

Jahresauswertung 2010 Cholezystektomie

12/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.810
Datensatzversion: 12/1 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10408-L71186-P33392

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Jahresauswertung 2010 Cholezystektomie

12/1

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.810
Datensatzversion: 12/1 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10408-L71186-P33392

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/12n1-CHOL/217 QI 1: Indikation			0,9%	<= 5%	1.1
2010/12n1-CHOL/586 QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase			99,5%	>= 95%	1.3
2010/12n1-CHOL/218 QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes			99,7%	>= 95%	1.5
QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen					
2010/12n1-CHOL/220 Okklusion oder Durchtrennung des DHC			0,1%	Sentinel Event	1.7
2010/12n1-CHOL/613 mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation			2,1%	<= 6,1%	1.7
QI 5: Allgemeine postoperative Komplikationen					
2010/12n1-CHOL/224 bei allen Patienten			1,8%	<= 7,7%	1.12
2010/12n1-CHOL/225 bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation			1,3%	<= 6,0%	1.12
2010/12n1-CHOL/226 bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation			12,6%	<= 33,0%	1.12
2010/12n1-CHOL/227 QI 6: Reinterventionsrate			0,8%	<= 1,5%	1.19
QI 7: Letalität					
2010/12n1-CHOL/228 bei Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3			0,4%	Sentinel Event	1.22

Grundgesamtheiten und Vorjahresergebnisse

Bei der Berechnungen aller Kennzahlen sind Fälle mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. der ableitenden Gallenwege ausgeschlossen.

Ausgeschlossene Codes nach ICD-10-GM 2010

Bösartige Neubildungen der Gallenwege

C22.1

C23

C24.0

C24.1

C24.8

C24.9

Dadurch kann es bei den Vorjahresergebnissen zu Abweichungen gegenüber der Auswertung 2009 kommen.

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege

Kennzahl-ID: 2010/12n1-CHOL/217

Referenzbereich: <= 5% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich Referenzbereich			36 / 3.810	0,9% 0,7% - 1,3% <= 5%

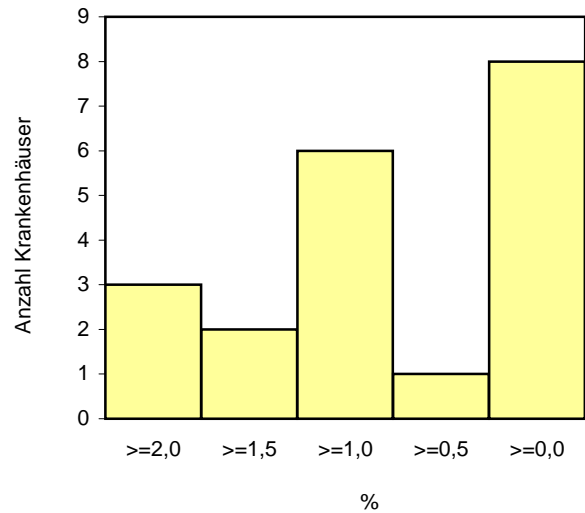
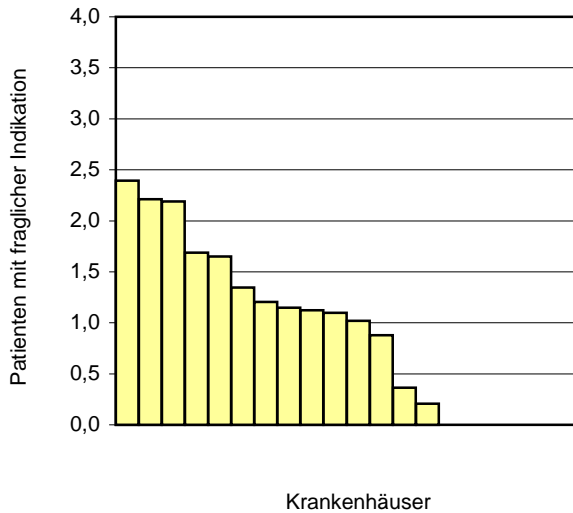
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich			63 / 3.751	1,7% 1,3% - 2,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/217]:

Anteil von Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

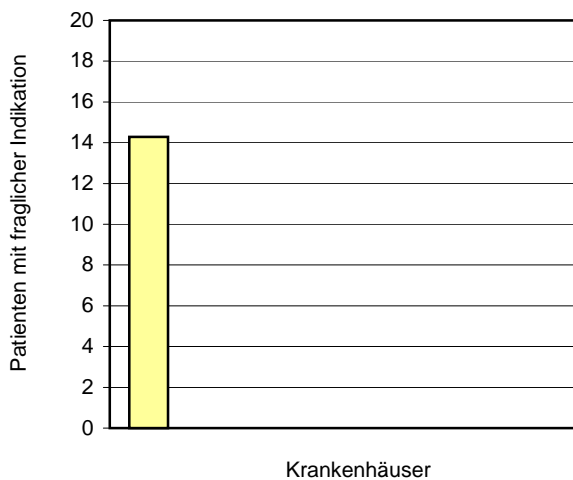
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase


Qualitätsziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege

Kennzahl-ID: 2010/12n1-CHOL/586

Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege			189 / 190	99,5%
Vertrauensbereich				97,0% - 100,0%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

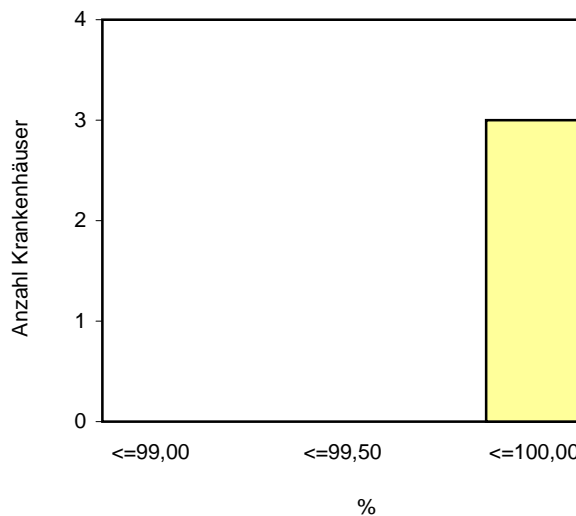
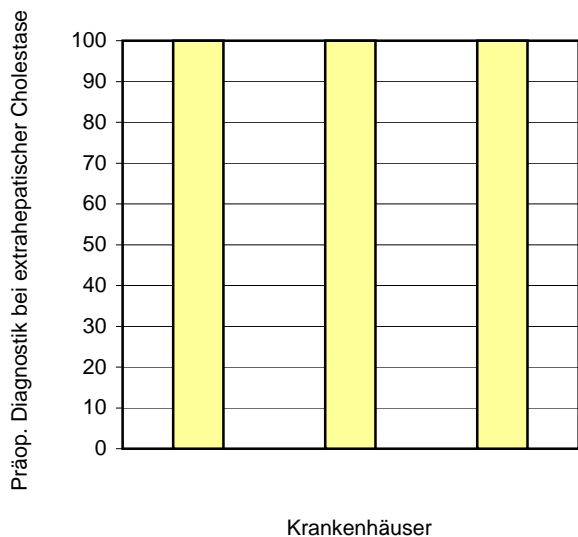
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege			200 / 202	99,0%
Vertrauensbereich				96,4% - 99,9%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/586]:

Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

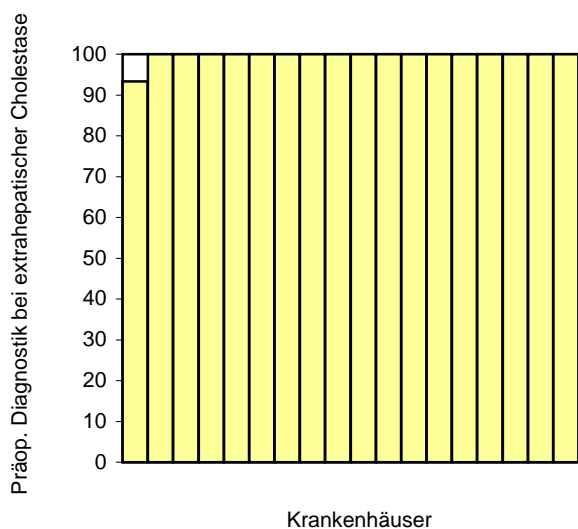
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Erhebung eines histologischen Befundes

Qualitätsziel: Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Grundgesamtheit: Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege

Kennzahl-ID: 2010/12n1-CHOL/218

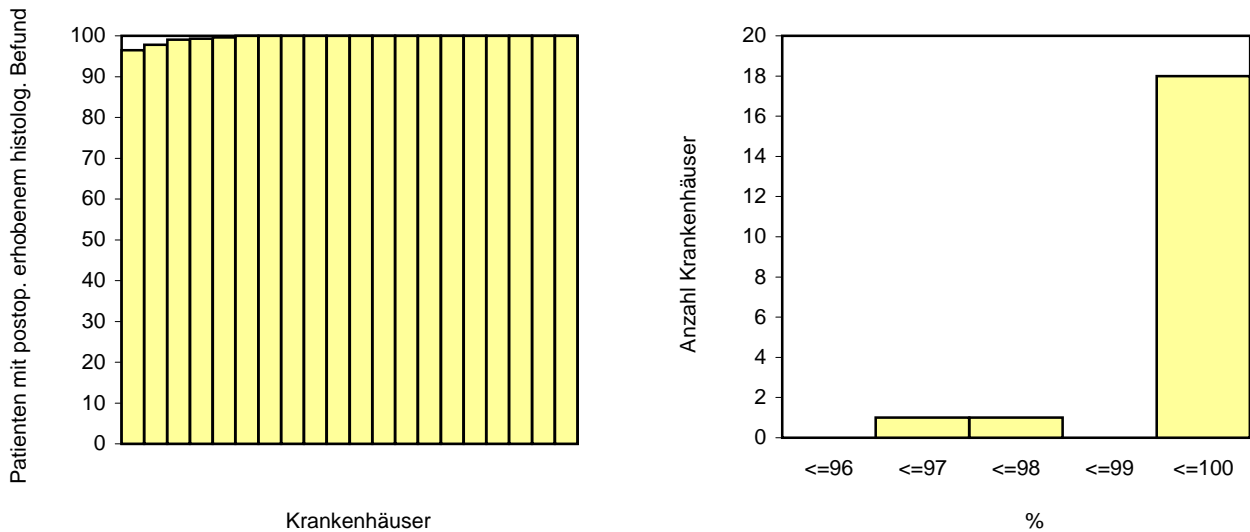
Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			3.797 / 3.810	99,7%
Vertrauensbereich				99,4% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde			3.740 / 3.751	99,7%
Vertrauensbereich				99,5% - 99,9%

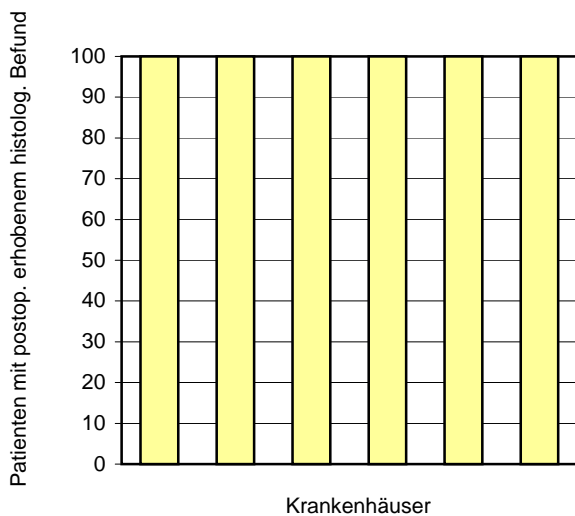
Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/218]:
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,5	97,1	98,4	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Eingriffsspezifische Komplikationen

Qualitätsziel:	Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22) unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02) unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/12n1-CHOL/220
	Gruppe 2:	2010/12n1-CHOL/613
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Sentinel Event ¹
	Gruppe 2:	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation <= 6,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige Gallenwegsverletzung, sonstige Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich		<= 6,1%	
Blutung			
Sonstige Gallenwegsverletzungen			
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich Referenzbereich			
Sonstige			

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

² Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Patienten mit mindestens einer eingriffs- spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige Gallenwegsverletzung, sonstige Komplikationen	83 / 3.810 2,2%	74 / 3.600 2,1%	8 / 190 4,2%
Vertrauensbereich		1,6% - 2,6%	
Referenzbereich		<= 6,1%	
Blutung	41 / 3.810 1,1%	39 / 3.600 1,1%	2 / 190 1,1%
Sonstige Gallenwegsverletzungen	14 / 3.810 0,4%	11 / 3.600 0,3%	3 / 190 1,6%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	2 / 3.810 0,1%	1 / 3.600 0,0%	0 / 190 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,2%		
Referenzbereich	Sentinel Event ¹		
Sonstige	35 / 3.810 0,9%	32 / 3.600 0,9%	3 / 190 1,6%

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

² Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

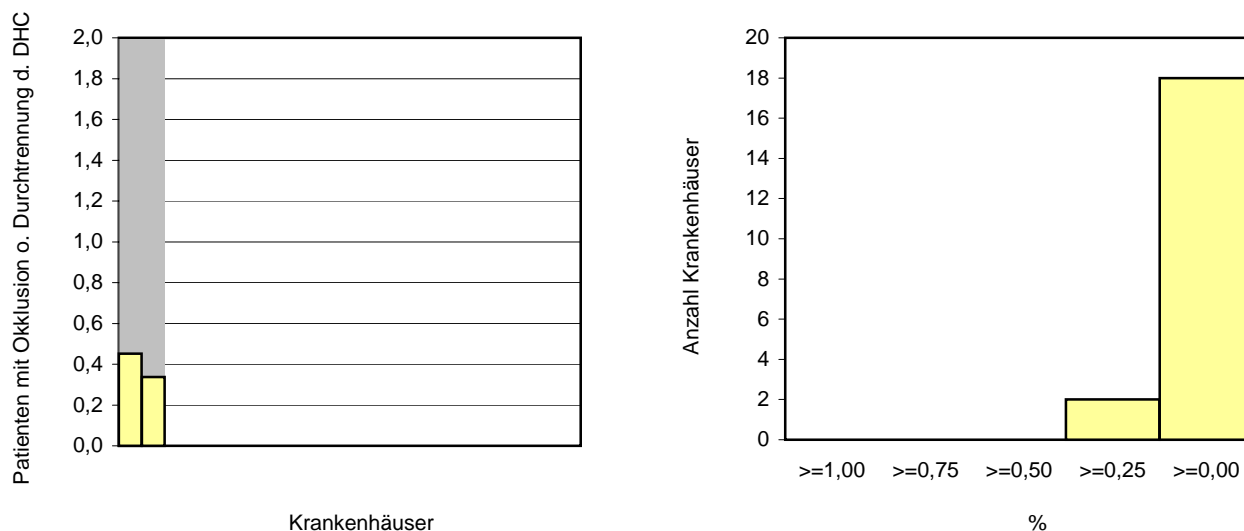
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige Gallenwegsverletzung, sonstige Komplikationen Vertrauensbereich			
Okklusion oder Durchtrennung des DHC			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffs-spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation: Okklusion, Durchtrennung des DHC, Blutung, sonstige Gallenwegsverletzung, sonstige Komplikationen Vertrauensbereich	100 / 3.751 2,7%	68 / 3.494 1,9%	30 / 239 12,6%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	5 / 3.751 0,1%	5 / 3.494 0,1%	0 / 239 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,3%	1,5% - 2,5%	

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

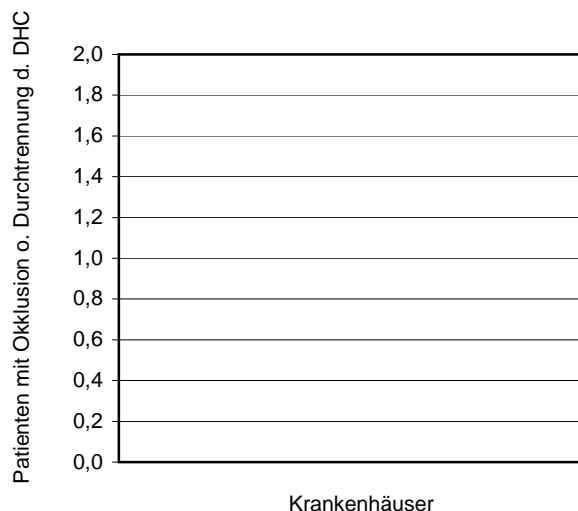
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/220]:
 Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten**

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



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

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



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

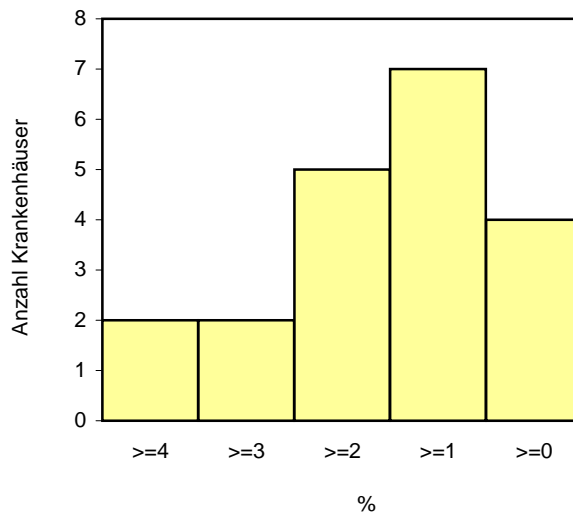
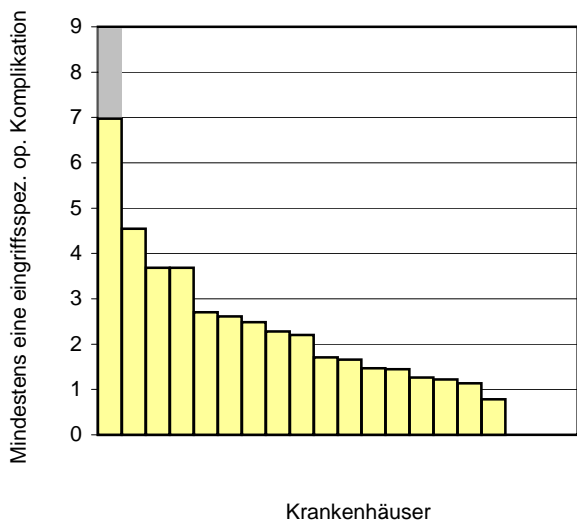
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/613]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

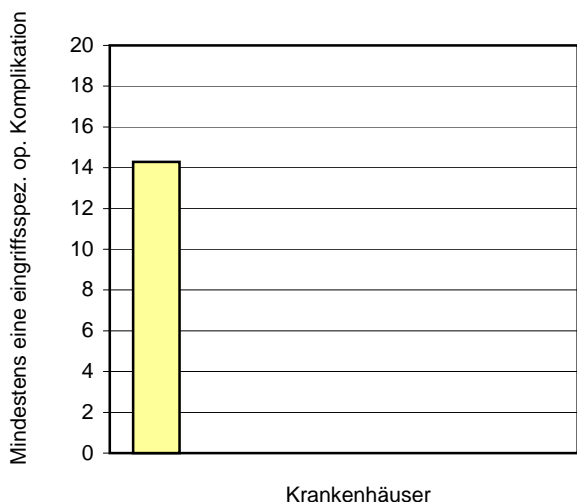
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22) unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02) unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/12n1-CHOL/224
	Gruppe 2:	2010/12n1-CHOL/225
	Gruppe 3:	2010/12n1-CHOL/226
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 7,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 2:	<= 6,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 33,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 7,7%	<= 6,0%	<= 33,0%
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 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	70 / 3.810 1,8%	46 / 3.600 1,3%	24 / 190 12,6%
Vertrauensbereich	1,4% - 2,3%	0,9% - 1,7%	8,3% - 18,2%
Referenzbereich	<= 7,7%	<= 6,0%	<= 33,0%
Pneumonie	13 / 3.810 0,3%	9 / 3.600 0,3%	4 / 190 2,1%
Kardiovaskuläre Komplikationen	20 / 3.810 0,5%	11 / 3.600 0,3%	9 / 190 4,7%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 3.810 0,0%	0 / 3.600 0,0%	0 / 190 0,0%
Lungenembolie	0 / 3.810 0,0%	0 / 3.600 0,0%	0 / 190 0,0%
Harnwegsinfekt	3 / 3.810 0,1%	2 / 3.600 0,1%	1 / 190 0,5%
Sonstige	55 / 3.810 1,4%	36 / 3.600 1,0%	19 / 190 10,0%

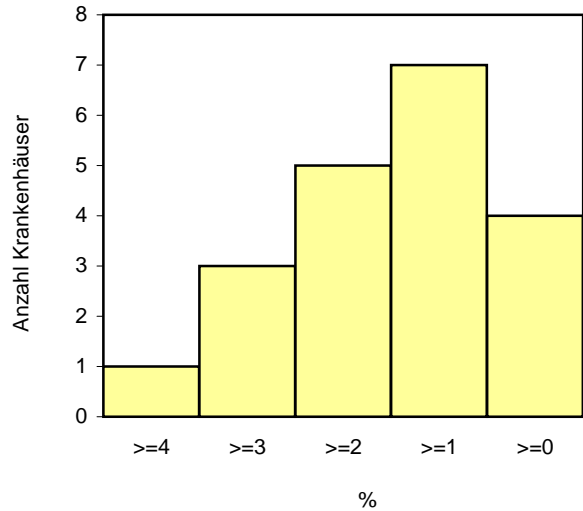
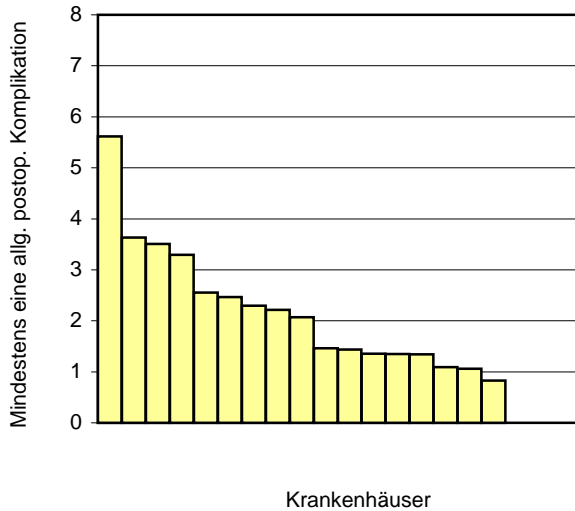
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	77 / 3.751 2,1%	38 / 3.494 1,1%	38 / 239 15,9%
Vertrauensbereich	1,6% - 2,6%	0,8% - 1,5%	11,5% - 21,2%

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

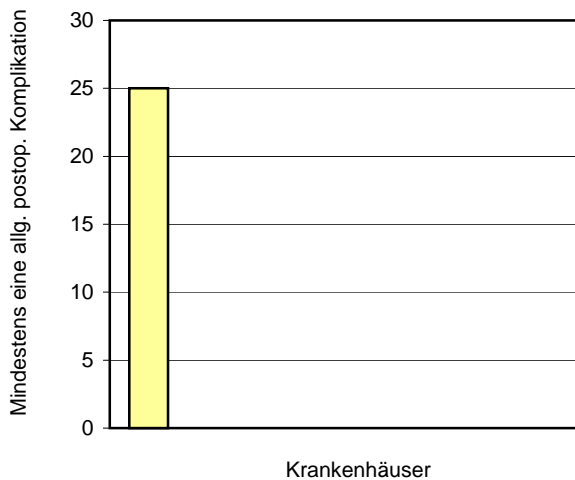
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/224]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten**

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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			25,0

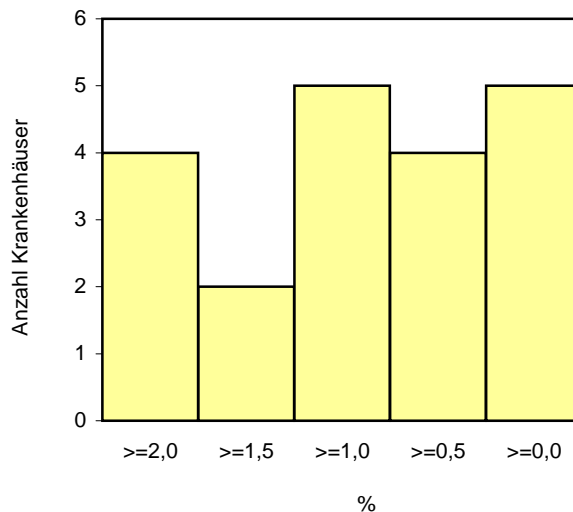
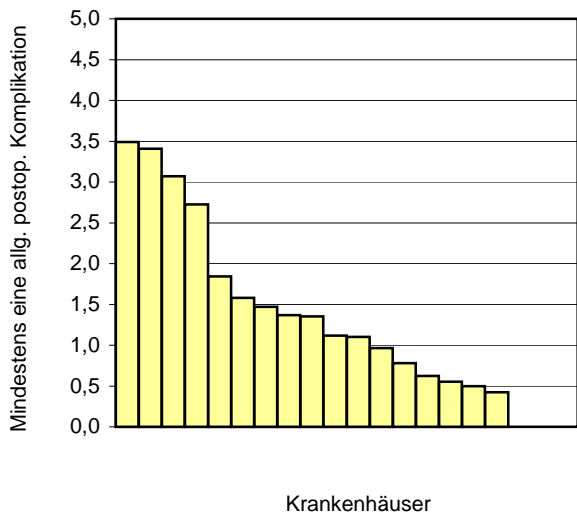
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/225]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

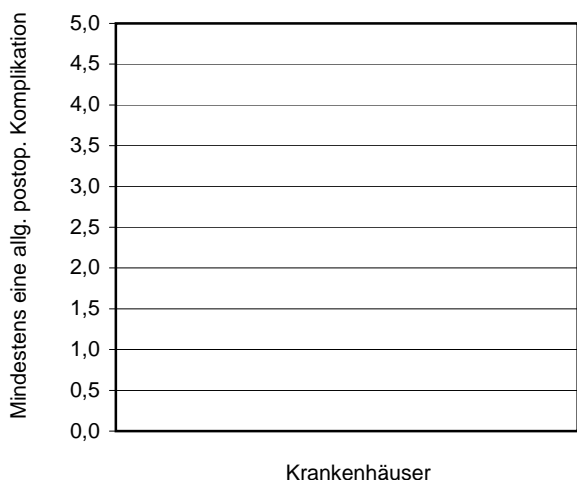
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

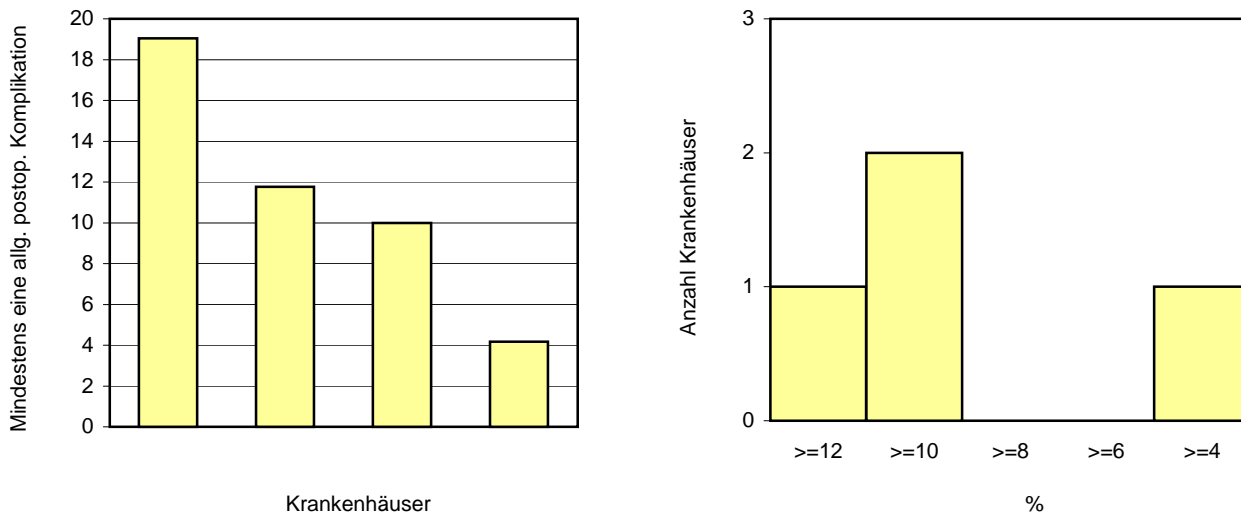
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5c, Kennzahl-ID 2010/12n1-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:

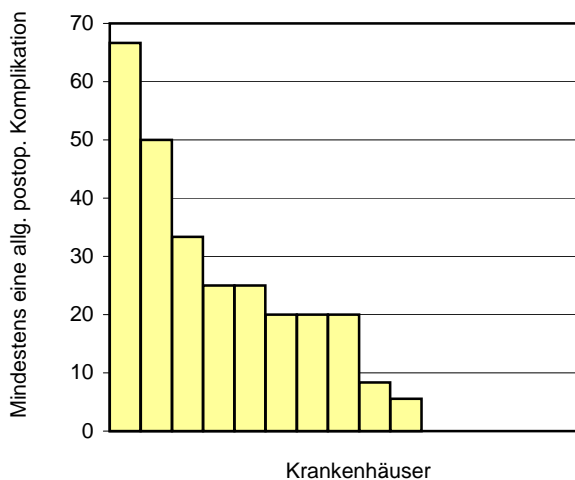
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,2			7,1	10,9	15,4			19,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 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	20,0	25,0	50,0		66,7

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine postoperative Komplikationen risikostufig 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 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation		
Pneumonie		
Kardiovaskuläre Komplikationen		
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose		
Lungenembolie		
Harnwegsinfekt		
Sonstige		

	Gesamt 2010	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	19 / 2.931 0,6%	51 / 879 5,8%
Pneumonie	2 / 2.931 0,1%	11 / 879 1,3%
Kardiovaskuläre Komplikationen	0 / 2.931 0,0%	20 / 879 2,3%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 2.931 0,0%	0 / 879 0,0%
Lungenembolie	0 / 2.931 0,0%	0 / 879 0,0%
Harnwegsinfekt	0 / 2.931 0,0%	3 / 879 0,3%
Sonstige	18 / 2.931 0,6%	37 / 879 4,2%

Qualitätsindikator 6: Reinterventionsrate

Qualitätsziel:	Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02) unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2010/12n1-CHOL/227	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 1,5% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen		█	
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		<= 1,5%	

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	60 / 3.810 1,6%	18 / 2.315 0,8%	14 / 190 7,4%
Vertrauensbereich		0,5% - 1,2%	
Referenzbereich		<= 1,5%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich			

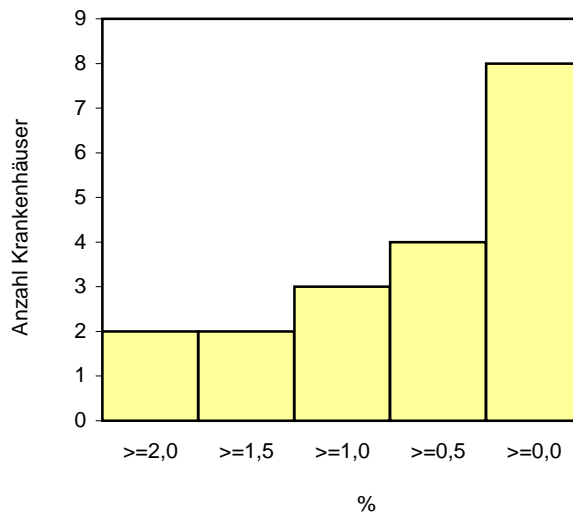
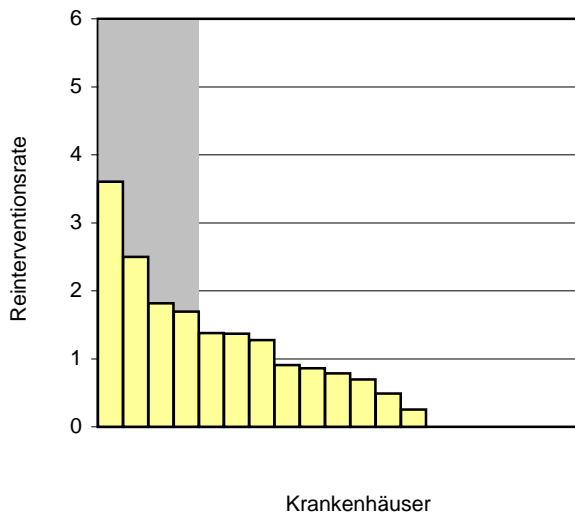
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen Vertrauensbereich	79 / 3.751 2,1%	21 / 2.208 1,0% 0,6% - 1,5%	24 / 239 10,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/227]:

Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen an Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

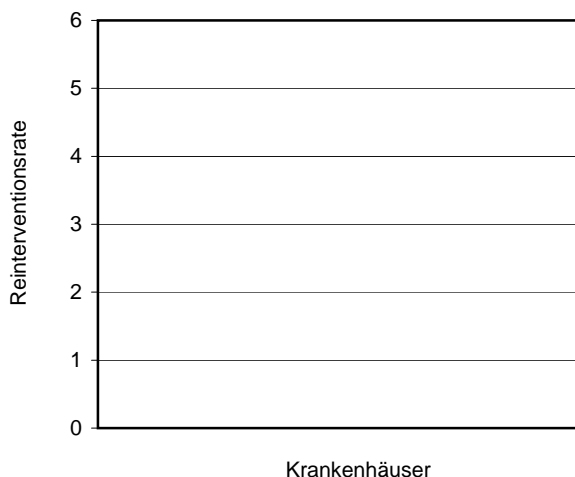
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Letalität

Qualitätsziel:	Geringe Letalität		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
	Gruppe 2:	Alle Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
	Gruppe 3:	Alle Patienten der Risikoklasse ASA 4/5 unter Ausschluss von Patienten mit malignen Erkrankungen der Gallenblase bzw. Gallenwege	
Kennzahl-ID:	Gruppe 2:	2010/12n1-CHOL/228	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	Sentinel Event ¹	

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		Sentinel Event ¹	

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	43 / 3.810 1,1%	16 / 3.738 0,4%	27 / 72 37,5%
Vertrauensbereich		0,2% - 0,7%	
Referenzbereich		Sentinel Event ¹	

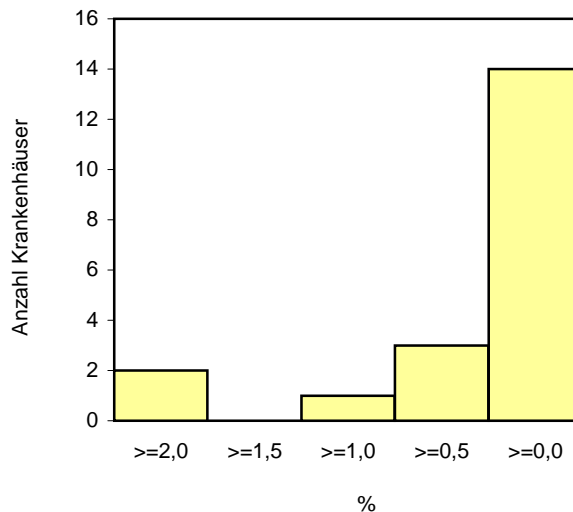
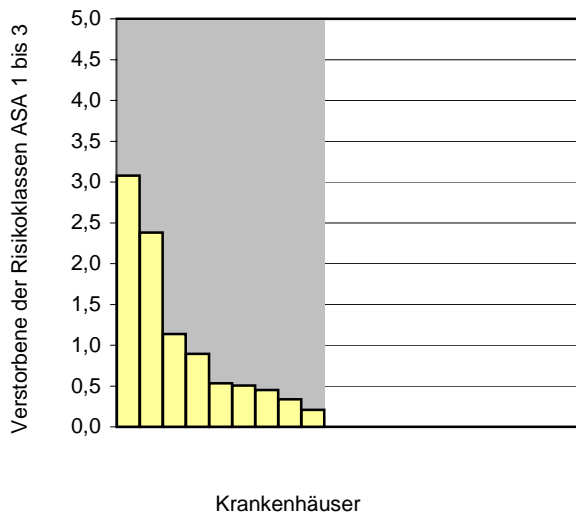
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	42 / 3.751 1,1%	19 / 3.687 0,5%	23 / 64 35,9%
Vertrauensbereich		0,3% - 0,8%	

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

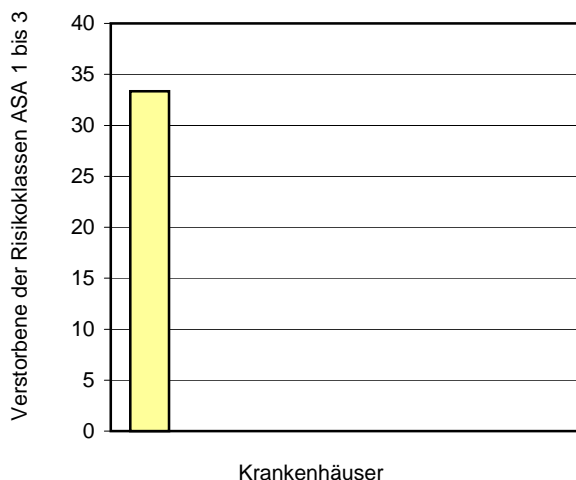
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/12n1-CHOL/228]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3**

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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			33,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsziel: Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation¹
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
 Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation¹
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Krankenhaus 2010	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten		
	Gesamt 2010	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	16 / 3.600 0,4%	27 / 190 14,2%

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

Jahresauswertung 2010 Cholezystektomie

12/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.810
Datensatzversion: 12/1 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10408-L71186-P33392

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.001	26,3	1.031	27,5
2. Quartal			988	25,9	956	25,5
3. Quartal			888	23,3	831	22,2
4. Quartal			933	24,5	933	24,9
Gesamt			3.810		3.751	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.809		3.748	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,8		2,3
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		2.930		2.896	
Median			0,0		1,0
Mittelwert			1,3		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		2.872		2.799	
Median			0,0		1,0
Mittelwert			1,3		1,7
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		48		82	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			2,5		4,1
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.810		3.751	
Median			3,0		3,0
Mittelwert			4,1		4,6
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe		3.809		3.748	
Median			3,0		4,0
Mittelwert			5,9		6,9

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
4	Z48.0	Kontrolle von Verbänden und Nähten
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	K81.0	Akute Cholezystitis

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				K80.20	1.704	44,7	K80.20	1.687	45,0
2				K80.10	947	24,9	K80.10	858	22,9
3				K80.00	909	23,9	K80.00	830	22,1
4				Z48.0	227	6,0	Z48.0	281	7,5
5				I10.00	220	5,8	K66.0	208	5,5
6				K66.0	206	5,4	K81.0	181	4,8
7				I10.90	183	4,8	I10.90	176	4,7
8				K81.0	175	4,6	K81.1	152	4,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2010¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2010

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 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-511.11	3.402	89,3	5-511.11	3.273	87,3
2				5-469.21	179	4,7	5-469.21	207	5,5
3				5-511.01	168	4,4	5-511.01	206	5,5
4				5-511.21	131	3,4	5-511.21	169	4,5
5				1-632	110	2,9	1-694	125	3,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.810 / 3.810		3.751 / 3.751	
< 20 Jahre			56 / 3.810	1,5	50 / 3.751	1,3
20 - 29 Jahre			249 / 3.810	6,5	272 / 3.751	7,3
30 - 39 Jahre			444 / 3.810	11,7	420 / 3.751	11,2
40 - 49 Jahre			694 / 3.810	18,2	655 / 3.751	17,5
50 - 59 Jahre			678 / 3.810	17,8	687 / 3.751	18,3
60 - 69 Jahre			737 / 3.810	19,3	708 / 3.751	18,9
70 - 79 Jahre			678 / 3.810	17,8	632 / 3.751	16,8
>= 80 Jahre			274 / 3.810	7,2	327 / 3.751	8,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.810		3.751	
Median				56,0		57,0
Mittelwert				55,4		55,7
Geschlecht						
männlich			1.373	36,0	1.280	34,1
weiblich			2.437	64,0	2.471	65,9
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			564	14,8	601	16,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.367	62,1	2.296	61,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			807	21,2	790	21,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			68	1,8	61	1,6
5: moribunder Patient			4	0,1	3	0,1

Anamnese

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken			3.246	85,2	3.104	82,8
Schmerzen im rechten Oberbauch			3.650	95,8	3.572	95,2
Cholestase			322	8,5	372	9,9

Diagnostik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor			3.640 / 3.810	95,5	3.525 / 3.751	94,0
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen			58 / 3.640	1,6	68 / 3.525	1,9
Sonographie			3.538 / 3.640	97,2	3.459 / 3.525	98,1
MRCP			101 / 3.640	2,8	70 / 3.525	2,0
CT			187 / 3.640	5,1	173 / 3.525	4,9
ERCP			247 / 3.640	6,8	259 / 3.525	7,3
Vorgehensweise:						
Steinextraktion			197 / 247	79,8	203 / 259	78,4
sonstige			94 / 3.640	2,6	106 / 3.525	3,0
Kein sicherer Gallensteinnachweis			170 / 3.810	4,5	226 / 3.751	6,0
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor			1.144 / 3.810	30,0	1.144 / 3.751	30,5
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund			1.025 / 1.144	89,6	1.031 / 1.144	90,1
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm ³)			728 / 1.144	63,6	808 / 1.144	70,6
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)			259 / 1.144	22,6	332 / 1.144	29,0
Sonographie			813 / 1.144	71,1	843 / 1.144	73,7
Keine akuten Entzündungszeichen			2.666 / 3.810	70,0	2.607 / 3.751	69,5
Extrahepatische Cholestase						
Nachweis lag vor			190 / 3.810	5,0	202 / 3.751	5,4
wenn ja, Abklärung durch:			189 / 190	99,5	200 / 202	99,0
Röntgen			8 / 189	4,2	8 / 200	4,0
Sonographie			71 / 189	37,6	88 / 200	44,0
ERCP			128 / 189	67,7	155 / 200	77,5
MRCP			31 / 189	16,4	31 / 200	15,5
CT			18 / 189	9,5	24 / 200	12,0
sonstige			9 / 189	4,8	9 / 200	4,5
Keine Abklärung erfolgt			1 / 190	0,5	2 / 202	1,0
Keine extrahepatische Cholestase			3.620 / 3.810	95,0	3.549 / 3.751	94,6
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden			38 / 3.810	1,0	30 / 3.751	0,8

OP-Technik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten			3.810	100,0	3.751	100,0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben			3.810	100,0	3.751	100,0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)			190 / 3.810	5,0	239 / 3.751	6,4
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)			3.600 / 3.810	94,5	3.494 / 3.751	93,1
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)			3.431 / 3.810	90,1	3.291 / 3.751	87,7
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)			170 / 3.810	4,5	204 / 3.751	5,4
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)			20 / 3.810	0,5	18 / 3.751	0,5
Operationstechnik nach NOTES/NOS¹ (natural orifice transluminal endoscopic surgery) Anzahl der Patienten			76	2,0	-	-

¹ Datenfeld 2009 noch nicht im Datensatz.

Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten			3.738	98,1	3.661	97,6
Intraoperative Gallen- gangsuntersuchung Anzahl der Patienten			145	3,8	248	6,6
Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate) Patienten mit Bluttransfusion			54 / 3.810	1,4	49 / 3.751	1,3
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			3.810		3.751	
Median				60,0		61,0
Mittelwert				66,9		69,4

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)			3.651	95,8	3.550	94,6
Gallengangsstein(e)			37	1,0	44	1,2
davon						
Gallengangsstein(e)						
operativ in gleicher						
Sitzung entfernt			31 / 37	83,8	41 / 44	93,2
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			15 / 31	48,4	11 / 41	26,8
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch			14 / 31	45,2	30 / 41	73,2
(5-511.01, 5-511.02,						
5-511.21, 5-511.22)						
Gallengangsstein(e)						
belassen			6 / 37	16,2	3 / 44	6,8
davon						
laparoskopisch						
durchgeführt			3 / 6	50,0	2 / 3	66,7
(5-511.11, 5-511.12)						
offen-chirurgisch						
durchgeführt oder						
umgestiegen auf						
offen-chirurgisch			3 / 6	50,0	1 / 3	33,3
(5-511.01, 5-511.02,						
5-511.21, 5-511.22)						
Hydrops			805	21,1	835	22,3
akute Entzündung			1.232	32,3	1.224	32,6
Empyem			306	8,0	331	8,8
Gallenblasenperforation			166	4,4	184	4,9
Schrumpfgallenblase			117	3,1	108	2,9
sonstiges			837	22,0	817	21,8

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund veranlasst						
Befund erhoben: ja			3.797	99,7	3.740	99,7
Befund erhoben: nein			13	0,3	11	0,3

Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			97	2,5	119	3,2
Blutung periphere Gallengangsverletzung			41	1,1	44	1,2
Okklusion oder Durch- trennung des DHC			14	0,4	15	0,4
Residualstein im Gallengang			2	0,1	5	0,1
sonstige			17	0,4	20	0,5
			35	0,9	43	1,1
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			70	1,8	77	2,1
Pneumonie kardiovaskuläre Komplikation(en)			13	0,3	12	0,3
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			20	0,5	33	0,9
Lungenembolie			0	0,0	0	0,0
Harnwegsinfekt			0	0,0	4	0,1
sonstige			3	0,1	9	0,2
			55	1,4	38	1,0
Reintervention wegen Komplikation(en)						
ja			60	1,6	79	2,1

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.574	93,8	3.547	94,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			115	3,0	71	1,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	10	0,3
04: gegen ärztlichen Rat			19	0,5	18	0,5
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			26	0,7	26	0,7
07: Tod			43	1,1	42	1,1
08: Verlegung nach §14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			5	0,1	11	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			8	0,2	14	0,4
11: in Hospiz			1	0,0	2	0,1
12: interne Verlegung			0	0,0	2	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			7	0,2	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,1	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			5	0,1	2	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			4	0,1	4	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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 Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2010.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

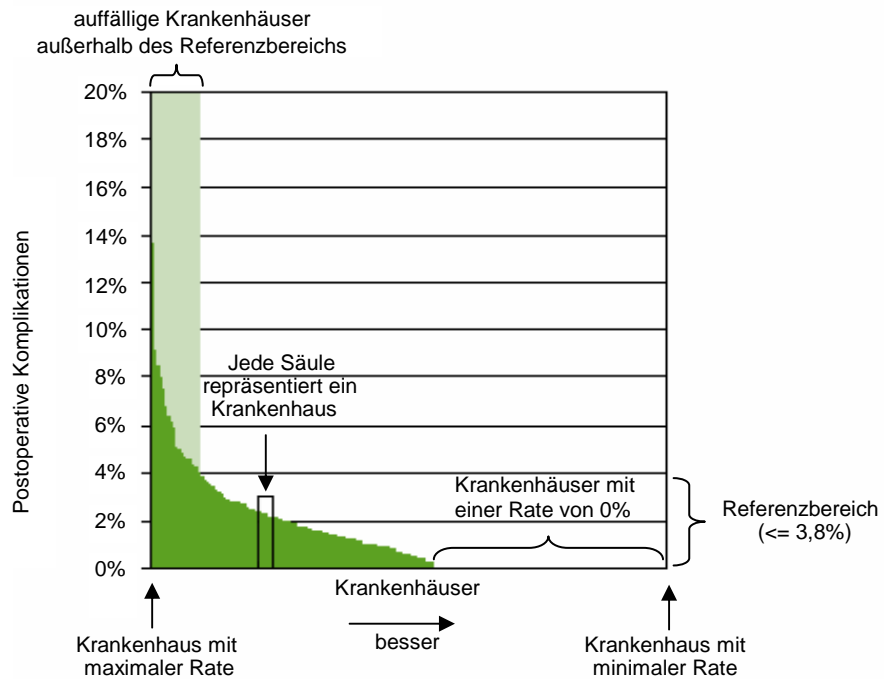
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

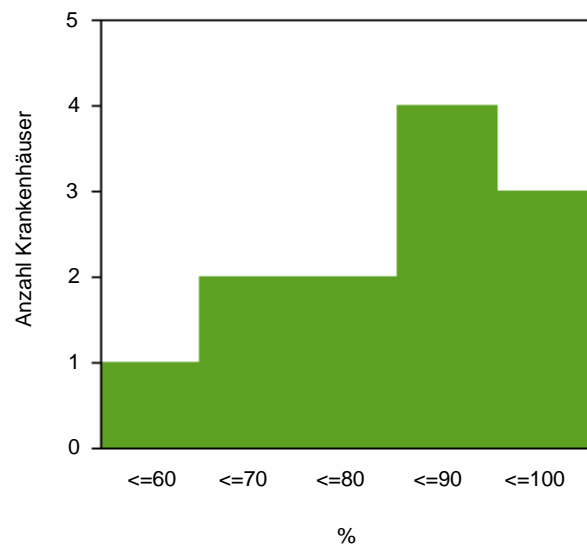
Beispiel:

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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