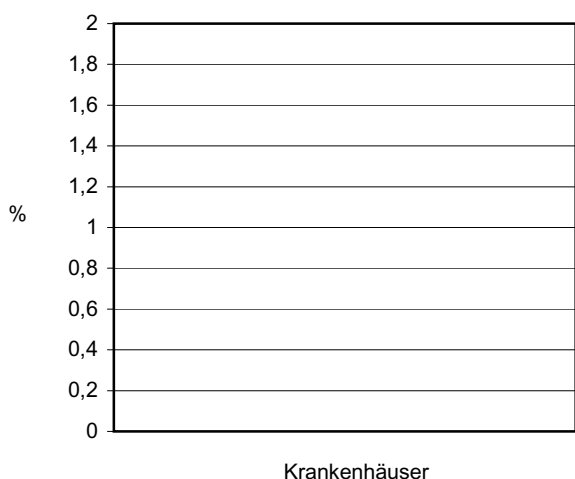
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:
 Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen
 an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation.**
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,5%
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%



63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Qualitätsindikator 8: 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 Event¹

| | Krankenhaus 2005 | | |
|-----------------------|------------------|----------------|----------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Verstorbene Patienten | | | |
| Vertrauensbereich | | | |
| Referenzbereich | | Sentinel Event | |

| | Gesamt 2005 | | |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Verstorbene Patienten | 65 / 8.936 0,7% | 35 / 8.797 0,4% | 30 / 139 21,6% |
| Vertrauensbereich | | 0,28% - 0,55% | |
| Referenzbereich | | Sentinel Event ¹ | |

| Vorjahresdaten | Krankenhaus 2004 | | |
|-----------------------|------------------|----------|----------|
| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
| Verstorbene Patienten | | | |
| Vertrauensbereich | | | |

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

¹ Sentinel Event: jeder einzelne Fall soll einer genauen Analyse unterzogen werden

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8]:

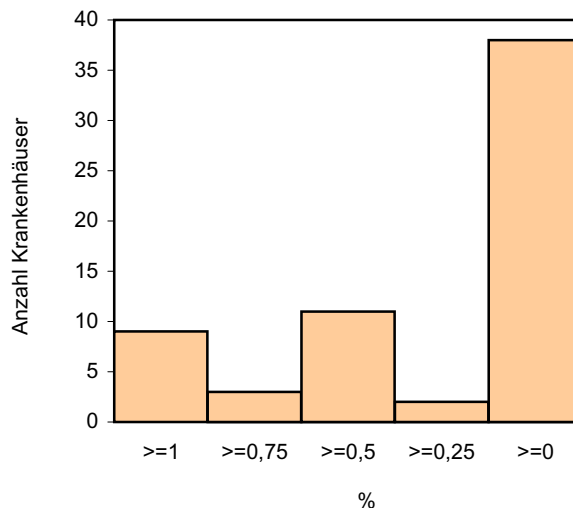
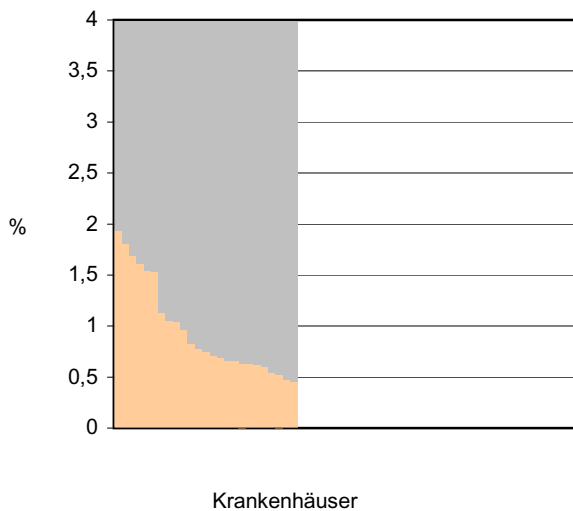
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



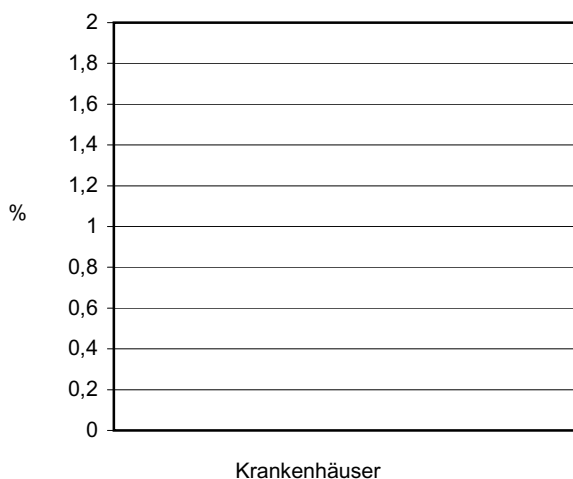
63 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsziel: Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation¹
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
 Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation¹
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

| | Krankenhaus 2005 | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Gruppe 1 ¹ | Gruppe 2 ¹ |
| Verstorbene Patienten | | |
| | Gesamt 2005 | |
| | Gruppe 1 ¹ | Gruppe 2 ¹ |
| Verstorbene Patienten | 16 / 7.830 0,2% | 46 / 1.076 4,3% |

¹ 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 2005
Cholezystektomie**

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 64
Auswertungsversion: 24. Mai 2006
Datensatzversion: 12/1 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 24. Mai 2006
Nr. Gesamt-3025
2005 - D4059-L29545-P17208

Basisdaten

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ | Anzahl | % ¹ |
| Anzahl importierter Datensätze | | | | | | |
| 1. Quartal | | | 2.415 | 27,0 | 2.453 | 27,0 |
| 2. Quartal | | | 2.455 | 27,5 | 2.313 | 25,5 |
| 3. Quartal | | | 1.904 | 21,3 | 1.982 | 21,8 |
| 4. Quartal | | | 2.162 | 24,2 | 2.329 | 25,7 |
| Gesamt | | | 8.936 | | 9.077 | |

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

Behandlungszeiten

| | Krankenhaus 2005 | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | Anzahl | | Anzahl | |
| Präoperative Verweildauer (Tage)¹ | | | | | |
| Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültiger Angabe | | 6.868 | | 6.895 | |
| Median | | | 1,0 | | 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 | | 6.364 | | 6.286 | |
| Median | | | 1,0 | | 1,0 |
| Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02) | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültiger Angabe | | 491 | | 591 | |
| Median | | | 1,0 | | 1,0 |
| Postoperative Verweildauer (Tage)¹ | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültiger Angabe | | 8.936 | | 9.077 | |
| Median | | | 5,0 | | 5,0 |
| Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)¹ | | | | | |
| Anzahl Patienten mit gültiger Angabe | | 8.935 | | 9.072 | |
| Median | | | 6,0 | | 6,0 |

¹ Durch die Verwendung des Median als Maß der zentralen Tendenz und unterschiedliche Grundgesamtheiten ist die stationäre Verweildauer nicht die Summe aus präoperativer und postoperativer Verweildauer.

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2005

| | | |
|---|--------|---|
| 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-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| 8 | K66.0 | Peritoneale Adhäsionen |

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2005 | | | Gesamt 2005 | | | Gesamt 2004 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | ICD | Anzahl | % ¹ | ICD | Anzahl | % ¹ | ICD | Anzahl | % ¹ |
| 1 | | | | K80.10 | 3.629 | 40,6 | K80.10 | 3.639 | 40,1 |
| 2 | | | | K80.20 | 2.396 | 26,8 | K80.20 | 2.474 | 27,3 |
| 3 | | | | K80.00 | 1.865 | 20,9 | K80.00 | 1.798 | 19,8 |
| 4 | | | | I10.00 | 1.007 | 11,3 | I10.00 | 880 | 9,7 |
| 5 | | | | I10.90 | 609 | 6,8 | I10.90 | 498 | 5,5 |
| 6 | | | | E66.0 | 507 | 5,7 | E66.0 | 465 | 5,1 |
| 7 | | | | E11.90 | 434 | 4,9 | E11.90 | 384 | 4,2 |
| 8 | | | | K66.0 | 326 | 3,6 | K81.0 | 251 | 2,8 |

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OP-Technik

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|---------------|-------|---------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Patienten | | | 8.936 | 100,0 | 9.077 | 100,0 |
| Patienten mit gültigen OPS-Angaben | | | 8.936 | 100,0 | 9.077 | 100,0 |
| davon | | | | | | |
| offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02) | | | 1.076 / 8.936 | 12,0 | 1.298 / 9.077 | 14,3 |
| laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22) | | | 7.830 / 8.936 | 87,6 | 7.738 / 9.077 | 85,2 |
| umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22) | | | 582 / 8.936 | 6,5 | 629 / 9.077 | 6,9 |
| 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) | | | 30 / 8.936 | 0,3 | 41 / 9.077 | 0,5 |

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2005

| | | |
|---|----------|--|
| 1 | 5-511.11 | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge |
| 2 | 5-511.01 | Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge |
| 3 | 5-511.21 | Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge |
| 4 | 5-511.02 | Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge |
| 5 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch |

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

| | Krankenhaus 2005 | | | Gesamt 2005 | | | Gesamt 2004 | | |
|---|------------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|-------------|--------|----------------|
| | OPS | Anzahl | % ² | OPS | Anzahl | % ² | OPS | Anzahl | % ² |
| 1 | | | | 5-511.11 | 7.229 | 80,9 | 5-511.11 | 7.091 | 78,1 |
| 2 | | | | 5-511.01 | 827 | 9,3 | 5-511.01 | 1.045 | 11,5 |
| 3 | | | | 5-511.21 | 500 | 5,6 | 5-511.21 | 552 | 6,1 |
| 4 | | | | 5-511.02 | 252 | 2,8 | 5-511.02 | 255 | 2,8 |
| 5 | | | | 5-469.21 | 215 | 2,4 | 5-469.21 | 121 | 1,3 |

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Altersverteilung (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 8.933 / 8.936 | | 9.074 / 9.077 | |
| < 20 Jahre | | | 90 / 8.933 | 1,0 | 101 / 9.074 | 1,1 |
| 20 - 39 Jahre | | | 1.118 / 8.933 | 12,5 | 1.113 / 9.074 | 12,3 |
| 40 - 59 Jahre | | | 2.896 / 8.933 | 32,4 | 2.930 / 9.074 | 32,3 |
| 60 - 79 Jahre | | | 4.130 / 8.933 | 46,2 | 4.219 / 9.074 | 46,5 |
| >= 80 Jahre | | | 699 / 8.933 | 7,8 | 711 / 9.074 | 7,8 |
| Alter (Jahre) | | | | | | |
| Alle Patienten mit gültiger Altersangabe | | | 8.933 | | 9.074 | |
| Median | | | | 62,0 | | 61,0 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | | | 2.914 | 32,6 | 2.868 | 31,6 |
| weiblich | | | 6.022 | 67,4 | 6.209 | 68,4 |
| Einstufung nach ASA-Klassifikation | | | | | | |
| 1: normaler, ansonsten gesunder Patient | | | 1.921 | 21,5 | 2.057 | 22,7 |
| 2: mit leichter Allgemeinerkrankung | | | 4.948 | 55,4 | 4.840 | 53,3 |
| 3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung | | | 1.928 | 21,6 | 2.046 | 22,5 |
| 4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung | | | 129 | 1,4 | 125 | 1,4 |
| 5: moribunder Patient | | | 10 | 0,1 | 9 | 0,1 |

Anamnese

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---------------------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Koliken | | | 5.867 | 65,7 | 6.059 | 66,8 |
| Schmerzen im rechten Oberbauch | | | 8.332 | 93,2 | 8.303 | 91,5 |
| Cholestase | | | 1.073 | 12,0 | 1.097 | 12,1 |

Diagnostik

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|---------------|------|---------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Sicherer Gallensteinnachweis | | | | | | |
| Nachweis lag vor | | | 8.564 / 8.936 | 95,8 | 8.723 / 9.077 | 96,1 |
| wenn ja, Abklärung durch: | | | | | | |
| Röntgen | | | 272 / 8.564 | 3,2 | 475 / 8.723 | 5,4 |
| Sonographie | | | 8.467 / 8.564 | 98,9 | 8.634 / 8.723 | 99,0 |
| MRCP | | | 272 / 8.564 | 3,2 | 314 / 8.723 | 3,6 |
| CT | | | 407 / 8.564 | 4,8 | 452 / 8.723 | 5,2 |
| ERCP | | | 784 / 8.564 | 9,2 | 759 / 8.723 | 8,7 |
| Vorgehensweise: | | | | | | |
| Steinextraktion | | | 527 / 8.564 | 6,2 | 498 / 8.723 | 5,7 |
| Sonstige | | | 167 / 8.564 | 2,0 | 149 / 8.723 | 1,7 |
| Kein sicherer Gallensteinnachweis | | | 372 / 8.936 | 4,2 | 354 / 9.077 | 3,9 |
| Akute Entzündungszeichen | | | | | | |
| Nachweis lag vor | | | 2.308 / 8.936 | 25,8 | 2.431 / 9.077 | 26,8 |
| wenn ja, Nachweis durch | | | | | | |
| Klinischen Befund | | | 2.119 / 2.308 | 91,8 | 2.259 / 2.431 | 92,9 |
| Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm ³) | | | 1.559 / 2.308 | 67,5 | 1.666 / 2.431 | 68,5 |
| Temperaturerhöhung (> 38° C rektal) | | | 474 / 2.308 | 20,5 | 617 / 2.431 | 25,4 |
| Sonographie | | | 1.678 / 2.308 | 72,7 | 1.817 / 2.431 | 74,7 |
| Keine akuten Entzündungszeichen | | | 6.628 / 8.936 | 74,2 | 6.646 / 9.077 | 73,2 |
| Extrahepatische Cholestase | | | | | | |
| Nachweis lag vor | | | 710 / 8.936 | 7,9 | 710 / 9.077 | 7,8 |
| wenn ja, Abklärung durch: | | | 686 / 710 | 96,6 | 679 / 710 | 95,6 |
| Röntgen | | | 30 / 686 | 4,4 | 42 / 679 | 6,2 |
| Sonographie | | | 374 / 686 | 54,5 | 425 / 679 | 62,6 |
| ERCP | | | 491 / 686 | 71,6 | 442 / 679 | 65,1 |
| MRCP | | | 83 / 686 | 12,1 | 83 / 679 | 12,2 |
| CT | | | 102 / 686 | 14,9 | 103 / 679 | 15,2 |
| Sonstige | | | 29 / 686 | 4,2 | 29 / 679 | 4,3 |
| Keine Abklärung erfolgt | | | 24 / 710 | 3,4 | 31 / 710 | 4,4 |
| Keine extrahepatische Cholestase | | | 8.226 / 8.936 | 92,1 | 8.367 / 9.077 | 92,2 |

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden | | | 167 / 8.936 | 1,9 | 178 / 9.077 | 2,0 |

Operation

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten | | | 8.878 | 99,4 | 9.010 | 99,3 |
| Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC) | | | | | | |
| aseptische Eingriffe | | | 4.132 | 46,2 | 4.699 | 51,8 |
| bedingt aseptische Eingriffe | | | 4.194 | 46,9 | 3.704 | 40,8 |
| kontaminierte Eingriffe | | | 506 | 5,7 | 571 | 6,3 |
| septische Eingriffe | | | 104 | 1,2 | 103 | 1,1 |
| Intraoperative Gallenganguntersuchung Anzahl der Patienten | | | 960 | 10,7 | 1.059 | 11,7 |
| Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate) Patienten mit Bluttransfusion | | | 149 / 8.936 | 1,7 | 209 / 9.077 | 2,3 |
| Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median | | | 8.936 | 61,0 | 9.077 | 60,0 |

Intraoperativer Befund

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---------------------------|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Auffälliger Befund | | | | | | |
| Gallenblasenstein(e) | | | 8.484 | 94,9 | 8.673 | 95,5 |
| Gallengangstein(e) | | | 271 | 3,0 | 274 | 3,0 |
| davon | | | | | | |
| operativ in gleicher | | | | | | |
| Sitzung entfernt | | | 243 / 271 | 89,7 | 224 / 274 | 81,8 |
| belassen | | | 28 / 271 | 10,3 | 50 / 274 | 18,2 |
| Hydrops | | | 1.168 | 13,1 | 1.246 | 13,7 |
| akute Entzündung | | | 2.429 | 27,2 | 2.499 | 27,5 |
| Empyem | | | 686 | 7,7 | 738 | 8,1 |
| Gallenblasenperforation | | | 255 | 2,9 | 337 | 3,7 |
| Schrumpfgallenblase | | | 472 | 5,3 | 409 | 4,5 |
| Sonstiges | | | 2.719 | 30,4 | 2.657 | 29,3 |

Histologischer Befund

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Histologischer Befund | | | | | | |
| Patienten mit Angabe zum histologischen Befund | | | 8.684 | 97,2 | 8.018 | 88,3 |
| Befund erhoben: ja | | | 8.519 | 95,3 | 7.811 | 86,1 |
| Befund erhoben: nein | | | 165 | 1,8 | 207 | 2,3 |
| Patienten ohne Angabe zum histologischen Befund | | | 252 | 2,8 | 1.059 | 11,7 |

Verlauf

| | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|--|------------------|---|-------------|-----|-------------|-----|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation | | | 359 / 8.936 | 4,0 | 406 / 9.077 | 4,5 |
| davon | | | | | | |
| Blutung | | | 114 | 1,3 | 136 | 1,5 |
| periphere Gallengangsverletzung | | | 42 | 0,5 | 40 | 0,4 |
| Okklusion oder Durch- trennung des DHC | | | 12 | 0,1 | 10 | 0,1 |
| Residualstein im Gallengang | | | 49 | 0,5 | 65 | 0,7 |
| Sonstige | | | 173 | 1,9 | 186 | 2,0 |
| Postoperative Wundinfektion | | | | | | |
| (nach Definition der CDC) | | | | | | |
| Anzahl Patienten | | | 174 / 8.936 | 1,9 | 170 / 9.077 | 1,9 |
| davon | | | | | | |
| A1 (oberflächliche Infektion) | | | 128 | 1,4 | 113 | 1,2 |
| A2 (tiefe Infektion) | | | 27 | 0,3 | 38 | 0,4 |
| A3 (Räume/Organe) | | | 19 | 0,2 | 19 | 0,2 |
| Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen | | | | | | |
| Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation | | | 393 / 8.936 | 4,4 | 440 / 9.077 | 4,8 |
| Pneumonie | | | 76 | 0,9 | 99 | 1,1 |
| kardiovaskuläre Komplikation(en) | | | 139 | 1,6 | 170 | 1,9 |
| tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose | | | 8 | 0,1 | 4 | 0,0 |
| Lungenembolie | | | 7 | 0,1 | 11 | 0,1 |
| Harnwegsinfekt | | | 45 | 0,5 | 33 | 0,4 |
| Sonstige | | | 243 | 2,7 | 233 | 2,6 |
| Reintervention wegen Komplikation(en) | | | | | | |
| Anzahl der Patienten | | | 233 / 8.936 | 2,6 | 258 / 9.077 | 2,8 |

Entlassung

| Entlassungsgrund ¹ | Krankenhaus 2005 | | Gesamt 2005 | | Gesamt 2004 | |
|---|------------------|---|-------------|------|-------------|------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| 01: regulär beendet | | | 8.423 | 94,3 | 8.596 | 94,7 |
| 02: nachstationäre Behandlung vorgesehen | | | 322 | 3,6 | 282 | 3,1 |
| 03: aus sonstigen Gründen | | | 3 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 04: gegen ärztlichen Rat | | | 21 | 0,2 | 18 | 0,2 |
| 05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers | | | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 06: Verlegung | | | 31 | 0,3 | 29 | 0,3 |
| 07: Tod | | | 65 | 0,7 | 81 | 0,9 |
| 08: Verlegung nach §14 | | | 3 | 0,0 | 9 | 0,1 |
| 09: in Rehabilitationseinrichtung | | | 23 | 0,3 | 25 | 0,3 |
| 10: in Pflegeeinrichtung | | | 27 | 0,3 | 15 | 0,2 |
| 11: in Hospiz | | | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 12: interne Verlegung | | | 7 | 0,1 | 12 | 0,1 |
| 13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung | | | 2 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15: gegen ärztlichen Rat | | | 1 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 16: externe Verlegung | | | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG) | | | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 |
| 18: Rückverlegung | | | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 |
| 19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung | | | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation | | | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 21: Wiederaufnahme | | | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 |
| Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten) | | | 27 / 65 | 41,5 | 21 / 81 | 25,9 |
| Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten) | | | 9 / 65 | 13,8 | 4 / 81 | 4,9 |

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt- bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG- Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | |

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der 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: | 8,2 - 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 auf der Basis des Landesdatenpools 2005.

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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw.

"Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen,

dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Jahresauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

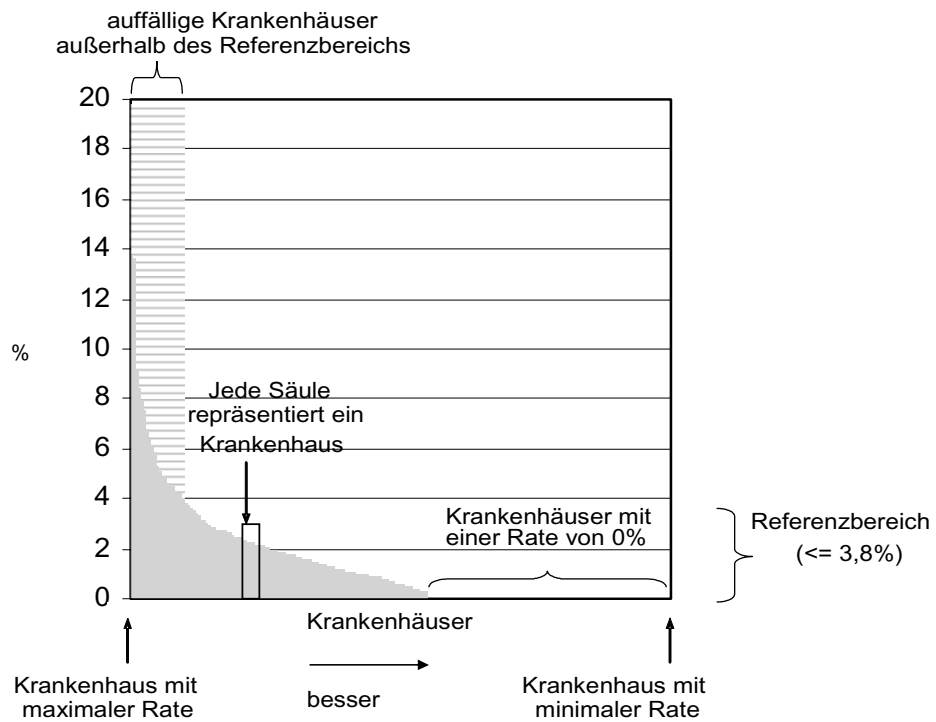
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

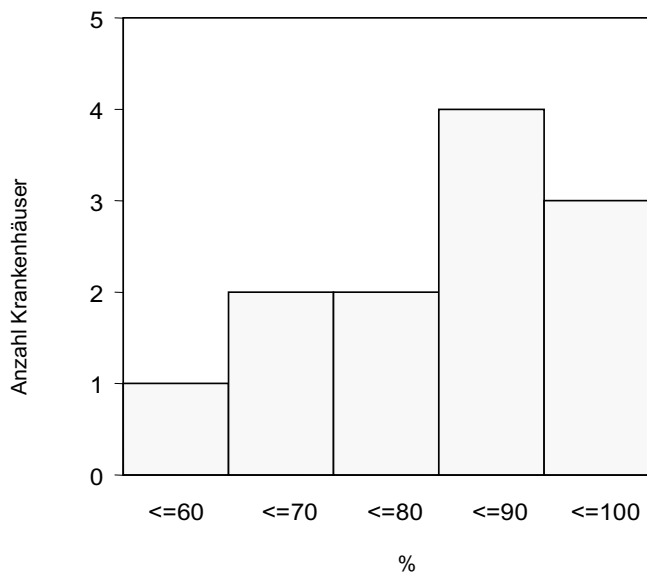
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

| Klasse | $\leq 60\%$ | $60\% - 70\%$ | $70\% - 80\%$ | $80\% - 90\%$ | $90\% - 100\%$ |
|---|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse | 1 | 2 | 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 einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den 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 Krankhausergebnisse

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

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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