

Jahresauswertung 2006 Cholezystektomie

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.681
Auswertungsversion: 09. Mai 2007
Datensatzversion: 12/1 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3515
2006 - D5108-L38685-P20038

Jahresauswertung 2006 Cholezystektomie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.681
Auswertungsversion: 09. Mai 2007
Datensatzversion: 12/1 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3515
2006 - D5108-L38685-P20038

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			1,4%	<= 5%	3,6%	1.1
QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase			97,0%	= 100%	-3,0%	1.3
QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes			99,3%	= 100%	-0,7%	1.5
QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen						
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			0,3%	Sentinel Event		1.7
mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation			3,2%	<= 7,0%	3,8%	1.7
QI 5: Postoperative Wundinfektion						
bei allen Patienten			2,1%	nicht definiert		1.12
bei Patienten mit Risikoklasse 0			0,8%	<= 2%	1,2%	1.17
QI 6: Allgemeine postoperative Komplikationen						
bei allen Patienten			4,7%	<= 8,9%	4,2%	1.20
bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation			3,3%	<= 7,1%	3,8%	1.20
bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation			16,1%	<= 29,2%	13,0%	1.20
QI 7: Reinterventionsrate			1,3%	<= 1,5%	0,2%	1.27
QI 8: Letalität						
Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3)			0,4%	Sentinel Event		1.30

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

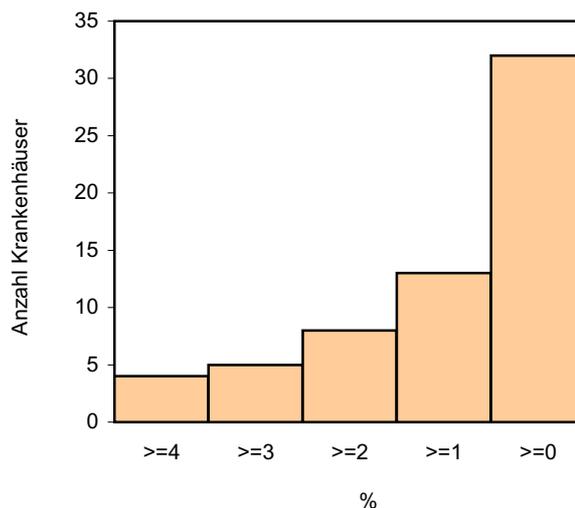
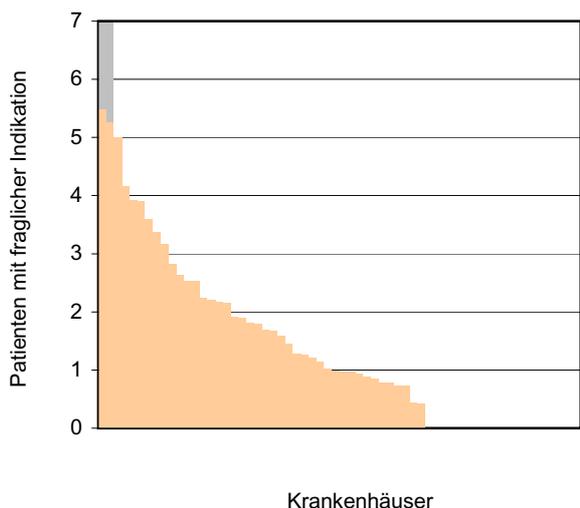
Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/12n1-CHOL/48332
Referenzbereich: <= 5%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich Referenzbereich			122 / 8.681	1,4% 1,17% - 1,68% <= 5%

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

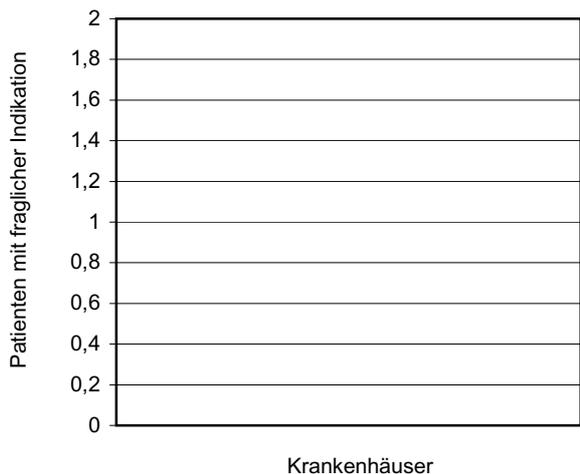
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/48332]:
Anteil von Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallsteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



62 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

Kennzahl-ID: 2006/12n1-CHOL/44783

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase Vertrauensbereich Referenzbereich			590 / 608	97,0% 95,35% - 98,24% = 100%

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

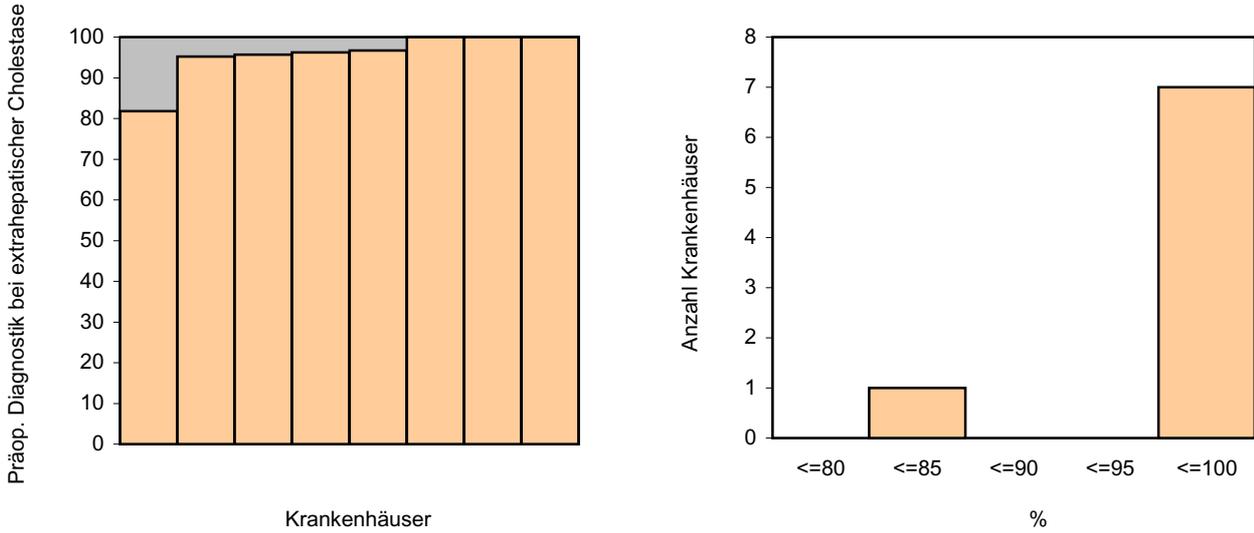
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44783]:
 Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase
 an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase**

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 81,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,4%



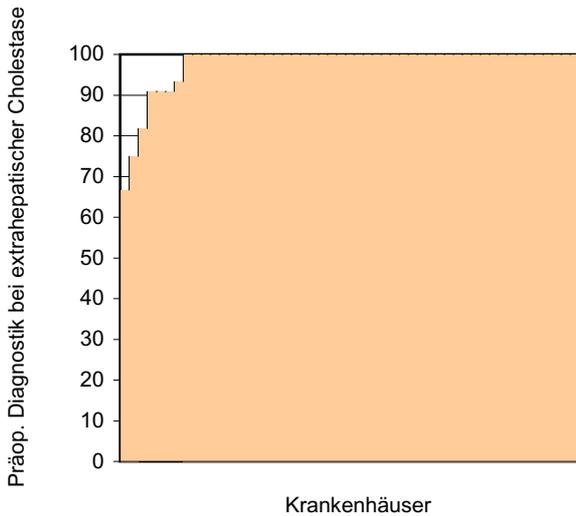
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



51 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

Kennzahl-ID: 2006/12n1-CHOL/44800

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			8.619 / 8.681	99,3%
Vertrauensbereich				99,08% - 99,45%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten¹	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%

¹ Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 nur eingeschränkt vergleichbar, da sie auf der Basis der abweichenden Datensatzversion 2005 errechnet wurden.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44800]:

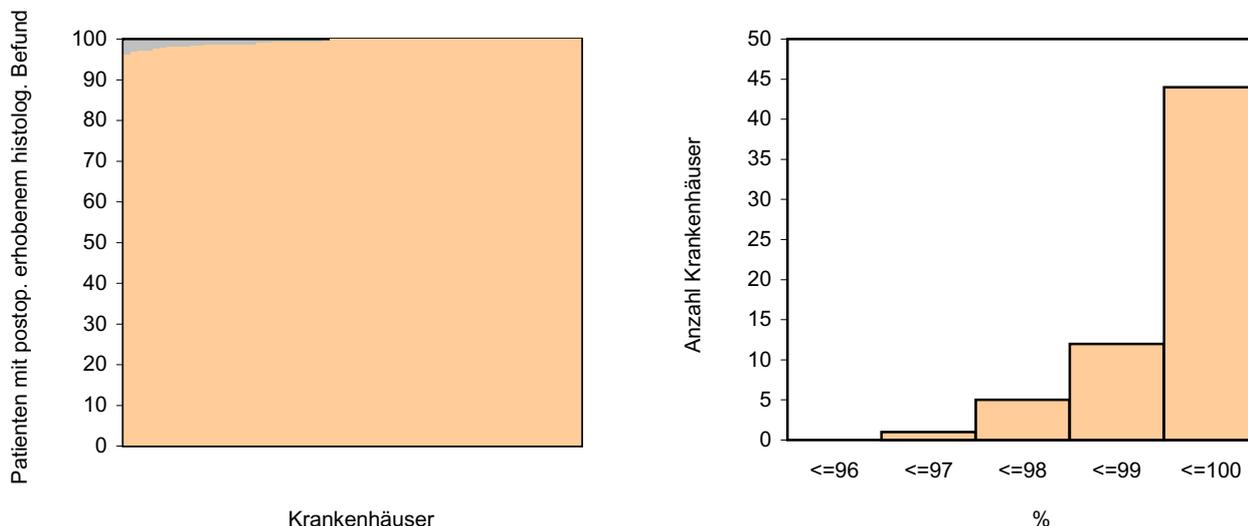
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 96,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



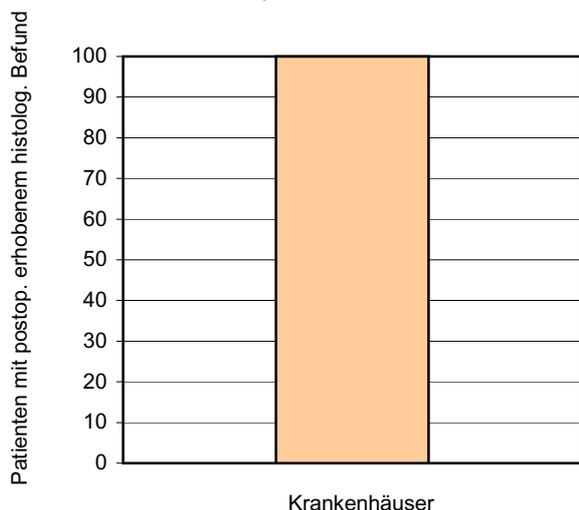
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/12n1-CHOL/64980
	Gruppe 2:	2006/12n1-CHOL/76479
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Sentinel Event ¹
	Gruppe 2:	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation <= 7,0% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder sonstige)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		<= 7,0%	
Blutung			
Periphere Gallengangverletzung			
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	Sentinel Event ¹		
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 2006		
	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 sonstige)	337 / 8.681 3,9%	249 / 7.747 3,2%	84 / 918 9,2%
Vertrauensbereich		2,83% - 3,63%	
Referenzbereich		<= 7,0%	
Blutung	127 / 8.681 1,5%	102 / 7.747 1,3%	24 / 918 2,6%
Periphere Gallengangsverletzung	31 / 8.681 0,4%	24 / 7.747 0,3%	7 / 918 0,8%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	27 / 8.681 0,3%	17 / 7.747 0,2%	9 / 918 1,0%
Vertrauensbereich	0,20% - 0,45%		
Referenzbereich	Sentinel Event ¹		
Sonstige	172 / 8.681 2,0%	117 / 7.747 1,5%	53 / 918 5,8%

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).

Vorjahresdaten 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 sonstige) Vertrauensbereich			
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 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 sonstige) Vertrauensbereich	315 / 8.936 3,5%	230 / 7.830 2,9% 2,57% - 3,34%	83 / 1.076 7,7%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich	12 / 8.936 0,1% 0,07% - 0,24%	11 / 7.830 0,1%	1 / 1.076 0,1%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

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).

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/64980]:

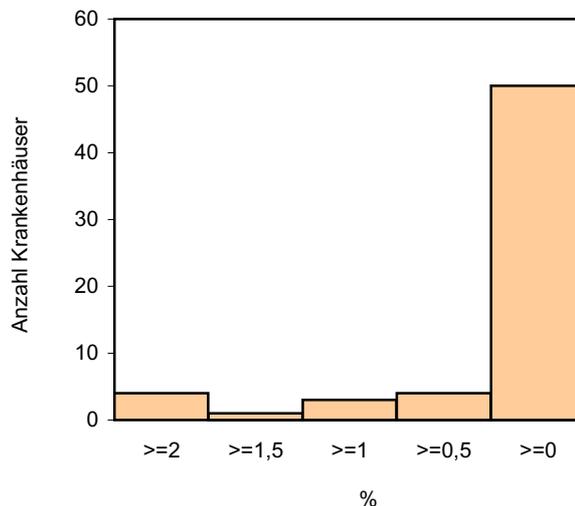
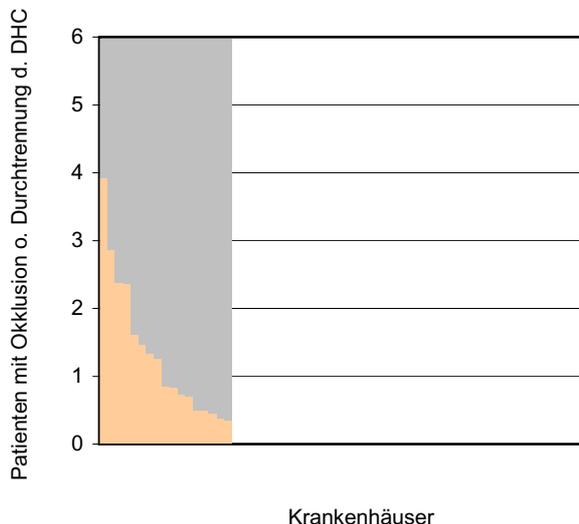
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



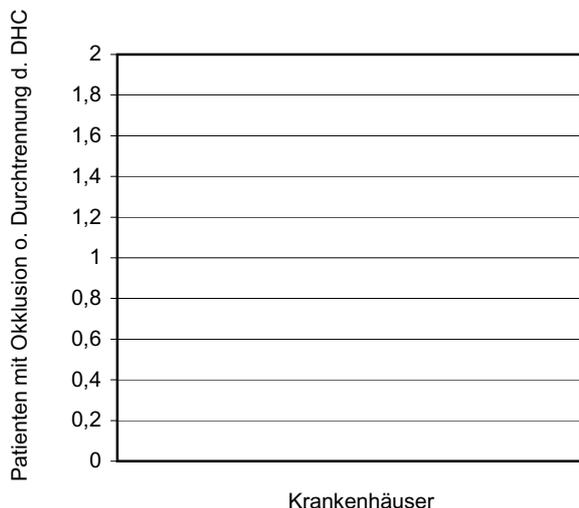
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%

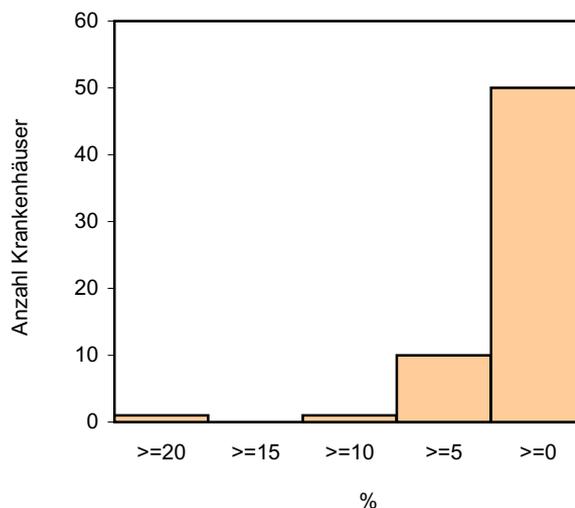
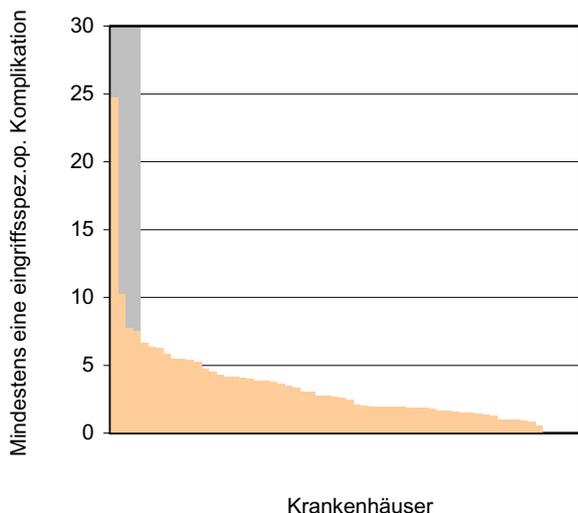


1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

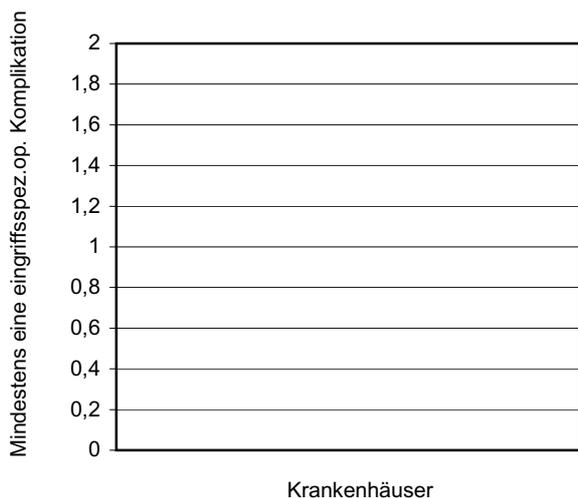
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/76479]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 24,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 2,5%



62 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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/12n1-CHOL/44819
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		
	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 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	183 / 8.681 2,1%	101 / 7.747 1,3%	81 / 918 8,8%
Vertrauensbereich	1,82% - 2,43%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	118 / 8.681 1,4%	65 / 7.747 0,8%	53 / 918 5,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	42 / 8.681 0,5%	23 / 7.747 0,3%	18 / 918 2,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	23 / 8.681 0,3%	13 / 7.747 0,2%	10 / 918 1,1%

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).

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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%		

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, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44819]:

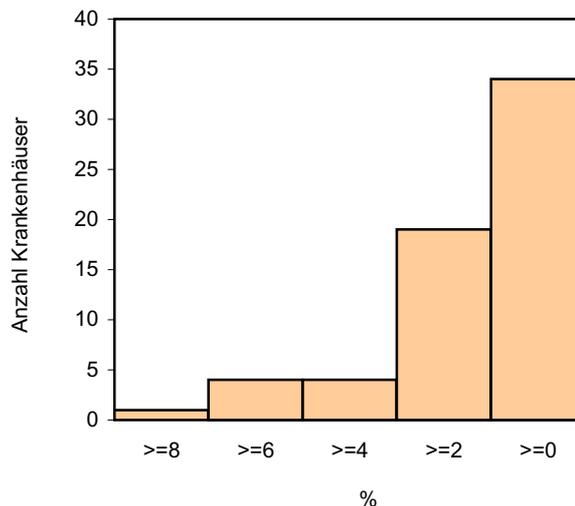
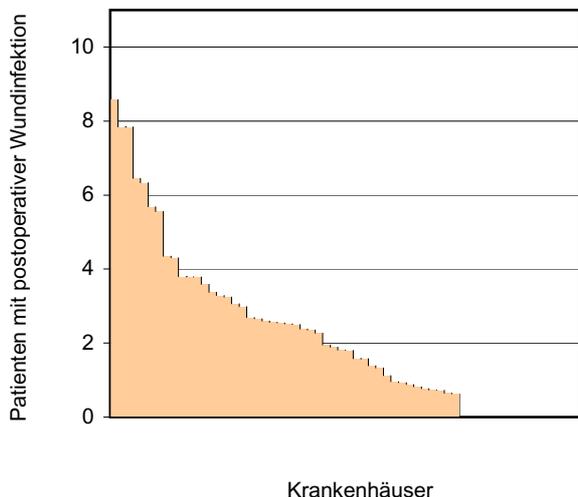
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 1,8%



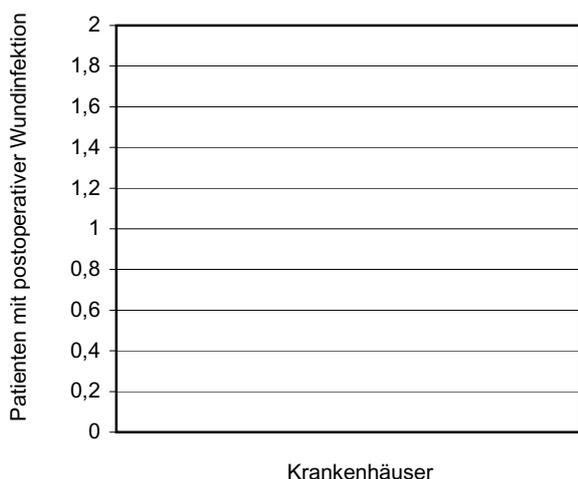
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 80 min	1
Wundkontaminations- klassifikation	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 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Risikoklasse 0			
Risikoklasse 1			
Risikoklasse 2			
Risikoklasse 3			

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Risikoklasse 0	4.799 / 8.681 55,3%	4.584 / 7.747 59,2%	214 / 918 23,3%
Risikoklasse 1	2.841 / 8.681 32,7%	2.466 / 7.747 31,8%	370 / 918 40,3%
Risikoklasse 2	892 / 8.681 10,3%	624 / 7.747 8,1%	262 / 918 28,5%
Risikoklasse 3	149 / 8.681 1,7%	73 / 7.747 0,9%	72 / 918 7,8%

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 der Risikoklasse 0
	Gruppe 2:	Patienten der Risikoklasse 0 und laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
	Gruppe 3:	Patienten der Risikoklasse 0 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/12n1-CHOL/44843
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 2%

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	[Bar]		
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 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	38 / 4.799 0,8%	28 / 4.584 0,6%	10 / 214 4,7%
Vertrauensbereich	0,56% - 1,09%		
Referenzbereich	<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	24 / 4.799 0,5%	16 / 4.584 0,3%	8 / 214 3,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	11 / 4.799 0,2%	9 / 4.584 0,2%	2 / 214 0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	3 / 4.799 0,1%	3 / 4.584 0,1%	0 / 214 0,0%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ²	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%		

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 75%-Perzentil-Werten der OP-Dauer-Verteilung 2006 berechnet und können deshalb von der Auswertung 2005 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44843]:

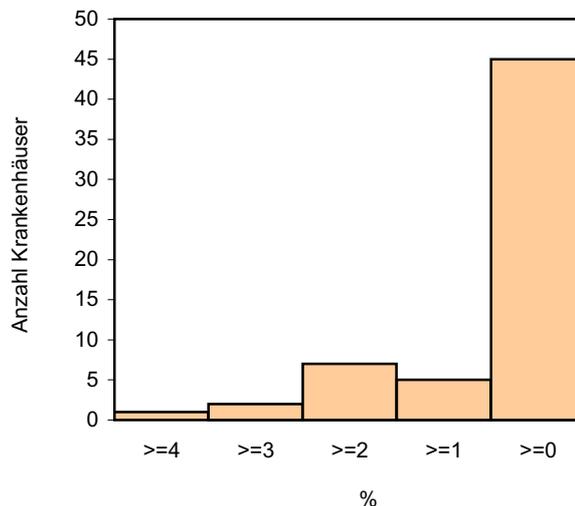
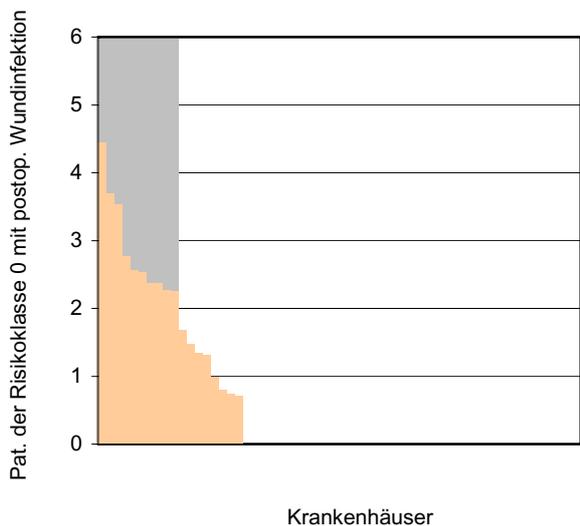
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten der Risikoklasse 0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



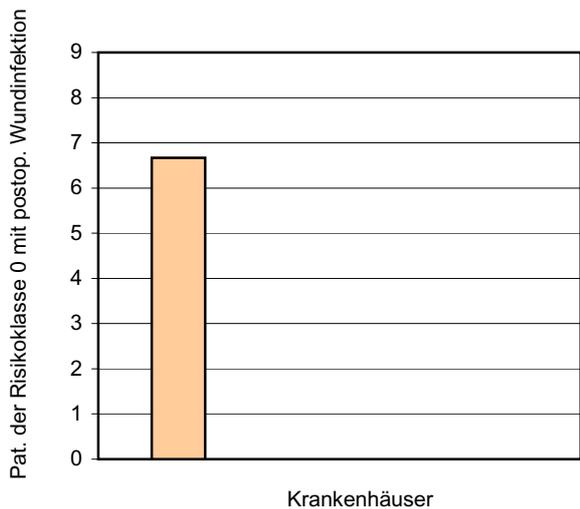
60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 6,7%

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)
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2006/12n1-CHOL/44891
	Gruppe 2:	2006/12n1-CHOL/44892
	Gruppe 3:	2006/12n1-CHOL/44893
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 8,9% (95%-Bundesperzentile)
	Gruppe 2:	<= 7,1% (95%-Bundesperzentile)
	Gruppe 3:	<= 29,2% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 8,9%	<= 7,1%	<= 29,2%
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 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	408 / 8.681 4,7%	257 / 7.747 3,3%	148 / 918 16,1%
Vertrauensbereich	4,26% - 5,17%	2,93% - 3,74%	13,80% - 18,67%
Referenzbereich	<= 8,9%	<= 7,1%	<= 29,2%
Pneumonie	84 / 8.681 1,0%	47 / 7.747 0,6%	36 / 918 3,9%
Kardiovaskuläre Komplikationen	132 / 8.681 1,5%	60 / 7.747 0,8%	72 / 918 7,8%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	2 / 8.681 0,0%	1 / 7.747 0,0%	1 / 918 0,1%
Lungenembolie	12 / 8.681 0,1%	8 / 7.747 0,1%	4 / 918 0,4%
Harnwegsinfekt	29 / 8.681 0,3%	18 / 7.747 0,2%	10 / 918 1,1%
Sonstige	237 / 8.681 2,7%	160 / 7.747 2,1%	74 / 918 8,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen 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%

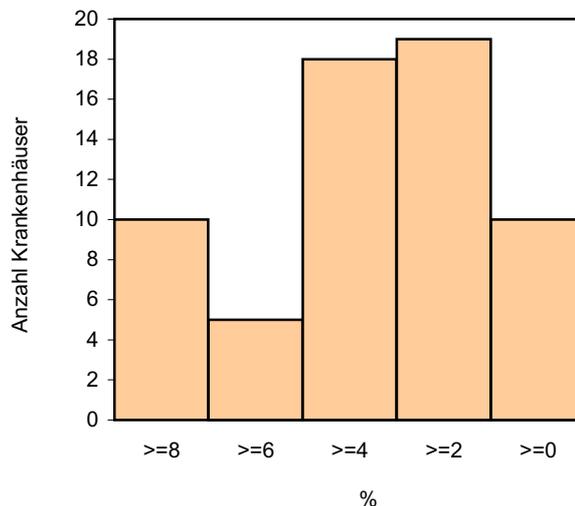
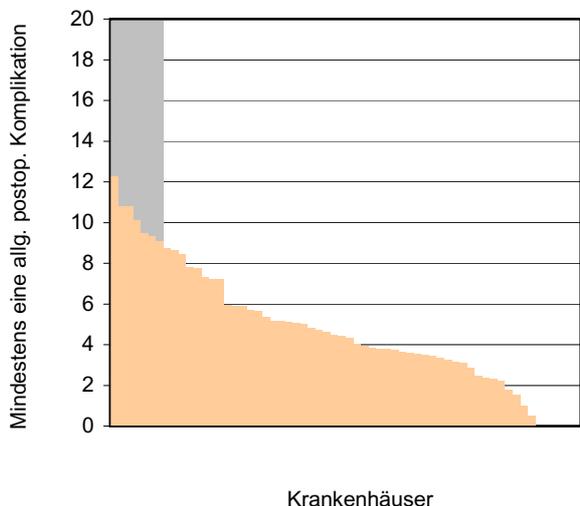
¹ Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44891]:
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% - 12,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,4%

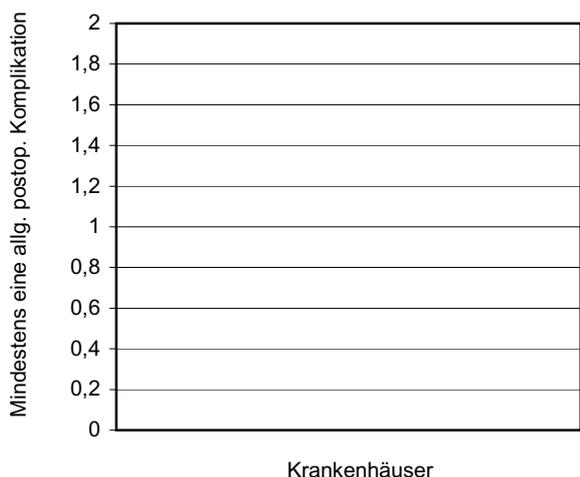


62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44892]:

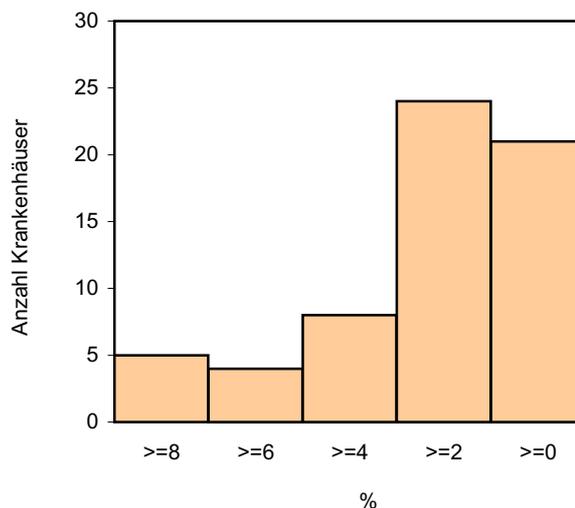
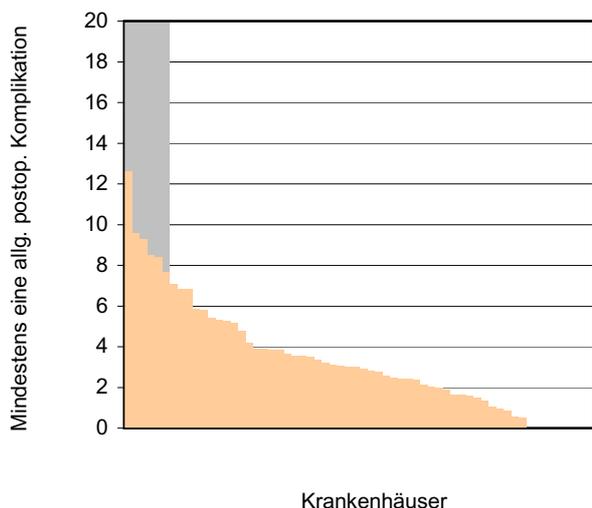
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,0%



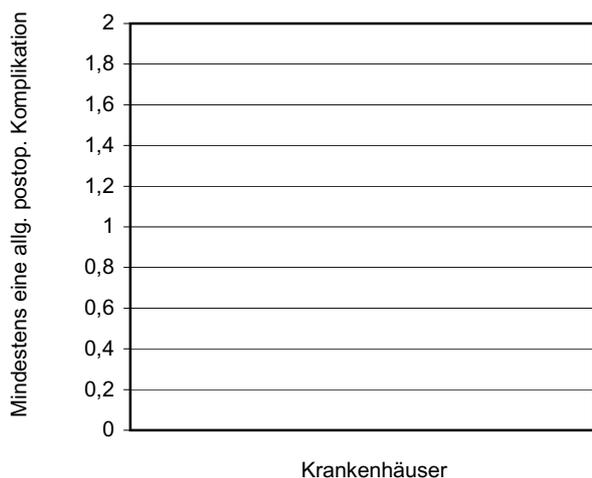
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44893]:

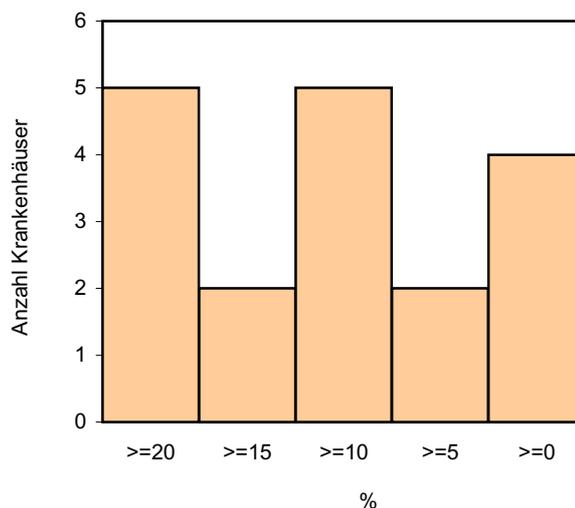
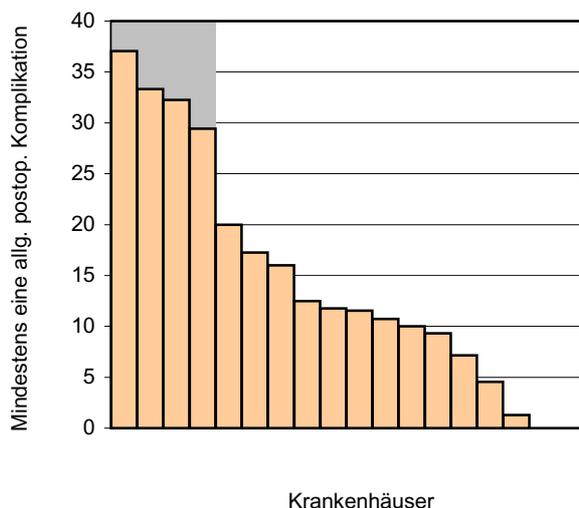
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 37,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 11,7%



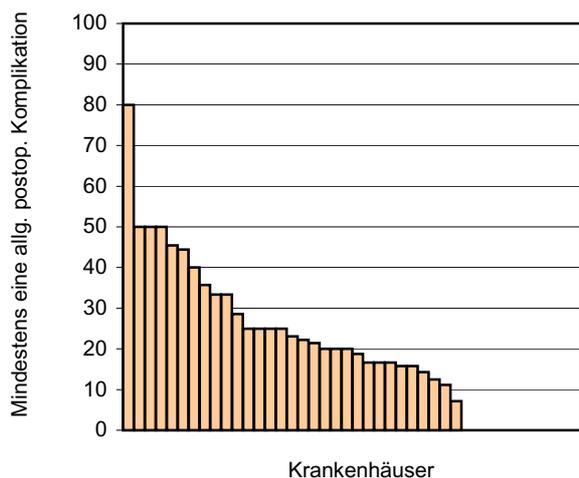
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 80,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 19,4%



42 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 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2006	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	148 / 6.638 2,2%	260 / 2.043 12,7%
Pneumonie	19 / 6.638 0,3%	65 / 2.043 3,2%
Kardiovaskuläre Komplikationen	27 / 6.638 0,4%	105 / 2.043 5,1%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 / 6.638 0,0%	1 / 2.043 0,0%
Lungenembolie	5 / 6.638 0,1%	7 / 2.043 0,3%
Harnwegsinfekt	14 / 6.638 0,2%	15 / 2.043 0,7%
Sonstige	95 / 6.638 1,4%	142 / 2.043 7,0%

Qualitätsindikator 7: Reinterventionsrate

Qualitätsziel:	Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne Entzündungen
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2006/12n1-CHOL/44927
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 1,5%

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		<= 1,5%	

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	242 / 8.681 2,8%	72 / 5.347 1,3%	79 / 918 8,6%
Vertrauensbereich		1,05% - 1,69%	
Referenzbereich		<= 1,5%	

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich	233 / 8.936 2,6%	75 / 5.461 1,4% 1,08% - 1,72%	71 / 1.076 6,6%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

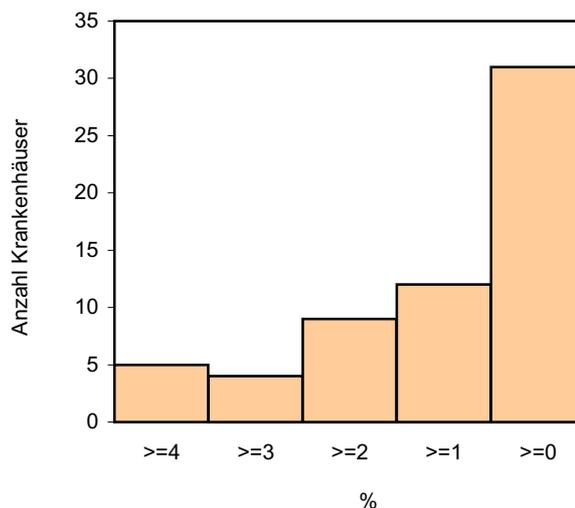
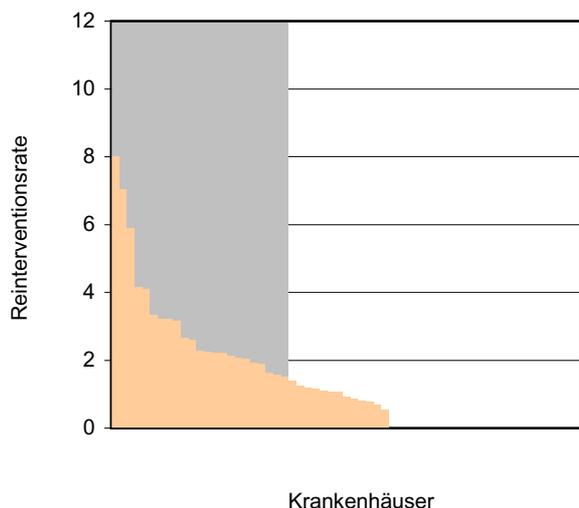
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44927]:
 Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch
 durchgeführter Operation der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne Entzündungen.**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,9%



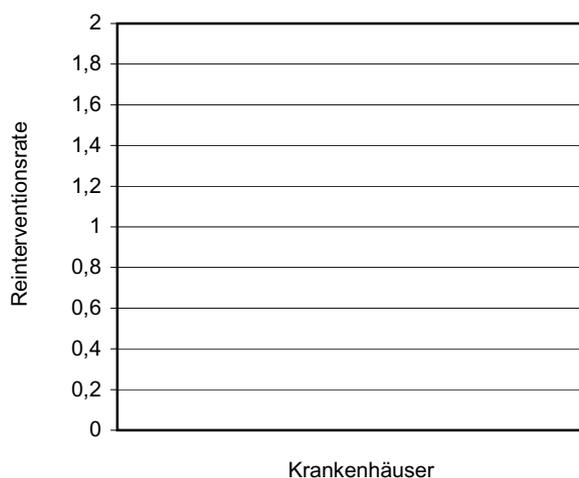
61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



2 Krankenhäuser haben 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
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2006/12n1-CHOL/44932
Referenzbereich:	Gruppe 2:	Sentinel Event ¹

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		Sentinel Event ¹	

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	62 / 8.681 0,7%	37 / 8.541 0,4%	25 / 140 17,9%
Vertrauensbereich		0,31% - 0,60%	
Referenzbereich		Sentinel Event ¹	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	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%	

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2006/12n1-CHOL/44932]:

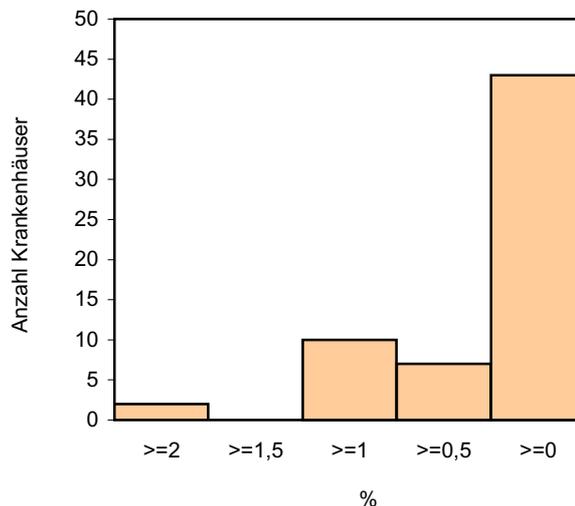
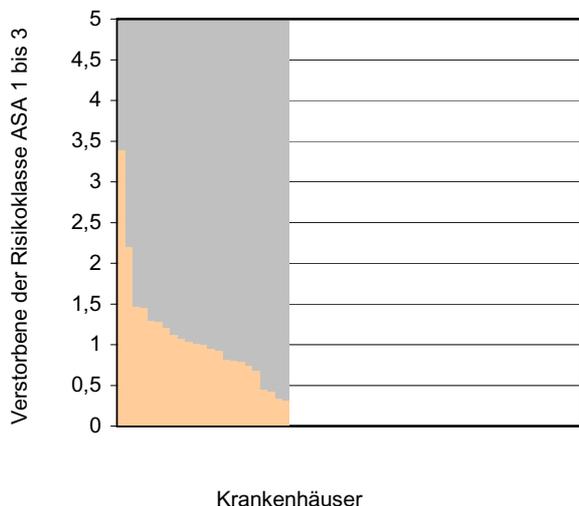
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



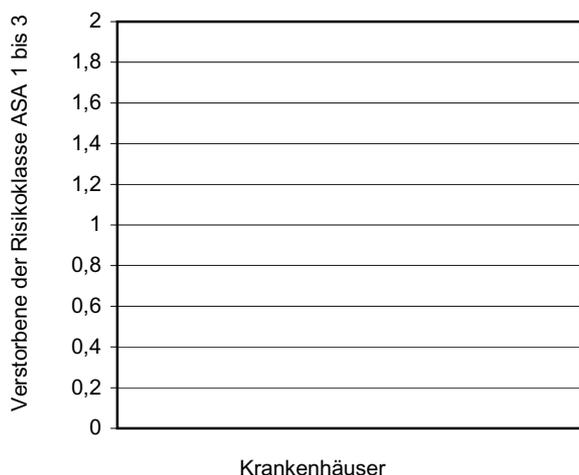
62 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 2006	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten		
	Gesamt 2006	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	12 / 7.747 0,2%	49 / 918 5,3%

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 2006 Cholezystektomie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.681
Auswertungsversion: 09. Mai 2007
Datensatzversion: 12/1 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 10. Mai 2007
Nr. Gesamt-3515
2006 - D5108-L38685-P20038

Basisdaten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.490	28,7	2.415	27,0
2. Quartal			2.209	25,4	2.455	27,5
3. Quartal			1.852	21,3	1.904	21,3
4. Quartal			2.130	24,5	2.162	24,2
Gesamt			8.681		8.936	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)¹					
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		6.637		6.868	
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		6.258		6.364	
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		373		491	
Median			1,0		1,0
Postoperative Verweildauer (Tage)¹					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.681		8.936	
Median			5,0		5,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)¹					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.679		8.935	
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 2006¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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 2006

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				K80.10	3.438	39,6	K80.10	3.629	40,6
2				K80.20	2.513	28,9	K80.20	2.396	26,8
3				K80.00	1.830	21,1	K80.00	1.865	20,9
4				I10.00	1.027	11,8	I10.00	1.007	11,3
5				I10.90	719	8,3	I10.90	609	6,8
6				E66.0	514	5,9	E66.0	507	5,7
7				E11.90	474	5,5	E11.90	434	4,9
8				K66.0	362	4,2	K66.0	326	3,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2005 und ICD-10-GM 2006 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OP-Technik

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			8.681	100,0	8.936	100,0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			8.681	100,0	8.936	100,0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			918 / 8.681	10,6	1.076 / 8.936	12,0
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			7.747 / 8.681	89,2	7.830 / 8.936	87,6
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			548 / 8.681	6,3	582 / 8.936	6,5
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)			16 / 8.681	0,2	30 / 8.936	0,3

OPS 2006¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch
5	5-511.02	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge

OPS 2006

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-511.11	7.171	82,6	5-511.11	7.229	80,9
2				5-511.01	689	7,9	5-511.01	827	9,3
3				5-511.21	459	5,3	5-511.21	500	5,6
4				5-469.21	254	2,9	5-511.02	252	2,8
5				5-511.02	229	2,6	5-469.21	215	2,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2005 und OPS 2006 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 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.679 / 8.681		8.933 / 8.936	
< 20 Jahre			92 / 8.679	1,1	90 / 8.933	1,0
20 - 39 Jahre			1.076 / 8.679	12,4	1.118 / 8.933	12,5
40 - 59 Jahre			2.926 / 8.679	33,7	2.896 / 8.933	32,4
60 - 79 Jahre			3.893 / 8.679	44,9	4.130 / 8.933	46,2
>= 80 Jahre			692 / 8.679	8,0	699 / 8.933	7,8
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.679		8.933	
Median				62,0		62,0
Geschlecht						
männlich			2.807	32,3	2.914	32,6
weiblich			5.874	67,7	6.022	67,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.843	21,2	1.921	21,5
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.795	55,2	4.948	55,4
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.903	21,9	1.928	21,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			132	1,5	129	1,4
5: moribunder Patient			8	0,1	10	0,1

Anamnese

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken			5.509	63,5	5.867	65,7
Schmerzen im rechten Oberbauch			7.927	91,3	8.332	93,2
Cholestase			970	11,2	1.073	12,0

Diagnostik

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor			8.376 / 8.681	96,5	8.564 / 8.936	95,8
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			202 / 8.376	2,4	272 / 8.564	3,2
Sonographie			8.271 / 8.376	98,7	8.467 / 8.564	98,9
MRCP			249 / 8.376	3,0	272 / 8.564	3,2
CT			437 / 8.376	5,2	407 / 8.564	4,8
ERCP			716 / 8.376	8,5	784 / 8.564	9,2
Vorgehensweise:						
Steinextraktion			443 / 8.376	5,3	527 / 8.564	6,2
Sonstige			106 / 8.376	1,3	167 / 8.564	2,0
Kein sicherer Gallensteinnachweis			305 / 8.681	3,5	372 / 8.936	4,2
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor			2.263 / 8.681	26,1	2.308 / 8.936	25,8
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund			2.066 / 2.263	91,3	2.119 / 2.308	91,8
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm ³)			1.498 / 2.263	66,2	1.559 / 2.308	67,5
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			444 / 2.263	19,6	474 / 2.308	20,5
Sonographie			1.610 / 2.263	71,1	1.678 / 2.308	72,7
Keine akuten Entzündungszeichen			6.418 / 8.681	73,9	6.628 / 8.936	74,2
Extrahepatische Cholestase						
Nachweis lag vor			608 / 8.681	7,0	710 / 8.936	7,9
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			22 / 590	3,7	30 / 686	4,4
Sonographie			341 / 590	57,8	374 / 686	54,5
ERCP			380 / 590	64,4	491 / 686	71,6
MRCP			103 / 590	17,5	83 / 686	12,1
CT			64 / 590	10,8	102 / 686	14,9
Sonstige			33 / 590	5,6	29 / 686	4,2
Keine Abklärung erfolgt			18 / 608	3,0	24 / 710	3,4
Keine extrahepatische Cholestase			8.073 / 8.681	93,0	8.226 / 8.936	92,1

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden			188 / 8.681	2,2	167 / 8.936	1,9

Operation

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten			8.616	99,3	8.878	99,4
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			3.624	41,7	4.132	46,2
bedingt aseptische Eingriffe			4.365	50,3	4.194	46,9
kontaminierte Eingriffe			580	6,7	506	5,7
septische Eingriffe			112	1,3	104	1,2
Intraoperative Gallenganguntersuchung Anzahl der Patienten			839	9,7	960	10,7
Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate) Patienten mit Bluttransfusion			170 / 8.681	2,0	149 / 8.936	1,7
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median			8.681	62,0	8.936	61,0

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			8.283	95,4	8.484	94,9
Gallengangstein(e)			230	2,6	271	3,0
davon						
operativ in gleicher						
Sitzung entfernt			197 / 230	85,7	243 / 271	89,7
belassen			33 / 230	14,3	28 / 271	10,3
Hydrops			1.100	12,7	1.168	13,1
akute Entzündung			2.429	28,0	2.429	27,2
Empyem			689	7,9	686	7,7
Gallenblasenperforation			246	2,8	255	2,9
Schrumpfgallenblase			360	4,1	472	5,3
Sonstiges			2.592	29,9	2.719	30,4

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			8.619	99,3	8.519	95,3
Befund erhoben: nein			62	0,7	165	1,8

Verlauf

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			384	4,4	359	4,0
davon						
Blutung			127	1,5	114	1,3
periphere Gallengangsverletzung			31	0,4	42	0,5
Okklusion oder Durch- trennung des DHC			27	0,3	12	0,1
Residualstein im Gallengang			51	0,6	49	0,5
Sonstige			172	2,0	173	1,9
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			183	2,1	174	1,9
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			118	1,4	128	1,4
A2 (tiefe Infektion)			42	0,5	27	0,3
A3 (Räume/Organe)			23	0,3	19	0,2
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			408	4,7	393	4,4
Pneumonie			84	1,0	76	0,9
kardiovaskuläre Komplikation(en)			132	1,5	139	1,6
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			2	0,0	8	0,1
Lungenembolie			12	0,1	7	0,1
Harnwegsinfekt			29	0,3	45	0,5
Sonstige			237	2,7	243	2,7
Reintervention wegen Komplikation(en)						
Anzahl der Patienten			242 / 8.681	2,8	233 / 8.936	2,6

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8.177	94,2	8.423	94,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			311	3,6	322	3,6
03: aus sonstigen Gründen			5	0,1	3	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			21	0,2	21	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	1	0,0
06: Verlegung			23	0,3	31	0,3
07: Tod			62	0,7	65	0,7
08: Verlegung nach §14			0	0,0	3	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			26	0,3	23	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			29	0,3	27	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			12	0,1	7	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			3	0,0	2	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	3	0,0
18: Rückverlegung			2	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			2	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			6	0,1	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			29 / 62	46,8	27 / 65	41,5
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			5 / 62	8,1	9 / 65	13,8

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 Gesamtversorgung 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 Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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 Qualitätsindikators.

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 Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an 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 (95%)
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. die 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% der 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 2006.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

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 2006 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2005 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2006. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2005 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2006 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.

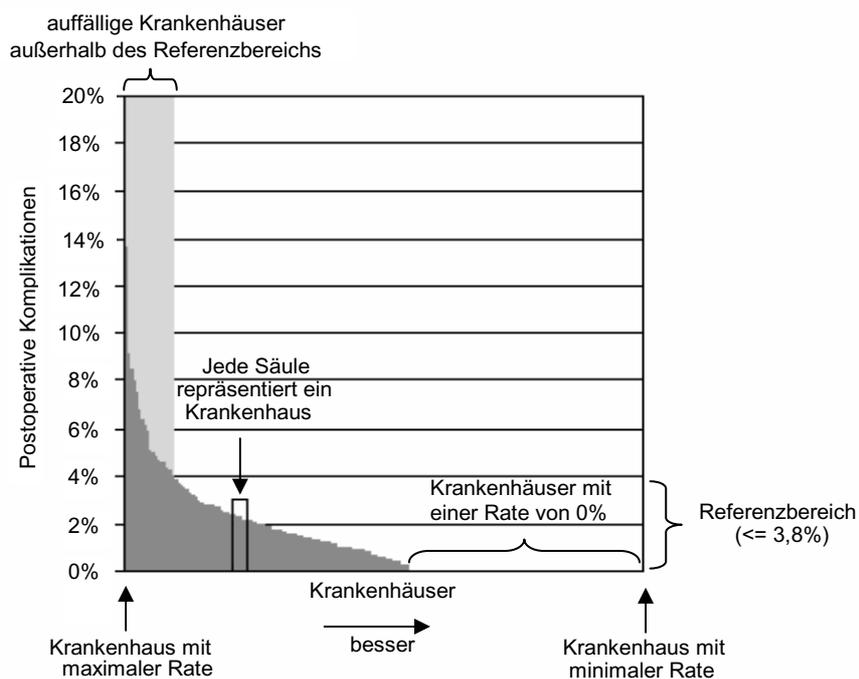
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

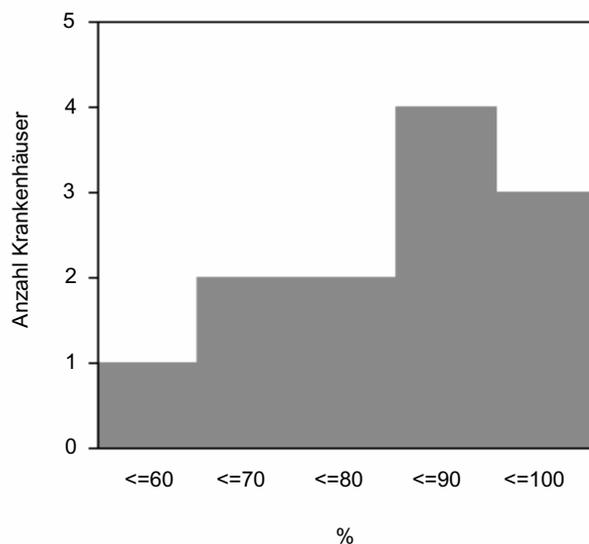
Beispiel:

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	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In 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 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).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z.B. steht die Bezeichnung 2006/18n1-MAMMA/46200 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Postoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2006.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z.B. 46200) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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.

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.