

Jahresauswertung 2013

Anästhesiologie

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 234.390
Datensatzversion: ana KDS 3.1
Datenbankstand: 01. Februar 2014
2013 - D13953-L87859-P42835

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2013/ana/90054 QI 1: Dokumentationsqualitätsindikator - Inzidenz der Anästhesie Verlaufsbeobachtungen (AVB)			0,9%	> 0,2% - <= 3,0%	1.1
2013/ana/90061 QI 2: Anästhesie Verlaufsbeobachtung (AVB) im Schweregrad 12 bis 13 bei ASA-Klassifikation I bis II			50,0 Fälle	Sentinel Event	1.4
2013/ana/90062 QI 3: Aspiration			37,0 Fälle	Sentinel Event	1.6
2013/ana/90063 QI 4: Intraoperativer Herz-Kreislauf-Stillstand			92,0 Fälle	Sentinel Event	1.8
2013/ana/90064 QI 5: Verlegung in den Aufwachraum			76,3%	nicht definiert	1.10
2013/ana/90065 QI 6: Komplikationen			2,3%	nicht definiert	1.12

Vorjahresdaten

Die Auswertung basiert auf der Datensatzspezifikation 3.1. Hierdurch können geringfügige Abweichungen bei den Vorjahresergebnissen bestehen.

Qualitätsindikator 1: Dokumentationsqualitätsindikator - Inzidenz der Anästhesie Verlaufsbeobachtungen (AVB)

Qualitätsziel: Erreichung des erwarteten Referenzbereiches bei intra- und postoperativer AVB

Grundgesamtheit:

- Gruppe 1: Alle Patienten
- Gruppe 2: Patienten mit ASA I
- Gruppe 3: Patienten mit ASA II
- Gruppe 4: Patienten mit ASA III
- Gruppe 5: Patienten mit ASA IV
- Gruppe 6: Patienten mit ASA V
- Gruppe 7: Patienten mit ASA > II

Indikator-ID: 2013/ana/90054

Referenzbereich: > 0,2% - <= 3,0%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer AVB				
Gruppe 1 (alle Patienten)			1.998 / 234.390	0,9%
Vertrauensbereich				0,8% - 0,9%
Referenzbereich		> 0,2% - <= 3,0%		> 0,2% - <= 3,0%
Gruppe 2 (ASA I)			148 / 42.106	0,4%
Gruppe 3 (ASA II)			706 / 107.954	0,7%
Gruppe 4 (ASA III)			874 / 69.504	1,3%
Gruppe 5 (ASA IV)			202 / 13.943	1,4%
Gruppe 6 (ASA V)			67 / 838	8,0%
Gruppe 7 (ASA > II)			1.144 / 84.330	1,4%

Risiken und AVBs

Patienten mit ASA > II und AVB (Gruppe 7)

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8	1,6	4,6	8,9	16,9

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer AVB				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			3.281 / 220.180	1,5% 1,4% - 1,5%%

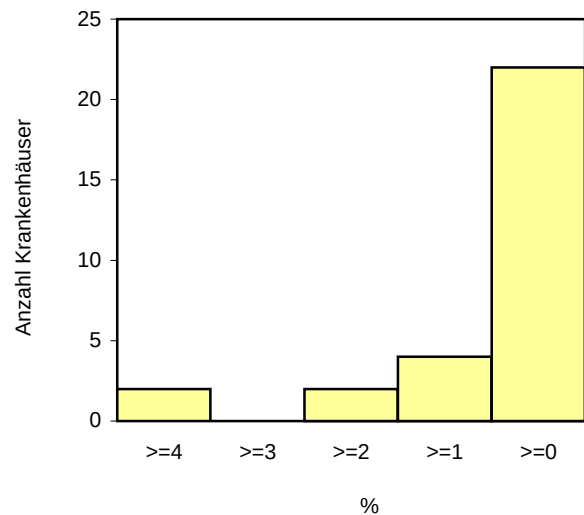
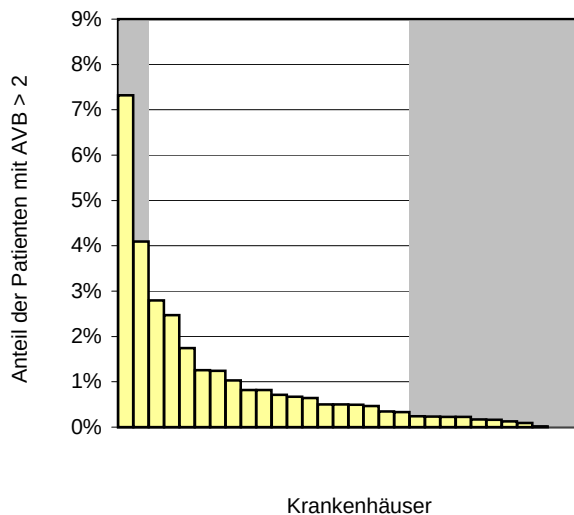
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/ana/90054]:

Anteil von Patienten mit intra- und postoperativen AVB in der Gruppe 1 (bei allen Patienten) als Ausdruck der Dokumentationsqualität.

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,5%



30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsindikator 2: Anästhesie Verlaufsbeobachtung (AVB) im Schweregrad 12 bis 13 bei ASA-Klassifikation I bis II

Qualitätsziel: Patienten mit einem Operations-/Anästhesierisiko (ASA $\leq$ 2) sollten möglichst nie mit einem schwerwiegenden Verlauf AVB 12, 13 einhergehen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit ASA I und II

Indikator-ID: 2013/ana/90061

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer AVB 12 bis 13 Referenzbereich		 Sentinel Event	50 / 150.060	50,0 Fälle Sentinel Event

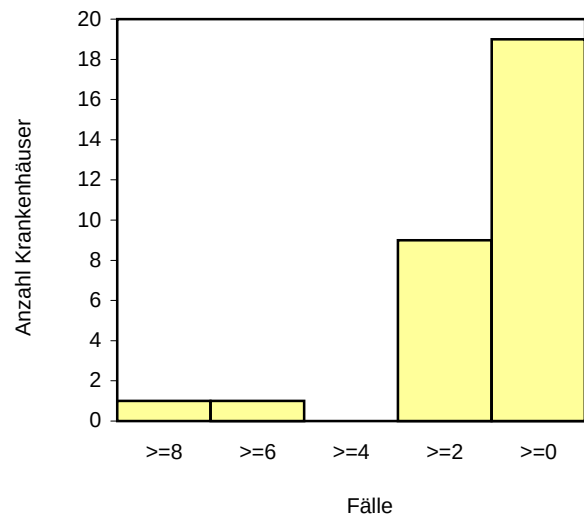
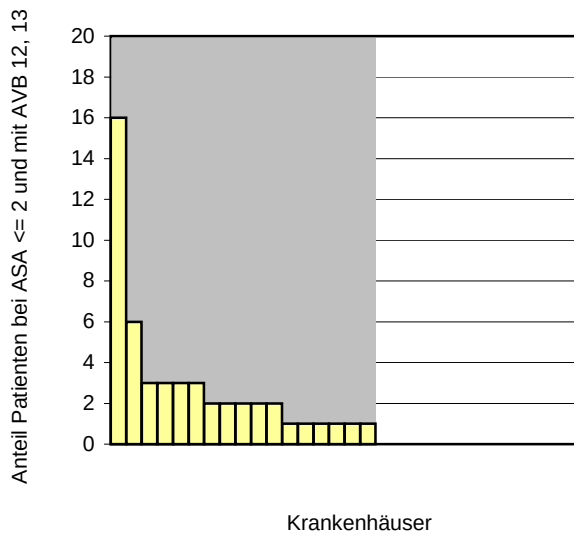
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer AVB 12 bis 13			92 / 141.633	92,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/ana/90061]:
Anzahl Patienten bei Vorliegen von ASA ≤ 2 und mit einer AVB 12, 13

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 Fälle - 16,0 Fälle

Median der Krankenhausergebnisse: 1,0 Fälle



30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall 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	1,0	2,0	3,0	6,0	16,0

Qualitätsindikator 3: Aspiration

Qualitätsziel: Möglichst wenige Aspirationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/ana/90062

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer intraoperativen AVB Aspiration Referenzbereich		 Sentinel Event	37 / 234.390	37,0 Fälle Sentinel Event

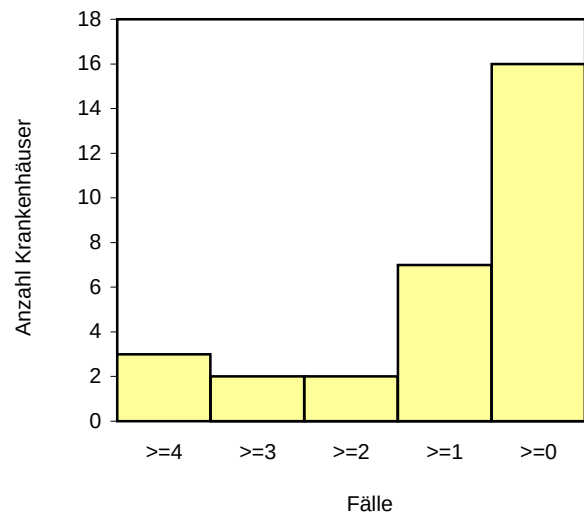
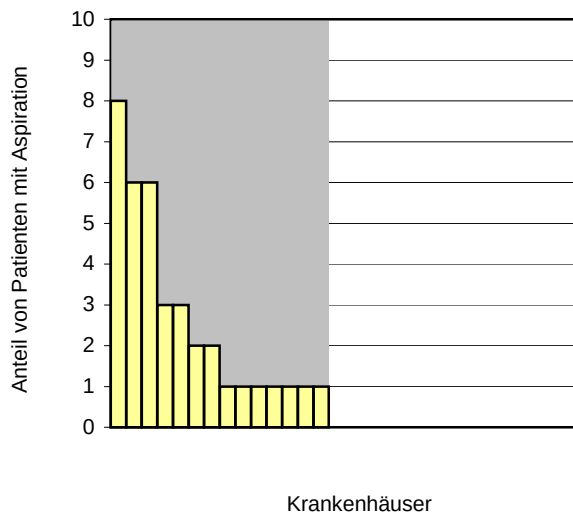
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer intraoperativen AVB Aspiration			51 / 220.180	51,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/ana/90062]:
Anzahl Patienten mit einer intraoperativen Aspiration von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0 Fälle



30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall 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	4,5	6,0	8,0

Qualitätsindikator 4: Intraoperativer Herz-Kreislauf-Stillstand

Qualitätsziel: Möglichst seltene intraoperative Reanimationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/ana/90063

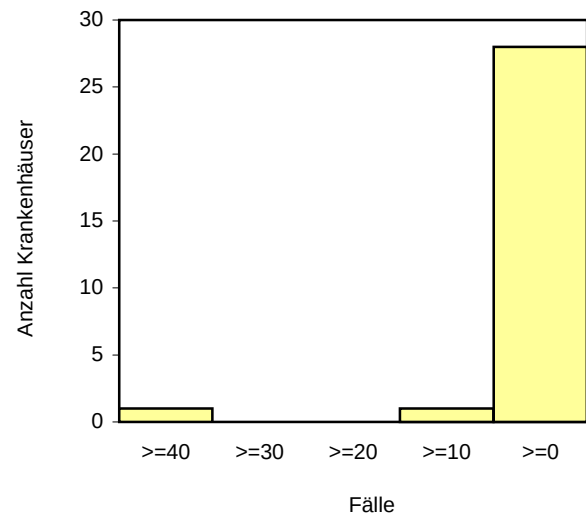
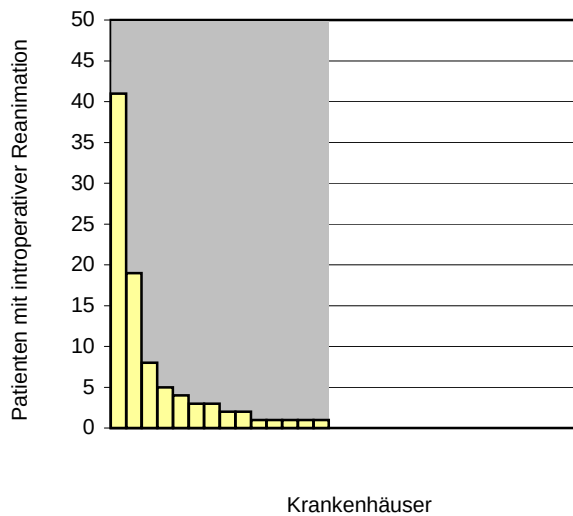
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer intraoperativen AVB Herz-Kreislaufstillstand Referenzbereich		 Sentinel Event	92 / 234.390	92,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit einer intraoperativen AVB Herz-Kreislaufstillstand			134 / 220.180	134,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/ana/90063]:
Anzahl Patienten mit intraoperativer Reanimation von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0 Fälle - 41,0 Fälle
Median der Krankenhausergebnisse: 0,0 Fälle



30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall 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	2,0	6,5	19,0	41,0

Qualitätsindikator 5: Verlegung in den Aufwachraum

Qualitätsziel:	Die Patienten sollten möglichst häufig aus dem OP in den Aufwachraum verlegt werden
Grundgesamtheit:	Alle Patienten ohne Verlegung auf Intensivstation und/oder IMC (ohne verstorbene Patienten)
Indikator-ID:	2013/ana/90064
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in dem AWR betreut werden			153.287 / 201.028	76,3%
Vertrauensbereich				76,1% - 76,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die in dem AWR betreut werden			140.807 / 187.275	75,2%
Vertrauensbereich				75,0% - 75,4%

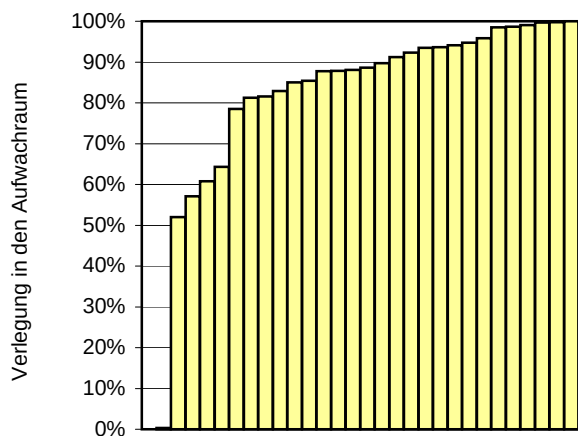
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/ana/90064]:

Anteil von Patienten mit Verlegung aus dem OP in den Aufwachraum (Ausschluss: Patienten, die auf Intensivstation und/oder IMC verlegt wurden und verstorbene Patienten)

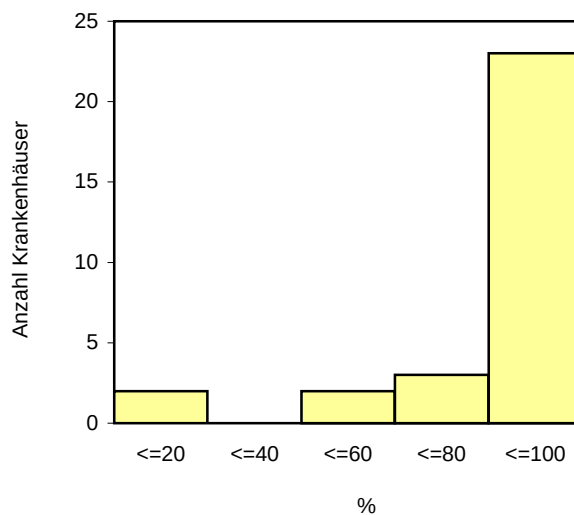
Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 88,4%



Krankenhäuser



%

30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,3	54,5	81,3	88,4	94,7	99,4	99,7	100,0

Qualitätsindikator 6: Komplikationen

Qualitätsziel: Möglichst wenig Patienten mit Übelkeit, Erbrechen oder Zittern

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die nicht verstorben sind

Indikator-ID: 2013/ana/90065

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Übelkeit, Erbrechen oder Zittern			5.305 / 234.033	2,3%
Vertrauensbereich				2,2% - 2,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

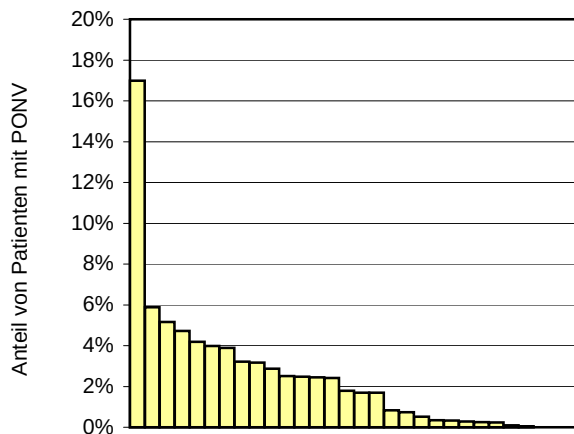
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Übelkeit, Erbrechen oder Zittern			5.688 / 220.034	2,6%
Vertrauensbereich				2,5% - 2,7%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2013/ana/90065]:
Anteil von Patienten mit PONV an allen Patienten, die nicht verstorben sind**

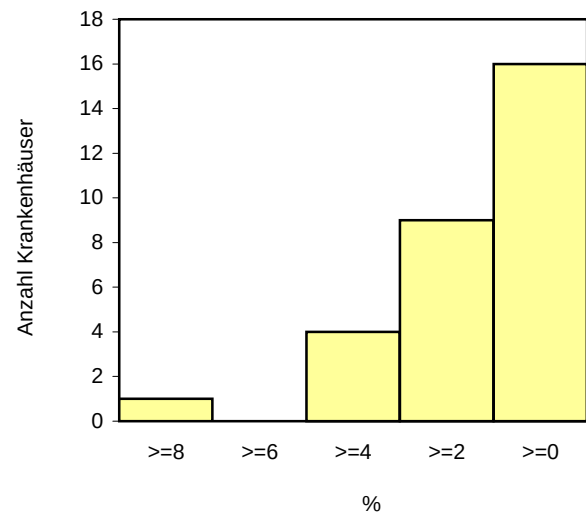
Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 17,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,7%



Krankenhäuser



%

30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	1,7	3,2	4,9	5,9	17,0

Allgemeine Angaben

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			59.646	25,4	54.184	24,6
2. Quartal			58.719	25,1	54.407	24,7
3. Quartal			58.793	25,1	55.715	25,3
4. Quartal			57.232	24,4	55.874	25,4
Gesamt			234.390		220.180	

¹ Sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist, beziehen sich in den folgenden Tabellen und Grafiken alle Prozentangaben auf die Gesamtanzahl Narkosen.

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Geschlecht						
männlich			112.417	48,0	105.757	48,0
weiblich			121.920	52,0	114.396	52,0
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			234.390		220.180	
< 5 Jahre			9.335	4,0	9.376	4,3
5 - 60 Jahre			130.075	55,5	121.548	55,2
> 60 Jahre			94.980	40,5	89.256	40,5

Dringlichkeit, ASA

Krankenhaus 2013

	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	Gesamt
Elektiveingriff						
dringlich						
Not/Soforteingriff						
Gesamt						

Gesamt 2013

	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	Gesamt
Elektiveingriff	33.559 14,3%	88.312 37,7%	54.657 23,3%	6.606 2,8%	52 0,0%	183.186 78,2%
dringlich	5.256 2,2%	13.232 5,6%	8.466 3,6%	2.836 1,2%	69 0,0%	29.859 12,7%
Not/Soforteingriff	3.291 1,4%	6.410 2,7%	6.381 2,7%	4.501 1,9%	717 0,3%	21.300 9,1%
Gesamt	42.106 18,0%	107.954 46,1%	69.504 29,7%	13.943 5,9%	838 0,4%	234.345 100,0%

Fachabteilung

		Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
		Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Nicht erfaßt	NUL		0	0,0	0	0,0
Anästhesie/ Intensivmedizin						
Notfallmedizin	AIN		1.295	0,6	1.729	0,8
Allgemeine Chirurgie	ACH		49.854	21,3	43.745	19,9
Neurochirurgie	NCH		9.208	3,9	8.834	4,0
Mund-/ Kiefer-/						
Gesichts-Chirurgie	MKG		4.063	1,7	3.719	1,7
Plastische- und						
Wiederherstellungs-						
Chirurgie	PWC		4.254	1,8	3.641	1,7
Kinderchirurgie	PCH		4.943	2,1	4.179	1,9
Innere Medizin	MED		3.302	1,4	3.258	1,5
Neurologie	NEU		470	0,2	408	0,2
HNO	HNO		20.281	8,7	20.009	9,1
Urologie	URO		17.797	7,6	15.206	6,9
Ophthalmologie	AUG		5.990	2,6	5.456	2,5
Dermatologie	DRM		768	0,3	647	0,3
Gynäkologie	GYN		27.108	11,6	23.242	10,6
Pädiatrie	PED		1.029	0,4	1.120	0,5
Radiologie	RAD		1.852	0,8	1.809	0,8
Nuklearmedizin	NUC		12	0,0	10	0,0
Neuroradiologie	NRD		755	0,3	756	0,3
Psychiatrie	PSY		481	0,2	383	0,2
Thoraxchirurgie	TCH		292	0,1	119	0,1
Herzchirurgie	HCH		7.427	3,2	6.280	2,9
Gefäßchirurgie	GCH		6.099	2,6	4.703	2,1
Handchirurgie	HDC		2.812	1,2	2.764	1,3
Unfallchirurgie und						
Orthopädie	MSZ*		44.823	19,1	38.182	17,3
Sonstige	SON		19.475	8,3	29.981	13,6

* Muskuloskeletales Zentrum

Risikobewertung

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			42.106	18,0	40.975	18,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			107.954	46,1	100.658	45,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			69.504	29,7	64.282	29,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			13.943	5,9	13.333	6,1
5: moribunder Patient			838	0,4	881	0,4
Herz			32.034	13,7	33.253	15,1
Lunge			23.771	10,1	22.729	10,3
Kreislauf			53.685	22,9	51.655	23,5
Neurologie/ ZNS			20.589	8,8	18.922	8,6
Stoffwechsel			35.566	15,2	32.320	14,7
Extreme Adipositas			4.987	2,1	5.055	2,3

Zeiterfassung

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	min	Anzahl	min	Anzahl	min
Arztbindungszeit (Minuten)						
gültige Angaben			234.390		220.180	
Median				95,0		95,0
Maximum				1.890,0		2.100,0
Minimum				2,0		3,0
Schnitt-Naht-Dauer (Minuten)						
gültige Angaben			234.390		220.180	
Median				45,0		45,0
Maximum				1.439,0		1.437,0
Minimum				0,0		0,0
Postanästhesiologische Überwachungsdauer/ Aufwachraum-Dauer						
gültige Angaben			234.390		220.180	
Median				55,0		50,0
Maximum				2.160,0		2.160,0
Minimum				0,0		0,0

Anästhesieverfahren

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
TIVA			117.610	50,2	110.155	50,0
balancierte Anästhesie			86.918	37,1	81.349	36,9
RSI			11.252	4,8	9.881	4,5
Spinalanästhesie			14.526	6,2	15.123	6,9
EDA lumbal			8.777	3,7	8.755	4,0
EDA thorakal			4.945	2,1	4.360	2,0
periphere Regionalanästhesie			7.094	3,0	6.452	2,9
Regionale mit Katheter-verfahren			6.708	2,9	5.837	2,7
Analgesedierung			6.640	2,8	5.154	2,3
Stand by / Monitored Care			4.746	2,0	4.505	2,0

Luftweg

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maske			9.980	4,3	9.968	4,5
Supraglottischer LW			72.560	31,0	64.659	29,4
Intratrachealer LW			125.173	53,4	119.430	54,2
Endobronchialer LW			3.158	1,3	3.341	1,5

Atmung/Beatmung

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Spontanatmung			36.168	15,4	36.214	16,4
unterstützte Spontanatmung			16.967	7,2	18.450	8,4
kontrollierte Beatmung			193.383	82,5	179.527	81,5
Sonstige			3.039	1,3	3.037	1,4
Erweitertes Monitoring						
invasives Blutdruckmonitoring			23.448	10,0	22.512	10,2
erweitertes Monitoring						
inkl. HZV			14.721	6,3	13.424	6,1
ZNS Monitoring			17.089	7,3	14.482	6,6
Ultraschall Herz / TEE			3.387	1,4	2.953	1,3
Ultraschall bei RA			1.954	0,8	1.523	0,7
Ultraschall bei ZVK Anlage			1.578	0,7	1.183	0,5
Operationsart Tracer						
kein Tracer			211.782	90,4	155.499	70,6
Sectio caesarea			4.704	2,0	4.330	2,0
Adenotomie			1.338	0,6	1.557	0,7
laparoskopische Cholezystektomie (ohne Umstieg auf offene Laparotomie)			2.411	1,0	2.217	1,0
transurethrale Prostataresektion			1.109	0,5	1.003	0,5
arthroskopischer Knieeingriff (diagnostisch und/oder therapeutisch)			4.746	2,0	4.259	1,9

Alter, ASA

Krankenhaus 2013

	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	Gesamt
< 5 Jahre						
5 - 60 Jahre						
> 60 Jahre						
Gesamt						

Gesamt 2013

	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	Gesamt
< 5 Jahre	3.991 1,7%	3.300 1,4%	1.727 0,7%	296 0,1%	20 0,0%	9.334 4,0%
5 - 60 Jahre	35.264 15,0%	70.065 29,9%	20.585 8,8%	3.836 1,6%	298 0,1%	130.048 55,5%
> 60 Jahre	2.851 1,2%	34.589 14,8%	47.192 20,1%	9.811 4,2%	520 0,2%	94.963 40,5%
Gesamt	42.106 18,0%	107.954 46,1%	69.504 29,7%	13.943 5,9%	838 0,4%	234.345 100,0%

AVB

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Intraoperative AVB			1.760	0,8	2.880	1,3
Postoperative AVB			245	0,1	441	0,2
AVB Gesamt			1.998	0,9	3.281	1,5
AVB, Relevanz > 0 intraoperativ			1.760	0,8	2.880	1,3
AVB, Relevanz > 0 postoperativ			245	0,1	441	0,2
AVB, Relevanz > 0, Gesamt			1.998	0,9	3.281	1,5
AVB mit Relevanz 1 bei risikoarmen Patienten ¹			653	0,5	1.144	1,0
AVB mit Relevanz 2 bei risikoarmen Patienten			36	0,0	62	0,1
AVB mit Relevanz 3 bei risikoarmen Patienten			0	0,0	0	0,0

AVB-Inzidenz

für elektive Anästhesien:

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
AVB bei Patienten mit balancierten Narkosen			694	1,0	1.150	1,8
AVB bei Patienten mit TIVA			667	0,7	1.087	1,2
AVB bei Patienten mit regionalen Anästhesien			58	0,6	109	1,3

¹ ASA 1 oder 2, elektiver Eingriff

AVB - Untergruppen

		Krankenhaus 2013					Gesamt 2013				
		Schweregrad		Inzidenz			Schweregrad		Inzidenz		
		11	12	13	Anzahl	%	11	12	13	Anzahl	%
Atmung											
Laryngospasmus	1101						46	3	0	49	0,0
Bronchospasmus	1102						91	14	0	105	0,0
Aspiration	1105						15	25	1	41	0,0
Hypoxämie	1201						31	21	0	52	0,0
Hypoventilation	1204						34	3	1	38	0,0
Unvorhergesehene schwierige Intubation	1301						130	12	0	142	0,1
fehlerhafte Tubuslage nach Intubationsversuch	1309						17	0	0	17	0,0
Sonstiges: Atmung/ Luftweg/Lunge/Thorax	1999						68	21	0	89	0,0
Herz-Kreislauf											
Hypotension	2101						649	82	15	746	0,3
Hypertension	2102						92	4	0	96	0,0
Tachykardie	2201						49	23	0	72	0,0
Bradykardie	2202						167	15	1	183	0,1
Arrhythmie	2203						31	16	0	47	0,0
Lungenembolie	2304						1	6	2	9	0,0
Schock/Mikrozirkulations- störung	2306						3	8	7	18	0,0
Herz-/Kreislaufstillstand/ CPR	2307						8	54	40	102	0,0
Akutes Koronarsyndrom	2308						4	4	1	9	0,0
Sonstiges: Herz/Kreislauf	2999						12	5	4	21	0,0
Allgemeine Reaktionen											
Maligne Hyperthermie	3106						0	0	0	0	0,0
allergische Reaktion	3108						51	7	0	58	0,0
Oligurie/Anurie/ANV	3201						0	0	0	0	0,0
Transfusionsreaktion	3202						1	0	0	1	0,0
Sonstiges: Allgemeine Reaktionen	3999						14	3	0	17	0,0

Entlassung

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Aufwachraum			157.671	67,3	144.786	65,8
Verlegung						
Intensiv (geplante						
Verlegung IMC/ICU)			33.005	14,1	32.759	14,9
Normalstation			177.234	75,6	166.333	75,5
Sonstige Verlegung			21.913	9,3	19.677	8,9
Exitus			95	0,0	146	0,1
unerwartete stationäre						
Aufnahme nach ambulanten						
Eingriffen			100	0,0	86	0,0
ungeplante Aufnahme						
IMC/ICU			1.781	0,8	1.179	0,5

Besondere Qualitätsmerkmale

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Übelkeit			2.796	1,2	2.743	1,2
Erbrechen			899	0,4	1.090	0,5
Zittern Grad > 1			2.593	1,1	2.927	1,3
Hypothermie			1.495	0,6	1.482	0,7
Schmerzen VAS > 3			3.122	1,3	4.471	2,0
RA: Partieller Effekt			401	0,2	653	0,3
RA: Unzureichender Effekt			357	0,2	465	0,2
Awareness			101	0,0	272	0,1

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z. B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhäusergebnisse 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 BQS-Bundesdatenpools 2008.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der QIDB des Auswertungsjahres. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Auswertung des Vorjahres kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

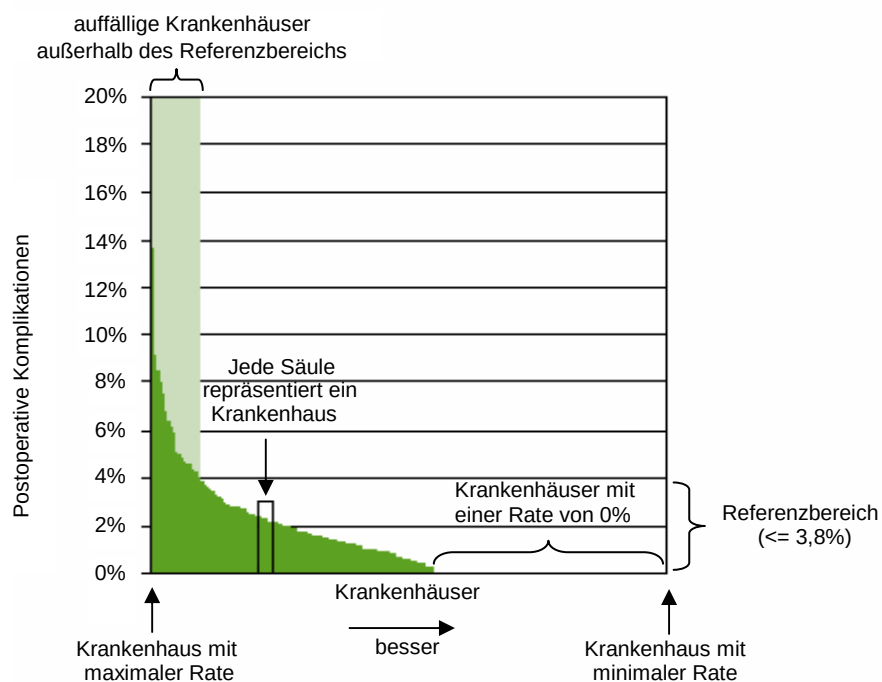
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

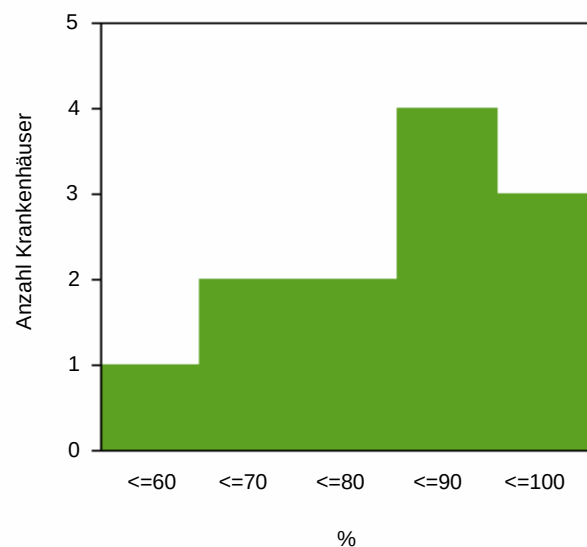
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche.

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

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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

BQS-Institut / BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit

Standort Düsseldorf
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf

Standort Hamburg
Wendenstrasse 309
D-20537 Hamburg