

Jahresauswertung 2012 Cholezystektomie

12/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.926
Datensatzversion: 12/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12451-L82276-P39064

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2013 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2013

Jahresauswertung 2012 Cholezystektomie

12/1

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.926
Datensatzversion: 12/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12451-L82276-P39064

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Eingriffsspezifische Komplikationen					
1a: 2012/12n1-CHOL/220 Verschluss oder Durchtrennung des DHC			5,0 Fälle	Sentinel Event	1.1
1b: 2012/12n1-CHOL/50786 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des DHC			1,15	nicht definiert	1.3
1c: 2012/12n1-CHOL/613 Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation			2,0%	<= 5,9%	1.5
QI 2: Allgemeine postoperative Komplikationen					
2a: 2012/12n1-CHOL/224 Allgemeine postoperative Komplikationen			2,3%	<= 7,2%	1.8
2b: 2012/12n1-CHOL/225 nach laparoskopisch begonnener Operation			1,8%	<= 5,8%	1.8
2c: 2012/12n1-CHOL/226 nach offen-chirurgischer Operation			13,5%	<= 33,2%	1.8
QI 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen					
3a: 2012/12n1-CHOL/51169 Reintervention aufgrund von Komplikationen			2,6%	nicht definiert	1.15
3b: 2012/12n1-CHOL/50791 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen			1,33	<= 2,92	1.17
3c: 2012/12n1-CHOL/227 nach laparoskopischer Operation			1,2%	nicht definiert	1.19

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 4: Sterblichkeit im Krankenhaus					
4a: 2012/12n1-CHOL/51392 Sterblichkeit im Krankenhaus			1,4%	nicht definiert	1.22
4b: 2012/12n1-CHOL/51391 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			1,67	<= 3,29	1.25
4c: 2012/12n1-CHOL/50824 bei geringem Sterblichkeitsrisiko			11,0 Fälle	Sentinel Event	1.27

Grundgesamtheiten und Vorjahresergebnisse

Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. der ableitenden Gallenwege unterliegen seit 2010 nicht mehr der externen Qualitätssicherung. Bis 2011 wurden diese Fälle noch zur Qualitätssicherung ausgelöst und mussten daher durch Rechenvorschriften ausgeschlossen werden.

Ab 2012 erfolgt der Ausschluss durch den QS-Filter. Im Vergleich zu den Vorjahren werden damit weitere ICD-Kodes und erstmals auch OPS-Kodes ausgeschlossen.

Daher sind die berechneten Ergebnisse aus 2012 nur eingeschränkt mit den Ergebnissen aus 2011 vergleichbar, selbst wenn die Rechenregeln der Indikatoren nicht geändert wurden.

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: 2012/12n1-CHOL/220

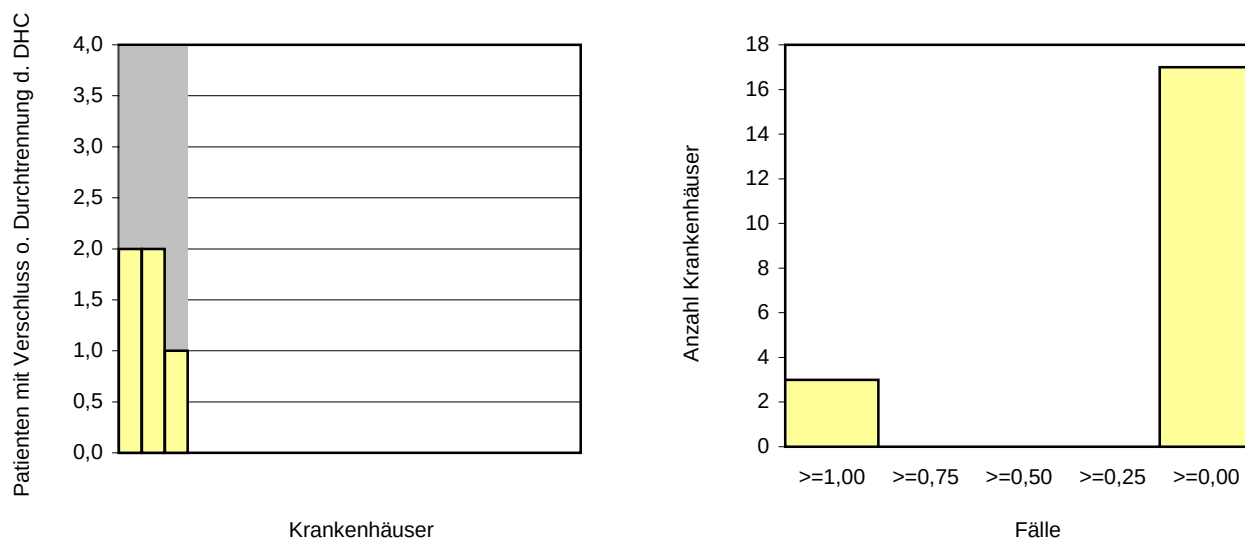
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige revisionsbedürftige Leckagen, sonstige Komplikationen			88 / 3.926	2,2%
Blutung			36 / 3.926	0,9%
Sonstige revisionsbedürftige Leckagen			18 / 3.926	0,5%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus Referenzbereich		Sentinel Event	5 / 3.926	5,0 Fälle Sentinel Event
Sonstige			33 / 3.926	0,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			3 / 3.805	3,0 Fälle

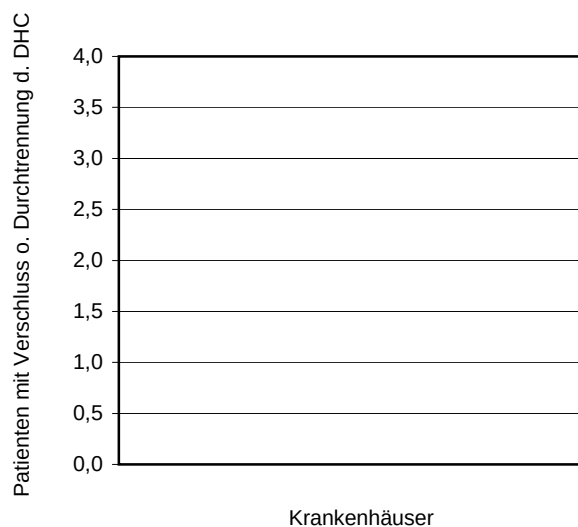
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/220]:
Anzahl Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	2,0	2,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2012/12n1-CHOL/50786

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

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		5 / 3.926 0,13%
vorhergesagt (E) ¹		4,34 / 3.926 0,11%
O - E		0,02%

¹ Erwartete Rate an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score 1b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ² Vertrauensbereich Referenzbereich	 nicht definiert	 1,15 0,49 - 2,70 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.

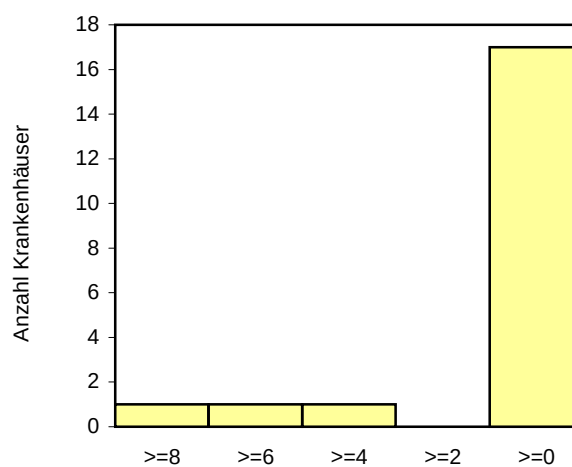
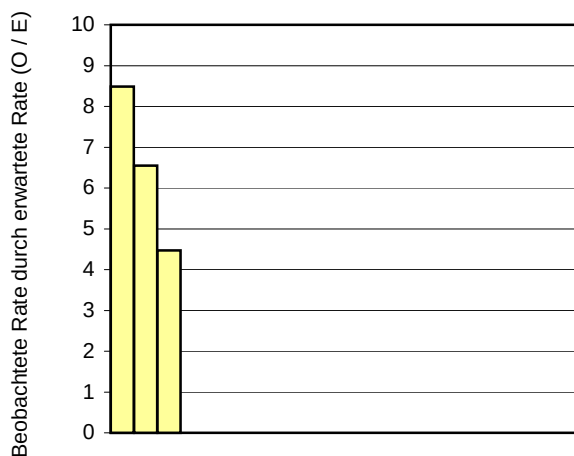
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		3 / 3.805 0,08%
vorhergesagt (E)		4,18 / 3.805 0,11%
O - E		-0,03%
O / E Vertrauensbereich	 	 0,72 0,24 - 2,11

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/50786]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

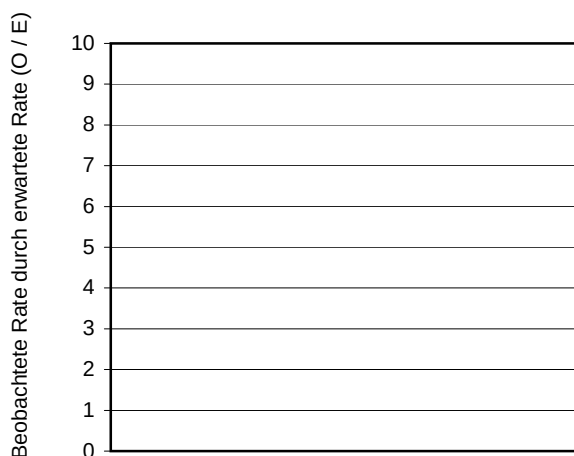
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	5,51	7,52	8,49

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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: 2012/12n1-CHOL/613

Referenzbereich: ≤ 5,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Leckagen, Zystikus stumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			75 / 3.759	2,0%
Vertrauensbereich				1,6% - 2,5%
Referenzbereich		≤ 5,9%		≤ 5,9%
Blutung			32 / 3.759	0,9%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			4 / 3.759	0,1%
Sonstige revisionsbedürftige Leckagen			12 / 3.759	0,3%
Zystikus stumpfinsuffizienz			7 / 3.759	0,2%
Sonstige			25 / 3.759	0,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Leckagen, Zystikus stumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			83 / 3.606	2,3%
Vertrauensbereich				1,9% - 2,8%

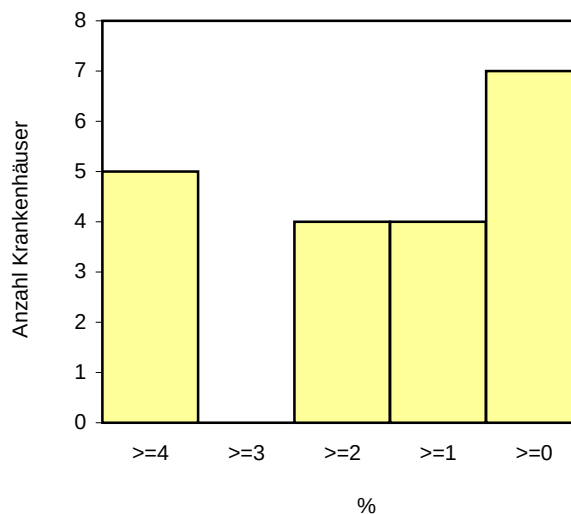
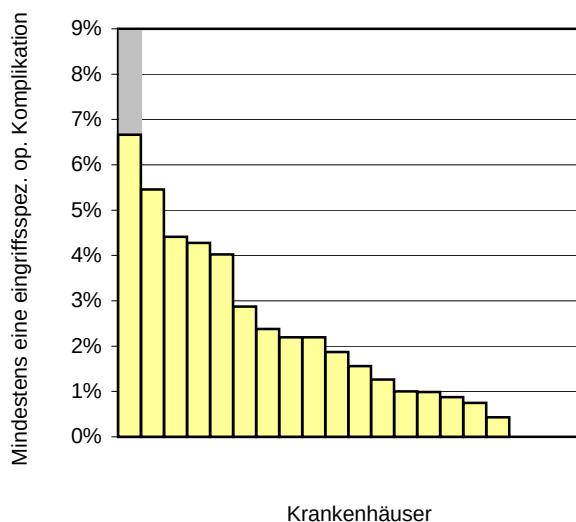
¹ Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1c, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/613]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

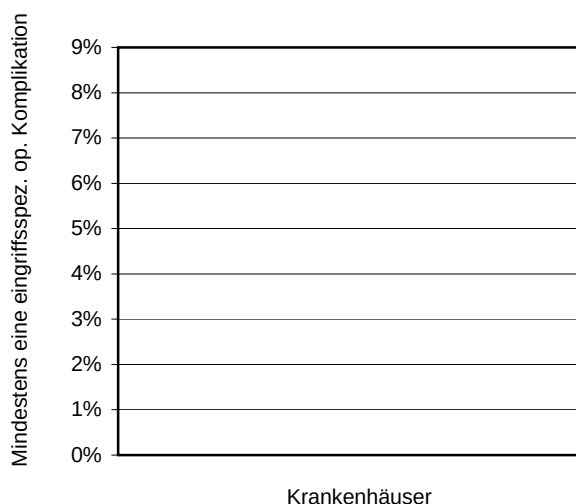
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,8	1,7	3,4	4,9	6,1	6,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Leckagen, Zystikusstumpfsuffizienz oder sonstige Komplikationen			20 / 155	12,9%
Blutung			4 / 155	2,6%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			1 / 155	0,6%
Sonstige revisionsbedürftige Leckagen			4 / 155	2,6%
Zystikusstumpfsuffizienz			3 / 155	1,9%
Sonstige			8 / 155	5,2%

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

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:	2012/12n1-CHOL/224
	Gruppe 2:	2012/12n1-CHOL/225
	Gruppe 3:	2012/12n1-CHOL/226
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 7,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 5,8% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 33,2% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	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	<= 7,2%	<= 5,8%	<= 33,2%
Pneumonie			
Kardiovaskuläre Komplikationen			
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			
Lungenembolie			
Harnwegsinfekt			
Sonstige			

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

	Gesamt 2012		
	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	92 / 3.926 2,3%	69 / 3.759 1,8%	21 / 155 13,5%
Vertrauensbereich	1,9% - 2,9%	1,5% - 2,3%	9,0% - 19,8%
Referenzbereich	<= 7,2%	<= 5,8%	<= 33,2%
Pneumonie	13 / 3.926 0,3%	10 / 3.759 0,3%	3 / 155 1,9%
Kardiovaskuläre Komplikationen	30 / 3.926 0,8%	23 / 3.759 0,6%	6 / 155 3,9%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 / 3.926 0,0%	1 / 3.759 0,0%	0 / 155 0,0%
Lungenembolie	2 / 3.926 0,1%	2 / 3.759 0,1%	0 / 155 0,0%
Harnwegsinfekt	14 / 3.926 0,4%	11 / 3.759 0,3%	2 / 155 1,3%
Sonstige	66 / 3.926 1,7%	47 / 3.759 1,3%	18 / 155 11,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	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 2011		
	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	74 / 3.805 1,9%	44 / 3.606 1,2%	29 / 183 15,8%
Vertrauensbereich	1,6% - 2,4%	0,9% - 1,6%	11,3% - 21,8%

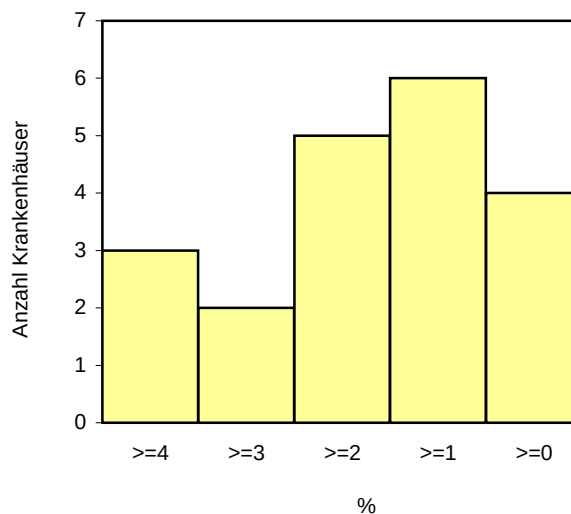
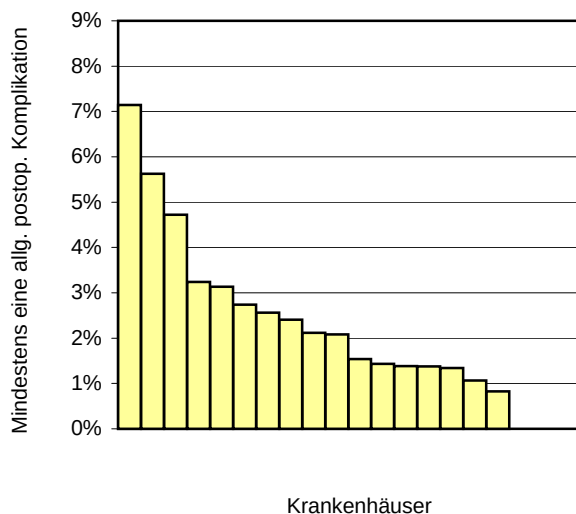
¹ Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/224]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

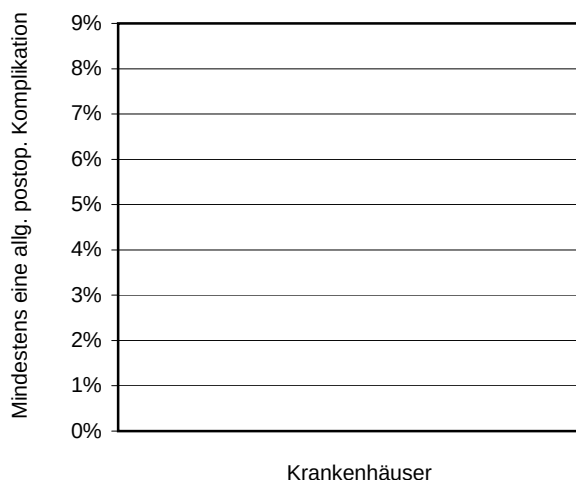
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,2	1,8	2,9	5,2	6,4	7,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

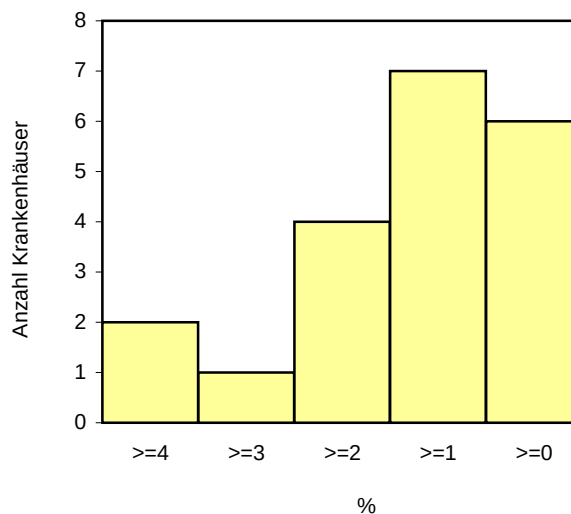
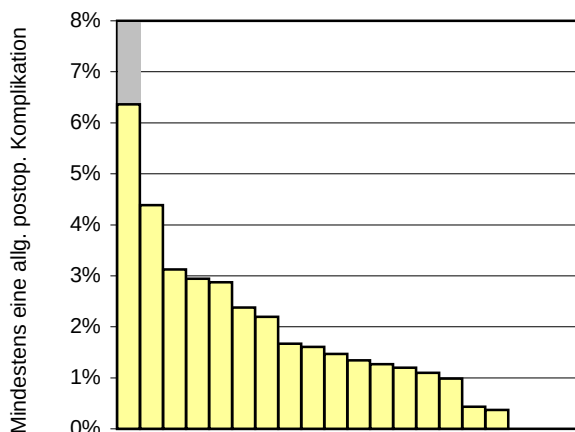
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/225]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

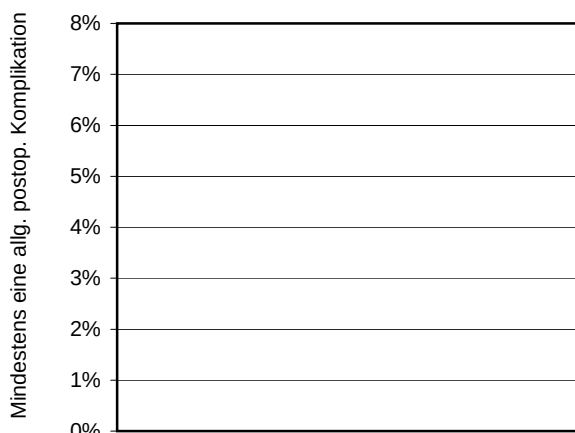
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	2,6	3,8	5,4	6,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

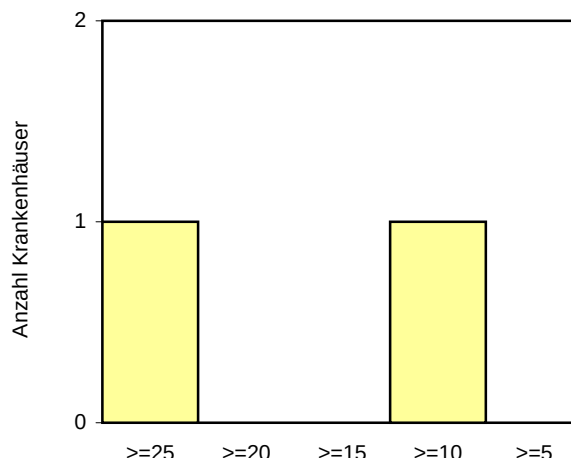
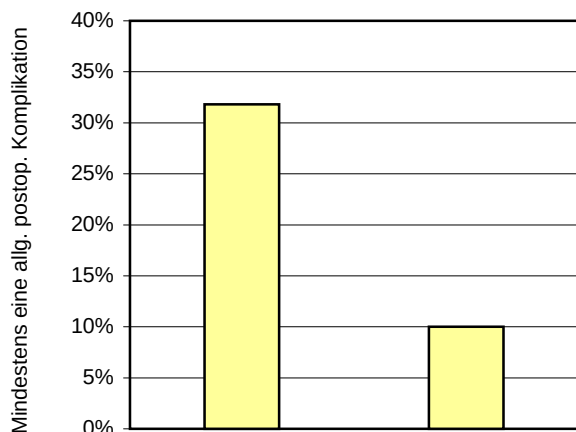
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/226]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

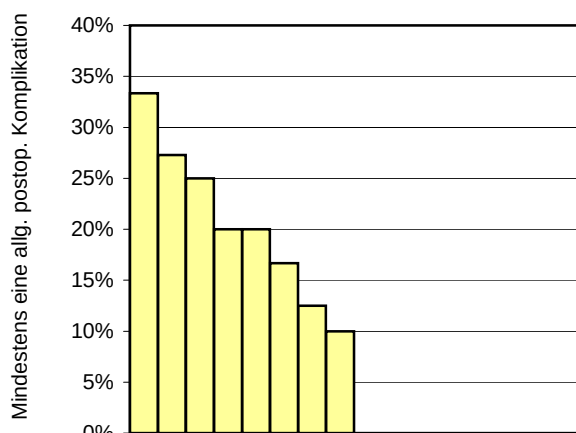
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0				20,9				31,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	5,0	20,0	27,3		33,3

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 $\geq$ 3

	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	20 / 2.891 0,7%	72 / 1.035 7,0%
Pneumonie	2 / 2.891 0,1%	11 / 1.035 1,1%
Kardiovaskuläre Komplikationen	3 / 2.891 0,1%	27 / 1.035 2,6%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 2.891 0,0%	1 / 1.035 0,1%
Lungenembolie	0 / 2.891 0,0%	2 / 1.035 0,2%
Harnwegsinfekt	3 / 2.891 0,1%	11 / 1.035 1,1%
Sonstige	17 / 2.891 0,6%	49 / 1.035 4,7%

Qualitätsindikatorengruppe 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen

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

Reintervention aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/51169

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

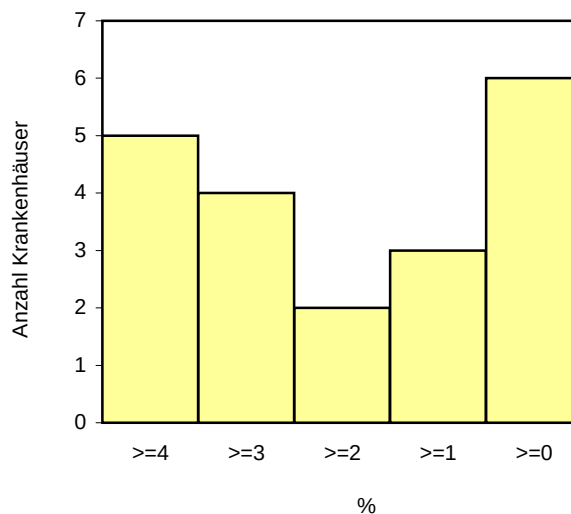
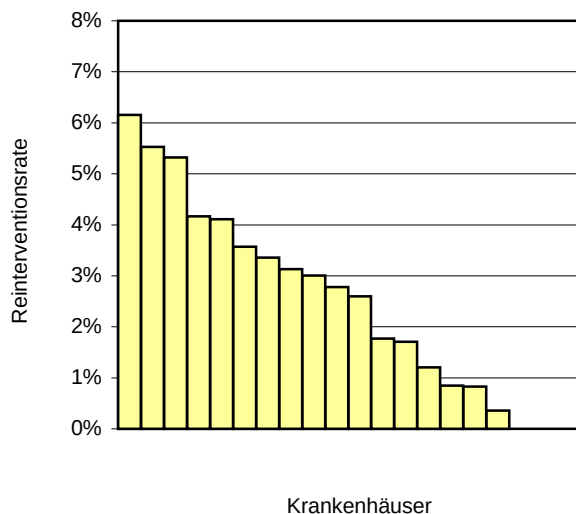
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			101 / 3.926	2,6%
Vertrauensbereich				2,1% - 3,1%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Wegen Feld-/Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

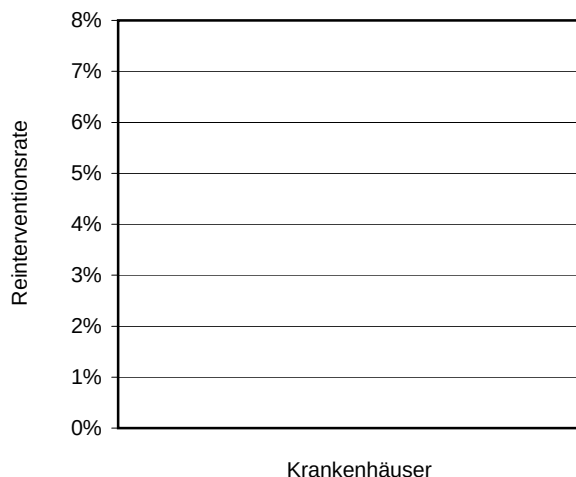
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/51169]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,8	2,7	3,8	5,4	5,8	6,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2012/12n1-CHOL/50791

Referenzbereich: <= 2,92 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		101 / 3.926 2,57%
vorhergesagt (E) ¹		76,03 / 3.926 1,94%
O - E		0,64%

¹ Erwartete Rate an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score 3b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,33
Vertrauensbereich		1,10 - 1,61
Referenzbereich	<= 2,92	<= 2,92

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 ¹	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)	-	-
	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

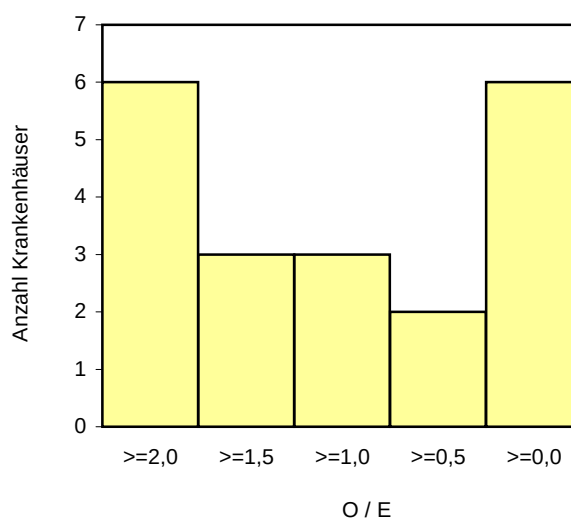
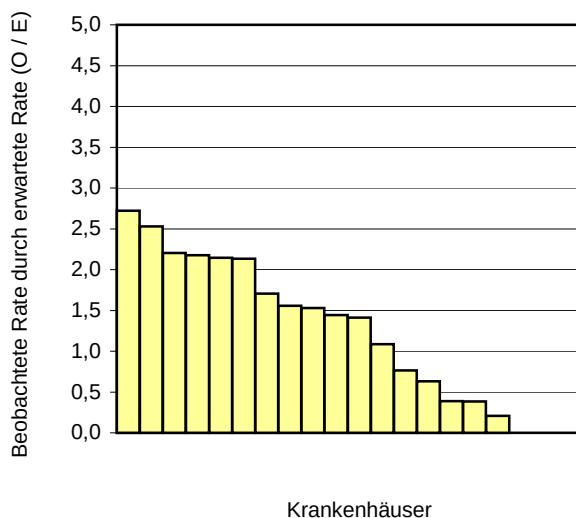
¹ Wegen Feld-/Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/50791]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

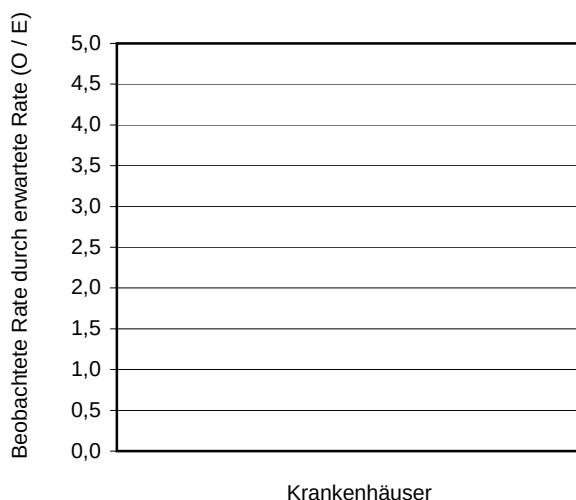
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,39	1,43	2,14	2,37	2,63	2,72

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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, Emphyem und Gallenblasenperforation mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12)

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/227

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			27 / 2.196	1,2%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

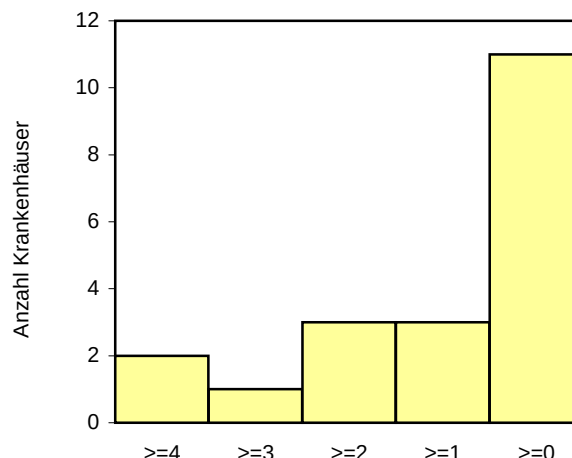
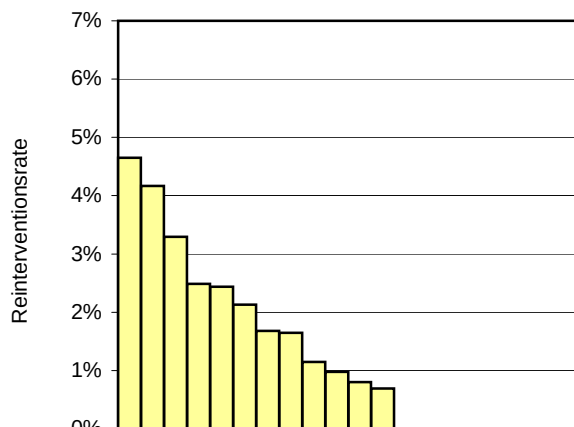
¹ Wegen Feld-/Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3c, Indikator-ID 2012/12n1-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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

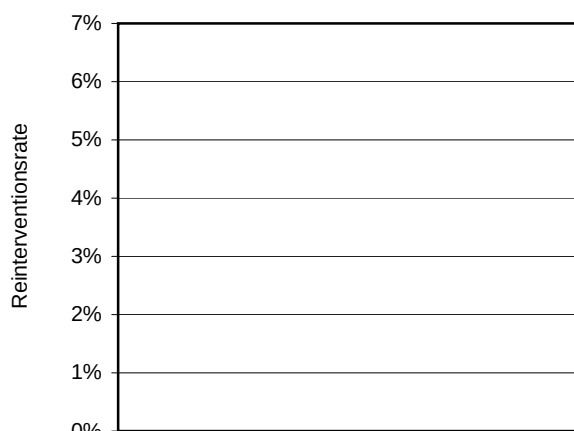
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,3	3,7	4,4	4,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			20 / 155	12,9%

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: 2012/12n1-CHOL/51392

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

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	nicht definiert		

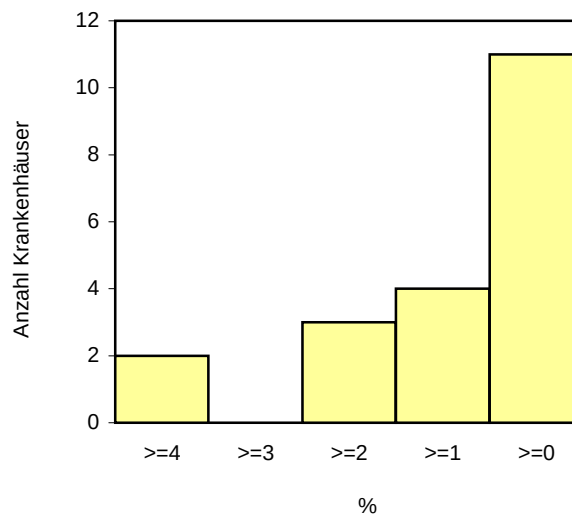
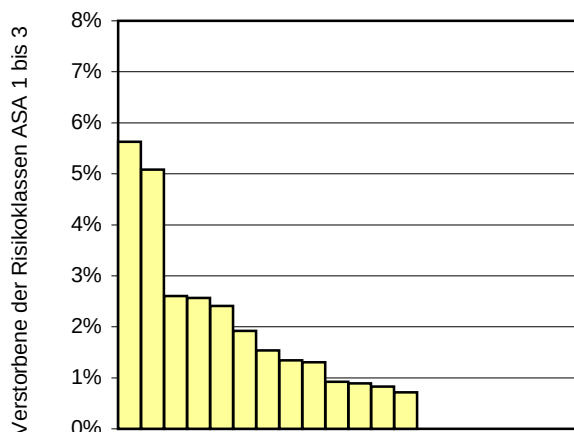
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	55 / 3.926 1,4%	29 / 3.846 0,8%	26 / 80 32,5%
Vertrauensbereich	1,1% - 1,8%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	39 / 3.805 1,0%	20 / 3.727 0,5%	19 / 78 24,4%
Vertrauensbereich	0,8% - 1,4%		

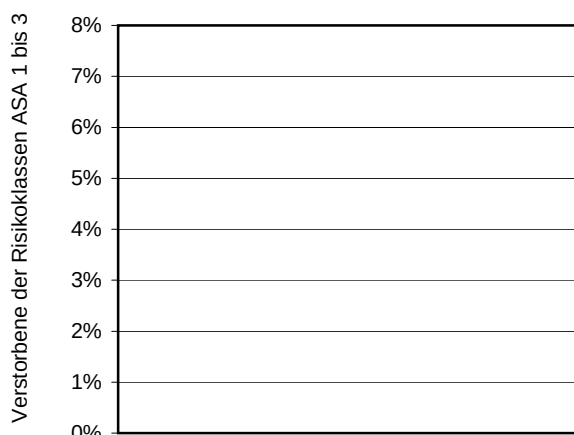
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/51392]:
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,2	3,8	5,4	5,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 2012	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten		
	Gesamt 2012	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	30 / 3.759 0,8%	25 / 155 16,1%

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).

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/51391

Referenzbereich: $\leq 3,29$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		55 / 3.926 1,40%
vorhergesagt (E) ¹		32,85 / 3.926 0,84%
O - E		0,56%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Cholezystektomie-Score 4b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,67
Vertrauensbereich		1,29 - 2,17
Referenzbereich	$\leq 3,29$	$\leq 3,29$

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.

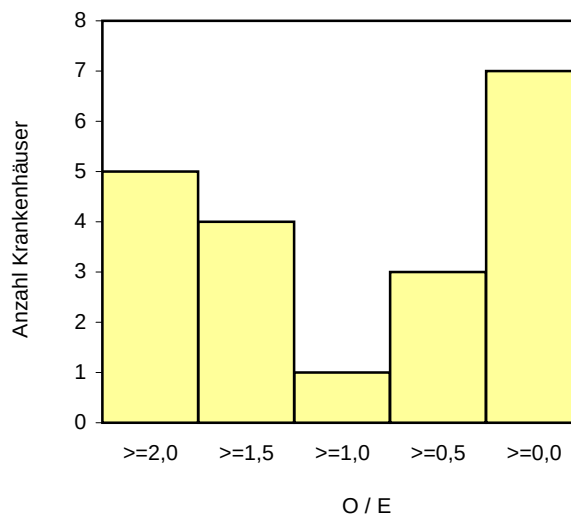
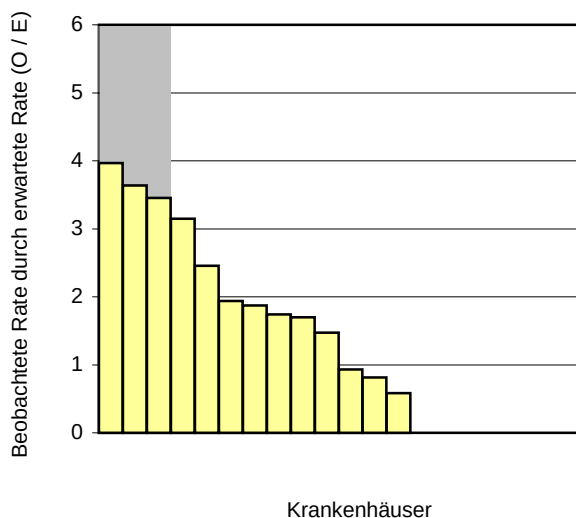
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		39 / 3.805 1,02%
vorhergesagt (E)		34,27 / 3.805 0,90%
O - E		0,12%
O / E		1,14
Vertrauensbereich		0,83 - 1,55

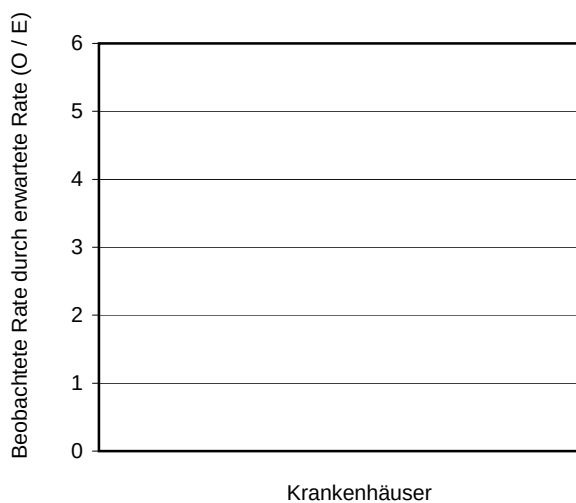
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/51391]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	1,20	2,20	3,54	3,80	3,97

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
4 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/50824

Referenzbereich¹: Sentinel Event

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score 4b eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,50) Referenzbereich		 Sentinel Event	11 / 3.926	11,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score 4b eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,50)			6 / 3.805	6,0 Fälle

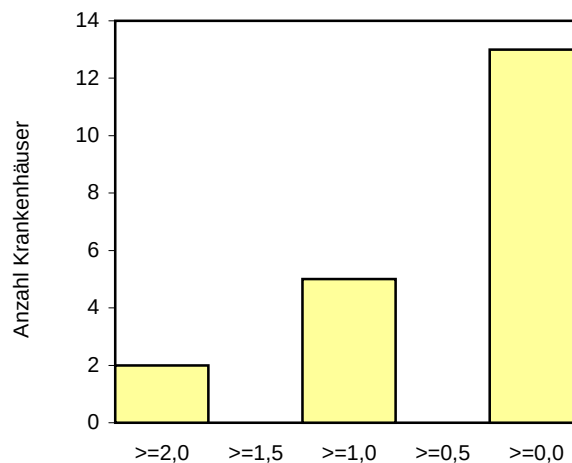
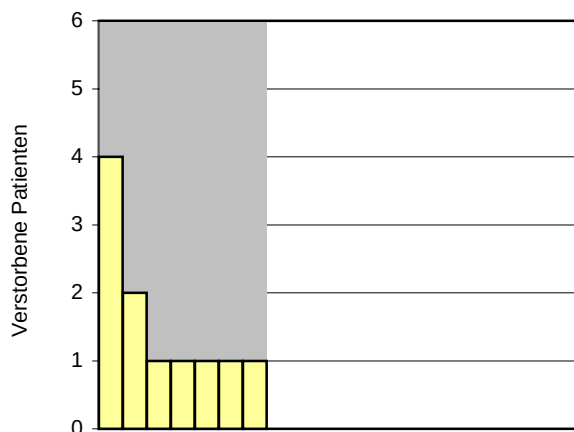
¹ Der Indikator erfasst die Patienten, die trotz eines geringen Erwartungswerts im Krankenhaus verstorben sind.
In den Strukturierten Dialog soll daher jeder Fall eingehen, dessen Erwartungswert sich innerhalb des 10. Perzentils befindet (Sentinel Event).

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/50824]:

Anzahl verstorbener Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score 4b eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,50), von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

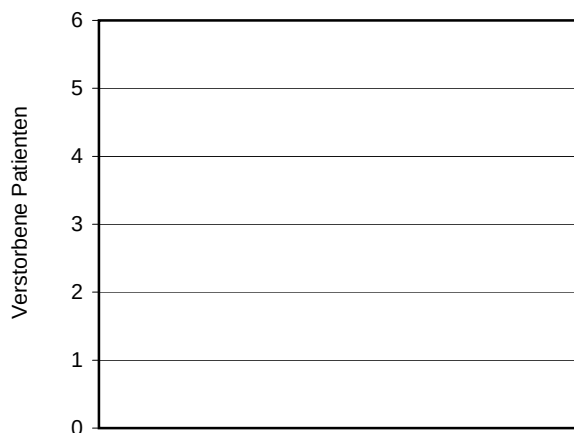
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,5	3,0	4,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Cholezystektomie

12/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.926
Datensatzversion: 12/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12451-L82276-P39064

Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.093	27,8	1.049	27,6
2. Quartal			964	24,6	885	23,3
3. Quartal			934	23,8	948	24,9
4. Quartal			935	23,8	923	24,3
Gesamt			3.926		3.805	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.921		3.799	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			2,0		2,1
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		2.889		2.851	
Median			0,0		0,0
Mittelwert			1,4		1,5
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		2.847		2.801	
Median			0,0		0,0
Mittelwert			1,4		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		37		41	
Median			1,0		2,0
Mittelwert			1,9		4,6
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.926		3.805	
Median			2,0		3,0
Mittelwert			4,2		4,3
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.921		3.799	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			6,2		6,4

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
4	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	K81.0	Akute Cholezystitis
7	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	K81.1	Chronische Cholezystitis

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				K80.20	1.405	35,8	K80.20	1.494	39,3
2				K80.10	1.070	27,3	K80.00	993	26,1
3				K80.00	1.037	26,4	K80.10	930	24,4
4				K66.0	374	9,5	K66.0	341	9,0
5				I10.90	244	6,2	I10.00	212	5,6
6				K81.0	231	5,9	K81.0	211	5,5
7				I10.00	180	4,6	I10.90	178	4,7
8				K81.1	179	4,6	K82.1	167	4,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 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 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
2	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch
3	5-511.21	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
4	5-511.01	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
5	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-511.11	3.579	91,2	5-511.11	3.460	90,9
2				5-469.21	332	8,5	5-469.21	376	9,9
3				5-511.21	142	3,6	5-511.01	163	4,3
4				5-511.01	134	3,4	5-511.21	115	3,0
5				1-694	116	3,0	1-694	94	2,5

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.926 / 3.926		3.805 / 3.805	
< 20 Jahre			53 / 3.926	1,3	44 / 3.805	1,2
20 - 29 Jahre			277 / 3.926	7,1	257 / 3.805	6,8
30 - 39 Jahre			445 / 3.926	11,3	442 / 3.805	11,6
40 - 49 Jahre			672 / 3.926	17,1	702 / 3.805	18,4
50 - 59 Jahre			740 / 3.926	18,8	716 / 3.805	18,8
60 - 69 Jahre			697 / 3.926	17,8	679 / 3.805	17,8
70 - 79 Jahre			738 / 3.926	18,8	681 / 3.805	17,9
>= 80 Jahre			304 / 3.926	7,7	284 / 3.805	7,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.926		3.805	
Median				56,0		56,0
Mittelwert				55,7		55,5
Geschlecht						
männlich			1.494	38,1	1.380	36,3
weiblich			2.432	61,9	2.425	63,7
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			795	20,2	630	16,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.096	53,4	2.223	58,4
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			955	24,3	874	23,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			77	2,0	75	2,0
5: moribunder Patient			3	0,1	3	0,1

Anamnese

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken			3.065	78,1	3.005	79,0
Schmerzen im rechten Oberbauch			3.741	95,3	3.608	94,8
Cholestase			438	11,2	367	9,6

Diagnostik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor			3.659 / 3.926	93,2	3.557 / 3.805	93,5
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			16 / 3.659	0,4	41 / 3.557	1,2
Sonographie			3.572 / 3.659	97,6	3.466 / 3.557	97,4
MRCP			138 / 3.659	3,8	127 / 3.557	3,6
CT			196 / 3.659	5,4	167 / 3.557	4,7
ERCP			290 / 3.659	7,9	274 / 3.557	7,7
Vorgehensweise:						
Steinextraktion			235 / 290	81,0	209 / 274	76,3
sonstige			104 / 3.659	2,8	63 / 3.557	1,8
Kein sicherer Gallensteinnachweis			267 / 3.926	6,8	248 / 3.805	6,5
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor			1.365 / 3.926	34,8	1.264 / 3.805	33,2
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund			1.072 / 1.365	78,5	1.054 / 1.264	83,4
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm³)			825 / 1.365	60,4	811 / 1.264	64,2
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			282 / 1.365	20,7	249 / 1.264	19,7
Sonographie			1.072 / 1.365	78,5	978 / 1.264	77,4
Keine akuten Entzündungszeichen			2.561 / 3.926	65,2	2.541 / 3.805	66,8
Extrahepatische Cholestase						
Nachweis lag vor			223 / 3.926	5,7	193 / 3.805	5,1
wenn ja, Abklärung durch:			213 / 223	95,5	187 / 193	96,9
Röntgen			6 / 213	2,8	4 / 187	2,1
Sonographie			75 / 213	35,2	66 / 187	35,3
ERCP			128 / 213	60,1	130 / 187	69,5
MRCP			52 / 213	24,4	40 / 187	21,4
CT			19 / 213	8,9	10 / 187	5,3
sonstige			15 / 213	7,0	9 / 187	4,8
Keine Abklärung erfolgt			10 / 223	4,5	6 / 193	3,1
Keine extrahepatische Cholestase			3.703 / 3.926	94,3	3.612 / 3.805	94,9
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden			47 / 3.926	1,2	37 / 3.805	1,0

OP-Technik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			3.926	100,0	3.805	100,0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			3.926	100,0	3.805	100,0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			155 / 3.926	3,9	183 / 3.805	4,8
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			3.759 / 3.926	95,7	3.606 / 3.805	94,8
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)			3.590 / 3.926	91,4	3.466 / 3.805	91,1
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			170 / 3.926	4,3	140 / 3.805	3,7
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 / 3.926	0,3	16 / 3.805	0,4
Cholezystektomie als Haupt- oder Begleitprozedur						
Hauptprozedur			3.842	97,9	3.711	97,5
Begleitprozedur			84	2,1	94	2,5
Operationstechnik nach NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery) Anzahl der Patienten			57	1,5	62	1,6
angewandte Operationstechnik bei NOTES/NOS						
transgastral			1 / 57	1,8	0 / 62	0,0
transvaginal			50 / 57	87,7	57 / 62	91,9
sonstige			6 / 57	10,5	5 / 62	8,1

Operation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten			3.883	98,9	3.754	98,7
Intraoperative Gallen- gangsuntersuchung Anzahl der Patienten			100	2,5	80	2,1
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median Mittelwert			3.926	59,0 65,8	3.805	60,0 67,1

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			3.669	93,5	3.574	93,9
Gallengangsstein(e)			39	1,0	35	0,9
davon						
Gallengangsstein(e)						
operativ in gleicher						
Sitzung entfernt			33 / 39	84,6	31 / 35	88,6
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			16 / 33	48,5	13 / 31	41,9
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch			17 / 33	51,5	18 / 31	58,1
(5-511.01, 5-511.02,						
5-511.21, 5-511.22)						
Gallengangsstein(e)						
belassen			6 / 39	15,4	4 / 35	11,4
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			4 / 6	66,7	3 / 4	75,0
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch						
(5-511.01, 5-511.02,			2 / 6	33,3	1 / 4	25,0
5-511.21, 5-511.22)						
Hydrops			902	23,0	880	23,1
akute Entzündung			1.483	37,8	1.412	37,1
Empyem			358	9,1	339	8,9
Gallenblasenperforation			228	5,8	198	5,2
Schrumpfgallenblase			136	3,5	131	3,4
sonstiges			736	18,7	788	20,7

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			3.901	99,4	3.794	99,7
Befund erhoben: nein			25	0,6	11	0,3

Verlauf

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			113	2,9	105	2,8
Blutung			36	0,9	31	0,8
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			5	0,1	3	0,1
sonstige revisionsbedürftige Leckagen ¹			18	0,5	20	0,5
Zystikusstumpfsuffizienz ²			10	0,3	-	-
Residualstein im Gallengang			18	0,5	14	0,4
sonstige			33	0,8	48	1,3
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			92	2,3	74	1,9
Pneumonie			13	0,3	14	0,4
kardiovaskuläre Komplikation(en)			30	0,8	24	0,6
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			1	0,0	1	0,0
Lungenembolie			2	0,1	2	0,1
Harnwegsinfekt			14	0,4	8	0,2
sonstige			66	1,7	54	1,4
Reintervention wegen Komplikation(en)³						
nein			3.825	97,4	-	-
laparoskopisch-offen			58	1,5	-	-
endoskopisch			38	1,0	-	-
perkutan-interventionell			5	0,1	-	-

¹ Neue Datenfeldbezeichnung ab 2012, hieß davor: sonstige Gallenwegsverletzungen.

² Neues Datenfeld ab 2012, daher ohne Vorjahresergebnisse.

³ Wegen Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.652	93,0	3.509	92,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			99	2,5	127	3,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	16	0,4
04: gegen ärztlichen Rat			38	1,0	32	0,8
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			39	1,0	35	0,9
07: Tod			55	1,4	39	1,0
08: Verlegung nach §14			2	0,1	4	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			9	0,2	17	0,4
10: in Pflegeeinrichtung			23	0,6	16	0,4
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,1	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	5	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			2	0,1	3	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			3	0,1	2	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet	15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

Cholezystektomie

Risikoadjustierung mit dem logistischen Cholezystektomie-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

Jahresauswertung 2012 Cholezystektomie

12/1

Statistische Basisprüfung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 24
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.926
Datensatzversion: 12/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12451-L82276-P39064

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/12n1-CHOL/850189 AK 3: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen			81,6%	< 100,0%	AK.1
2012/12n1-CHOL/850192 AK 6: Keine Reinterventionen			79,2%	< 100,0%	AK.3

Auffälligkeitskriterium 3: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22) und einer Verweildauer von über 30 Tagen

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/850189

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 224, 225

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation			62 / 76	81,6%
Vertrauensbereich				71,4% - 88,7%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

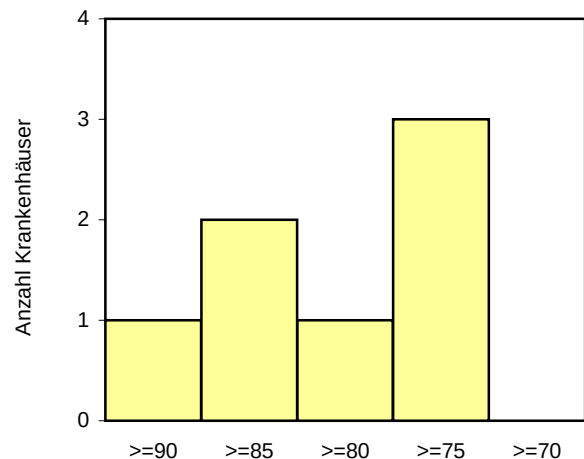
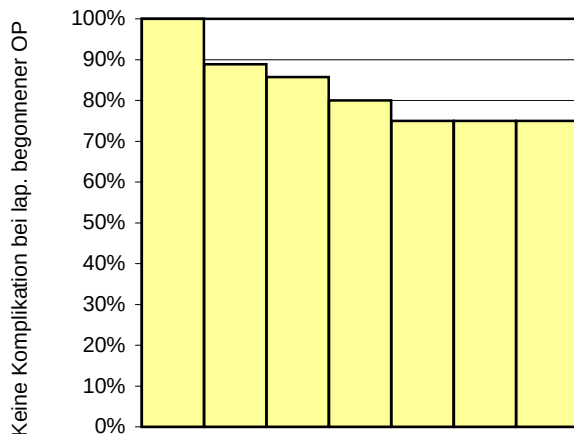
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation			38 / 45	84,4%
Vertrauensbereich				71,2% - 92,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/850189]:

Anteil von Patienten ohne allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation und einer Verweildauer von über 30 Tagen

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

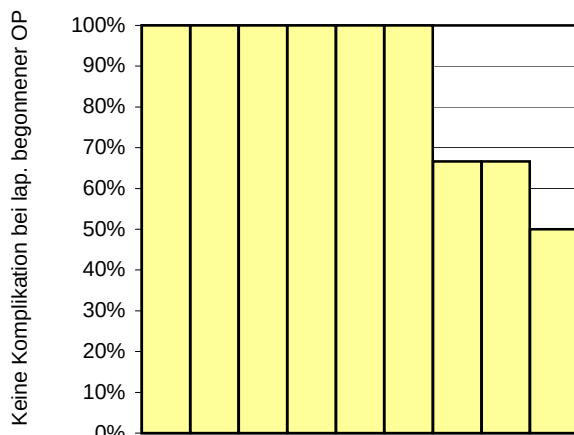
7 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0			75,0	80,0	88,9			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0			66,7	100,0	100,0			100,0

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: Keine Reinterventionen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Verweildauer von über 30 Tagen

Indikator-ID: 2012/12n1-CHOL/850192

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 227

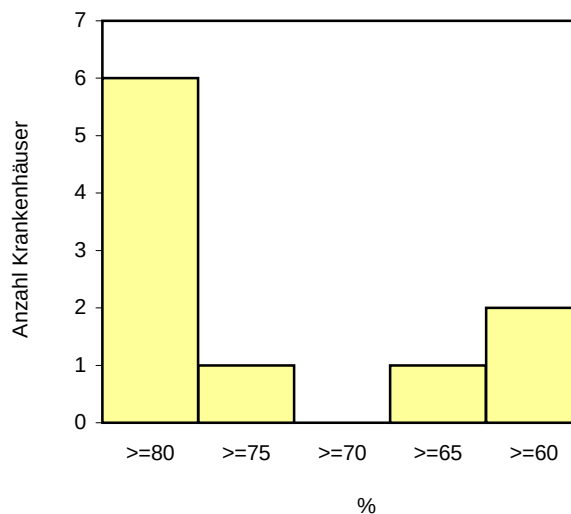
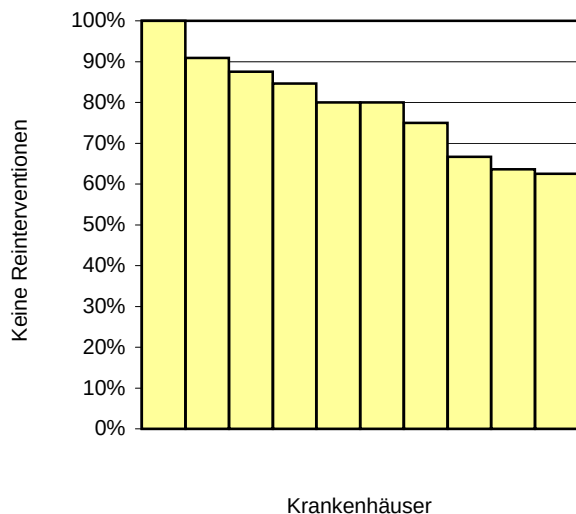
	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Reintervention			84 / 106	79,2%
Vertrauensbereich				70,6% - 85,9%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Reintervention	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

¹ Wegen Feld-/Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

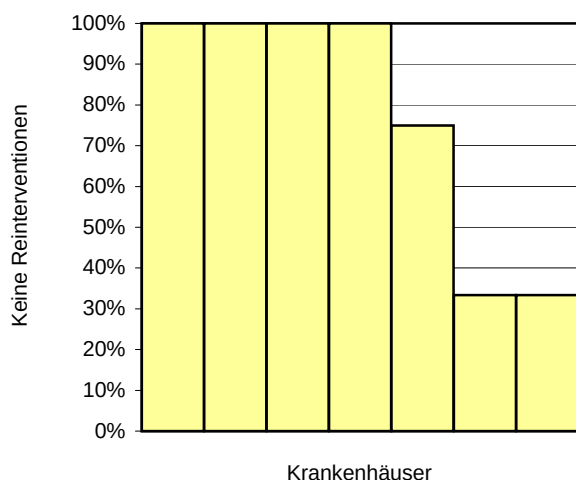
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2012/12n1-CHOL/850192]:
Anteil von Patienten ohne Reintervention an allen Patienten mit einer Verweildauer von über 30 Tagen

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,5		63,1	66,7	80,0	87,5	95,5		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,3			33,3	100,0	100,0			100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sgg.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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**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 2012.

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: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (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 $\leq 2,5\%$

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 scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

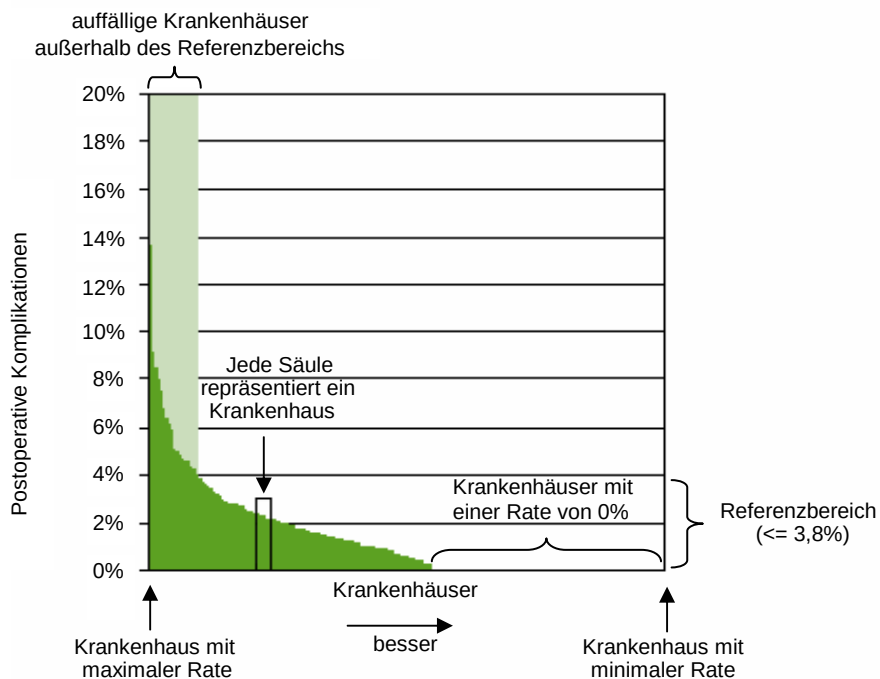
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

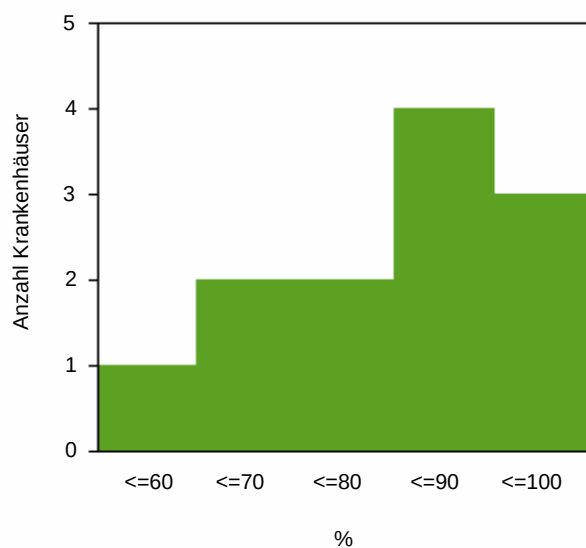
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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.

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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse 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.