Jahresauswertung 2007
Cholezystektomie

12/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 61
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.596
Datensatzversion: 12/1 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6330-L48335-P22649

Eine Auswertung der quant GmbH, Hamburg, im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2007
Cholezystektomie

12/1

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 61
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.596
Datensatzversion: 12/1 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6330-L48335-P22649

Eine Auswertung der quant GmbH, Hamburg, im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Seite
QI 1: Indikation			1,7%	<= 5%	1.1
QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase			97,9%	>= 95%	1.3
QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes			99,2%	>= 95%	1.5
QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen					
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			0,1%	Sentinel Event	1.7
mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation			2,6%	<= 6,4%	1.7
QI 5: Postoperative Wundinfektion					
bei allen Patienten			2,0%	nicht definiert	1.12
bei Patienten mit Risikoklasse 0			0,4%	<= 2%	1.17
QI 6: Allgemeine postoperative Komplikationen					
bei allen Patienten			3,4%	<= 7,9%	1.20
bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation			2,3%	<= 6,3%	1.20
bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation			13,2%	<= 28,6%	1.20
QI 7: Reinterventionsrate			1,1%	<= 1,5%	1.27
QI 8: Letalität					
bei Patienten der Risikoklassen 1 bis 3			0,4%	Sentinel Event	1.30

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/12n1-CHOL/48332

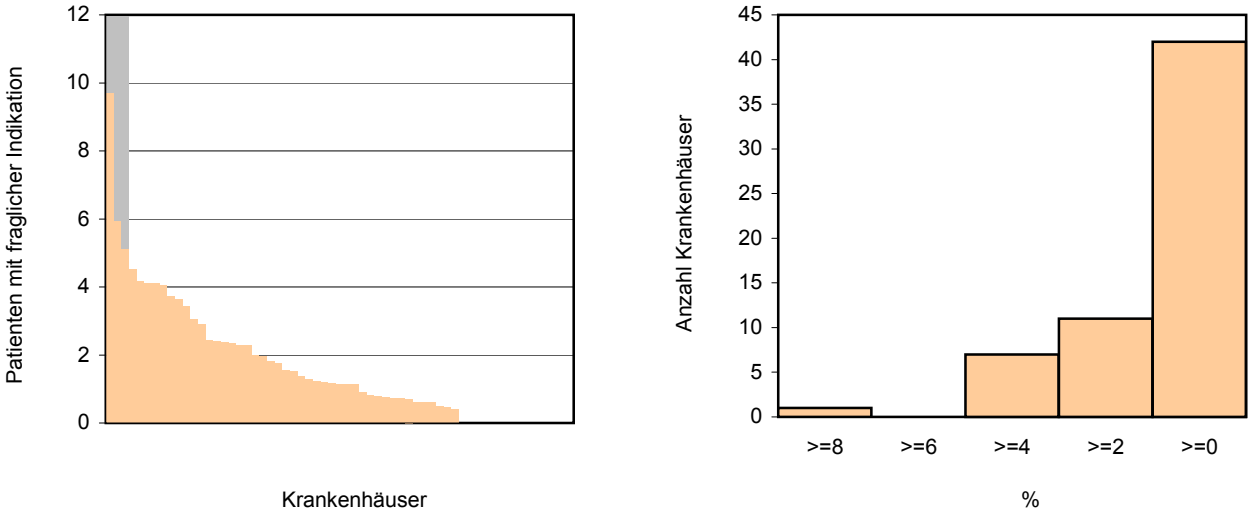
Referenzbereich: <= 5% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen			144 / 8.596	1,7%
Vertrauensbereich				1,4% - 2,0%
Referenzbereich		<= 5%		<= 5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen			122 / 8.681	1,4%
Vertrauensbereich				1,2% - 1,7%

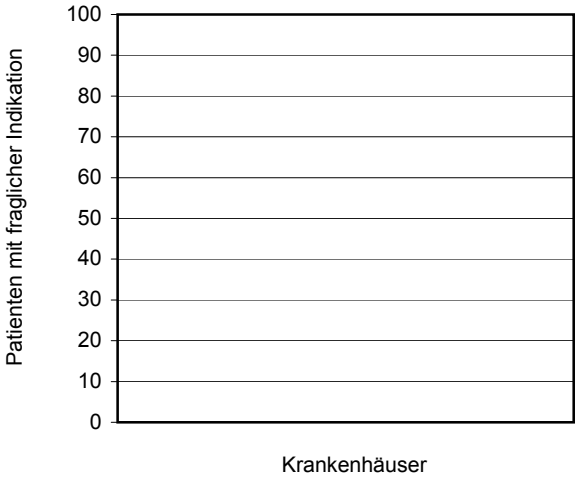
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/48332]:
Anteil von Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,7%
Median der Krankenhausergebnisse: 1,1%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2007/12n1-CHOL/44783

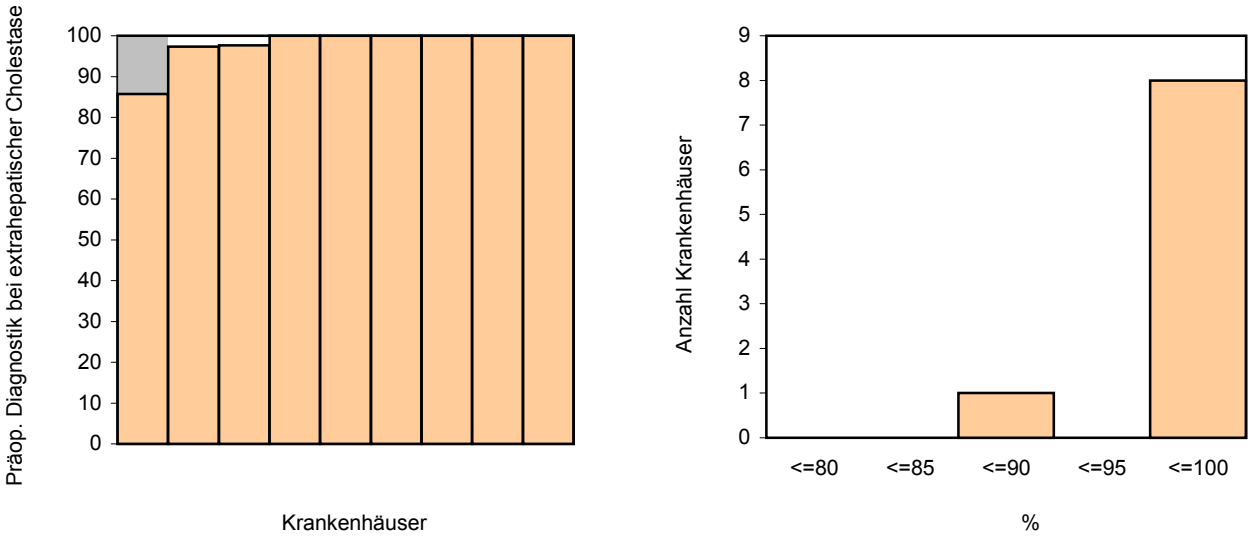
Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase			571 / 583	97,9%
Vertrauensbereich				96,4% - 98,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase			590 / 608	97,0%
Vertrauensbereich				95,4% - 98,2%

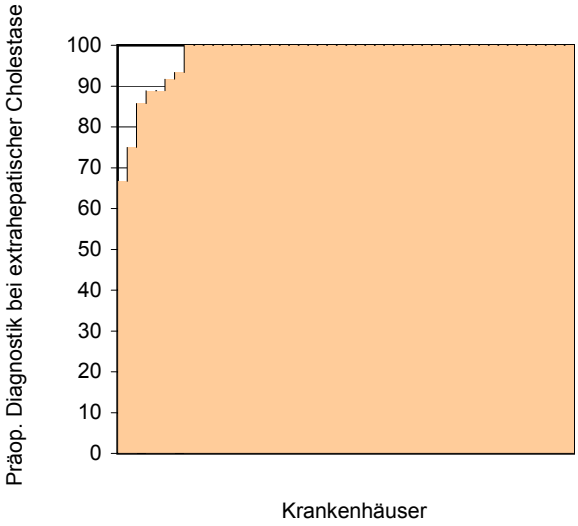
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44783]:
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 85,7% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 66,7% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Erhebung eines histologischen Befundes

Qualitätsziel: Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/12n1-CHOL/44800

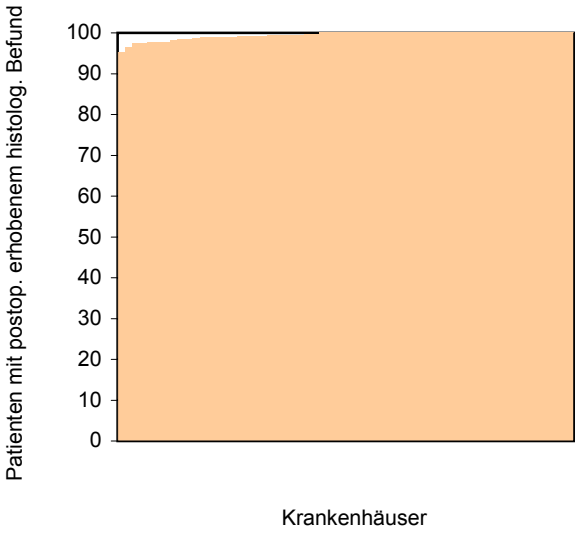
Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

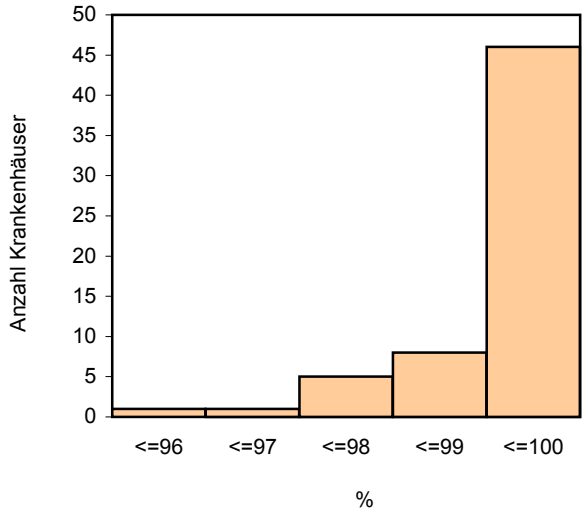
	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			8.530 / 8.596	99,2%
Vertrauensbereich				99,0% - 99,4%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			8.619 / 8.681	99,3%
Vertrauensbereich				99,1% - 99,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44800]:
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten

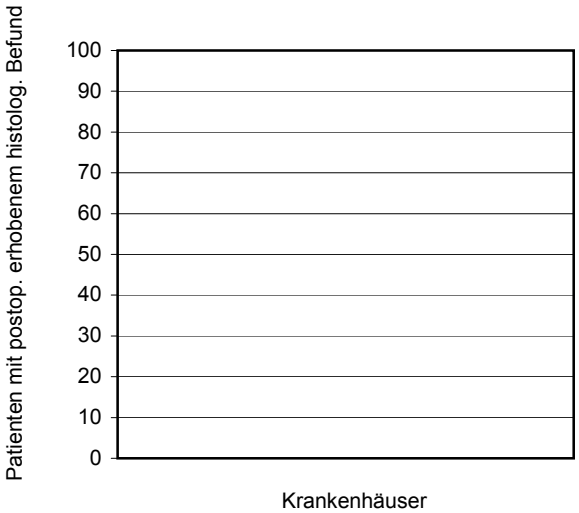
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 95,2% - 100,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2007/12n1-CHOL/64980
- Gruppe 2: 2007/12n1-CHOL/76479

Referenzbereich:
- Gruppe 1: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC
  Sentinel Event[1]
- Gruppe 2: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation
  <= 6,4% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	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			
Referenzbereich		<= 6,4%	
Blutung			
Periphere Gallengangsverletzung			
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 2007		
	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)	267 / 8.596 3,1%	202 / 7.730 2,6%	64 / 851 7,5%
Vertrauensbereich		2,3% - 3,0%	
Referenzbereich		<= 6,4%	
Blutung	113 / 8.596 1,3%	93 / 7.730 1,2%	20 / 851 2,4%
Periphere Gallengangsverletzung	23 / 8.596 0,3%	15 / 7.730 0,2%	8 / 851 0,9%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	10 / 8.596 0,1%	9 / 7.730 0,1%	1 / 851 0,1%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,2%		
Referenzbereich	Sentinel Event[1]		
Sonstige	131 / 8.596 1,5%	92 / 7.730 1,2%	38 / 851 4,5%

[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).

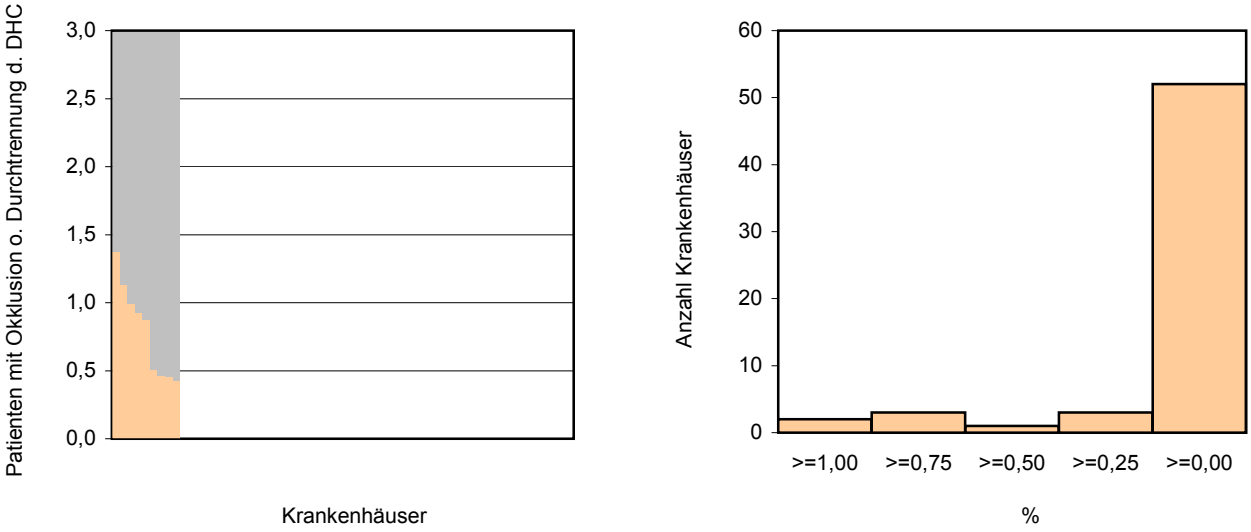
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder sonstige)			
Vertrauensbereich			
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	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 sonstige)	337 / 8.681	249 / 7.747	84 / 918
	3,9%	3,2%	9,2%
Vertrauensbereich		2,8% - 3,6%	
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	27 / 8.681	17 / 7.747	9 / 918
	0,3%	0,2%	1,0%
Vertrauensbereich	0,2% - 0,5%		

[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).

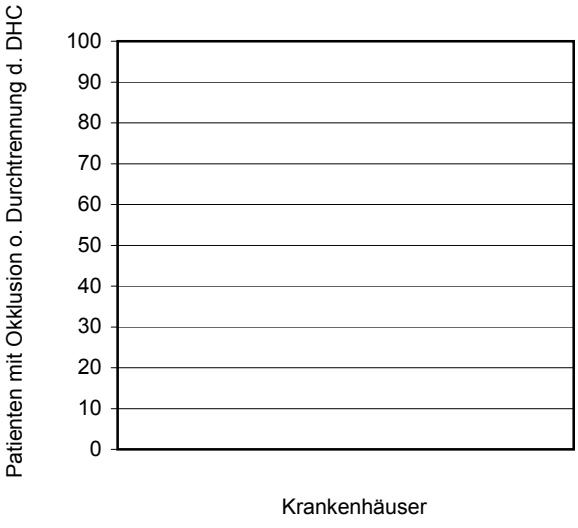
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/64980]:
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

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



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt

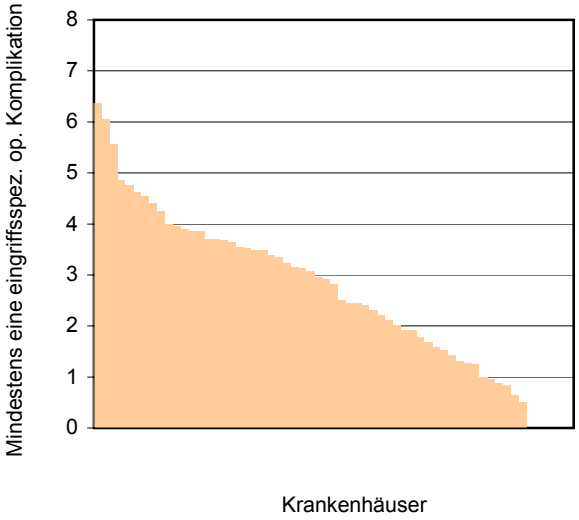


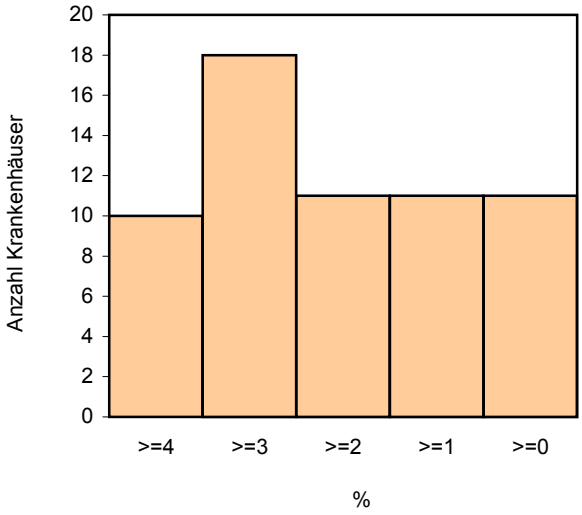
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/76479]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

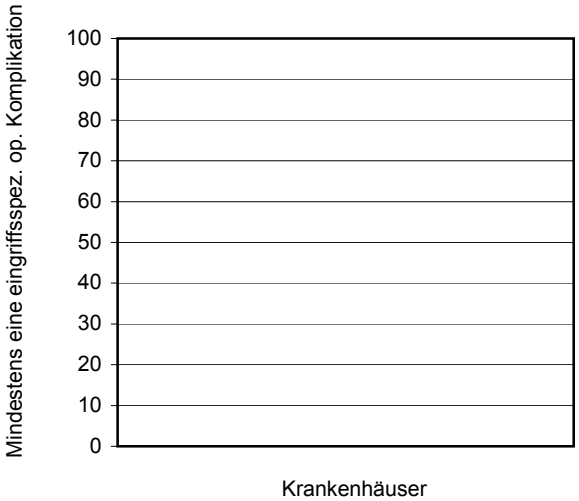
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,4%
Median der Krankenhausergebnisse: 2,8%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2007/12n1-CHOL/44819

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

	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			
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 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	172 / 8.596	79 / 7.730	93 / 851
	2,0%	1,0%	10,9%
Vertrauensbereich	1,7% - 2,3%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	118 / 8.596	47 / 7.730	71 / 851
	1,4%	0,6%	8,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	39 / 8.596	20 / 7.730	19 / 851
	0,5%	0,3%	2,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	15 / 8.596	12 / 7.730	3 / 851
	0,2%	0,2%	0,4%

[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).

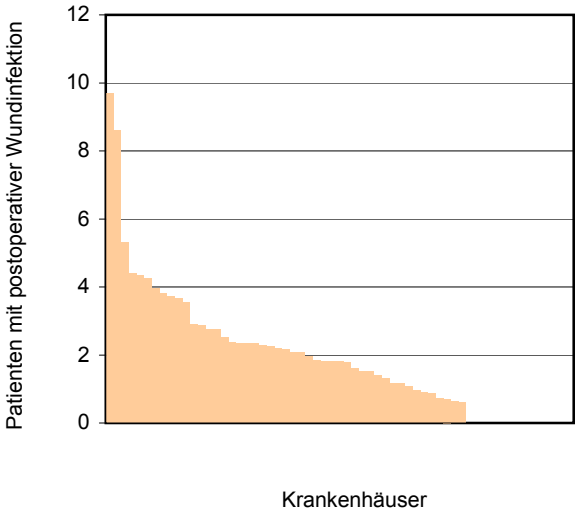
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

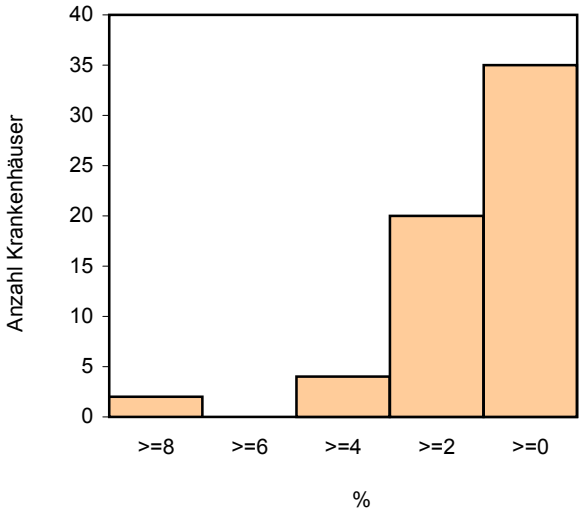
Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	183 / 8.681	101 / 7.747	81 / 918
	2,1%	1,3%	8,8%
Vertrauensbereich	1,8% - 2,4%		

[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 2007/12n1-CHOL/44819]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

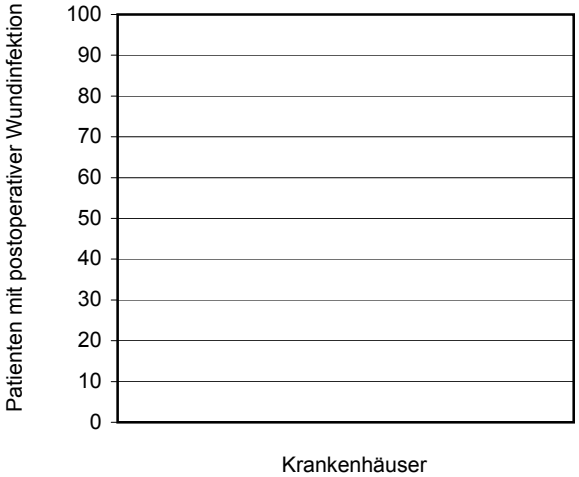
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,7%
Median der Krankenhausergebnisse: 1,8%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil 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 mit Risikoklassen nach NNIS[1]

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 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[2]	Gruppe 3[2]
Risikoklasse 0			
Risikoklasse 1			
Risikoklasse 2			
Risikoklasse 3			

	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[2]	Gruppe 3[2]
Risikoklasse 0	4.752 / 8.596 55,3%	4.584 / 7.730 59,3%	166 / 851 19,5%
Risikoklasse 1	2.795 / 8.596 32,5%	2.427 / 7.730 31,4%	365 / 851 42,9%
Risikoklasse 2	927 / 8.596 10,8%	654 / 7.730 8,5%	266 / 851 31,3%
Risikoklasse 3	122 / 8.596 1,4%	65 / 7.730 0,8%	54 / 851 6,3%

[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 mit Risikoklassen nach NNIS[1]
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:	2007/12n1-CHOL/44843
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 2% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		
	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 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	19 / 4.752	8 / 4.584	11 / 166
	0,4%	0,2%	6,6%
Vertrauensbereich	0,2% - 0,6%		
Referenzbereich	<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	14 / 4.752	6 / 4.584	8 / 166
	0,3%	0,1%	4,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 4.752	1 / 4.584	3 / 166
	0,1%	0,0%	1,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	1 / 4.752	1 / 4.584	0 / 166
	0,0%	0,0%	0,0%

Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

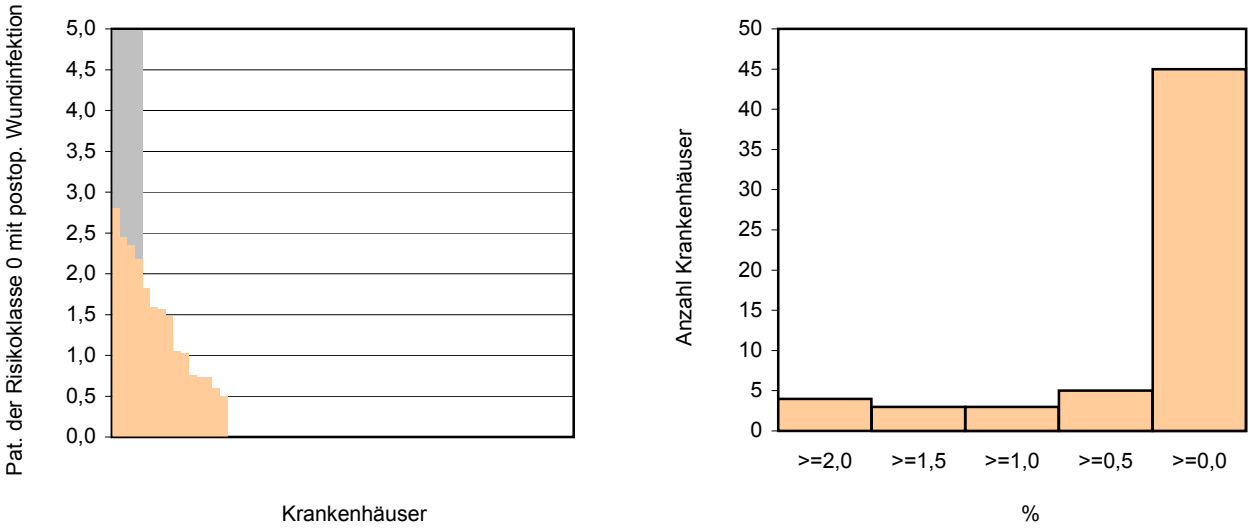
Vorjahresdaten[2]	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	38 / 4.799	28 / 4.584	10 / 214
	0,8%	0,6%	4,7%
Vertrauensbereich	0,6% - 1,1%		

[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).

[2] Die Vorjahresergebnisse wurden mit dem 75%-Perzentil-Wert der OP-Dauer-Verteilung 2007 berechnet und können deshalb von der Auswertung 2006 abweichen.

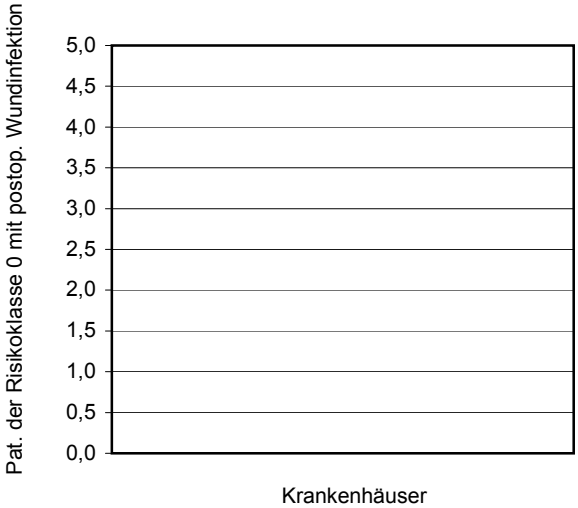
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44843]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten der Risikoklasse 0

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



60 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2007/12n1-CHOL/44891
- Gruppe 2: 2007/12n1-CHOL/44892
- Gruppe 3: 2007/12n1-CHOL/44893

Referenzbereich:
- Gruppe 1: <= 7,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Gruppe 2: <= 6,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
- Gruppe 3: <= 28,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 7,9%	<= 6,3%	<= 28,6%
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 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	293 / 8.596	180 / 7.730	112 / 851
	3,4%	2,3%	13,2%
Vertrauensbereich	3,0% - 3,8%	2,0% - 2,7%	11,0% - 15,6%
Referenzbereich	<= 7,9%	<= 6,3%	<= 28,6%
Pneumonie	57 / 8.596	24 / 7.730	32 / 851
	0,7%	0,3%	3,8%
Kardiovaskuläre Komplikationen	106 / 8.596	52 / 7.730	53 / 851
	1,2%	0,7%	6,2%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	5 / 8.596	3 / 7.730	2 / 851
	0,1%	0,0%	0,2%
Lungenembolie	9 / 8.596	5 / 7.730	4 / 851
	0,1%	0,1%	0,5%
Harnwegsinfekt	18 / 8.596	9 / 7.730	9 / 851
	0,2%	0,1%	1,1%
Sonstige	172 / 8.596	110 / 7.730	62 / 851
	2,0%	1,4%	7,3%

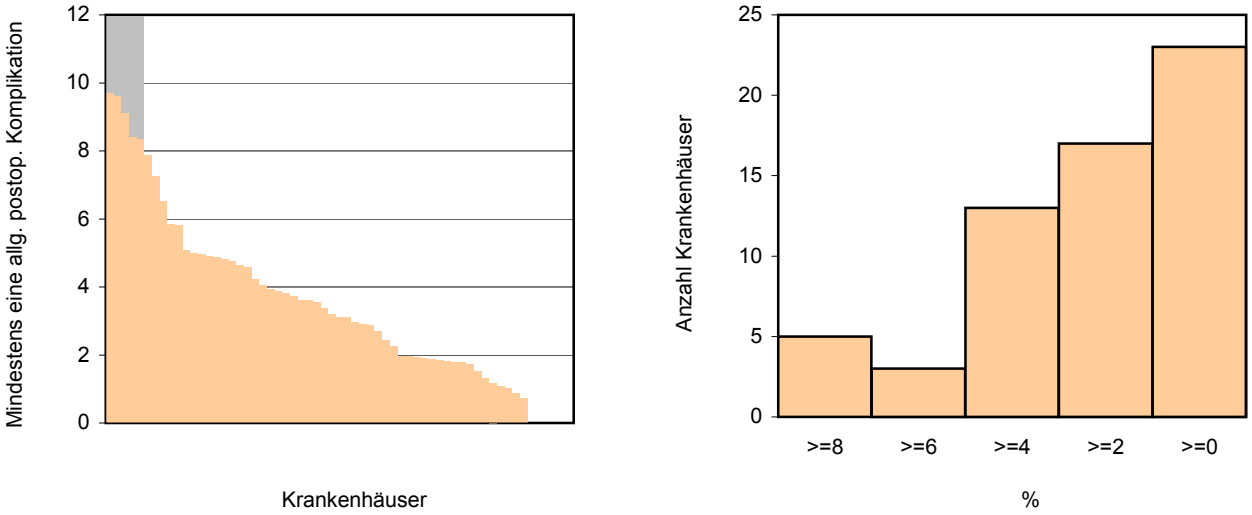
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	408 / 8.681	257 / 7.747	148 / 918
	4,7%	3,3%	16,1%
Vertrauensbereich	4,3% - 5,2%	2,9% - 3,7%	13,8% - 18,7%

[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).

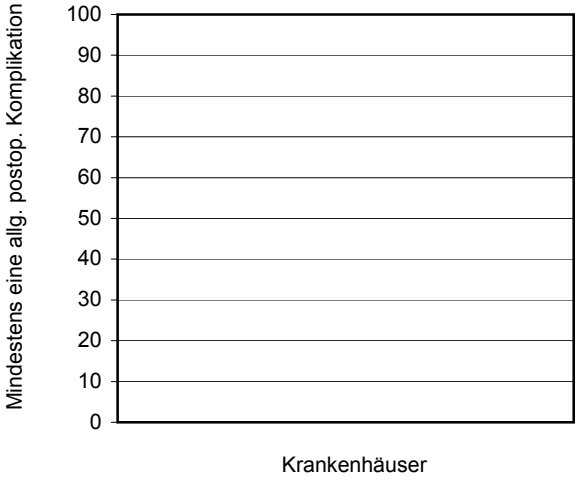
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44891]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,7%
Median der Krankenhausergebnisse: 3,1%



61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt

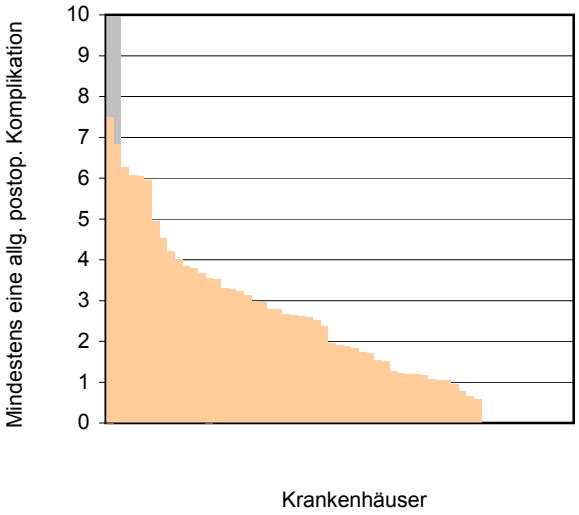


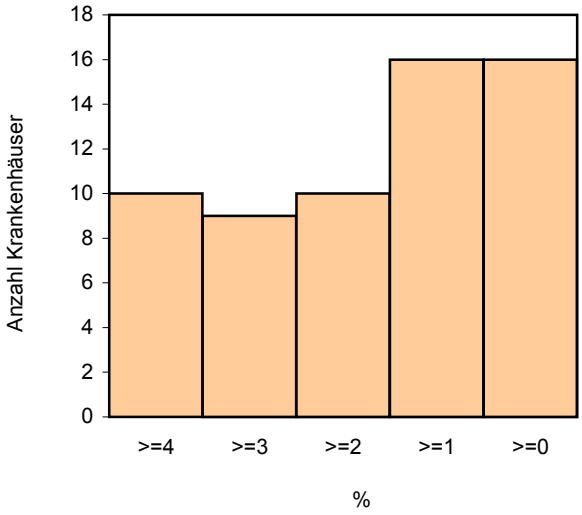
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44892]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

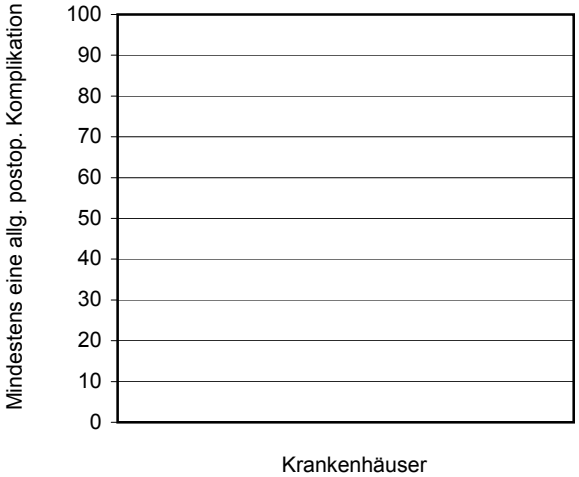
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,5%
Median der Krankenhausergebnisse: 1,9%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt

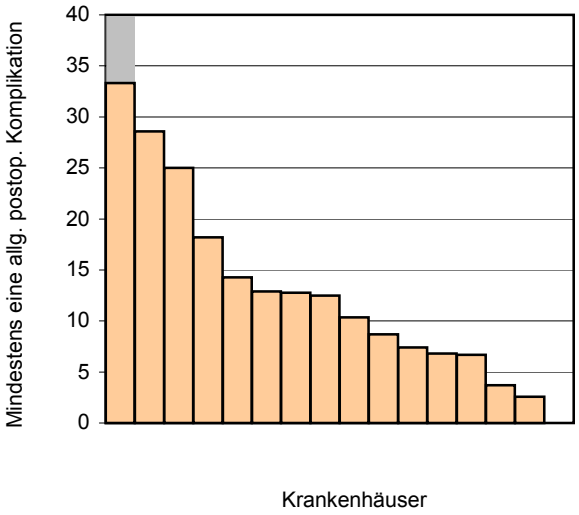


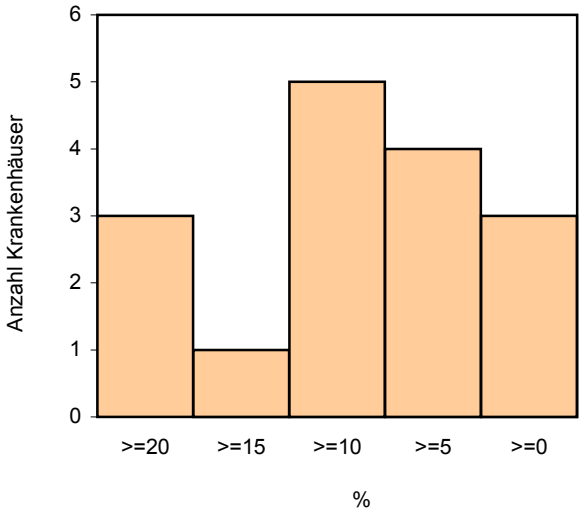
0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44893]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation

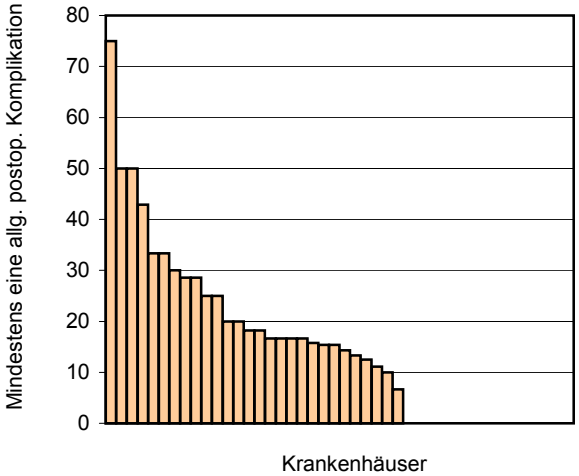
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%
Median der Krankenhausergebnisse: 11,4%





16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 75,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 14,8%



44 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine postoperative Komplikationen risikostratifiziert nach ASA

Qualitätsziel: Selten postoperative Komplikationen in Abhängigkeit von der Risikoklasse

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklassen ASA 1 oder 2
Gruppe 2: Alle Patienten der Risikoklassen ASA >= 3

	Krankenhaus 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2007	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	109 / 6.523 1,7%	184 / 2.073 8,9%
Pneumonie	13 / 6.523 0,2%	44 / 2.073 2,1%
Kardiovaskuläre Komplikationen	22 / 6.523 0,3%	84 / 2.073 4,1%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	3 / 6.523 0,0%	2 / 2.073 0,1%
Lungenembolie	4 / 6.523 0,1%	5 / 2.073 0,2%
Harnwegsinfekt	6 / 6.523 0,1%	12 / 2.073 0,6%
Sonstige	73 / 6.523 1,1%	99 / 2.073 4,8%

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 Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen
Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)

Kennzahl-ID: Gruppe 2: 2007/12n1-CHOL/44927

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 1,5% (Zielbereich)

Krankenhaus 2007

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

Gesamt 2007

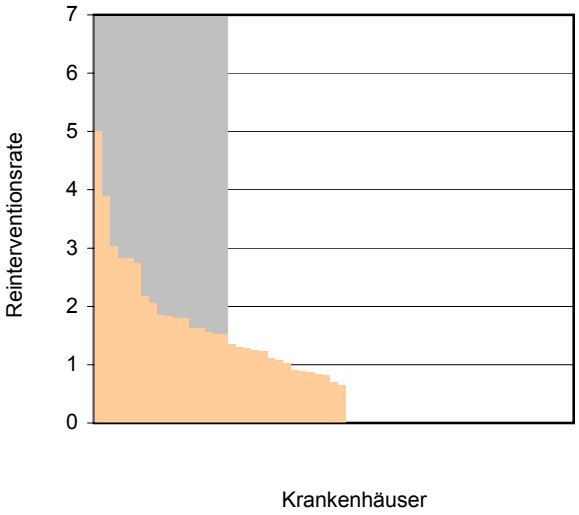
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	192 / 8.596	56 / 5.250	60 / 851
	2,2%	1,1%	7,1%
Vertrauensbereich		0,8% - 1,4%	
Referenzbereich		<= 1,5%	

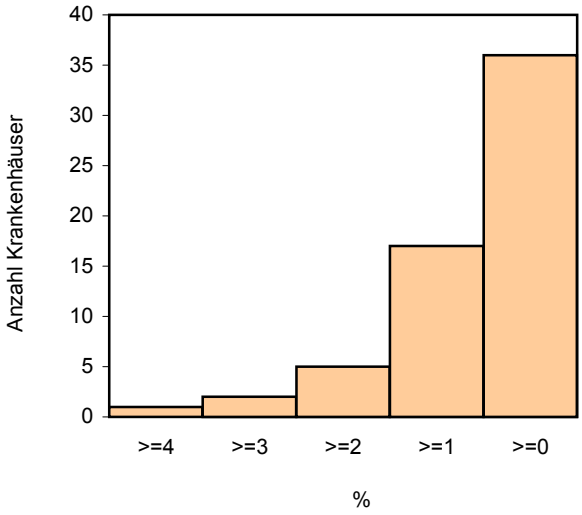
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich	242 / 8.681 2,8%	72 / 5.347 1,3% 1,1% - 1,7%	79 / 918 8,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44927]:
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen

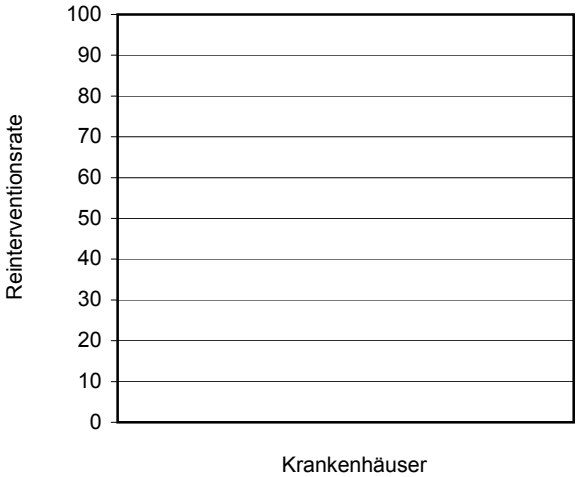
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,0%
Median der Krankenhausergebnisse: 0,7%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3
Gruppe 3: Patienten der Risikoklassen ASA 4/5

Kennzahl-ID: Gruppe 2: 2007/12n1-CHOL/44932

Referenzbereich: Gruppe 2: Sentinel Event[1]

	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		Sentinel Event[1]	

	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	55 / 8.596	32 / 8.481	23 / 115
	0,6%	0,4%	20,0%
Vertrauensbereich		0,3% - 0,5%	
Referenzbereich		Sentinel Event[1]	

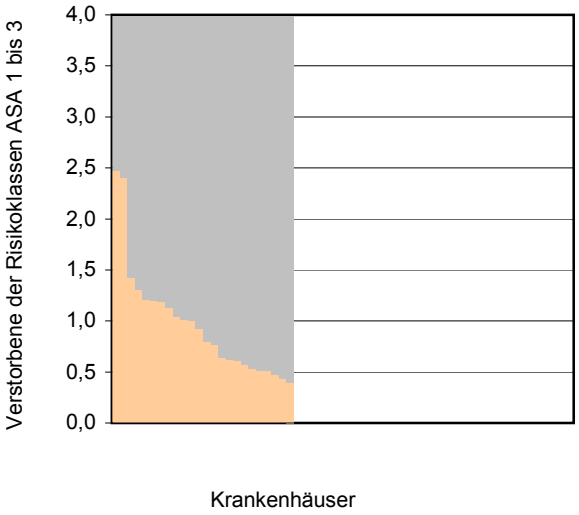
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

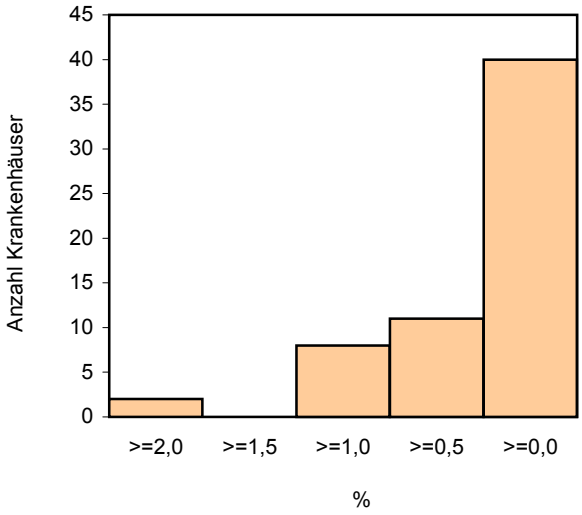
Vorjahresdaten	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	62 / 8.681	37 / 8.541	25 / 140
	0,7%	0,4%	17,9%
Vertrauensbereich		0,3% - 0,6%	

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2007/12n1-CHOL/44932]:
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3

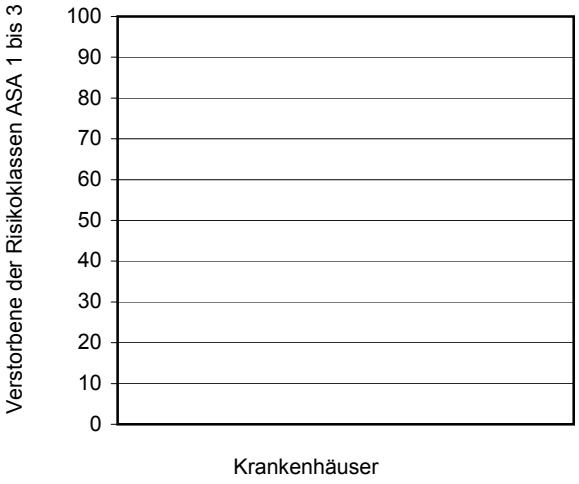
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 2,5%
Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%





61 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -
Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



0 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsziel: Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs

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

	Krankenhaus 2007	
	Gruppe 1[1]	Gruppe 2[1]
Verstorbene Patienten		

	Gesamt 2007	
	Gruppe 1[1]	Gruppe 2[1]
Verstorbene Patienten	16 / 7.730 0,2%	37 / 851 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 2007
Cholezystektomie

12/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 61
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.596
Datensatzversion: 12/1 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6330-L48335-P22649

Eine Auswertung der quant GmbH, Hamburg, im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.394	27,9	2.490	28,7
2. Quartal			2.118	24,6	2.209	25,4
3. Quartal			1.923	22,4	1.852	21,3
4. Quartal			2.161	25,1	2.130	24,5
Gesamt			8.596		8.681	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2007	Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		6.520		6.637	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,6*		*1,6*
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		6.188		6.258	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,5*		*1,5*
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		328		373	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*3,9*		*3,2*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.596		8.681	
Median			*5,0*		*5,0*
Mittelwert			*5,8*		*6,2*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.593		8.679	
Median			*6,0*		*6,0*
Mittelwert			*7,8*		*8,1*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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 2007

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				K80.10	3.451	40,1	K80.10	3.438	39,6
2				K80.20	2.386	27,8	K80.20	2.513	28,9
3				K80.00	1.924	22,4	K80.00	1.830	21,1
4				I10.00	1.312	15,3	I10.00	1.027	11,8
5				I10.90	704	8,2	I10.90	719	8,3
6				E66.0	660	7,7	E66.0	514	5,9
7				E11.90	527	6,1	E11.90	474	5,5
8				K66.0	429	5,0	K66.0	362	4,2

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2006 und ICD-10-GM 2007 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OP-Technik

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			8.596	100,0	8.681	100,0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			8.596	100,0	8.681	100,0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			851 / 8.596	9,9	918 / 8.681	10,6
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			7.730 / 8.596	89,9	7.747 / 8.681	89,2
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)			7.190 / 8.596	83,6	7.200 / 8.681	82,9
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			540 / 8.596	6,3	548 / 8.681	6,3
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)			15 / 8.596	0,2	16 / 8.681	0,2

OPS 2007[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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 2007

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-511.11	7.154	83,2	5-511.11	7.171	82,6
2				5-511.01	663	7,7	5-511.01	689	7,9
3				5-511.21	476	5,5	5-511.21	459	5,3
4				5-469.21	292	3,4	5-469.21	254	2,9
5				5-511.02	190	2,2	5-511.02	229	2,6

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2006 und OPS 2007 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.596 / 8.596		8.679 / 8.681	
< 20 Jahre			73 / 8.596	0,8	92 / 8.679	1,1
20 - 39 Jahre			1.122 / 8.596	13,1	1.076 / 8.679	12,4
40 - 59 Jahre			2.990 / 8.596	34,8	2.926 / 8.679	33,7
60 - 79 Jahre			3.789 / 8.596	44,1	3.893 / 8.679	44,9
>= 80 Jahre			622 / 8.596	7,2	692 / 8.679	8,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.596		8.679	
Median				*60,0*		*62,0*
Geschlecht						
männlich			2.851	33,2	2.807	32,3
weiblich			5.745	66,8	5.874	67,7
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.837	21,4	1.843	21,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.686	54,5	4.795	55,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.958	22,8	1.903	21,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			114	1,3	132	1,5
5: moribunder Patient			1	0,0	8	0,1

Anamnese

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken			5.420	63,1	5.509	63,5
Schmerzen im rechten Oberbauch			7.939	92,4	7.927	91,3
Cholestase			974	11,3	970	11,2

Diagnostik

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor			8.283 / 8.596	96,4	8.376 / 8.681	96,5
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			216 / 8.283	2,6	202 / 8.376	2,4
Sonographie			8.179 / 8.283	98,7	8.271 / 8.376	98,7
MRCP			186 / 8.283	2,2	249 / 8.376	3,0
CT			441 / 8.283	5,3	437 / 8.376	5,2
ERCP			662 / 8.283	8,0	716 / 8.376	8,5
Vorgehensweise:						
Steinextraktion[1]			453 / 662	68,4	443 / 716	61,9
Sonstige			87 / 8.283	1,1	106 / 8.376	1,3
Kein sicherer Gallensteinnachweis			313 / 8.596	3,6	305 / 8.681	3,5
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor			2.256 / 8.596	26,2	2.263 / 8.681	26,1
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund			2.099 / 2.256	93,0	2.066 / 2.263	91,3
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm³)			1.449 / 2.256	64,2	1.498 / 2.263	66,2
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			352 / 2.256	15,6	444 / 2.263	19,6
Sonographie			1.668 / 2.256	73,9	1.610 / 2.263	71,1
Keine akuten Entzündungszeichen			6.340 / 8.596	73,8	6.418 / 8.681	73,9
Extrahepatische Cholestase			583 / 8.596	6,8	608 / 8.681	7,0
Nachweis lag vor			571 / 583	97,9	590 / 608	97,0
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			15 / 571	2,6	22 / 590	3,7
Sonographie			314 / 571	55,0	341 / 590	57,8
ERCP			387 / 571	67,8	380 / 590	64,4
MRCP			70 / 571	12,3	103 / 590	17,5
CT			80 / 571	14,0	64 / 590	10,8
Sonstige			32 / 571	5,6	33 / 590	5,6
Keine Abklärung erfolgt			12 / 583	2,1	18 / 608	3,0
Keine extrahepatische Cholestase			8.013 / 8.596	93,2	8.073 / 8.681	93,0

[1] Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln von 2007 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2006 ab.

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden			133 / 8.596	1,5	188 / 8.681	2,2

Operation

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.524	99,2	8.616	99,3
Wundkontaminations-klassifikation						
(Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			3.387	39,4	3.624	41,7
bedingt aseptische Eingriffe			4.663	54,2	4.365	50,3
kontaminierte Eingriffe			412	4,8	580	6,7
septische Eingriffe			134	1,6	112	1,3
Intraoperative Gallen-gangsuntersuchung						
Anzahl der Patienten			622	7,2	839	9,7
Bluttransfusion						
(Erythrozytenkonzentrate)						
Patienten mit Bluttransfusion			159 / 8.596	1,8	170 / 8.681	2,0
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.596		8.681	
Median				*62,0*		*62,0*

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			8.238	95,8	8.283	95,4
Gallengangsstein(e)			207	2,4	230	2,6
davon						
Gallengangsstein(e) operativ in gleicher Sitzung entfernt			178 / 207	86,0	197 / 230	85,7
davon laparoskopisch durchgeführt (5-511.11, 5-511.12)			31 / 178	17,4	31 / 197	15,7
offen-chirurgisch durchgeführt oder umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.01, 5-511.02, 5-511.21, 5-511.22)			147 / 178	82,6	165 / 197	83,8
Gallengangsstein(e) belassen			29 / 207	14,0	33 / 230	14,3
davon laparoskopisch durchgeführt (5-511.11, 5-511.12)			25 / 29	86,2	26 / 33	78,8
offen-chirurgisch durchgeführt oder umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.01, 5-511.02, 5-511.21, 5-511.22)			4 / 29	13,8	7 / 33	21,2
Hydrops			1.093	12,7	1.100	12,7
akute Entzündung			2.471	28,7	2.429	28,0
Empyem			695	8,1	689	7,9
Gallenblasenperforation			272	3,2	246	2,8
Schrumpfgallenblase			356	4,1	360	4,1
Sonstiges			2.268	26,4	2.592	29,9

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			8.530	99,2	8.619	99,3
Befund erhoben: nein			66	0,8	62	0,7

Verlauf

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			322	3,7	384	4,4
davon						
Blutung			113	1,3	127	1,5
periphere Gallengangsverletzung			23	0,3	31	0,4
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			10	0,1	27	0,3
Residualstein im Gallengang			60	0,7	51	0,6
Sonstige			131	1,5	172	2,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			172	2,0	183	2,1
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			118	1,4	118	1,4
A2 (tiefe Infektion)			39	0,5	42	0,5
A3 (Räume/Organe)			15	0,2	23	0,3
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			293	3,4	408	4,7
Pneumonie			57	0,7	84	1,0
kardiovaskuläre Komplikation(en)			106	1,2	132	1,5
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			5	0,1	2	0,0
Lungenembolie			9	0,1	12	0,1
Harnwegsinfekt			18	0,2	29	0,3
Sonstige			172	2,0	237	2,7
Reintervention wegen Komplikation(en)						
Anzahl der Patienten			192 / 8.596	2,2	242 / 8.681	2,8

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2007 Anzahl	%	Gesamt 2007 Anzahl	%	Gesamt 2006 Anzahl	%
01: regulär beendet			8.036	93,5	8.177	94,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			365	4,2	311	3,6
03: aus sonstigen Gründen			5	0,1	5	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			30	0,3	21	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			24	0,3	23	0,3
07: Tod			55	0,6	62	0,7
08: Verlegung nach §14			4	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			34	0,4	26	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			27	0,3	29	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			8	0,1	12	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	3	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	2	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			1	0,0	2	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			2	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			2	0,0	2	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	6	0,1

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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. 2.4) 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).

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".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.
Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:
Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:
Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.
Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

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 <= 15% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15% gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind **(Perzentil-Referenzbereich)**
Beispiel: Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2007.

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.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,5%
5 von 200 = 2,5% <= 2,5% (unauffällig)
5 von 195 = 2,6% (gerundet) > 2,5% (auffällig)

Hinweis:
Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von <= 2,5%
ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von 2,54777070% (gerundet 2,5%).
Diese ist größer als 2,5% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 6%
ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von 5,97014925% (gerundet 6,0%).
Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2007 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2006 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 2007. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2006 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2007 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.

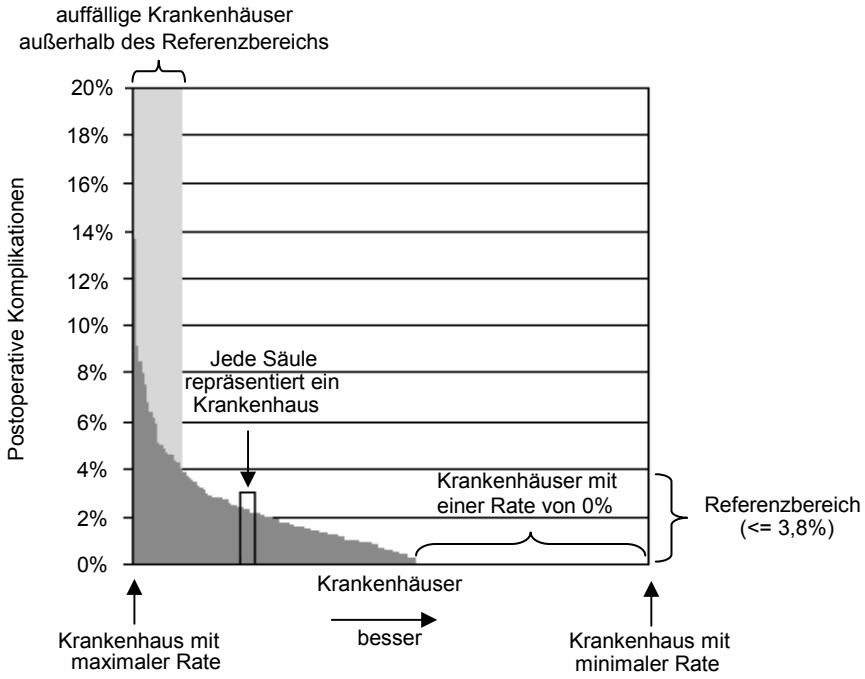
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

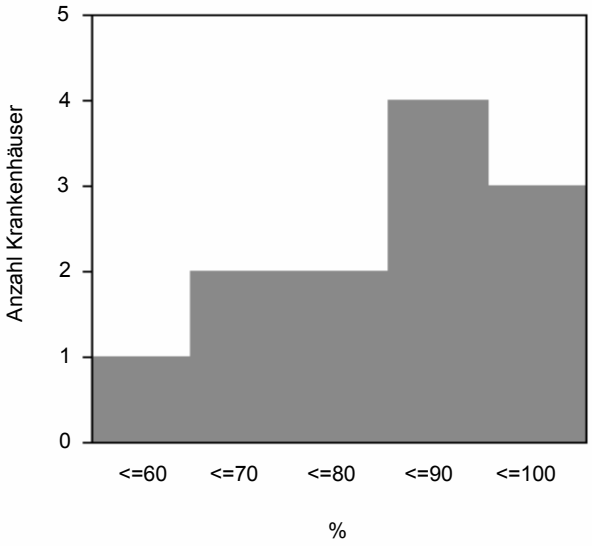
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In 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 2007/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2007.
Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) 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.

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund
Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund 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 Bund.

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.