Jahresauswertung 2013
Cholezystektomie

12/1

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.432
Datensatzversion: 12/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14282-L90077-P43822

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2013
Cholezystektomie

12/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.432
Datensatzversion: 12/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14282-L90077-P43822

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 1: Eingriffsspezifische Komplikationen							
1a: 2013/12n1-CHOL/220							
Verschluss oder Durchtrennung des DHC			8,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	8,0 Fälle	6
1b: 2013/12n1-CHOL/50786							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des DHC			1,14	nicht definiert	-	1,2%	8
1c: 2013/12n1-CHOL/613							
Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation			2,3%	<= 5,6%	innerhalb	2,5%	10
QI 2: Allgemeine postoperative Komplikationen							
2a: 2013/12n1-CHOL/224							
Allgemeine postoperative Komplikationen			2,8%	<= 7,0%	innerhalb	2,5%	13
2b: 2013/12n1-CHOL/225							
nach laparoskopisch begonnener Operation			1,9%	<= 5,6%	innerhalb	1,8%	13
2c: 2013/12n1-CHOL/226							
nach offen-chirurgischer Operation			14,7%	<= 35,5%	innerhalb	11,8%	13

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
QI 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen							
3a: 2013/12n1-CHOL/51169							
Reintervention aufgrund von Komplikationen			2,1%	nicht definiert	-	2,5%	20
3b: 2013/12n1-CHOL/50791							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen			0,87	<= 2,33	innerhalb	1,06	22
3c: 2013/12n1-CHOL/227							
nach laparoskopischer Operation			1,3%	nicht definiert	-	1,5%	24
QI 4: Sterblichkeit im Krankenhaus							
4a: 2013/12n1-CHOL/51392							
Sterblichkeit im Krankenhaus			0,8%	nicht definiert	-	0,6%	27
4b: 2013/12n1-CHOL/51391							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen			0,96	<= 3,52	innerhalb	0,77	30
4c: 2013/12n1-CHOL/50824							
bei geringem Sterblichkeitsrisiko			9,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	6,0 Fälle	32

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2013/12n1-CHOL/850189 **AK 3: Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen**			30,4%	< 100,0%	innerhalb	45,5%	34
2013/12n1-CHOL/850192 **AK 6: Keine Reinterventionen**			77,8%	< 100,0%	innerhalb	77,0%	36

[1] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Qualitätsindikatorengruppe 1: Eingriffsspezifische Komplikationen

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

Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1a): 2013/12n1-CHOL/220

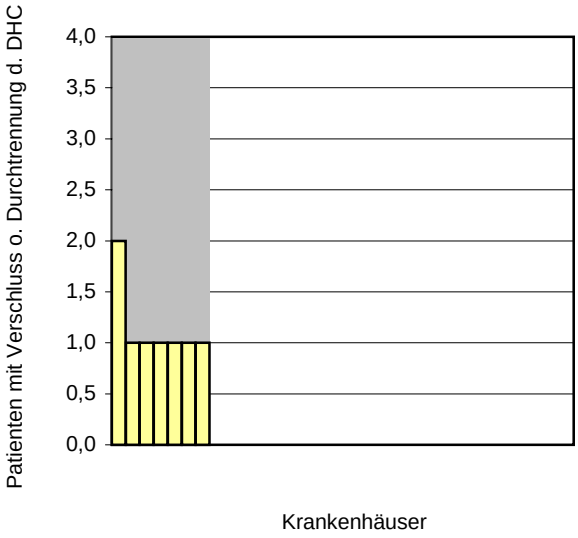
Referenzbereich: Sentinel Event

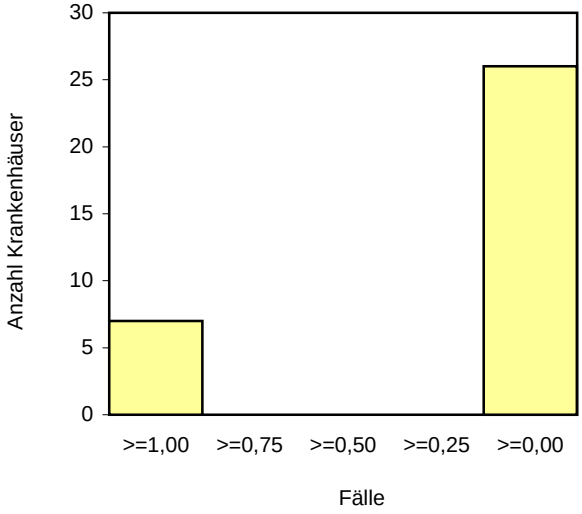
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durch-trennung des DHC, Blutung, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, sonstige Komplikationen			133 / 5.432	2,4%
Blutung			41 / 5.432	0,8%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			12 / 5.432	0,2%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			8 / 5.432	8,0 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event
Sonstige			84 / 5.432	1,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			8 / 5.353	8,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/220]:
Anzahl Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des DHC von allen Patienten

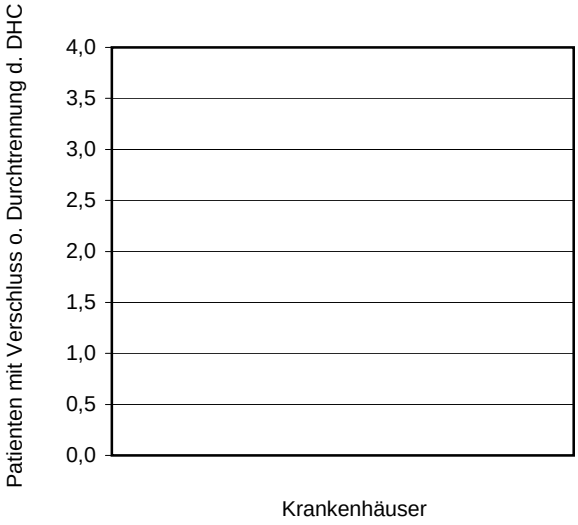
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	1,0	1,0	2,0

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 1b): 2013/12n1-CHOL/50786

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 5.432 0,15%
vorhergesagt (E)[1]		7,01 / 5.432 0,13%
O - E		0,02%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,14
Vertrauensbereich		0,58 - 2,25
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus zu den erwarteten Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

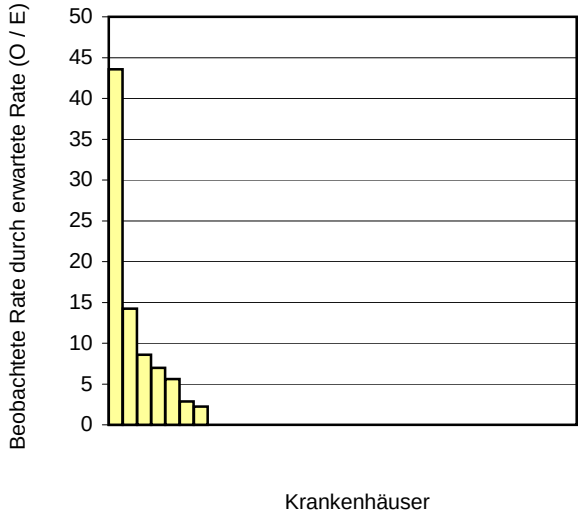
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus ist 20% größer als erwartet.

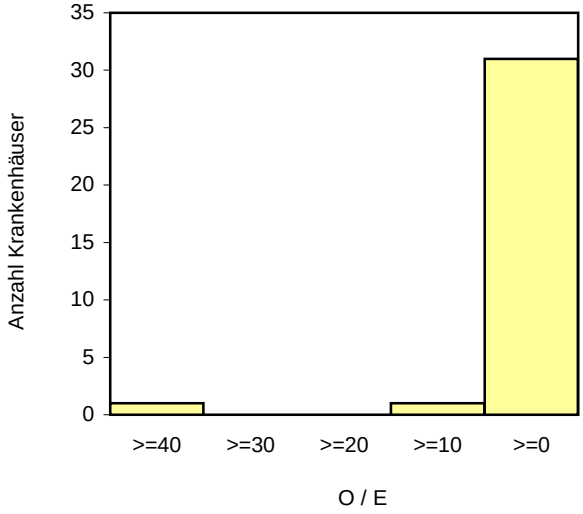
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		8 / 5.353 0,15%
vorhergesagt (E)		6,70 / 5.353 0,13%
O - E		0,02%
O / E		1,19
Vertrauensbereich		0,61 - 2,36

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/50786]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus an allen Patienten

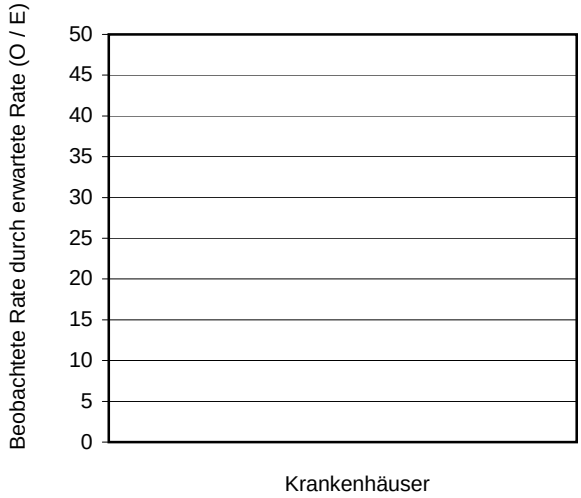
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	6,97	14,24	43,56

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

Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation

Grundgesamtheit: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation[1]
(OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)

Indikator-ID: (QI 1c): 2013/12n1-CHOL/613

Referenzbereich: <= 5,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

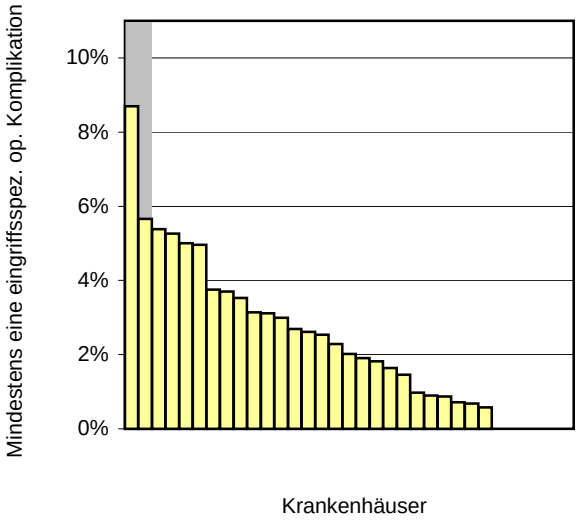
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, Zystikusstumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			116 / 5.067	2,3%
Vertrauensbereich				1,9% - 2,7%
Referenzbereich		<= 5,6%		<= 5,6%
Blutung			36 / 5.067	0,7%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			6 / 5.067	0,1%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			11 / 5.067	0,2%
Zystikusstumpfinsuffizienz			8 / 5.067	0,2%
Sonstige			67 / 5.067	1,3%

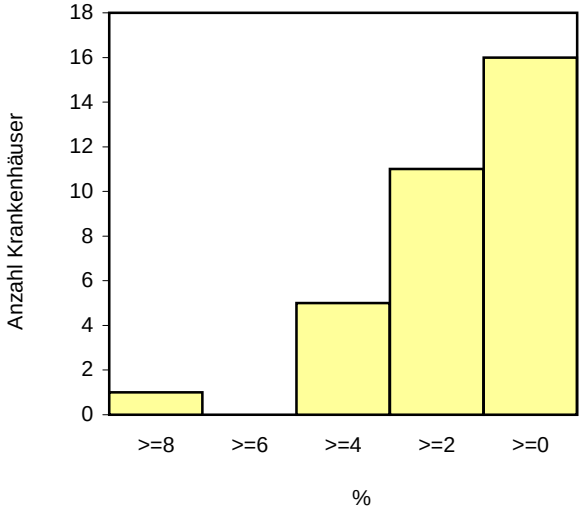
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Leckagen, revisionsbedürftige Verletzungen, sonstige Komplikationen			125 / 4.993	2,5%
Vertrauensbereich				2,1% - 3,0%

[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 1c, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/613]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

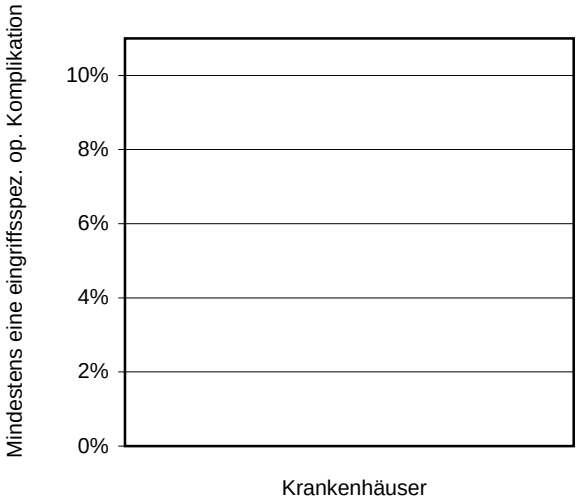
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Behandlungsbedürftige Komplikationen nach offen-chirurgisch begonnener Operation

Grundgesamtheit: Patienten mit offen-chirurgischer Operation[1]
(OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Blutung, Okklusion oder Durchtrennung des DHC, sonstige revisionsbedürftige Verletzungen, Zystikusstumpfinsuffizienz oder sonstige Komplikationen			25 / 348	7,2%
Blutung			5 / 348	1,4%
Patienten mit Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus			2 / 348	0,6%
Sonstige revisionsbedürftige Verletzungen			1 / 348	0,3%
Zystikusstumpfinsuffizienz			4 / 348	1,1%
Sonstige			16 / 348	4,6%

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

Qualitätsindikatorengruppe 2: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 2a): 2013/12n1-CHOL/224
Gruppe 2 (QI 2b): 2013/12n1-CHOL/225
Gruppe 3 (QI 2c): 2013/12n1-CHOL/226

Referenzbereich:
Gruppe 1: <= 7,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Gruppe 2: <= 5,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Gruppe 3: <= 35,5% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 7,0%	<= 5,6%	<= 35,5%
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 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardio-vaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Becken-venenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen	151 / 5.432	98 / 5.067	51 / 348
	2,8%	1,9%	14,7%
Vertrauensbereich	2,4% - 3,3%	1,6% - 2,4%	11,3% - 18,8%
Referenzbereich	<= 7,0%	<= 5,6%	<= 35,5%
Pneumonie	30 / 5.432	13 / 5.067	16 / 348
	0,6%	0,3%	4,6%
Kardiovaskuläre Komplikationen	48 / 5.432	28 / 5.067	19 / 348
	0,9%	0,6%	5,5%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 5.432	0 / 5.067	0 / 348
	0,0%	0,0%	0,0%
Lungenembolie	1 / 5.432	1 / 5.067	0 / 348
	0,0%	0,0%	0,0%
Harnwegsinfekt	14 / 5.432	10 / 5.067	4 / 348
	0,3%	0,2%	1,1%
Sonstige	105 / 5.432	67 / 5.067	38 / 348
	1,9%	1,3%	10,9%

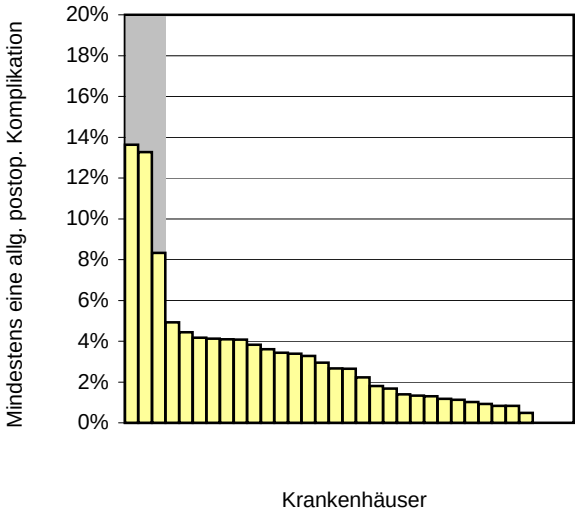
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardio-vaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Becken-venenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen			
Vertrauensbereich			

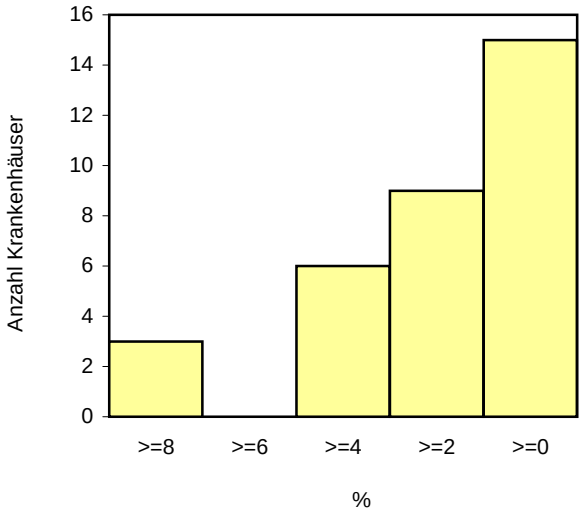
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2[1]	Gruppe 3[1]
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation: Pneumonie, kardio-vaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Becken-venenthrombose, Lungenembolie, Harnwegsinfekt oder sonstige Komplikationen	132 / 5.353	90 / 4.993	41 / 347
	2,5%	1,8%	11,8%
Vertrauensbereich	2,1% - 2,9%	1,5% - 2,2%	8,8% - 15,6%

[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 2013/12n1-CHOL/224]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten

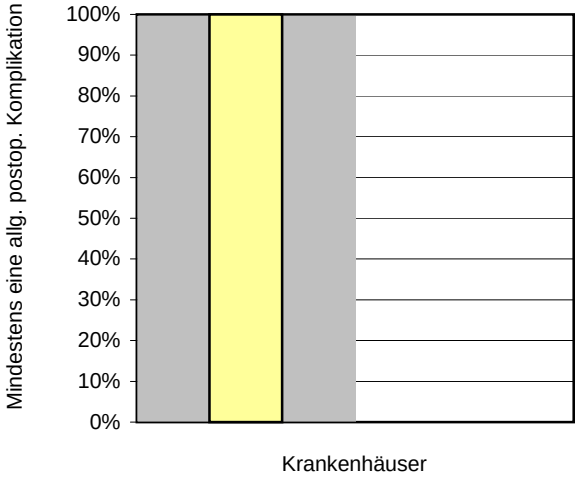
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,5	1,1	2,6	4,1	4,9	13,3	13,6

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

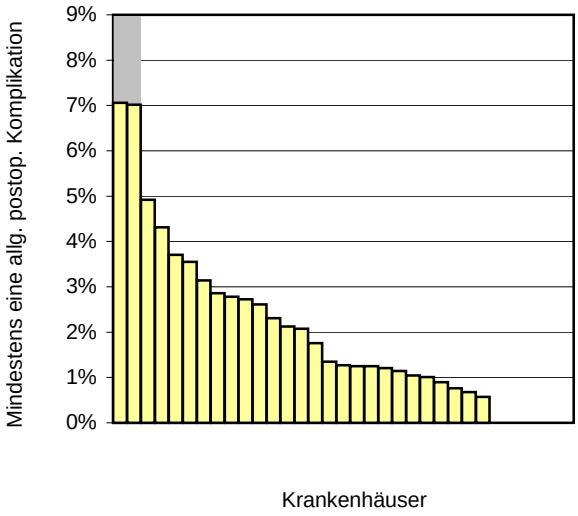


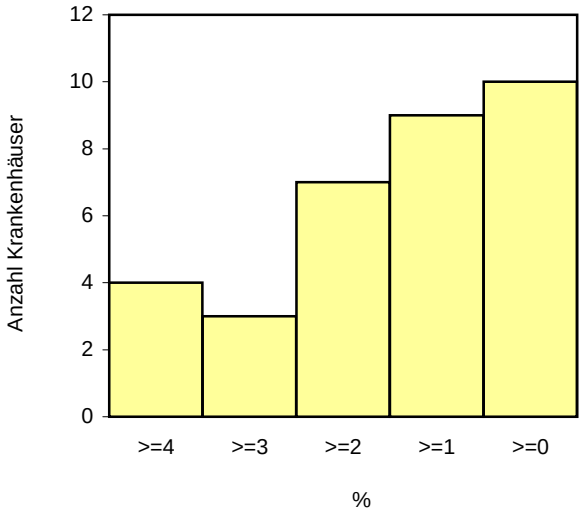
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				50,0				100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/225]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

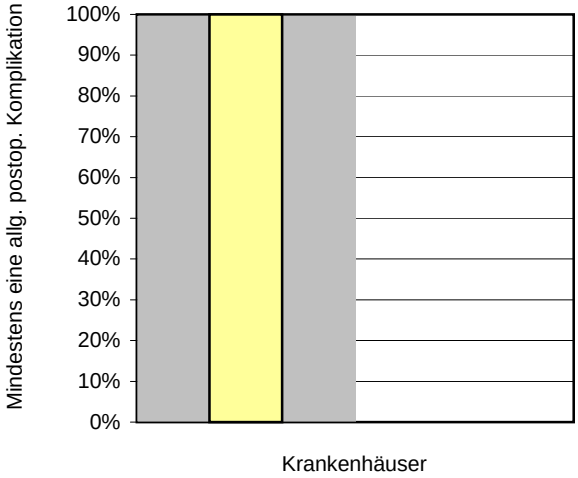
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

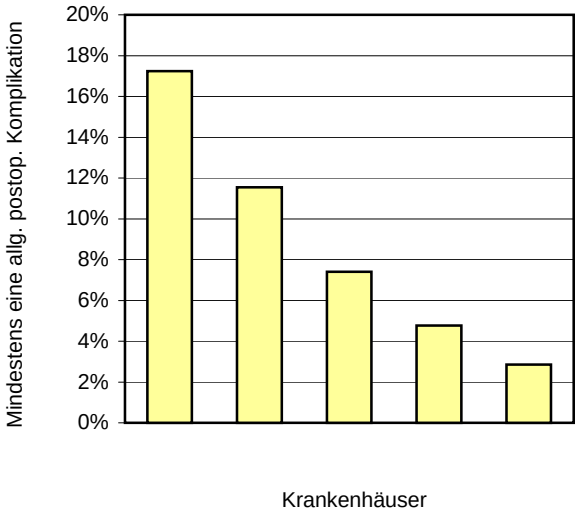


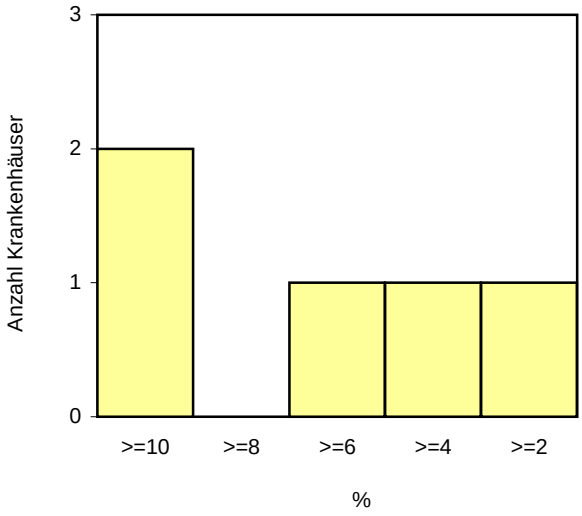
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				50,0				100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/226]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation

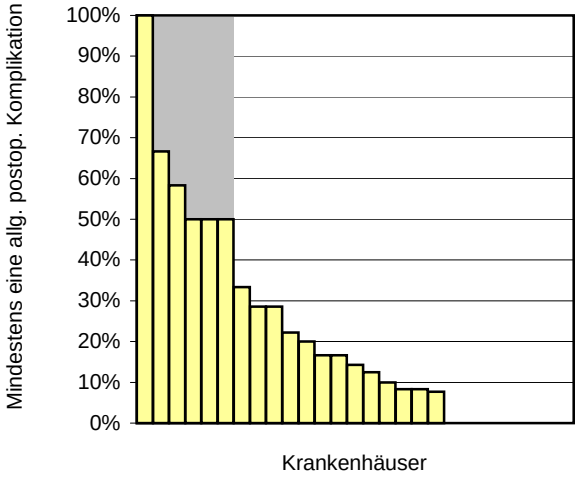
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,9			4,8	7,4	11,5			17,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
27 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	14,3	33,3	58,3	66,7	100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine postoperative Komplikationen risikostratifiziert nach ASA

Qualitätsziel: Selten postoperative Komplikationen in Abhängigkeit von der Risikoklasse

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

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	47 / 4.004 1,2%	104 / 1.428 7,3%
Pneumonie	4 / 4.004 0,1%	26 / 1.428 1,8%
Kardiovaskuläre Komplikationen	7 / 4.004 0,2%	41 / 1.428 2,9%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 4.004 0,0%	0 / 1.428 0,0%
Lungenembolie	0 / 4.004 0,0%	1 / 1.428 0,1%
Harnwegsinfekt	4 / 4.004 0,1%	10 / 1.428 0,7%
Sonstige	34 / 4.004 0,8%	71 / 1.428 5,0%

Qualitätsindikatorengruppe 3: Reintervention aufgrund von Komplikationen

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

Reintervention aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 3a): 2013/12n1-CHOL/51169

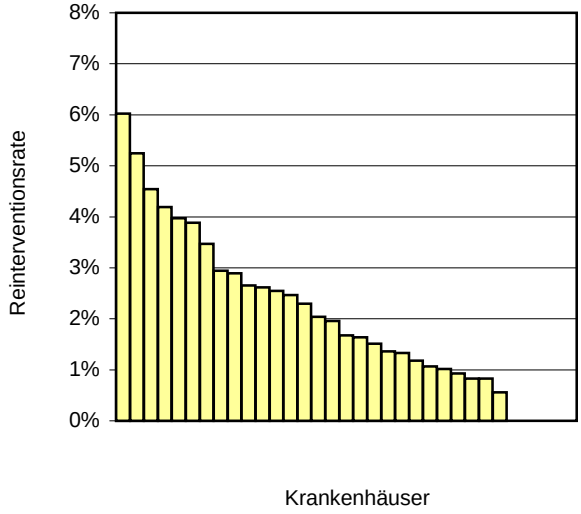
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

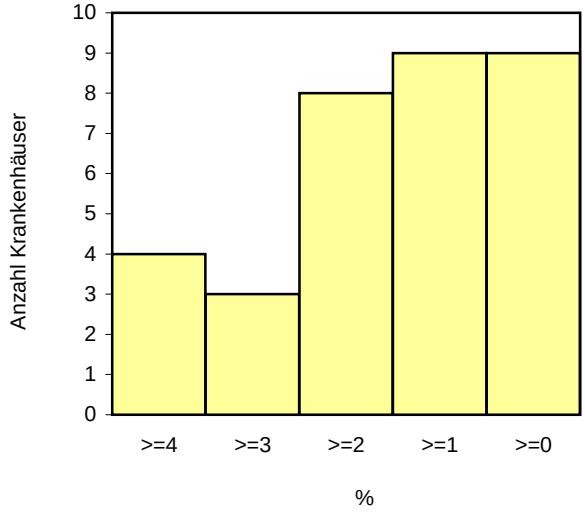
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			115 / 5.432	2,1%
Vertrauensbereich				1,8% - 2,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			134 / 5.353	2,5%
Vertrauensbereich				2,1% - 3,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/51169]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

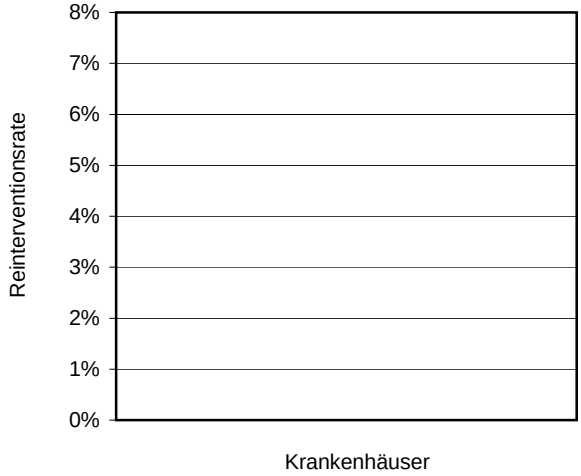
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 3b): 2013/12n1-CHOL/50791

Referenzbereich: <= 2,33 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		115 / 5.432 2,12%
vorhergesagt (E)[1]		131,78 / 5.432 2,43%
O - E		-0,31%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		0,87
Vertrauensbereich		0,73 - 1,04
Referenzbereich	<= 2,33	<= 2,33

[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

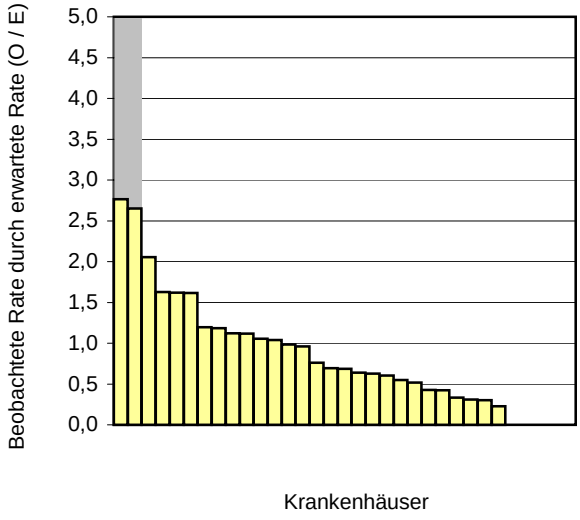
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.

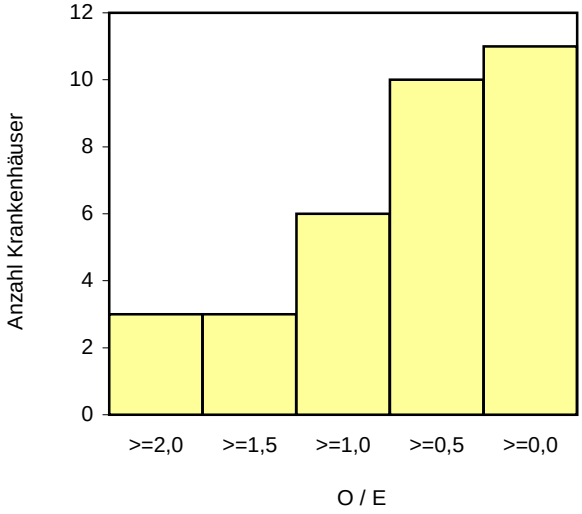
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		134 / 5.353 2,50%
vorhergesagt (E)		126,54 / 5.353 2,36%
O - E		0,14%
O / E		1,06
Vertrauensbereich		0,90 - 1,25

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/50791]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

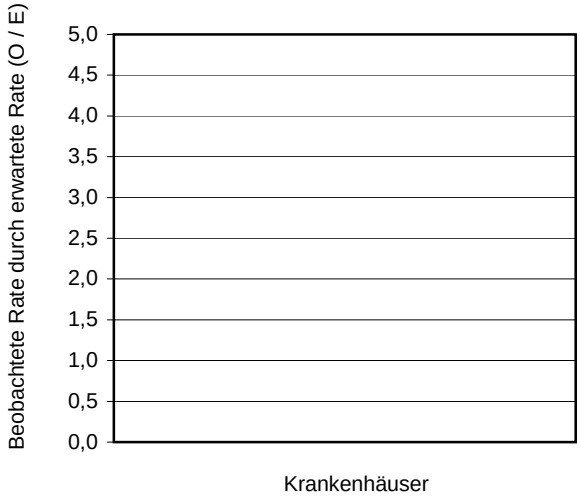
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,33	0,69	1,12	1,63	2,65	2,77

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

Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation

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

Indikator-ID: (QI 3c): 2013/12n1-CHOL/227

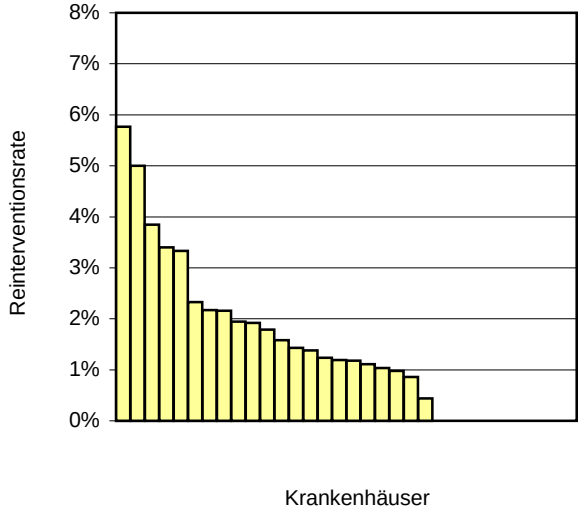
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

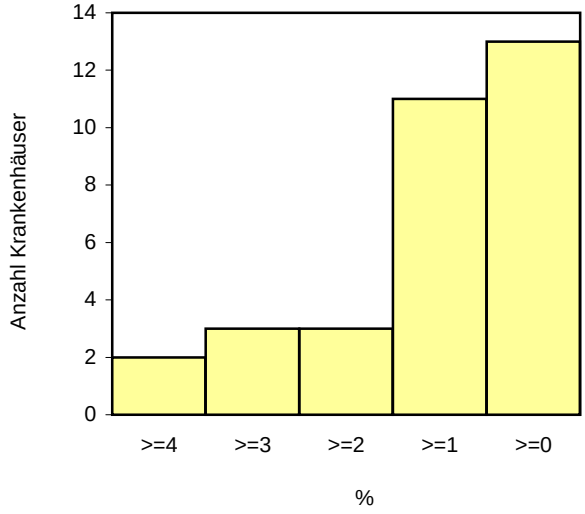
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			41 / 3.160	1,3%
Vertrauensbereich				1,0% - 1,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			49 / 3.233	1,5%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3c, Indikator-ID 2013/12n1-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

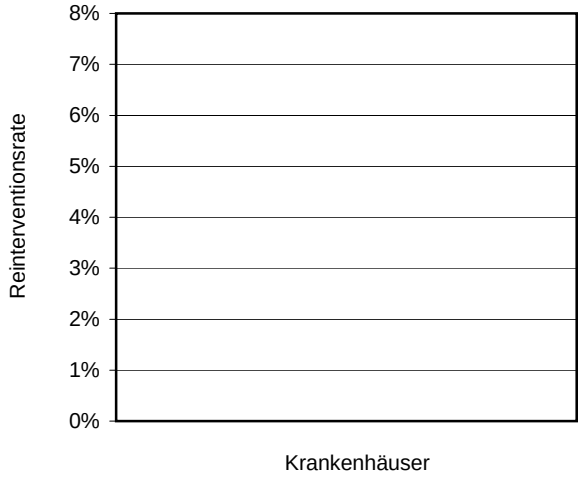
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat 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 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention aufgrund von Komplikationen			21 / 348	6,0%

Qualitätsindikatorengruppe 4: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2013/12n1-CHOL/51392

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	nicht definiert		

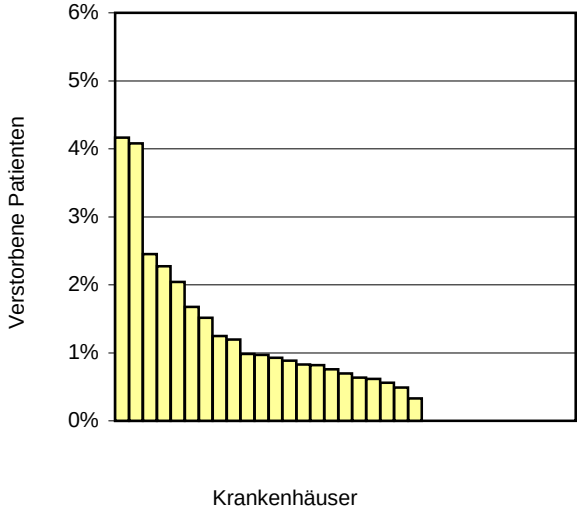
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	45 / 5.432	20 / 5.337	25 / 95
	0,8%	0,4%	26,3%
Vertrauensbereich	0,6% - 1,1%		
Referenzbereich	nicht definiert		

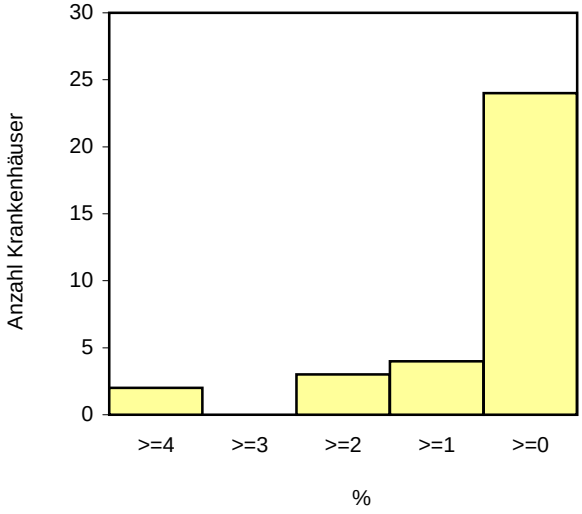
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	33 / 5.353	20 / 5.268	13 / 85
	0,6%	0,4%	15,3%
Vertrauensbereich	0,4% - 0,9%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/51392]:
Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten

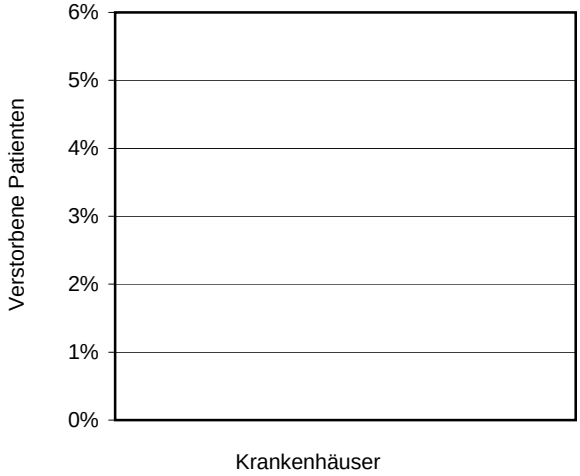
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus nach Art des Eingriffs

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation[1] (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)

Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation[1] (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1[1]	Gruppe 2[1]
Verstorbene Patienten		

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1[1]	Gruppe 2[1]
Verstorbene Patienten	22 / 5.067 0,4%	23 / 348 6,6%

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 4b): 2013/12n1-CHOL/51391

Referenzbereich: <= 3,52 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		45 / 5.432 0,83%
vorhergesagt (E)[1]		46,79 / 5.432 0,86%
O - E		-0,03%

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

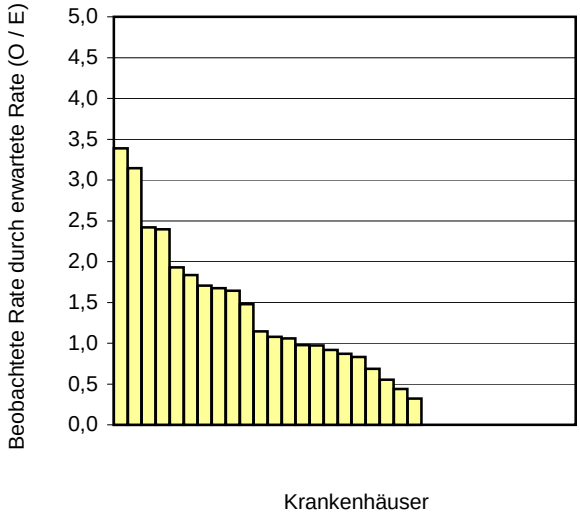
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		0,96
Vertrauensbereich		0,72 - 1,28
Referenzbereich	<= 3,52	<= 3,52

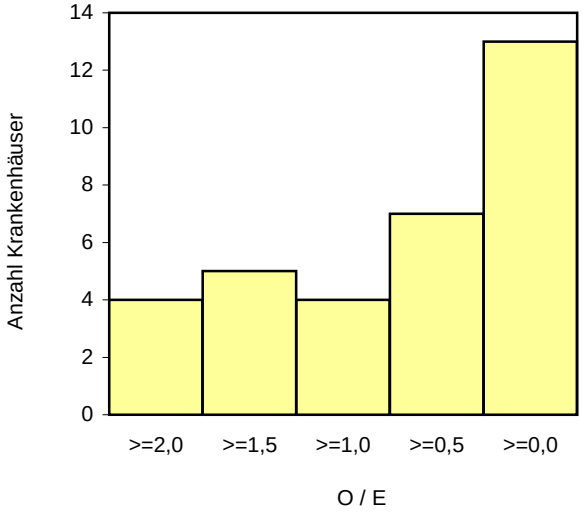
[2] Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		33 / 5.353 0,62%
vorhergesagt (E)		42,63 / 5.353 0,80%
O - E		-0,18%
O / E		0,77
Vertrauensbereich		0,55 - 1,09

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/51391]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten

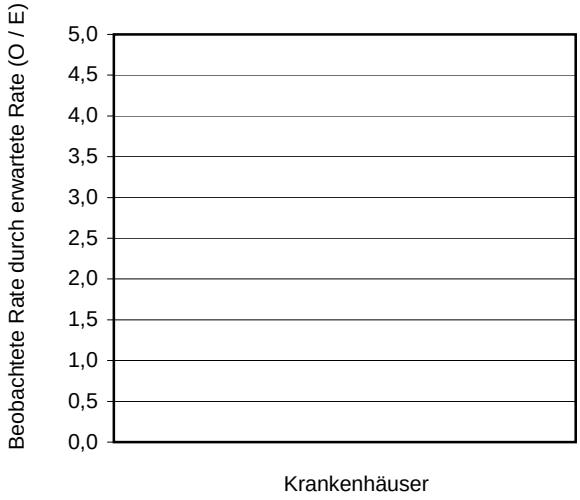
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,87	1,64	2,39	3,14	3,39

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

Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 4c): 2013/12n1-CHOL/50824

Referenzbereich[1]: Sentinel Event

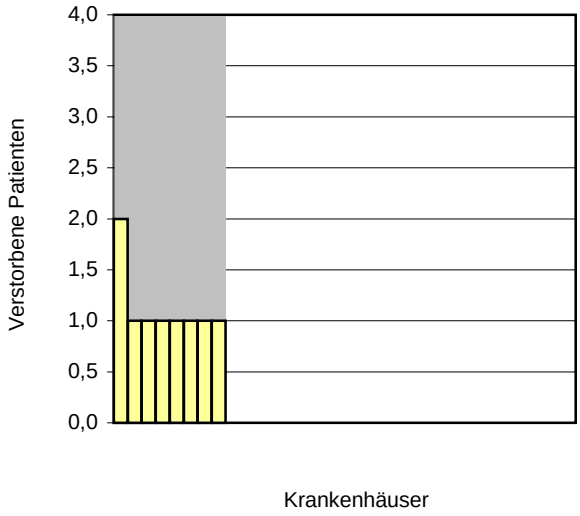
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,85)			9 / 5.432	9,0 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

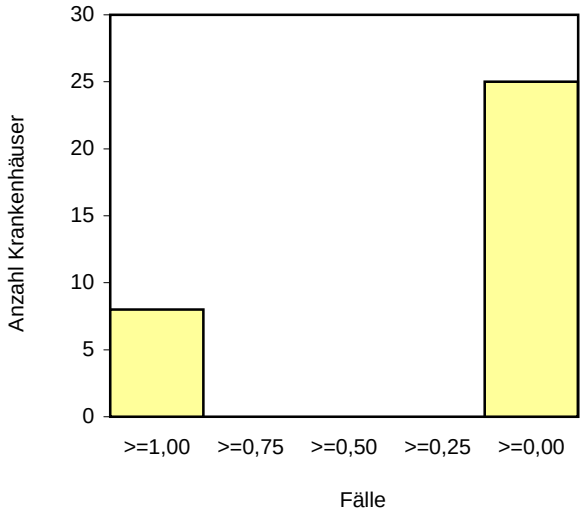
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,85)			6 / 5.353	6,0 Fälle

[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 Krankenhausergebnisse [Diagramm 4c, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/50824]:
Anzahl verstorbener Patienten, die nach logistischem Cholezystektomie-Score für den Indikator 51391 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil = 1,85), von allen Patienten

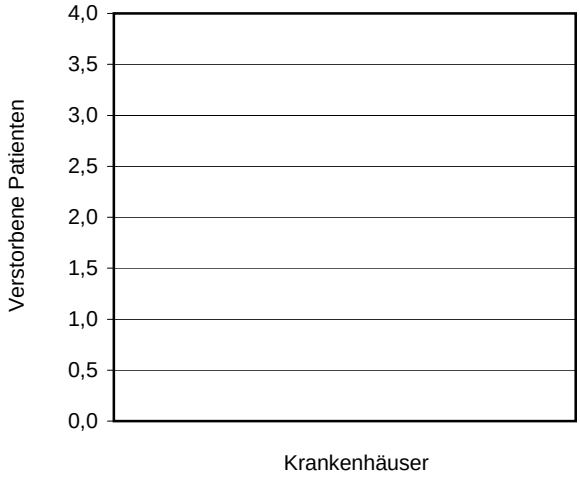
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
33 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	1,0	1,0	2,0

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

Auffälligkeitskriterium 3: Nie 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 postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil (12 Tage)

Indikator-ID: 2013/12n1-CHOL/850189

Referenzbereich: < 100,0%

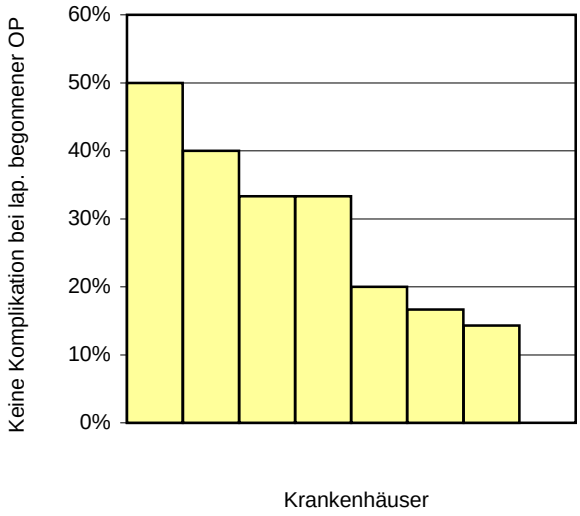
ID-Bezugsindikator(en): 224, 225

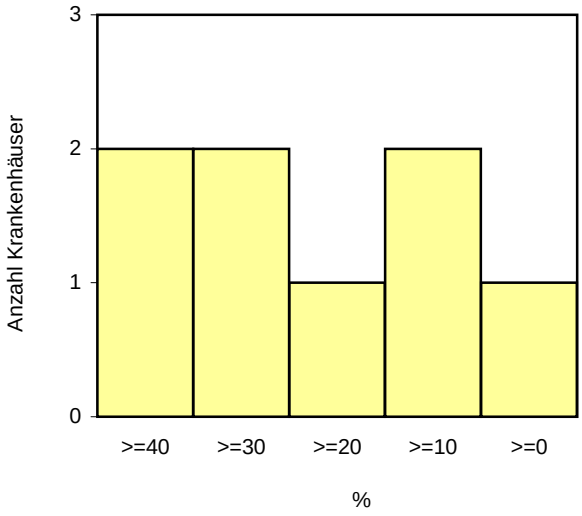
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne eingriffspezifische und allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation			34 / 112	30,4%
Vertrauensbereich				22,6% - 39,4%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne eingriffspezifische und allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation			45 / 99	45,5%
Vertrauensbereich				36,0% - 55,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/850189]:
Anteil von Patienten ohne eingriffspezifische und allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation und einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil (12 Tage)

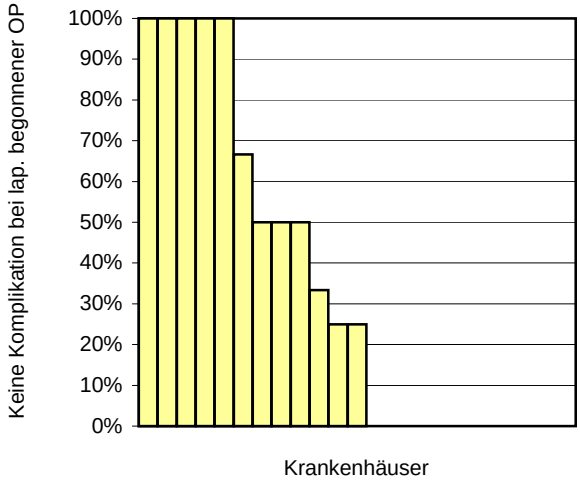
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			15,5	26,7	36,7			50,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
23 Krankenhäuser haben weniger als 5 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	25,0	66,7	100,0	100,0	100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: Keine Reinterventionen

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil (12 Tage)

Indikator-ID: 2013/12n1-CHOL/850192

Referenzbereich: < 100,0%

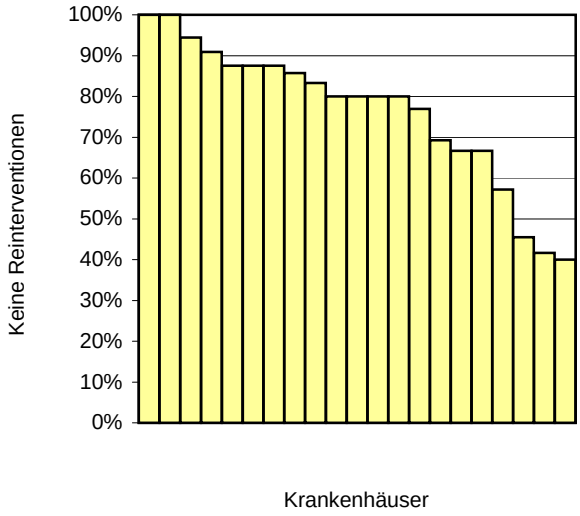
ID-Bezugsindikator(en): 51169, 50791, 227

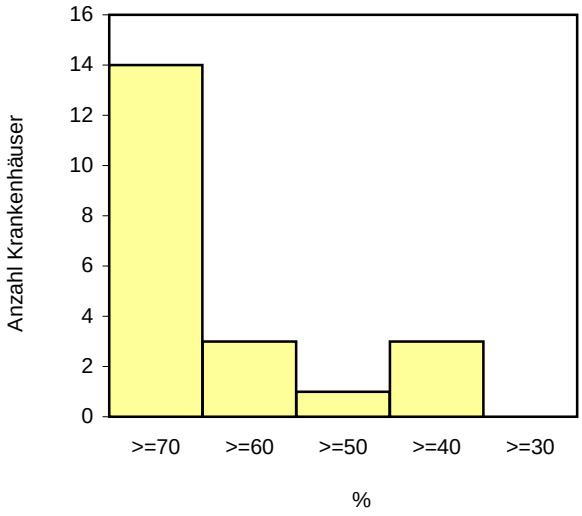
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Reintervention			186 / 239	77,8%
Vertrauensbereich				72,1% - 82,6%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne Reintervention			174 / 226	77,0%
Vertrauensbereich				71,1% - 82,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2013/12n1-CHOL/850192]:
Anteil von Patienten ohne Reintervention an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil (12 Tage)

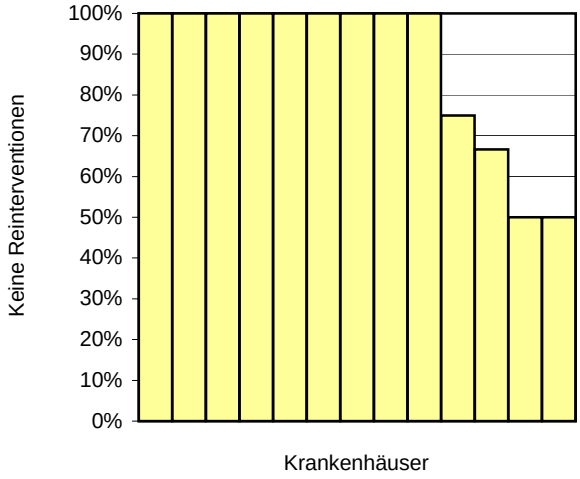
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0	41,7	45,5	66,7	80,0	87,5	94,4	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
13 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		50,0	75,0	100,0	100,0	100,0		100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Cholezystektomie

12/1

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 35
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.432
Datensatzversion: 12/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14282-L90077-P43822

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.449	26,7	1.501	28,0
2. Quartal			1.375	25,3	1.365	25,5
3. Quartal			1.301	24,0	1.245	23,3
4. Quartal			1.307	24,1	1.242	23,2
Gesamt			5.432		5.353	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		5.430		5.353	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,9*		*1,9*
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		4.002		3.956	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,6*		*1,7*
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		3.893		3.827	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*1,5*		*1,6*
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		104		122	
Median			*1,0*		*1,0*
Mittelwert			*3,7*		*3,4*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		5.432		5.353	
Median			*3,0*		*4,0*
Mittelwert			*4,8*		*4,9*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		5.430		5.353	
Median			*4,0*		*5,0*
Mittelwert			*6,7*		*6,8*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013[1]

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				K80.10	2.680	49,3	K80.10	2.688	50,2
2				K80.00	1.446	26,6	K80.00	1.429	26,7
3				I10.00	1.161	21,4	I10.00	1.245	23,3
4				K80.20	995	18,3	K80.20	947	17,7
5				I10.90	563	10,4	I10.90	491	9,2
6				K66.0	453	8,3	K66.0	485	9,1
7				E11.90	452	8,3	E11.90	433	8,1
8				E66.00	276	5,1	E66.00	266	5,0

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2013[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

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

OPS 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-511.11	4.838	89,1	5-511.11	4.780	89,3
2				5-469.21	358	6,6	5-469.21	425	7,9
3				5-511.01	288	5,3	5-511.01	284	5,3
4				5-511.21	202	3,7	5-511.21	170	3,2
5				1-632	167	3,1	1-632	137	2,6

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2012 und OPS 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.432 / 5.432		5.353 / 5.353	
< 20 Jahre			61 / 5.432	1,1	54 / 5.353	1,0
20 - 29 Jahre			358 / 5.432	6,6	342 / 5.353	6,4
30 - 39 Jahre			498 / 5.432	9,2	441 / 5.353	8,2
40 - 49 Jahre			757 / 5.432	13,9	844 / 5.353	15,8
50 - 59 Jahre			1.105 / 5.432	20,3	1.105 / 5.353	20,6
60 - 69 Jahre			1.073 / 5.432	19,8	1.045 / 5.353	19,5
70 - 79 Jahre			1.172 / 5.432	21,6	1.160 / 5.353	21,7
>= 80 Jahre			408 / 5.432	7,5	362 / 5.353	6,8
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.432		5.353	
Median				*59,0*		*59,0*
Mittelwert				*57,3*		*57,3*
Geschlecht						
männlich			1.912	35,2	1.896	35,4
weiblich			3.520	64,8	3.457	64,6
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.010	18,6	985	18,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.994	55,1	2.971	55,5
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.333	24,5	1.312	24,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			91	1,7	83	1,6
5: moribunder Patient			4	0,1	2	0,0

Anamnese

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken			4.072	75,0	3.977	74,3
Schmerzen im rechten Oberbauch			5.092	93,7	4.966	92,8
Cholestase			491	9,0	446	8,3

Diagnostik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor			5.265 / 5.432	96,9	5.209 / 5.353	97,3
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			35 / 5.265	0,7	32 / 5.209	0,6
Sonographie			5.165 / 5.265	98,1	5.128 / 5.209	98,4
MRCP			163 / 5.265	3,1	137 / 5.209	2,6
CT			384 / 5.265	7,3	333 / 5.209	6,4
ERCP			441 / 5.265	8,4	435 / 5.209	8,4
Vorgehensweise:						
Steinextraktion			368 / 441	83,4	354 / 435	81,4
sonstige			105 / 5.265	2,0	127 / 5.209	2,4
Kein sicherer Gallensteinnachweis			167 / 5.432	3,1	144 / 5.353	2,7
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor			1.740 / 5.432	32,0	1.669 / 5.353	31,2
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund			1.642 / 1.740	94,4	1.550 / 1.669	92,9
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm³)			1.131 / 1.740	65,0	1.118 / 1.669	67,0
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			307 / 1.740	17,6	297 / 1.669	17,8
Sonographie			1.458 / 1.740	83,8	1.431 / 1.669	85,7
Keine akuten Entzündungszeichen			3.692 / 5.432	68,0	3.684 / 5.353	68,8
Extrahepatische Cholestase			271 / 5.432	5,0	243 / 5.353	4,5
Nachweis lag vor			263 / 271	97,0	240 / 243	98,8
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			2 / 263	0,8	4 / 240	1,7
Sonographie			126 / 263	47,9	127 / 240	52,9
ERCP			179 / 263	68,1	176 / 240	73,3
MRCP			37 / 263	14,1	24 / 240	10,0
CT			41 / 263	15,6	33 / 240	13,8
sonstige			22 / 263	8,4	9 / 240	3,8
Keine Abklärung erfolgt			8 / 271	3,0	3 / 243	1,2
Keine extrahepatische Cholestase			5.161 / 5.432	95,0	5.110 / 5.353	95,5
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden			64 / 5.432	1,2	59 / 5.353	1,1

OP-Technik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			5.432	100,0	5.353	100,0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			5.432	100,0	5.353	100,0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			348 / 5.432	6,4	347 / 5.353	6,5
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			5.067 / 5.432	93,3	4.993 / 5.353	93,3
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)			4.846 / 5.432	89,2	4.797 / 5.353	89,6
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			221 / 5.432	4,1	196 / 5.353	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)			17 / 5.432	0,3	13 / 5.353	0,2
Operationstechnik nach NOTES/NOS (natural orifice transluminal endoscopic surgery) Anzahl der Patienten			9	0,2	6	0,1
angewandte Operationstechnik bei NOTES/NOS						
transgastral			0 / 9	0,0	0 / 6	0,0
transvaginal			0 / 9	0,0	2 / 6	33,3
sonstige			9 / 9	100,0	4 / 6	66,7

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			5.358	98,6	5.288	98,8
Intraoperative Gallengangsuntersuchung						
Anzahl der Patienten			137	2,5	203	3,8
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			5.432		5.353	
Median				*57,0*		*58,0*
Mittelwert				*64,1*		*65,1*

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			5.211	95,9	5.171	96,6
Gallengangsstein(e)			59	1,1	65	1,2
davon						
Gallengangsstein(e) operativ in gleicher Sitzung entfernt			56 / 59	94,9	55 / 65	84,6
davon						
laparoskopisch durchgeführt (5-511.11, 5-511.12)			6 / 56	10,7	6 / 55	10,9
offen-chirurgisch durchgeführt oder umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.01, 5-511.02, 5-511.21, 5-511.22)			50 / 56	89,3	49 / 55	89,1
Gallengangsstein(e) belassen			3 / 59	5,1	10 / 65	15,4
davon						
laparoskopisch durchgeführt (5-511.11, 5-511.12)			3 / 3	100,0	7 / 10	70,0
offen-chirurgisch durchgeführt oder umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.01, 5-511.02, 5-511.21, 5-511.22)			0 / 3	0,0	3 / 10	30,0
Hydrops			923	17,0	852	15,9
akute Entzündung			1.904	35,1	1.780	33,3
Empyem			560	10,3	525	9,8
Gallenblasenperforation			228	4,2	202	3,8
Schrumpfgallenblase			168	3,1	186	3,5
sonstiges			1.553	28,6	1.595	29,8

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			5.400	99,4	5.317	99,3
Befund erhoben: nein			32	0,6	36	0,7

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			157	2,9	173	3,2
Blutung			41	0,8	54	1,0
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			8	0,1	8	0,1
sonstige revisionsbedürftige Verletzungen[1]			12	0,2	22	0,4
Zystikusstumpfinsuffizienz			12	0,2	13	0,2
Residualstein im Gallengang			22	0,4	28	0,5
sonstige			84	1,5	62	1,2
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			151	2,8	132	2,5
Pneumonie			30	0,6	22	0,4
kardiovaskuläre Komplikation(en)			48	0,9	43	0,8
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			0	0,0	0	0,0
Lungenembolie			1	0,0	1	0,0
Harnwegsinfekt			14	0,3	10	0,2
sonstige			105	1,9	81	1,5
Reintervention wegen Komplikation(en)						
nein			5.317	97,9	5.219	97,5
laparoskopisch-offen			67	1,2	82	1,5
endoskopisch			42	0,8	44	0,8
perkutan-interventionell			6	0,1	8	0,1

[1] Neue Datenfeldbezeichnung ab 2013, hieß davor: sonstige revisionsbedürftige Leckagen

Entlassung

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4.996	92,0	4.963	92,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			265	4,9	252	4,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			35	0,6	31	0,6
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			23	0,4	19	0,4
07: Tod			45	0,8	33	0,6
08: Verlegung nach §14			1	0,0	3	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			20	0,4	9	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			40	0,7	34	0,6
11: in Hospiz			1	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,1	3	0,1
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			2	0,0	1	0,0
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			0	0,0	3	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Cholezystektomie
Risikoadjustierung mit dem logistischen Cholezystektomie-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.sqg.de.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
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 <= 15% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15% gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind **(Perzentil-Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.
Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

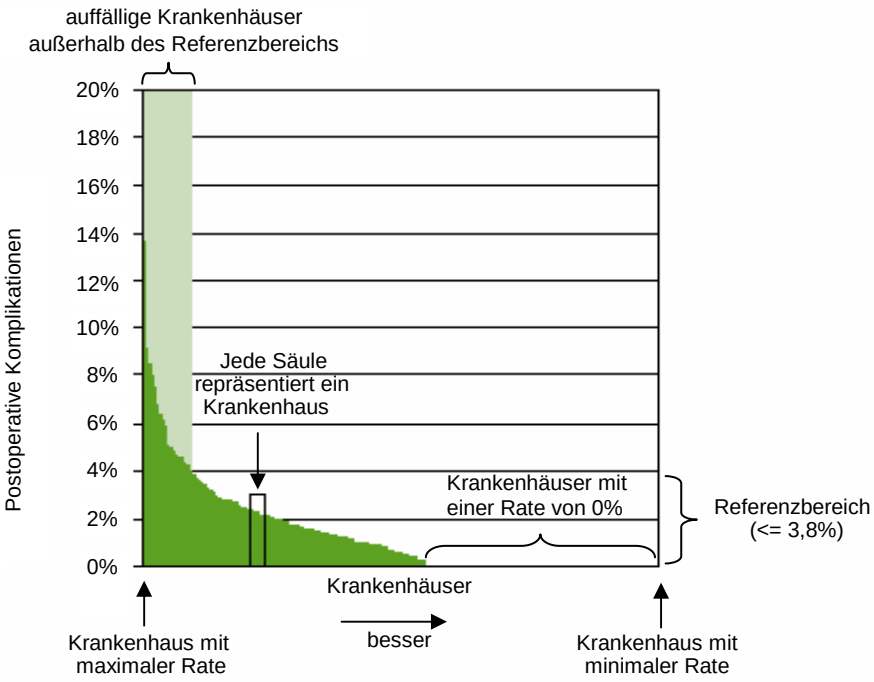
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

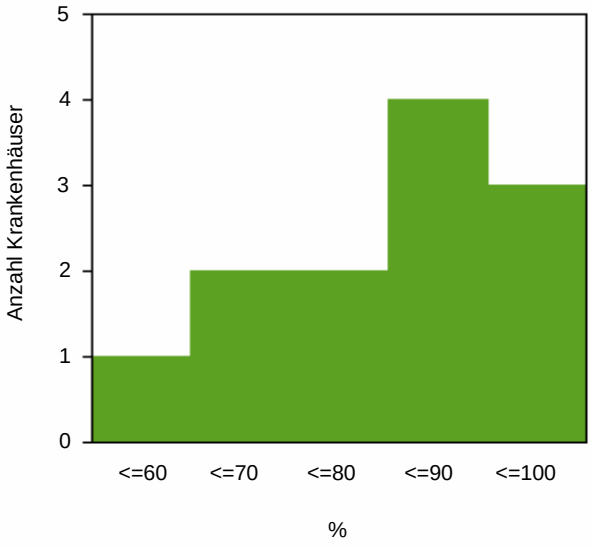
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID
Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.
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.