

Jahresauswertung 2014 Cholezystektomie

12/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.303
Datensatzversion: 12/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15338-L97066-P46670

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2014 Cholezystektomie

12/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.303
Datensatzversion: 12/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15338-L97066-P46670

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 1: Eingriffsspezifische Komplikationen							
1a: 2014/12n1-CHOL/220							
Verschluss oder Durchtrennung des DHC			6,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	13,00 Fälle	5
1b: 2014/12n1-CHOL/50786							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des DHC			0,62	nicht definiert	-	1,31	7
1c: 2014/12n1-CHOL/613							
Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation			2,40%	<= 5,62%	innerhalb	2,86%	9
QI 2: Allgemeine postoperative Komplikationen							
2a: 2014/12n1-CHOL/224							
Allgemeine postoperative Komplikationen			3,17%	<= 6,58%	innerhalb	3,74%	12
2b: 2014/12n1-CHOL/225							
nach laparoskopisch begonnener Operation			2,10%	<= 5,26%	innerhalb	2,35%	12
2c: 2014/12n1-CHOL/226							
nach offen-chirurgischer Operation			16,81%	<= 35,27%	innerhalb	20,36%	12

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
QI 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen							
3a: 2014/12n1-CHOL/51169							
Reintervention aufgrund von Komplikationen			3,11%	nicht definiert	-	3,14%	19
3b: 2014/12n1-CHOL/50791							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen			1,27	<= 2,35	innerhalb	1,29	21
3c: 2014/12n1-CHOL/227							
nach laparoskopischer Operation			1,45%	nicht definiert	-	1,75%	23
QI 4: Sterblichkeit im Krankenhaus							
4a: 2014/12n1-CHOL/51392							
Sterblichkeit im Krankenhaus			0,79%	nicht definiert	-	0,97%	26
4b: 2014/12n1-CHOL/51391							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,96	<= 3,24	innerhalb	1,26	29
4c: 2014/12n1-CHOL/50824							
bei geringem Sterblichkeitsrisiko			13,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	13,00 Fälle	31

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Qualitätsindikatorengruppe 1: Eingriffsspezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen, z. T. in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1a): 2014/12n1-CHOL/220

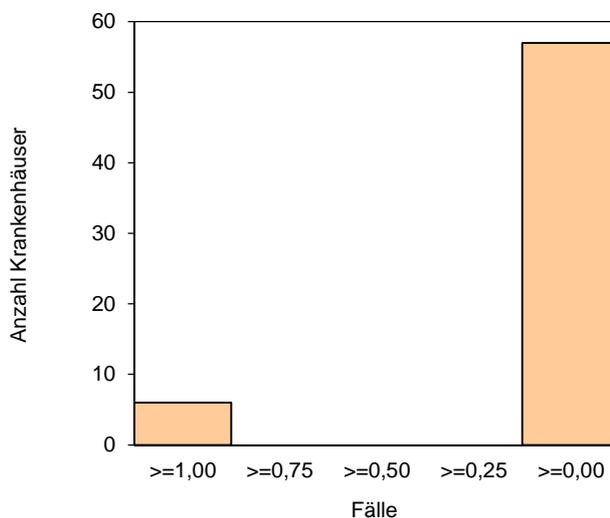
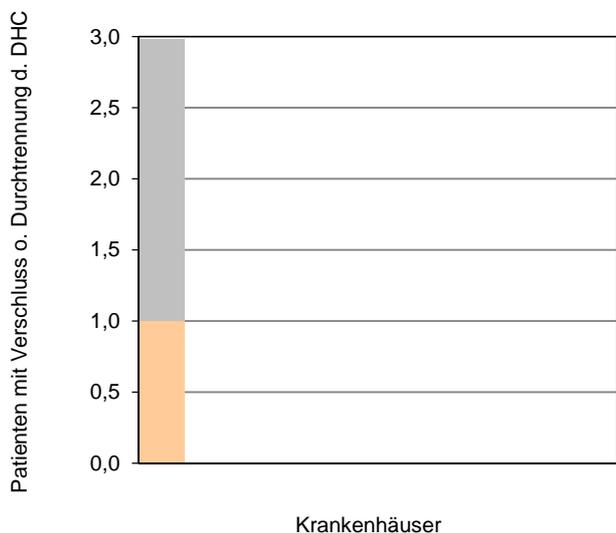
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, sonstige Komplikationen			229 / 8.303	2,76%
Blutung			78 / 8.303	0,94%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			26 / 8.303	0,31%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus Referenzbereich		Sentinel Event	6 / 8.303	6,00 Fälle Sentinel Event
Sonstige			128 / 8.303	1,54%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			13 / 8.172	13,00 Fälle

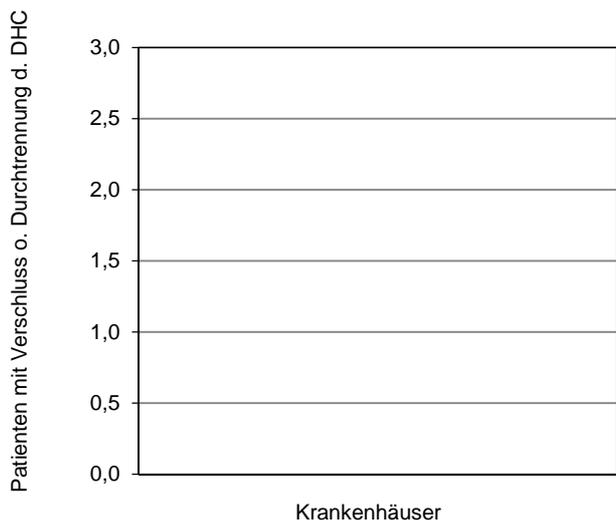
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/220]:
 Anzahl Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC von allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1b): 2014/12n1-CHOL/50786

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		6 / 8.303 0,07%
vorhergesagt (E) ¹		9,67 / 8.303 0,12%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score für QI-ID 50786.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,62
Vertrauensbereich		0,28 - 1,35
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus zu den erwarteten Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus ist 10% kleiner als erwartet.

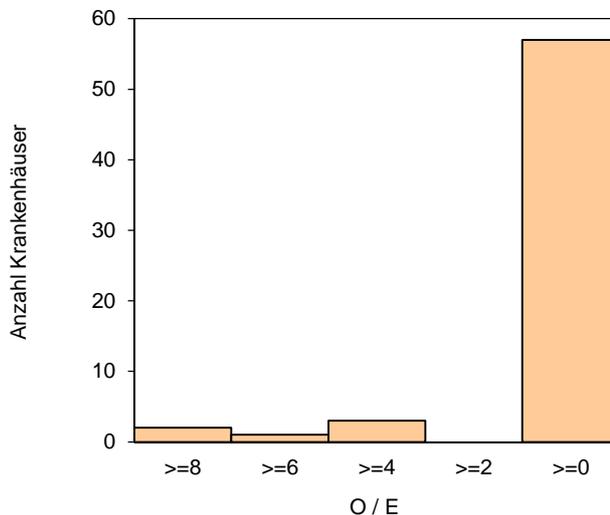
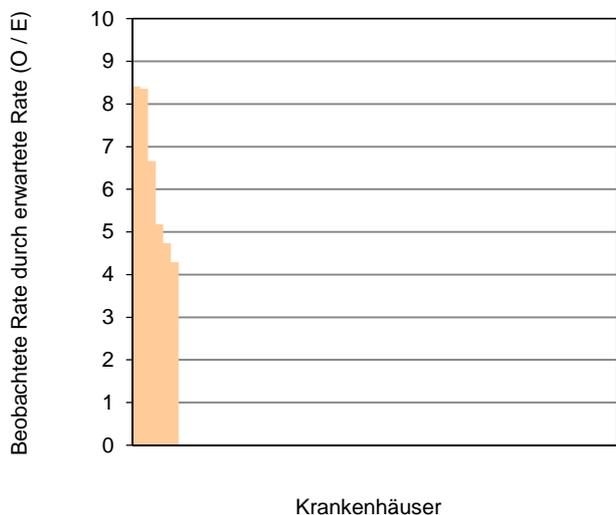
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		13 / 8.172 0,16%
vorhergesagt (E)		9,92 / 8.172 0,12%
O - E		0,04%
O / E		1,31
Vertrauensbereich		0,77 - 2,24

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/50786]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

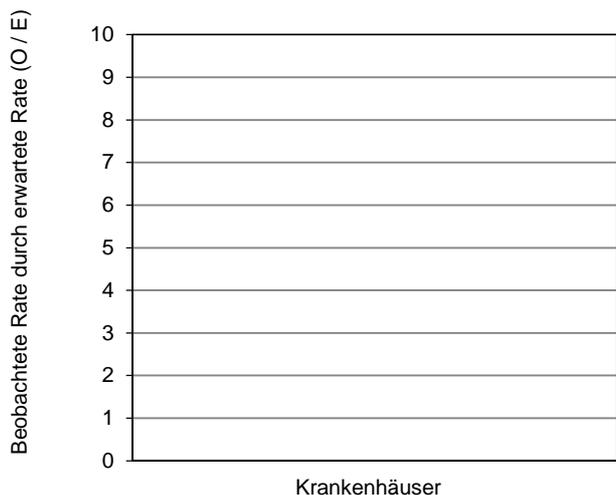
63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,18	8,41

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation

Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation¹
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)

Indikator-ID: (QI 1c): 2014/12n1-CHOL/613

Referenzbereich: <= 5,62% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, Zystikusstumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			185 / 7.708	2,40%
Vertrauensbereich				2,08% - 2,77%
Referenzbereich		<= 5,62%		<= 5,62%
Blutung			68 / 7.708	0,88%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			4 / 7.708	0,05%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			22 / 7.708	0,29%
Zystikusstumpfinsuffizienz			24 / 7.708	0,31%
Sonstige			76 / 7.708	0,99%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, Zystikusstumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			216 / 7.540	2,86%
Vertrauensbereich				2,51% - 3,27%

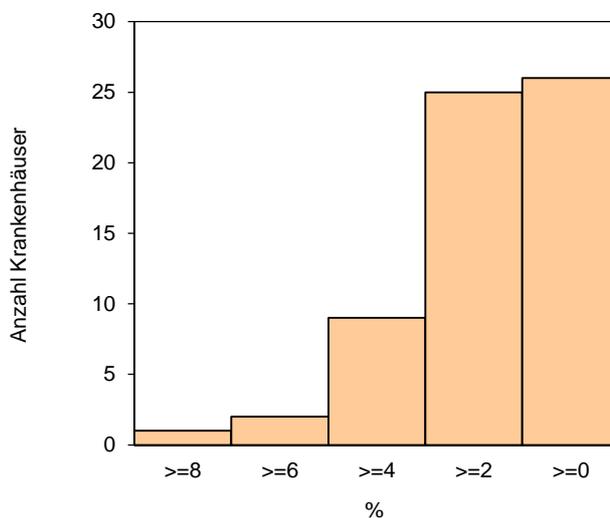
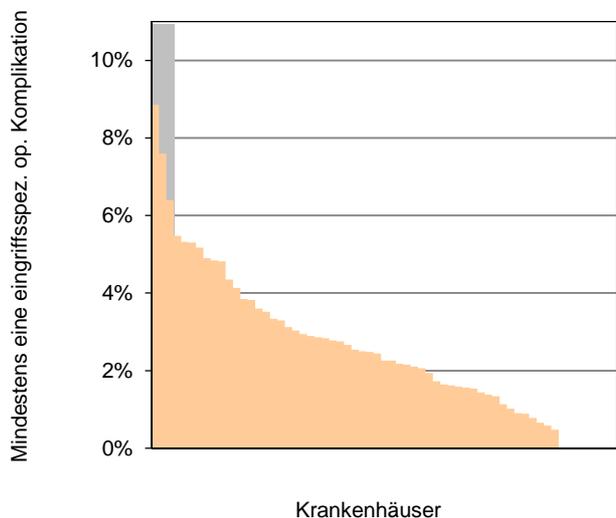
¹ Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodens gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/613]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

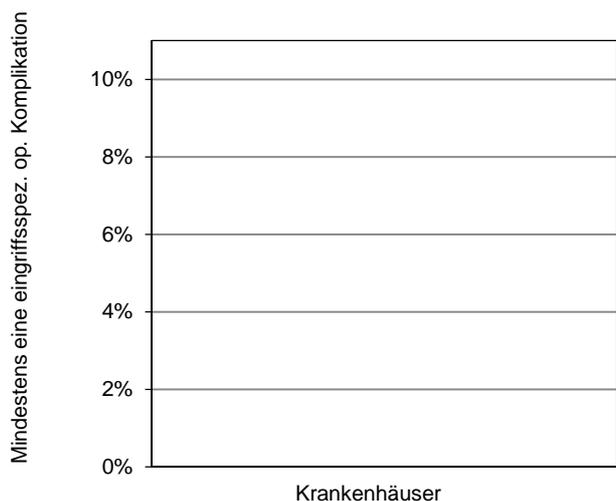
63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,14	2,26	3,52	5,17	5,48	8,86

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Behandlungsbedürftige Komplikationen nach offen-chirurgisch begonnener Operation

Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation¹
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, Zystikusstumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			69 / 583	11,84%
Blutung			9 / 583	1,54%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			2 / 583	0,34%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			4 / 583	0,69%
Zystikusstumpfinsuffizienz			9 / 583	1,54%
Sonstige			49 / 583	8,40%

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).

Qualitätsindikatorengruppe 2: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative 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)
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 2a):	2014/12n1-CHOL/224
	Gruppe 2 (QI 2b):	2014/12n1-CHOL/225
	Gruppe 3 (QI 2c):	2014/12n1-CHOL/226
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 6,58% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 5,26% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 35,27% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 6,58%	<= 5,26%	<= 35,27%
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 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen	263 / 8.303 3,17%	162 / 7.708 2,10%	98 / 583 16,81%
Vertrauensbereich	2,81% - 3,57%	1,80% - 2,45%	13,99% - 20,06%
Referenzbereich	<= 6,58%	<= 5,26%	<= 35,27%
Pneumonie	44 / 8.303 0,53%	24 / 7.708 0,31%	20 / 583 3,43%
Kardiovaskuläre Komplikationen	83 / 8.303 1,00%	44 / 7.708 0,57%	39 / 583 6,69%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 / 8.303 0,01%	0 / 7.708 0,00%	1 / 583 0,17%
Lungenembolie	4 / 8.303 0,05%	1 / 7.708 0,01%	3 / 583 0,51%
Harnwegsinfekt	13 / 8.303 0,16%	9 / 7.708 0,12%	4 / 583 0,69%
Sonstige	162 / 8.303 1,95%	97 / 7.708 1,26%	62 / 583 10,63%

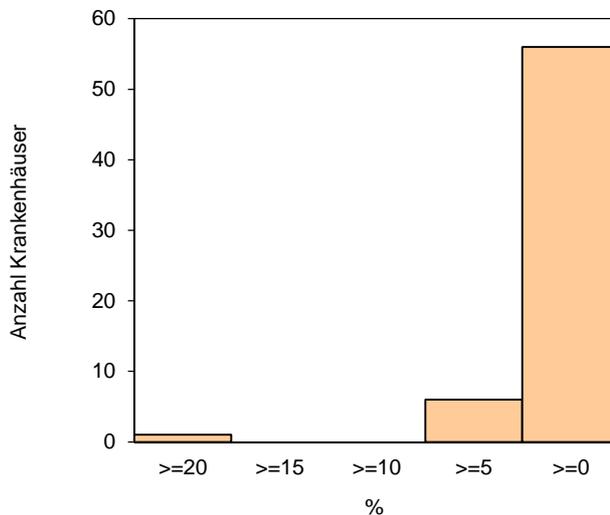
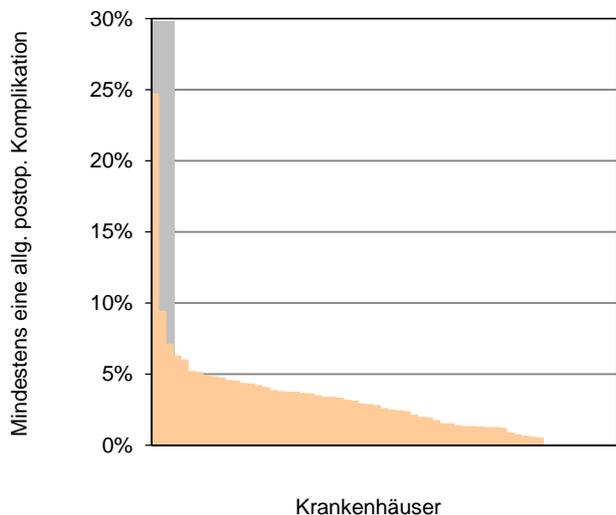
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen	306 / 8.172 3,74%	177 / 7.540 2,35%	126 / 619 20,36%
Vertrauensbereich	3,35% - 4,18%	2,03% - 2,71%	17,37% - 23,71%

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).

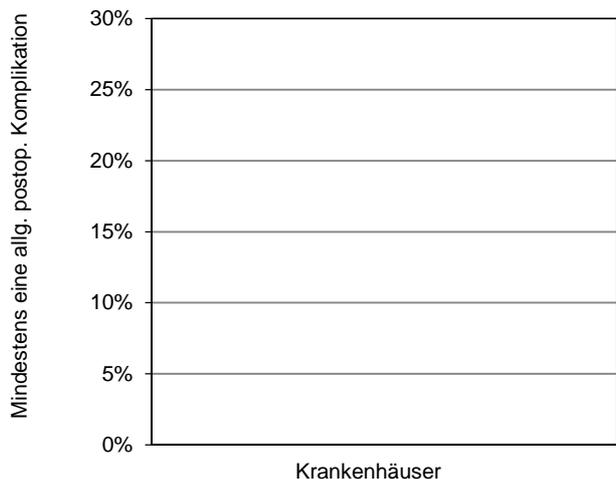
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/224]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,22	2,60	4,11	5,16	6,32	24,76

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

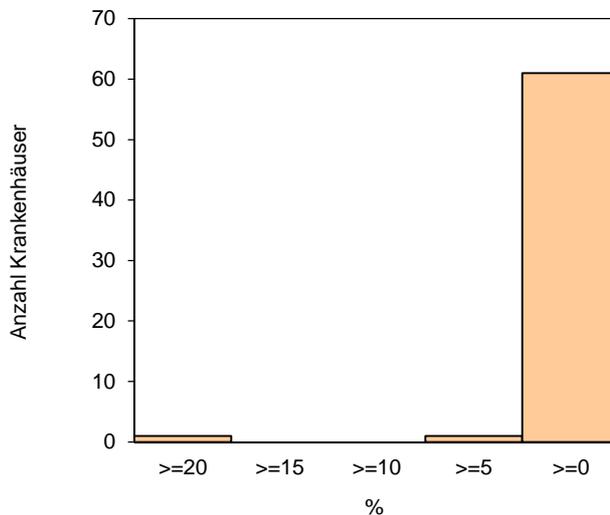
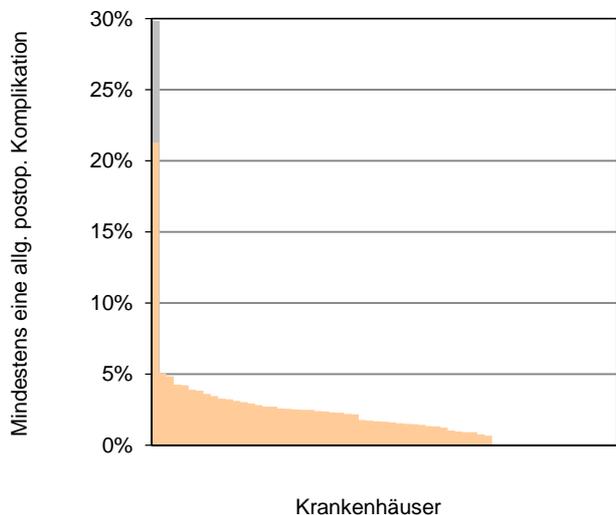


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

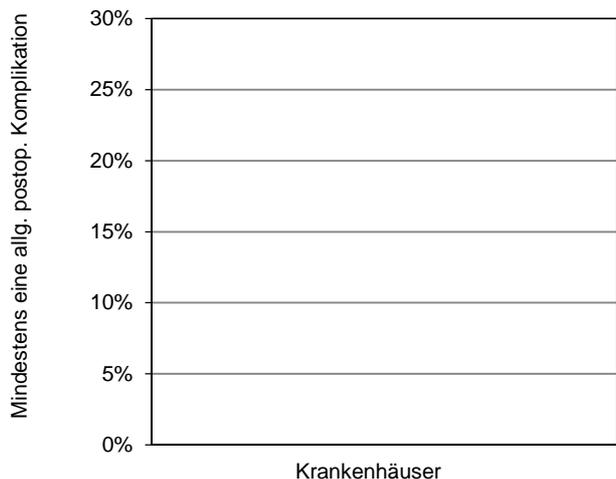
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/225]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch
 begonnener Operation**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,65	2,71	3,82	4,26	21,28

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

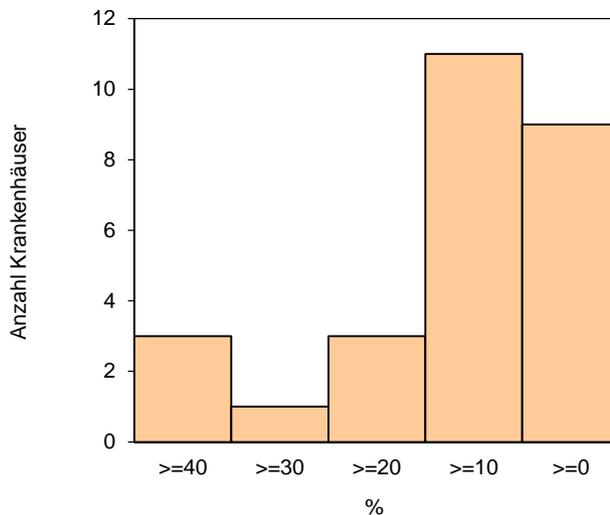
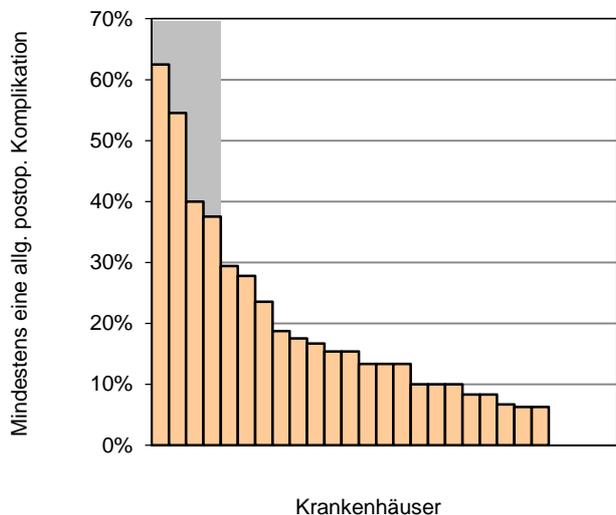
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/226]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

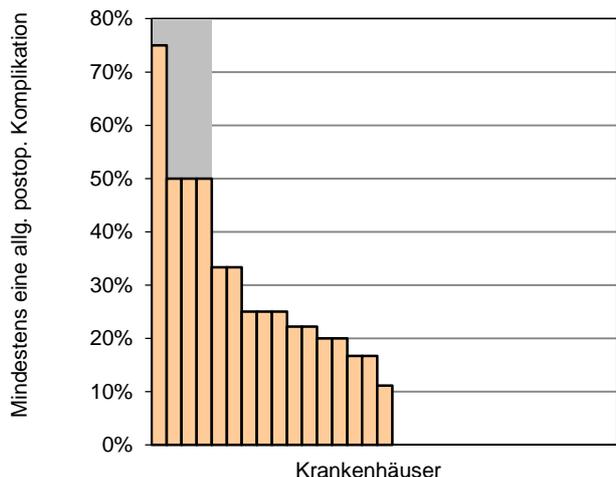
27 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	6,67	13,33	23,53	40,00	54,55	62,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

31 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	25,00	50,00	50,00	75,00

6 Krankenhäuser haben 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 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	74 / 6.245 1,18%	189 / 2.058 9,18%
Pneumonie	11 / 6.245 0,18%	33 / 2.058 1,60%
Kardiovaskuläre Komplikationen	12 / 6.245 0,19%	71 / 2.058 3,45%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 6.245 0,00%	1 / 2.058 0,05%
Lungenembolie	1 / 6.245 0,02%	3 / 2.058 0,15%
Harnwegsinfekt	3 / 6.245 0,05%	10 / 2.058 0,49%
Sonstige	52 / 6.245 0,83%	110 / 2.058 5,34%

Qualitätsindikatorengruppe 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Geringe Reinterventionsrate, z. T. in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Reintervention aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/12n1-CHOL/51169

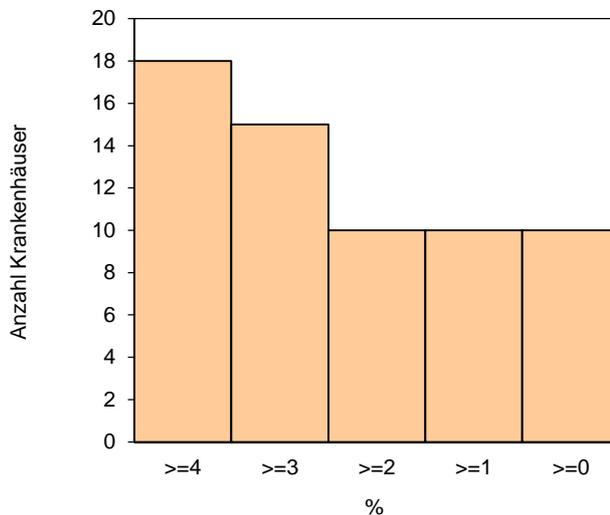
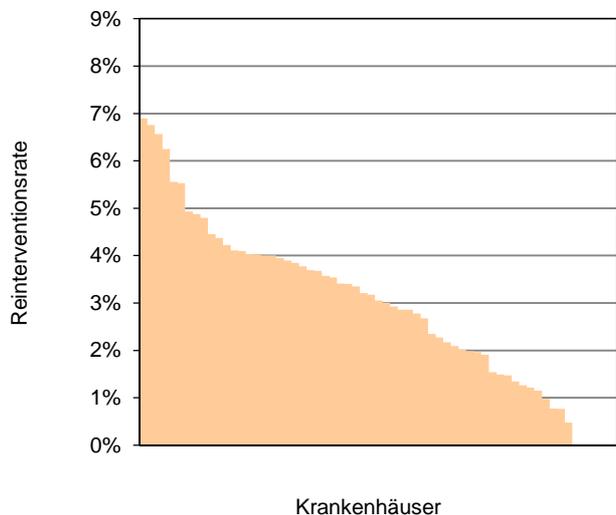
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			258 / 8.303	3,11%
Vertrauensbereich				2,76% - 3,50%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			257 / 8.172	3,14%
Vertrauensbereich				2,79% - 3,55%

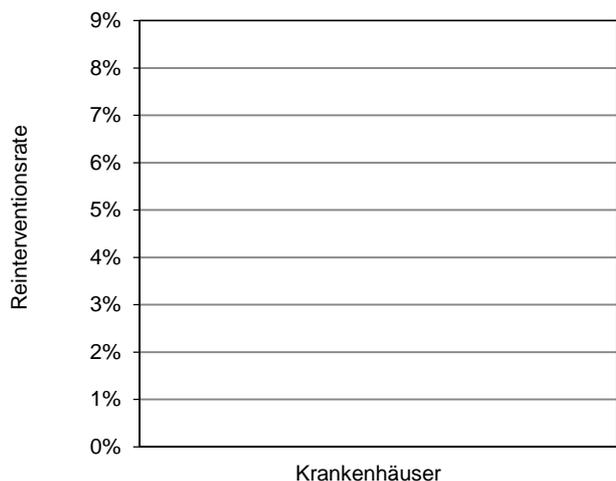
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/51169]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,47	1,49	3,06	4,02	4,93	6,25	6,90

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 3b): 2014/12n1-CHOL/50791
Referenzbereich: <= 2,35 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		258 / 8.303 3,11%
vorhergesagt (E) ¹		203,17 / 8.303 2,45%
O - E		0,66%

¹ Erwartete Rate an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score für QI-ID 50791.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,27
Vertrauensbereich		1,13 - 1,43
Referenzbereich	<= 2,35	<= 2,35

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

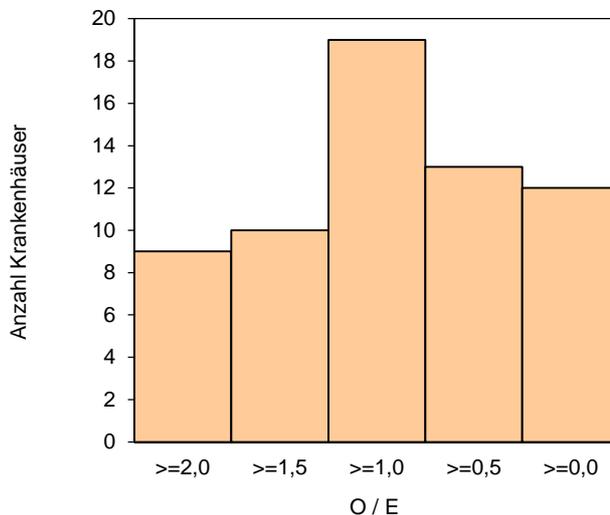
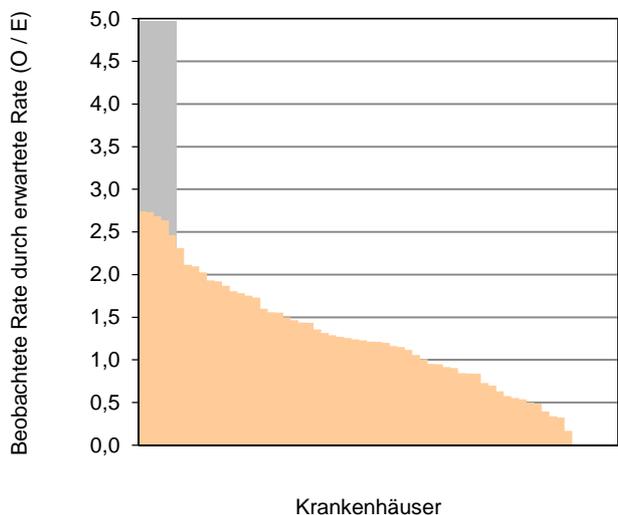
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		257 / 8.172 3,14%
vorhergesagt (E)		199,91 / 8.172 2,45%
O - E		0,70%
O / E		1,29
Vertrauensbereich		1,14 - 1,45

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/50791]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

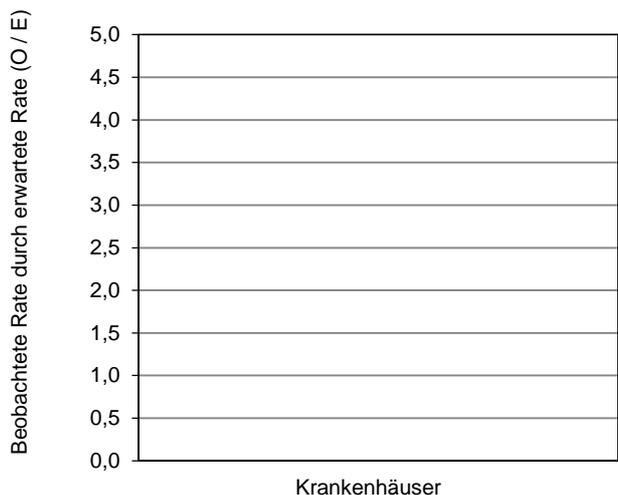
63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,17	0,63	1,21	1,73	2,11	2,64	2,74

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen, Empyem und Gallenblasenperforation mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12)

Indikator-ID: (QI 3c): 2014/12n1-CHOL/227

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			73 / 5.036	1,45%
Vertrauensbereich				1,15% - 1,82%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

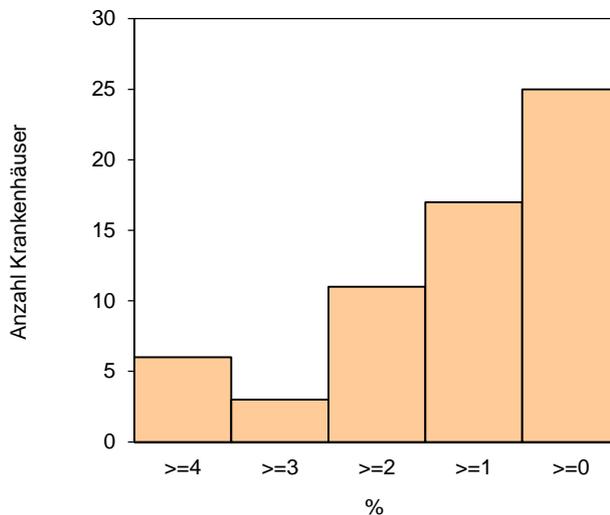
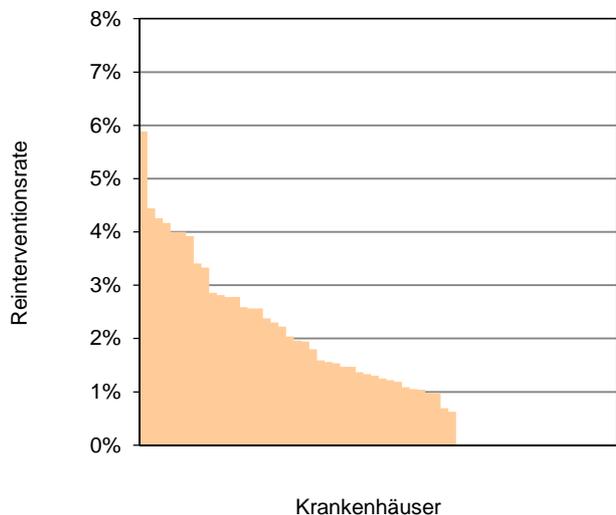
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			88 / 5.037	1,75%
Vertrauensbereich				1,42% - 2,15%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3c, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/227]:

Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen an Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen, Empyem und Gallenblasenperforation mit laparoskopisch durchgeführter Operation

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

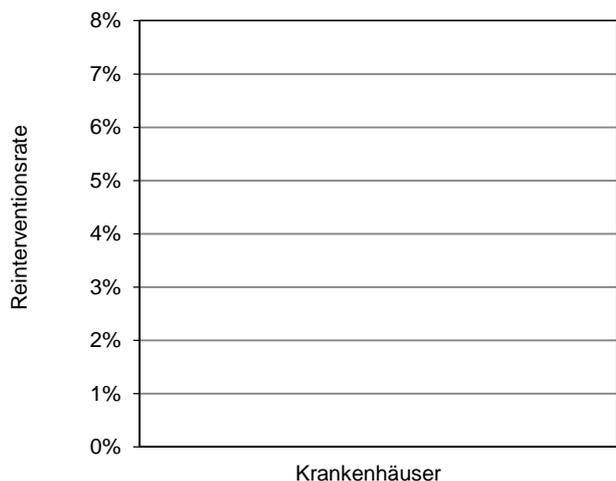
62 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	2,56	3,92	4,17	5,88

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Reintervention aufgrund von Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation

Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			73 / 583	12,52%

Qualitätsindikatorengruppe 4: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2014/12n1-CHOL/51392

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich	nicht definiert		
Referenzbereich	nicht definiert		

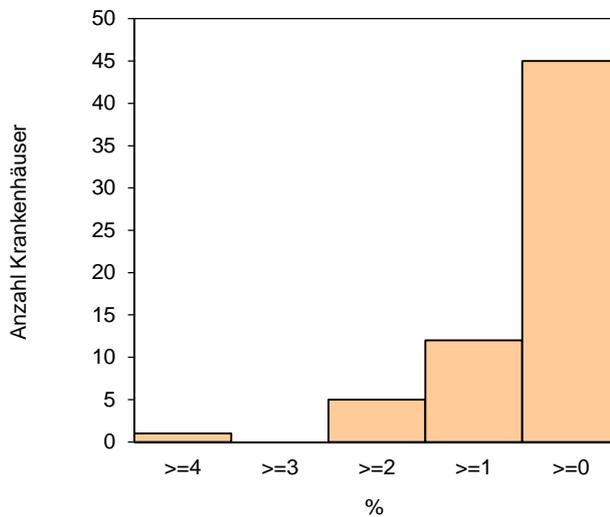
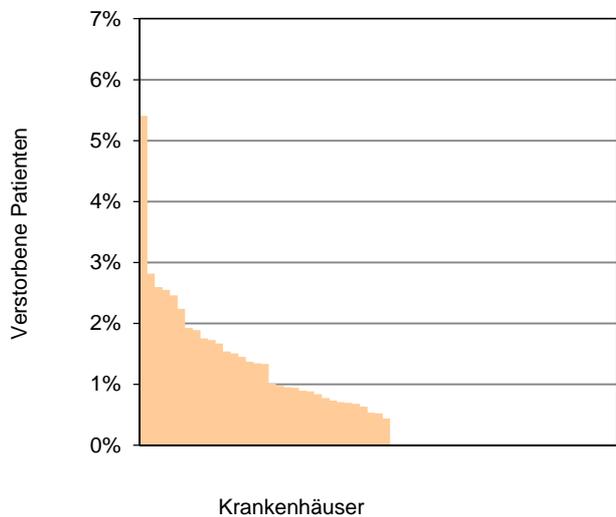
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	66 / 8.303 0,79%	34 / 8.164 0,42%	32 / 139 23,02%
Vertrauensbereich	0,63% - 1,01%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich	0,78% - 1,20%		

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	79 / 8.172 0,97%	39 / 8.046 0,48%	40 / 126 31,75%
Vertrauensbereich	0,78% - 1,20%		

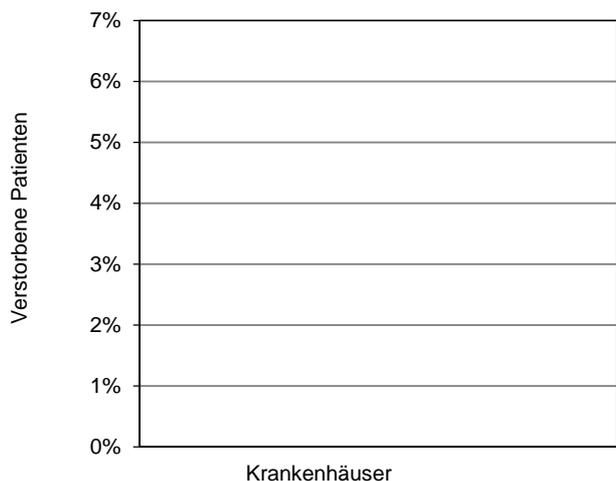
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/51392]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	1,35	1,92	2,55	5,41

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus nach 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 2014	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten		
	Gesamt 2014	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	21 / 7.708 0,27%	45 / 583 7,72%

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).

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 4b): 2014/12n1-CHOL/51391

Referenzbereich: <= 3,24 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		66 / 8.303 0,79%
vorhergesagt (E) ¹		68,73 / 8.303 0,83%
O - E		-0,03%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score für QI-ID 51391.

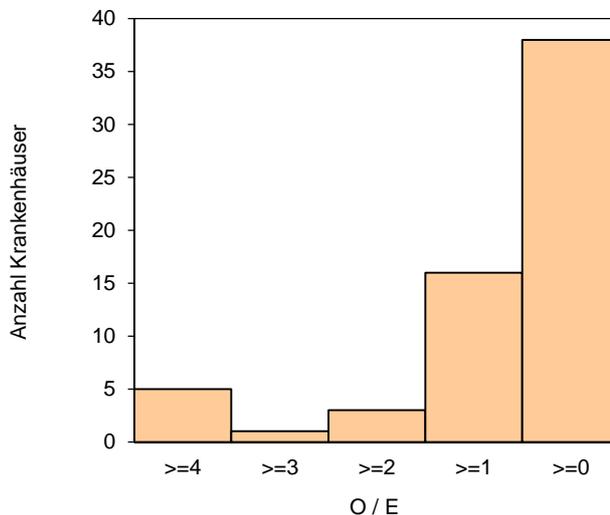
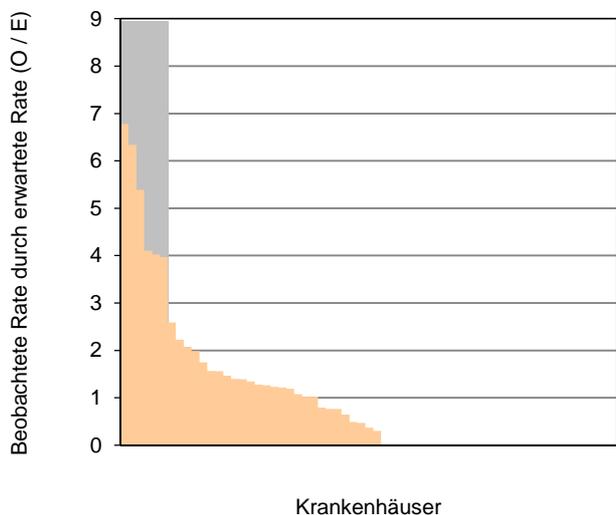
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,96
Vertrauensbereich		0,76 - 1,22
Referenzbereich	<= 3,24	<= 3,24

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		79 / 8.172 0,97%
vorhergesagt (E)		62,88 / 8.172 0,77%
O - E		0,20%
O / E		1,26
Vertrauensbereich		1,01 - 1,56

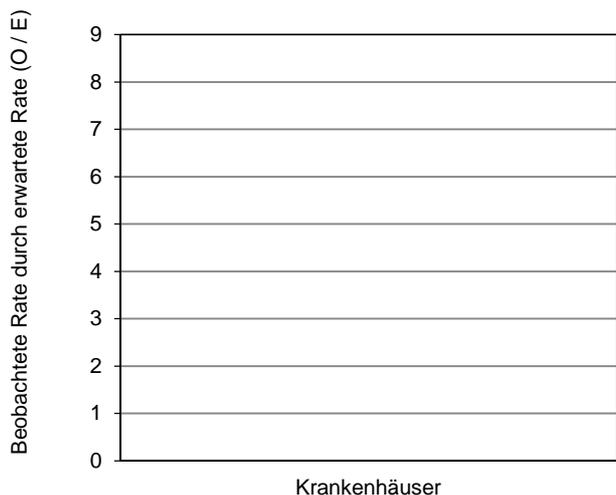
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/51391]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	1,39	2,59	4,10	6,78

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 4c): 2014/12n1-CHOL/50824
Referenzbereich¹: Sentinel Event

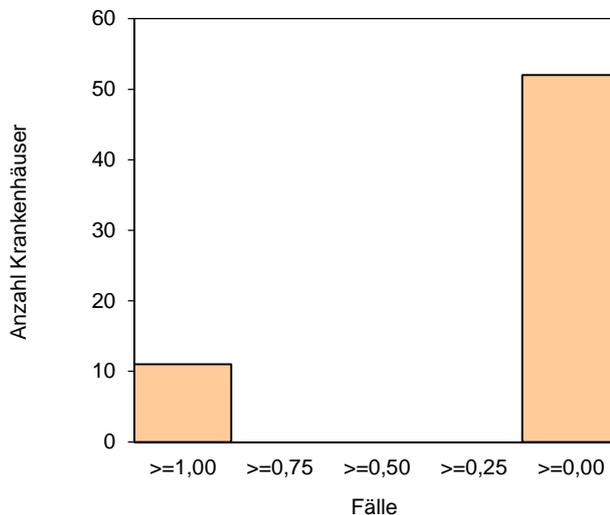
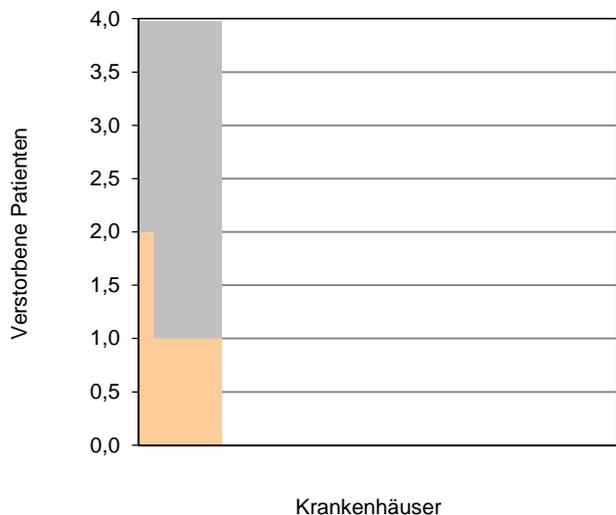
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 2,00) Referenzbereich		13,00 Fälle Sentinel Event	13 / 8.303	13,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 2,00)		13,00 Fälle	13 / 8.172	13,00 Fälle

¹ Der Indikator erfasst die Patienten, die trotz eines geringen Erwartungswerts im Krankenhaus verstorben sind.
 In den Strukturierten Dialog soll daher jeder Fall eingehen, dessen Erwartungswert sich innerhalb des 10. Perzentils befindet (Sentinel Event).

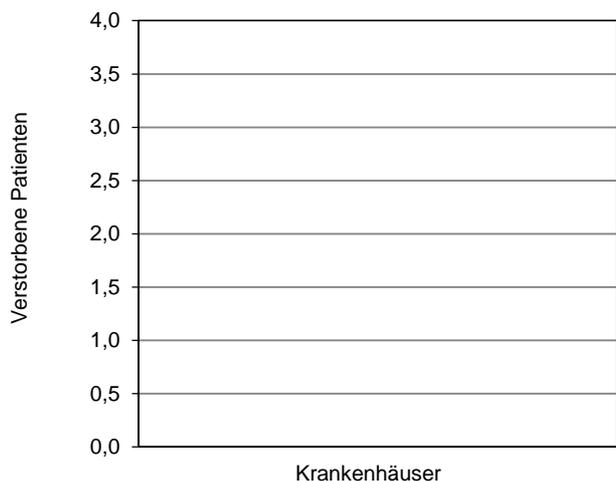
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2014/12n1-CHOL/50824]:
Anzahl verstorbenen Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 2,00), von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 63 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	2,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Cholezystektomie

12/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.303
Datensatzversion: 12/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15338-L97066-P46670

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.327	28,03	2.239	27,40
2. Quartal			2.155	25,95	2.142	26,21
3. Quartal			1.864	22,45	1.826	22,34
4. Quartal			1.957	23,57	1.965	24,05
Gesamt			8.303		8.172	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.302		8.172	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,90		1,94
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		6.244		6.161	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,55		1,53
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		6.097		5.979	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,51		1,46
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		143		178	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			2,88		3,76
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.303		8.172	
Median			4,00		4,00
Mittelwert			5,07		5,27
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		8.302		8.172	
Median			5,00		5,00
Mittelwert			6,97		7,21

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
4	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
5	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
7	U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
8	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				K80.10	3.832	46,15	K80.10	3.892	47,63
2				I10.00	2.377	28,63	I10.00	2.331	28,52
3				K80.00	2.145	25,83	K80.00	1.911	23,38
4				K80.20	1.823	21,96	K80.20	1.786	21,86
5				E11.90	844	10,17	E11.90	821	10,05
6				K66.0	686	8,26	K66.0	739	9,04
7				U50.00	536	6,46	I10.90	461	5,64
8				I10.90	442	5,32	K81.0	387	4,74

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 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)

OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
2	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch
3	5-511.01	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
4	5-511.21	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-511.11	7.312	88,06	5-511.11	7.119	87,11
2				5-469.21	523	6,30	5-469.21	578	7,07
3				5-511.01	481	5,79	5-511.01	502	6,14
4				5-511.21	323	3,89	5-511.21	345	4,22
5				1-632	223	2,69	1-632	172	2,10

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.303 / 8.303		8.172 / 8.172	
< 20 Jahre			68 / 8.303	0,82	79 / 8.172	0,97
20 - 29 Jahre			468 / 8.303	5,64	462 / 8.172	5,65
30 - 39 Jahre			766 / 8.303	9,23	742 / 8.172	9,08
40 - 49 Jahre			1.119 / 8.303	13,48	1.073 / 8.172	13,13
50 - 59 Jahre			1.651 / 8.303	19,88	1.598 / 8.172	19,55
60 - 69 Jahre			1.692 / 8.303	20,38	1.697 / 8.172	20,77
70 - 79 Jahre			1.848 / 8.303	22,26	1.849 / 8.172	22,63
>= 80 Jahre			691 / 8.303	8,32	672 / 8.172	8,22
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.303		8.172	
Median				60,00		60,00
Mittelwert				58,28		58,35
Geschlecht						
männlich			3.141	37,83	3.034	37,13
weiblich			5.162	62,17	5.138	62,87
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.634	19,68	1.581	19,35
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			4.611	55,53	4.580	56,05
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.919	23,11	1.885	23,07
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			129	1,55	118	1,44
5: moribunder Patient			10	0,12	8	0,10

Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Cholestase			622	7,49	694	8,49

Diagnostik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor wenn ja, Abklärung durch:			7.972 / 8.303	96,01	7.826 / 8.172	95,77
Röntgen			22 / 7.972	0,28	24 / 7.826	0,31
Sonographie			7.839 / 7.972	98,33	7.677 / 7.826	98,10
MRCP			183 / 7.972	2,30	198 / 7.826	2,53
CT			612 / 7.972	7,68	551 / 7.826	7,04
ERCP			557 / 7.972	6,99	646 / 7.826	8,25
Vorgehensweise:						
Steinextraktion			448 / 557	80,43	501 / 646	77,55
sonstige			71 / 7.972	0,89	112 / 7.826	1,43
Kein sicherer Gallensteinnachweis			331 / 8.303	3,99	346 / 8.172	4,23
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor wenn ja, Nachweis durch:			2.490 / 8.303	29,99	2.335 / 8.172	28,57
Klinischen Befund			2.339 / 2.490	93,94	2.194 / 2.335	93,96
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm ³)			1.610 / 2.490	64,66	1.548 / 2.335	66,30
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			324 / 2.490	13,01	314 / 2.335	13,45
Sonographie			1.952 / 2.490	78,39	1.827 / 2.335	78,24
Keine akuten Entzündungszeichen			5.813 / 8.303	70,01	5.837 / 8.172	71,43
Extrahepatische Cholestase						
Nachweis lag vor wenn ja, Abklärung durch:			401 / 8.303	4,83	428 / 8.172	5,24
Röntgen			387 / 401	96,51	414 / 428	96,73
Sonographie			10 / 387	2,58	2 / 414	0,48
ERCP			206 / 387	53,23	226 / 414	54,59
MRCP			243 / 387	62,79	261 / 414	63,04
CT			49 / 387	12,66	55 / 414	13,29
sonstige			72 / 387	18,60	63 / 414	15,22
Keine Abklärung erfolgt			27 / 387	6,98	16 / 414	3,86
Keine extrahepatische Cholestase			14 / 401	3,49	14 / 428	3,27
			7.902 / 8.303	95,17	7.744 / 8.172	94,76

OP-Technik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			8.303	100,00	8.172	100,00
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			8.303	100,00	8.172	100,00
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			583 / 8.303	7,02	619 / 8.172	7,57
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			7.708 / 8.303	92,83	7.540 / 8.172	92,27
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)			7.333 / 8.303	88,32	7.145 / 8.172	87,43
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			376 / 8.303	4,53	395 / 8.172	4,83
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)			12 / 8.303	0,14	13 / 8.172	0,16
Operationstechnik nach NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery) Anzahl der Patienten			53	0,64	67	0,82
angewandte Operationstechnik bei NOTES/NOS						
transgastral			0 / 53	0,00	0 / 67	0,00
transvaginal			0 / 53	0,00	2 / 67	2,99
sonstige			53 / 53	100,00	65 / 67	97,01

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten			8.227	99,08	8.104	99,17
Intraoperative Gallen- gangsuntersuchung Anzahl der Patienten			314	3,78	370	4,53
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.303		8.172	
Median				64,0		65,0
Mittelwert				71,4		72,2

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			7.915	95,33	7.804	95,50
Gallengangsstein(e)			121	1,46	118	1,44
davon						
Gallengangsstein(e)						
operativ in gleicher						
Sitzung entfernt			93 / 121	76,86	94 / 118	79,66
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			14 / 93	15,05	13 / 94	13,83
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch			78 / 93	83,87	78 / 94	82,98
(5-511.01, 5-511.02,						
5-511.21, 5-511.22)						
Gallengangsstein(e)						
belassen			28 / 121	23,14	24 / 118	20,34
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			20 / 28	71,43	19 / 24	79,17
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch			8 / 28	28,57	5 / 24	20,83
(5-511.01, 5-511.02,						
5-511.21, 5-511.22)						
Hydrops			1.181	14,22	1.201	14,70
akute Entzündung			2.622	31,58	2.515	30,78
Empyem			763	9,19	758	9,28
Gallenblasenperforation			370	4,46	345	4,22
Schrumpfgallenblase			261	3,14	289	3,54
sonstiges			2.001	24,10	2.183	26,71

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			8.257	99,45	8.129	99,47
Befund erhoben: nein			46	0,55	43	0,53

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			302	3,64	329	4,03
Blutung			78	0,94	83	1,02
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			6	0,07	13	0,16
sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			26	0,31	23	0,28
Zystikusstumpfsuffizienz			33	0,40	45	0,55
Residualstein im Gallengang			52	0,63	48	0,59
sonstige			128	1,54	135	1,65
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			263	3,17	306	3,74
Pneumonie			44	0,53	66	0,81
kardiovaskuläre Komplikation(en)			83	1,00	81	0,99
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			1	0,01	0	0,00
Lungenembolie			4	0,05	8	0,10
Harnwegsinfekt			13	0,16	21	0,26
sonstige			162	1,95	200	2,45
Reintervention wegen Komplikation(en)						
nein			8.045	96,89	7.915	96,86
laparoskopisch-offen			171	2,06	147	1,80
endoskopisch			72	0,87	88	1,08
perkutan-interventionell			15	0,18	22	0,27

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7.721	92,99	7.575	92,69
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			346	4,17	343	4,20
03: aus sonstigen Gründen			5	0,06	3	0,04
04: gegen ärztlichen Rat			33	0,40	33	0,40
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			2	0,02	2	0,02
06: Verlegung			37	0,45	40	0,49
07: Tod			66	0,79	79	0,97
08: Verlegung nach §14			2	0,02	4	0,05
09: in Rehabilitationseinrichtung			30	0,36	41	0,50
10: in Pflegeeinrichtung			51	0,61	39	0,48
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,01	2	0,02
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,04	3	0,04
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,01	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			5	0,06	7	0,09
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 Behandlung regulär beendet | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 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 | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013) |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |

² neuer Schlüsselwert in 2014

Cholezystektomie

Risikoadjustierung mit dem logistischen Cholezystektomie-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

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 Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator 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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

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.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ 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 $\leq 90\%$ -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 Bundesdatenpools 2014.

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: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

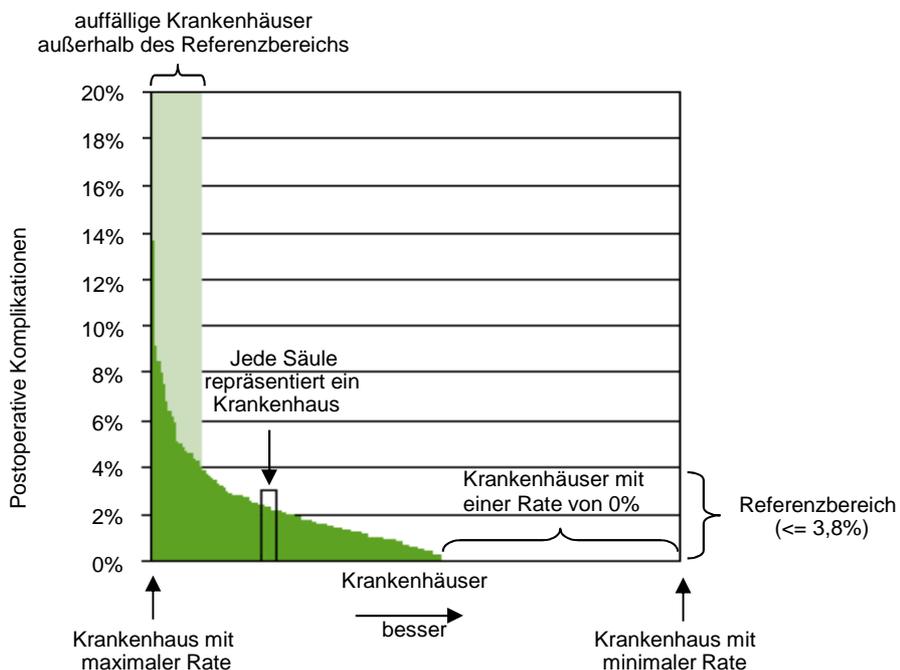
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

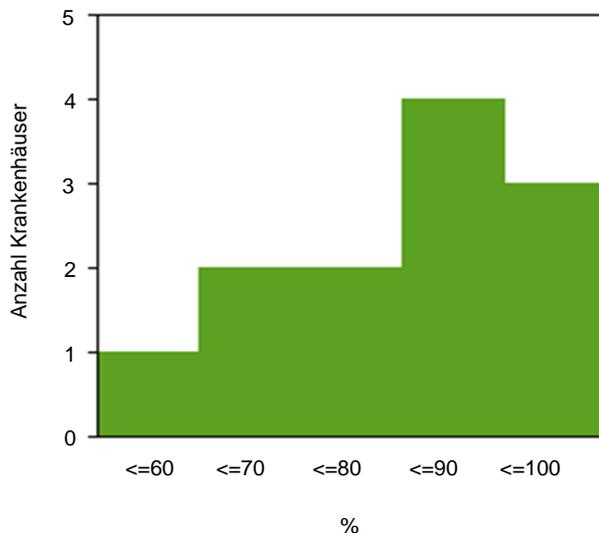
Beispiel:

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. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. 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.

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

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 sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.