

## BQS-Bundesauswertung 2008 Cholezystektomie

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.194  
Anzahl Datensätze Gesamt: 170.751  
Datensatzversion: 12/1 2008 11.0  
Datenbankstand: 15. März 2009  
2008 - D7515-L59508-P25893

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

## BQS-Bundesauswertung 2008 Cholezystektomie

### Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.194  
Anzahl Datensätze Gesamt: 170.751  
Datensatzversion: 12/1 2008 11.0  
Datenbankstand: 15. März 2009  
2008 - D7515-L59508-P25893

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ergebnis Anzahl	Ergebnis %	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 1: Indikation</b>	2.380 / 170.751	1,4%	<= 5%	1.1
<b>QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase</b>	12.667 / 13.079	96,8%	>= 95%	1.3
<b>QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes</b>	169.339 / 170.751	99,2%	>= 95%	1.5
<b>QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen</b>				
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	237 / 170.751	0,1%	Sentinel Event	1.7
mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation	3.934 / 156.288	2,5%	<= 6,1%	1.7
<b>QI 5: Postoperative Wundinfektion</b>				
bei allen Patienten	2.521 / 170.751	1,5%	nicht definiert	1.11
bei Patienten mit Risikoklasse 0	519 / 95.850	0,5%	<= 2%	1.15
<b>QI 6: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>				
bei allen Patienten	5.369 / 170.751	3,1%	<= 8,3%	1.17
bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	3.331 / 156.288	2,1%	<= 6,3%	1.17
bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation	1.971 / 13.946	14,1%	<= 30,8%	1.17
<b>QI 7: Reinterventionsrate</b>	1.004 / 96.467	1,0%	<= 1,5%	1.22
<b>QI 8: Letalität</b>				
bei Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3	832 / 167.403	0,5%	Sentinel Event	1.24

**Qualitätsindikator 1: Indikation**

**Qualitätsziel:** Selten fragliche Indikation  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2008/12n1-CHOL/48332  
**Referenzbereich:** <= 5% (Zielbereich)

	Gesamt 2008	
	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich Referenzbereich	2.380 / 170.751	1,4% 1,3% - 1,5% <= 5%

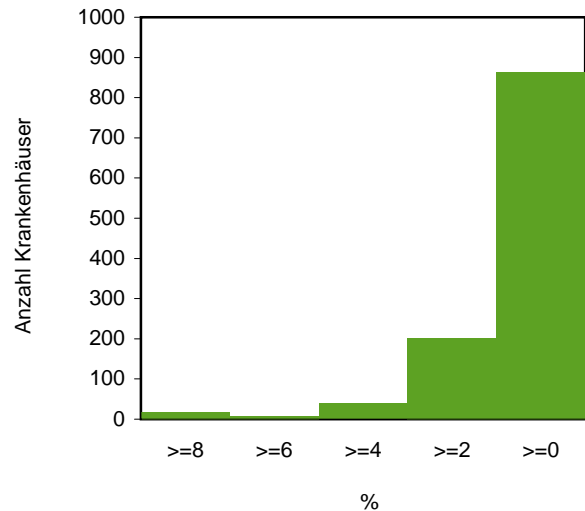
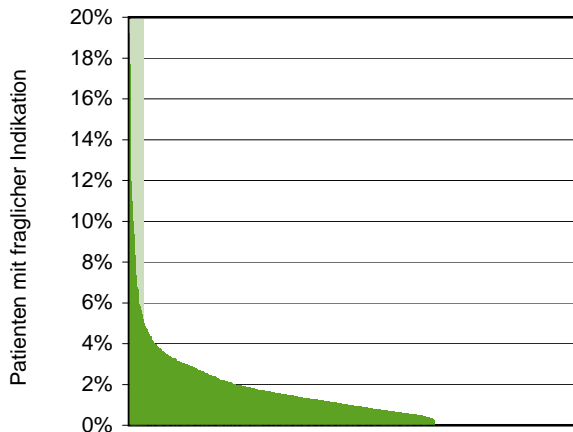
Vorjahresdaten	Gesamt 2007	
	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen Vertrauensbereich	2.358 / 166.361	1,4% 1,4% - 1,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/48332]:  
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:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 19,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,0%

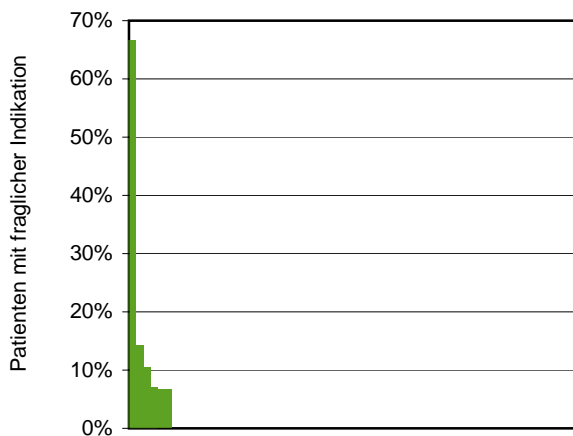


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 66,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

**Kennzahl-ID:** 2008/12n1-CHOL/44783

**Referenzbereich:** >= 95% (Zielbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase	Vertrauensbereich	12.667 / 13.079	96,8%
	Referenzbereich		96,5% - 97,1%
			>= 95%

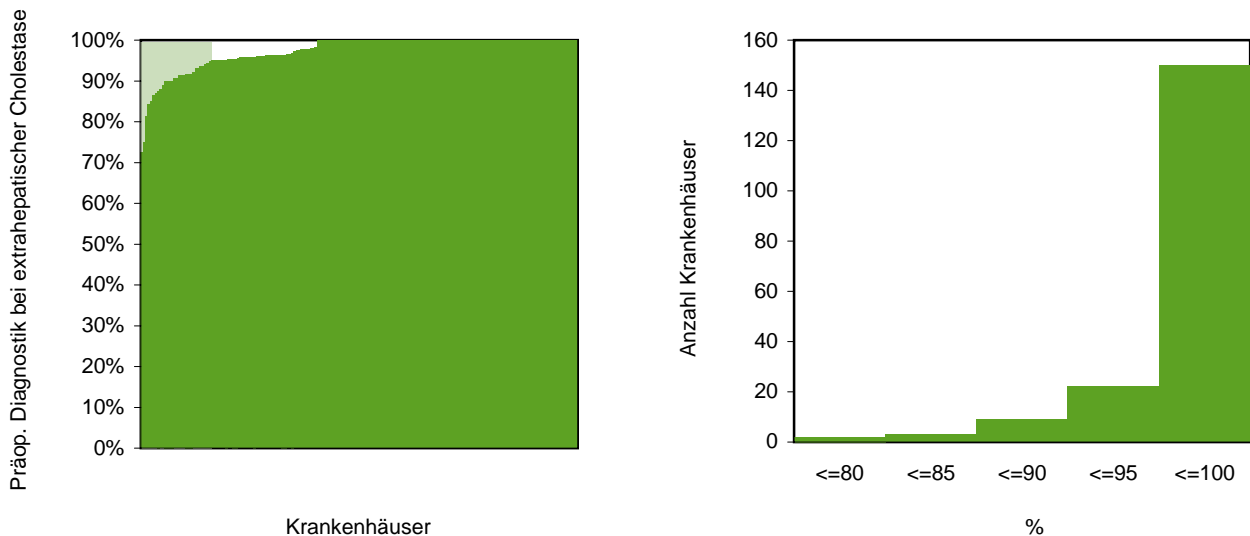
Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten mit erfolgter präoperativer Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase	Vertrauensbereich	12.631 / 13.090	96,5%
			96,2% - 96,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44783]:  
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 72,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

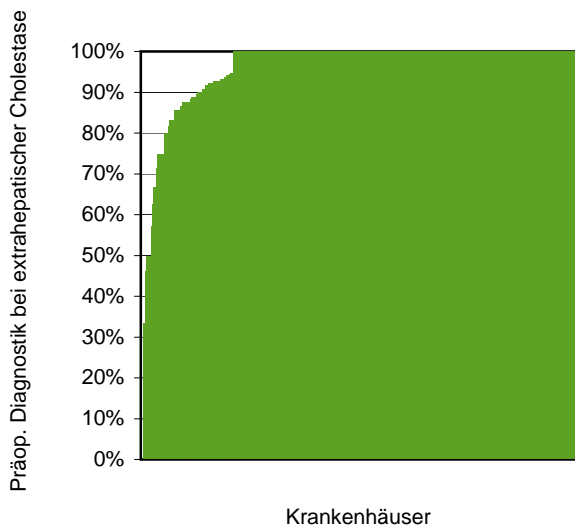


186 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



902 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

106 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Erhebung eines histologischen Befundes

**Qualitätsziel:** Immer Erhebung eines histologischen Befundes

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2008/12n1-CHOL/44800

**Referenzbereich:** >= 95% (Zielbereich)

		Gesamt 2008	
		Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde	Vertrauensbereich	169.339 / 170.751	99,2%
	Referenzbereich		99,1% - 99,2%
			>= 95%

Vorjahresdaten		Gesamt 2007	
		Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde	Vertrauensbereich	164.885 / 166.361	99,1%
			99,1% - 99,2%

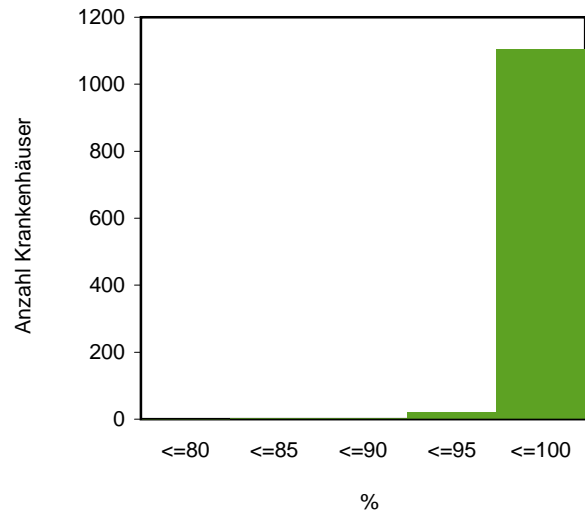
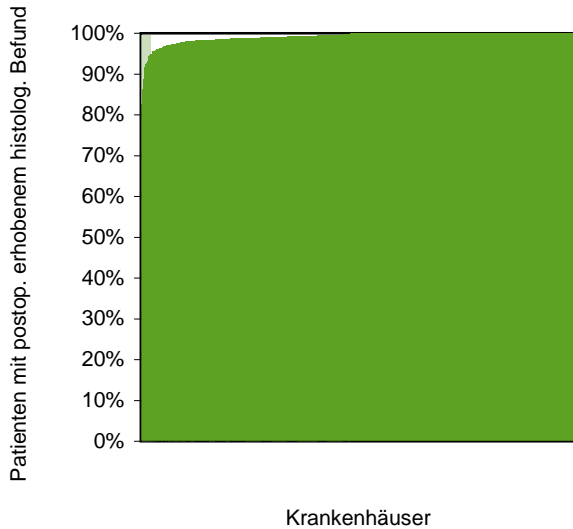


**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44800]:  
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 73,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

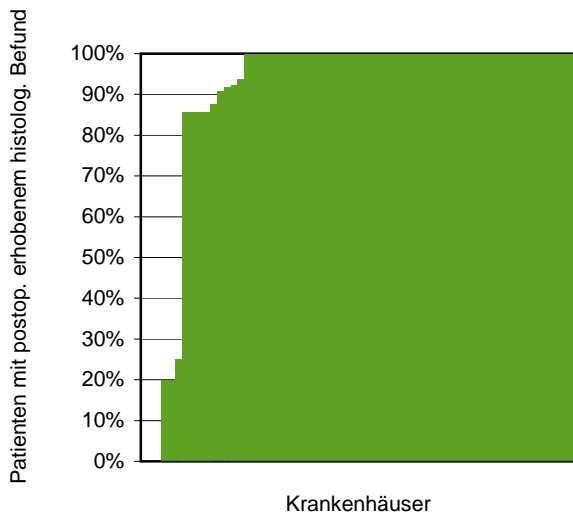


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 4: Eingriffsspezifische Komplikationen**

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren	
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/12n1-CHOL/64980
	Gruppe 2:	2008/12n1-CHOL/76479
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Sentinel Event <sup>1</sup>
	Gruppe 2:	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation <= 6,1% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder sonstige Gallenwegsverletzungen oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder sonstige)	5.034 / 170.751 2,9%	3.934 / 156.288 2,5%	1.048 / 13.946 7,5%
Vertrauensbereich		2,4% - 2,6%	
Referenzbereich		<= 6,1%	
Blutung	1.806 / 170.751 1,1%	1.499 / 156.288 1,0%	294 / 13.946 2,1%
Sonstige Gallenwegsverletzungen	732 / 170.751 0,4%	585 / 156.288 0,4%	138 / 13.946 1,0%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	237 / 170.751 0,1%	206 / 156.288 0,1%	27 / 13.946 0,2%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,2%		
Referenzbereich	Sentinel Event <sup>1</sup>		
Sonstige	2.546 / 170.751 1,5%	1.861 / 156.288 1,2%	654 / 13.946 4,7%

<sup>1</sup> Sentinel Event: jeder einzelne Fall soll einer genauen Analyse unterzogen werden

<sup>2</sup> 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	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder sonstige Gallenwegsverletzungen oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder sonstige) Vertrauensbereich	4.878 / 166.361 2,9%	3.922 / 153.939 2,5% 2,5% - 2,6%	922 / 12.117 7,6%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC Vertrauensbereich	248 / 166.361 0,1% 0,1% - 0,2%	212 / 153.939 0,1%	32 / 12.117 0,3%

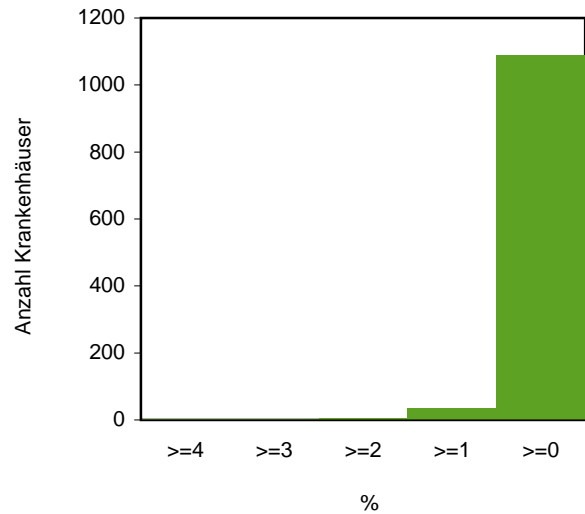
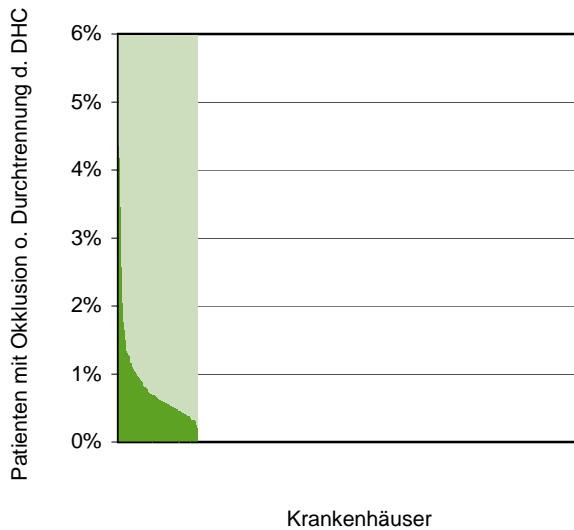
<sup>1</sup> Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/64980]:  
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

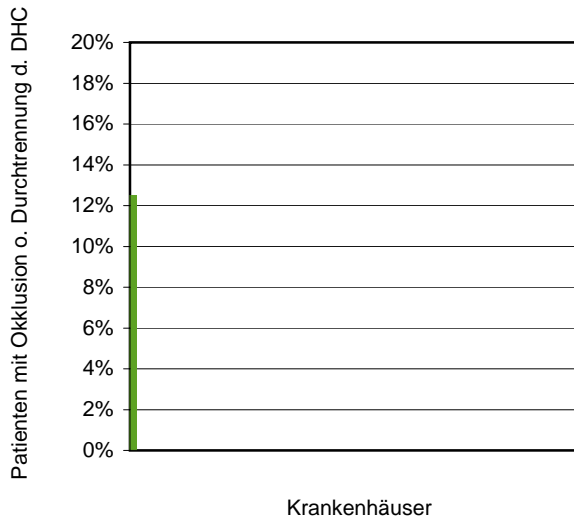


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

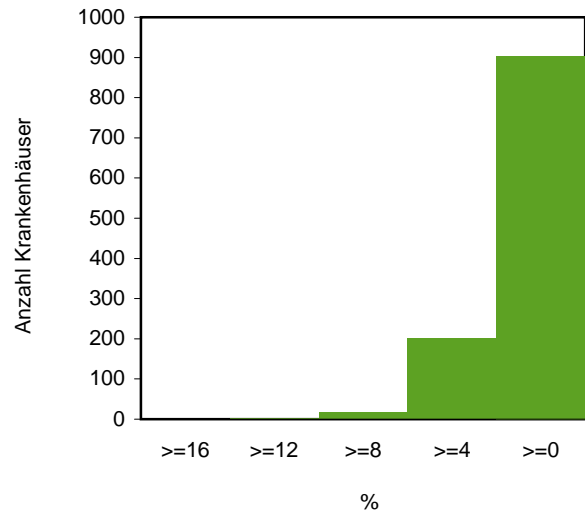
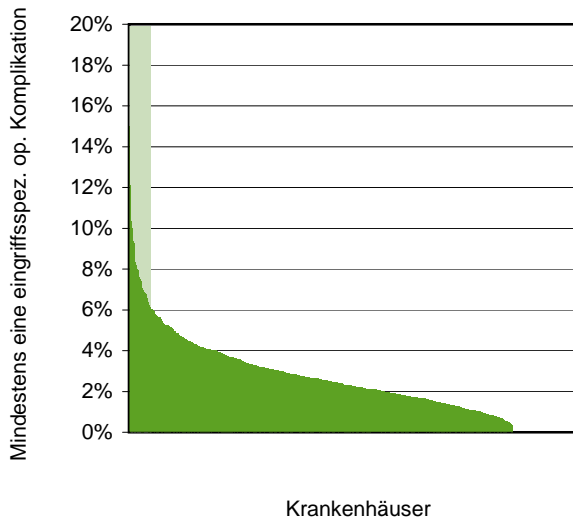
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/76479]:**

**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:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,3%

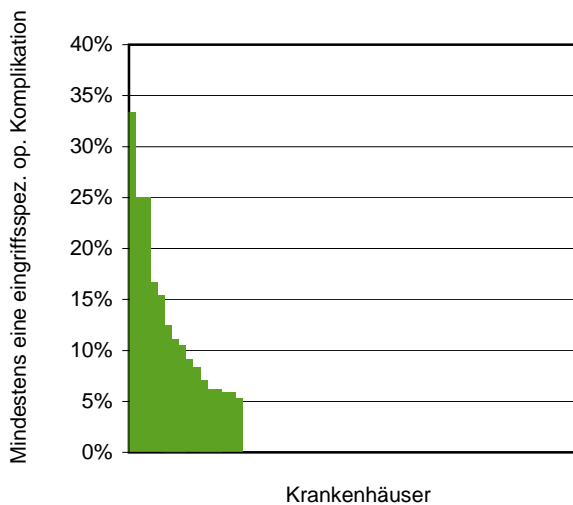


1.124 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 5: Postoperative Wundinfektion**

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten postoperative Wundinfektionen		
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/12n1-CHOL/44819	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2.521 / 170.751 1,5%	1.581 / 156.288 1,0%	910 / 13.946 6,5%
Vertrauensbereich	1,4% - 1,5%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	1.758 / 170.751 1,0%	1.137 / 156.288 0,7%	606 / 13.946 4,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	504 / 170.751 0,3%	290 / 156.288 0,2%	203 / 13.946 1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	259 / 170.751 0,2%	154 / 156.288 0,1%	101 / 13.946 0,7%

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2.338 / 166.361 1,4%	1.505 / 153.939 1,0%	810 / 12.117 6,7%
Vertrauensbereich	1,3% - 1,5%		

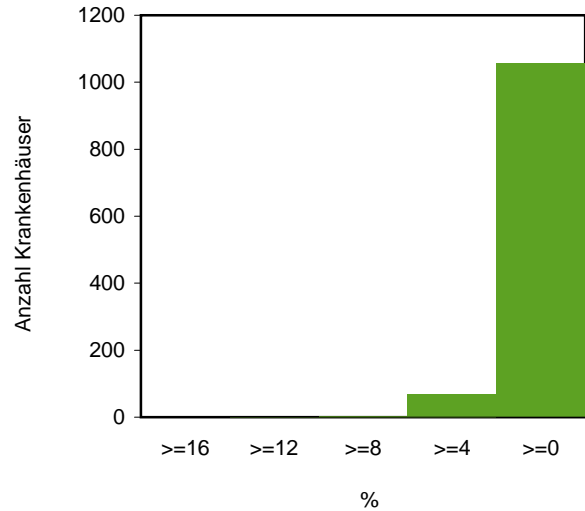
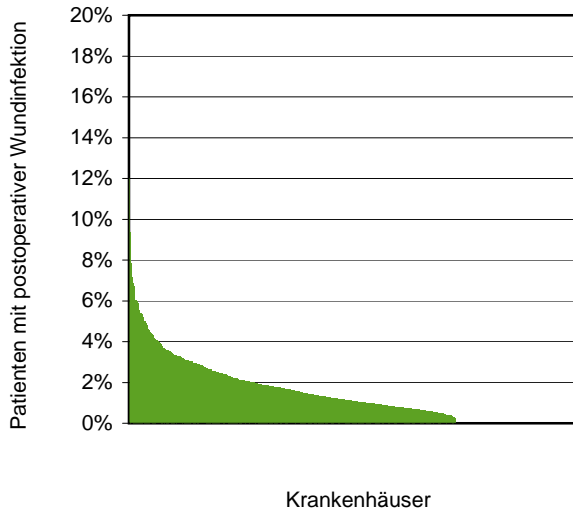
<sup>1</sup> Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44819]:  
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,1%

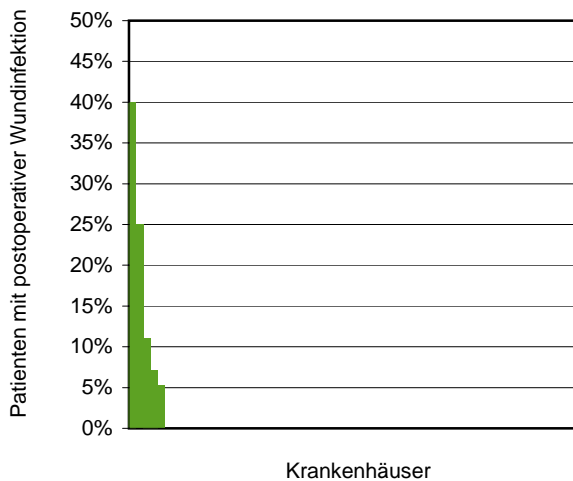


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 40,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 80 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

Risikoklassen	
0	Patienten mit 0 Risikopunkten
1	Patienten mit 1 Risikopunkt
2	Patienten mit 2 Risikopunkten
3	Patienten mit 3 Risikopunkten

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control  
Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index  
Am J Med 91:152 (1991)



## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

<b>Grundgesamtheit:</b>	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)

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>2</sup>	Gruppe 3 <sup>2</sup>
Risikoklasse 0	95.850 / 170.751 56,1%	93.362 / 156.288 59,7%	2.427 / 13.946 17,4%
Risikoklasse 1	53.266 / 170.751 31,2%	47.454 / 156.288 30,4%	5.622 / 13.946 40,3%
Risikoklasse 2	18.359 / 170.751 10,8%	13.446 / 156.288 8,6%	4.707 / 13.946 33,8%
Risikoklasse 3	3.276 / 170.751 1,9%	2.026 / 156.288 1,3%	1.190 / 13.946 8,5%

<sup>1</sup> National Nosocomial Infections Surveillance of the Centers for Disease Control

Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,

Operative Procedure, and Patient Risk Index

Am J Med 91:152 (1991)

<sup>2</sup> 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).

**Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion****Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>  
Risikoklasse 0**

<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten der Risikoklasse 0
	Gruppe 2:	Patienten der Risikoklasse 0 und laparoskopisch begonnener Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)
	Gruppe 3:	Patienten der Risikoklasse 0 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/12n1-CHOL/44843
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 2% (Zielbereich)

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	519 / 95.850 0,5%	441 / 93.362 0,5%	76 / 2.427 3,1%
Vertrauensbereich	0,5% - 0,6%		
Referenzbereich	<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	399 / 95.850 0,4%	339 / 93.362 0,4%	59 / 2.427 2,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	70 / 95.850 0,1%	59 / 93.362 0,1%	11 / 2.427 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	50 / 95.850 0,1%	43 / 93.362 0,0%	6 / 2.427 0,2%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	506 / 96.440 0,5%	414 / 93.693 0,4%	90 / 2.693 3,3%
Vertrauensbereich	0,5% - 0,6%		

<sup>1</sup> 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).

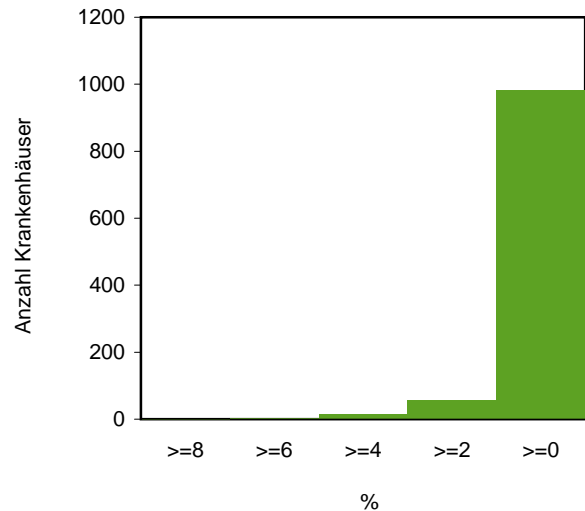
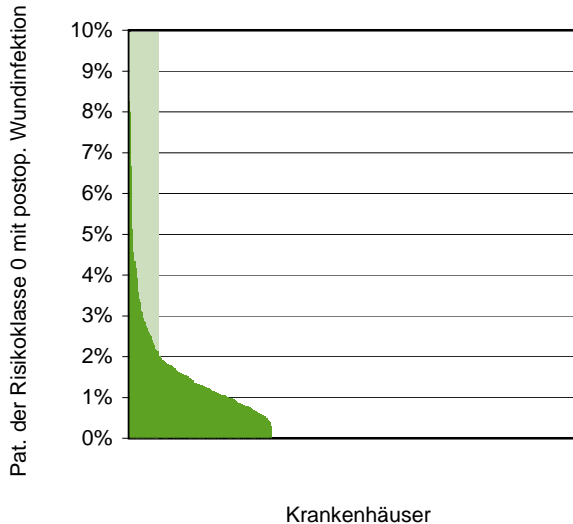
<sup>2</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit dem 75%-Perzentil-Wert der OP-Dauer-Verteilung 2008 berechnet und können deshalb von den BQS-Auswertungen 2007 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44843]:  
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten der Risikoklasse 0**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

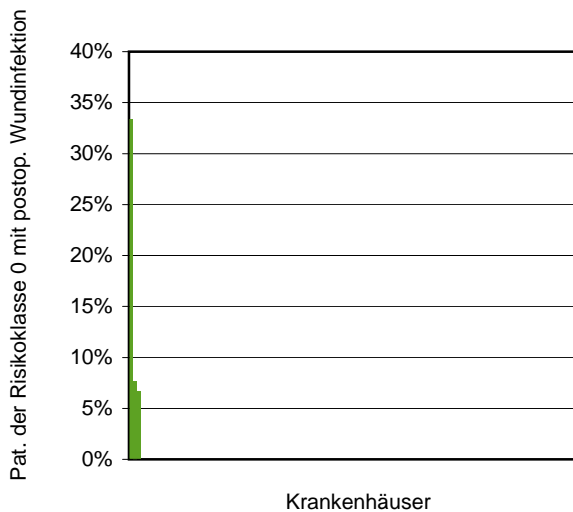


1.054 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



118 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

22 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 6: Allgemeine postoperative Komplikationen

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren		
<b>Grundgesamtheit:</b>	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)	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2008/12n1-CHOL/44891	
	Gruppe 2:	2008/12n1-CHOL/44892	
	Gruppe 3:	2008/12n1-CHOL/44893	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 8,3% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)	
	Gruppe 2:	<= 6,3% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)	
	Gruppe 3:	<= 30,8% (Toleranzbereich; 95%-Perzentil)	

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	5.369 / 170.751 3,1%	3.331 / 156.288 2,1%	1.971 / 13.946 14,1%
Vertrauensbereich	3,1% - 3,2%	2,1% - 2,2%	13,6% - 14,7%
Referenzbereich	<= 8,3%	<= 6,3%	<= 30,8%
Pneumonie	1.158 / 170.751 0,7%	628 / 156.288 0,4%	514 / 13.946 3,7%
Kardiovaskuläre Komplikationen	1.848 / 170.751 1,1%	986 / 156.288 0,6%	827 / 13.946 5,9%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	36 / 170.751 0,0%	20 / 156.288 0,0%	16 / 13.946 0,1%
Lungenembolie	97 / 170.751 0,1%	51 / 156.288 0,0%	44 / 13.946 0,3%
Harnwegsinfekt	463 / 170.751 0,3%	292 / 156.288 0,2%	167 / 13.946 1,2%
Sonstige	3.189 / 170.751 1,9%	1.951 / 156.288 1,2%	1.200 / 13.946 8,6%

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2 <sup>1</sup>	Gruppe 3 <sup>1</sup>
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	4.870 / 166.361 2,9%	3.315 / 153.939 2,2%	1.511 / 12.117 12,5%
Vertrauensbereich	2,8% - 3,0%	2,1% - 2,2%	11,9% - 13,1%

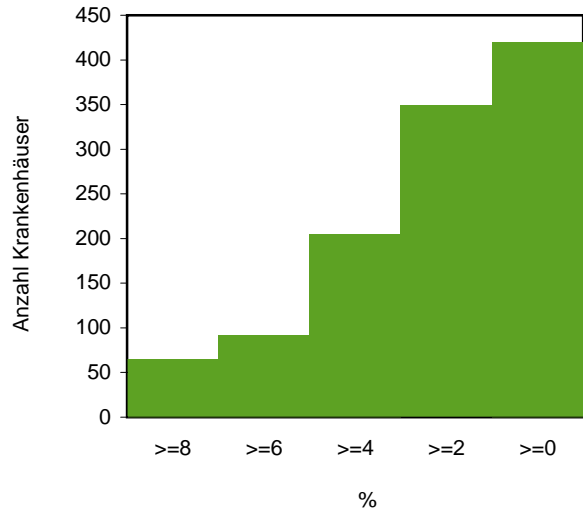
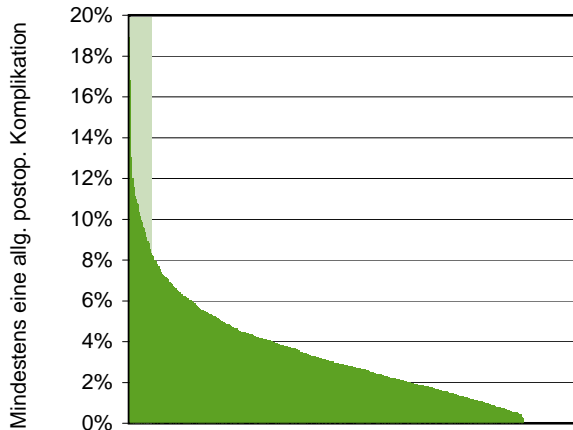
<sup>1</sup> Die Summe laparoskopisch begonnener und offen-chirurgischer Operationen (gültige OPS) addiert sich nicht auf 100%, da es Prozedurenkodes gibt (5-511.3, 5-511.x, 5-511.y), die nicht spezifisch einer dieser beiden Gruppen zugeordnet werden können (siehe Tabelle OP-Technik in der Basisauswertung).

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44891]:  
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 18,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,7%

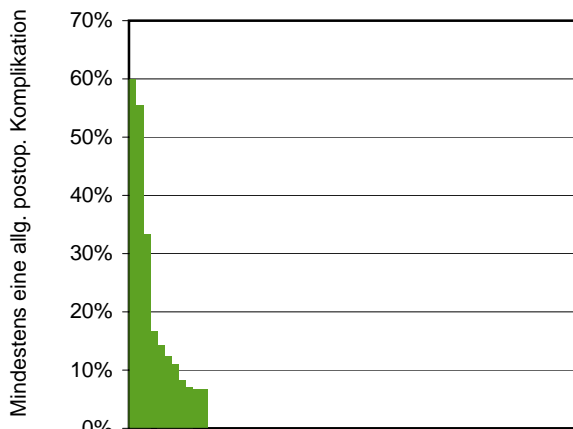


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 60,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

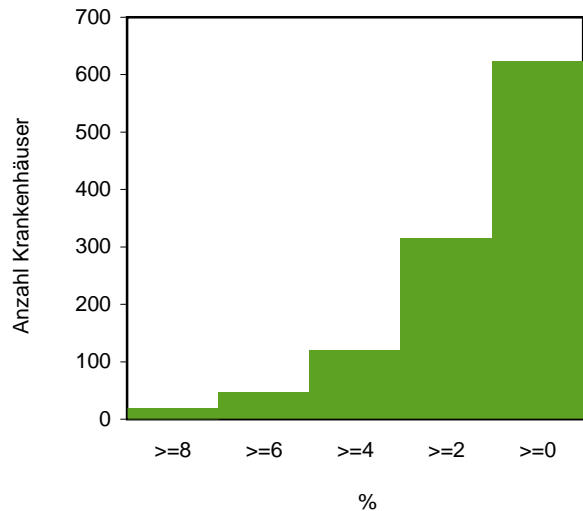
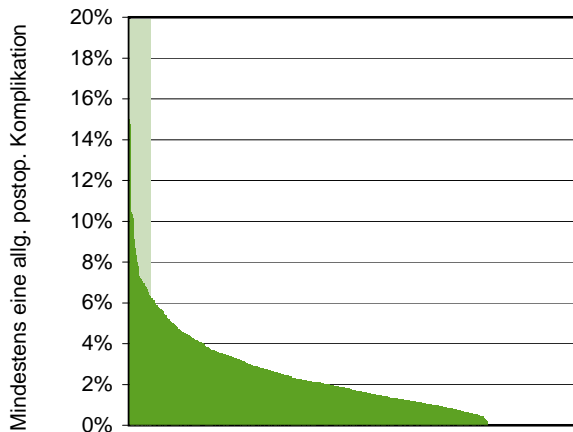
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44892]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,7%



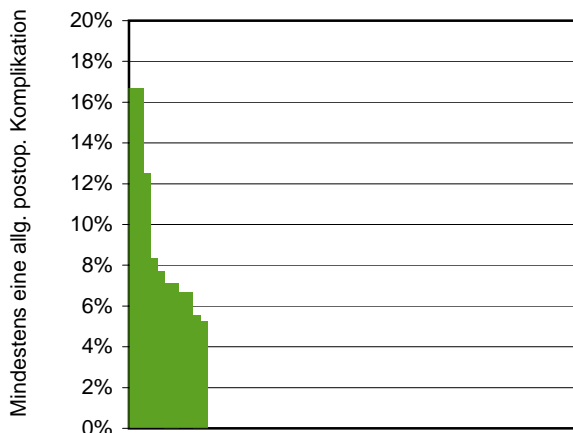
Krankenhäuser

1.124 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

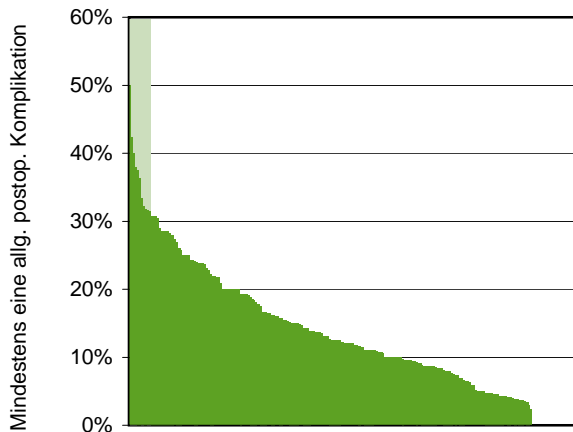
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44893]:**

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

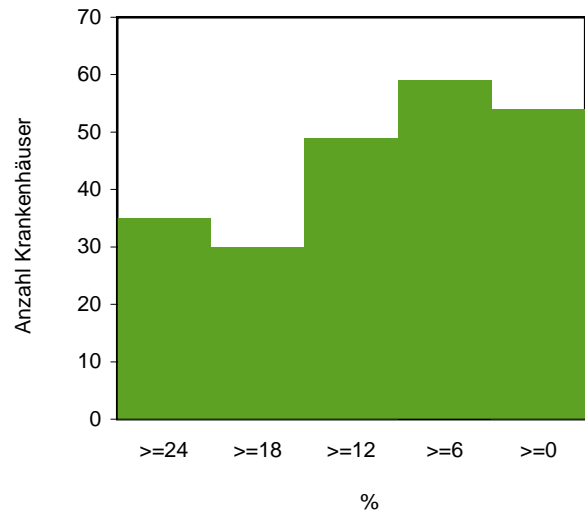
**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 12,0%



Krankenhäuser

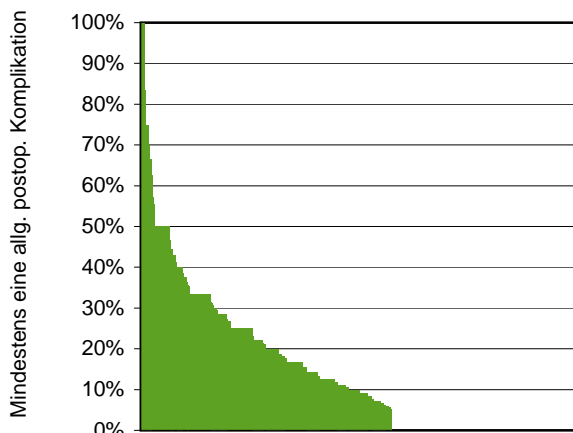


227 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Krankenhausergebnisse: 9,1%



Krankenhäuser

871 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

96 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

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	1.505 / 129.234 1,2%	3.864 / 41.517 9,3%
Pneumonie	224 / 129.234 0,2%	934 / 41.517 2,2%
Kardiovaskuläre Komplikationen	235 / 129.234 0,2%	1.613 / 41.517 3,9%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	11 / 129.234 0,0%	25 / 41.517 0,1%
Lungenembolie	23 / 129.234 0,0%	74 / 41.517 0,2%
Harnwegsinfekt	161 / 129.234 0,1%	302 / 41.517 0,7%
Sonstige	982 / 129.234 0,8%	2.207 / 41.517 5,3%



**Qualitätsindikator 7: Reinterventionsrate**

<b>Qualitätsziel:</b>	Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit laparoskopisch durchgeführter Operation (OPS 5-511.11, 5-511.12) der Risikoklassen ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen
	Gruppe 3:	Patienten mit offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 2:	2008/12n1-CHOL/44927
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 2:	<= 1,5% (Zielbereich)

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	3.587 / 170.751 2,1%	1.004 / 96.467 1,0%	927 / 13.946 6,6%
Vertrauensbereich		1,0% - 1,1%	
Referenzbereich		<= 1,5%	

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	3.249 / 166.361 2,0%	990 / 95.411 1,0%	768 / 12.117 6,3%
Vertrauensbereich		1,0% - 1,1%	

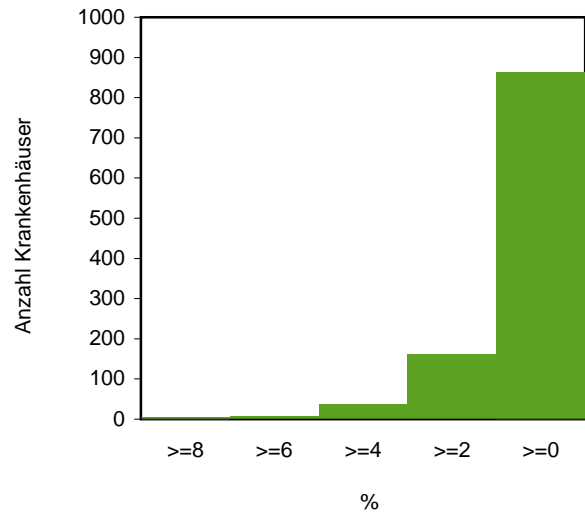
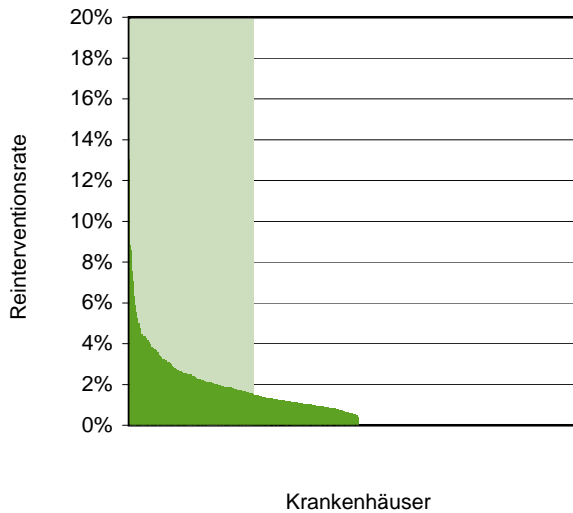
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44927]:**

**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:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,6%

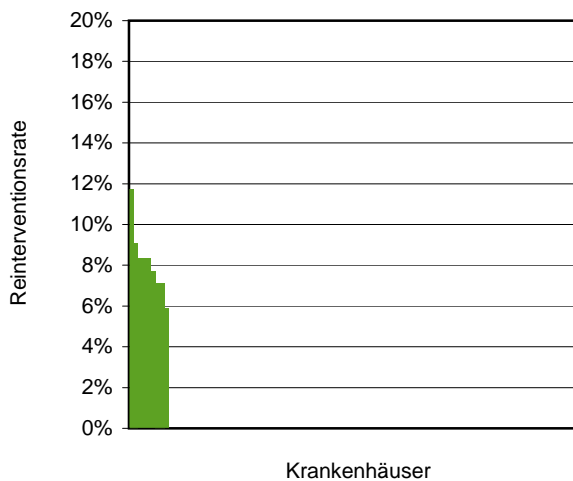


1.075 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



101 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 8: Letalität

<b>Qualitätsziel:</b>	Geringe Letalität	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3
	Gruppe 3:	Patienten der Risikoklassen ASA 4/5
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 2:	2008/12n1-CHOL/44932
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 2:	Sentinel Event <sup>1</sup>

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	1.697 / 170.751	832 / 167.403	865 / 3.348
Vertrauensbereich	1,0%	0,5%	25,8%
Referenzbereich		0,5% - 0,5%	
		Sentinel Event <sup>1</sup>	

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	995 / 166.361	559 / 163.948	436 / 2.413
Vertrauensbereich	0,6%	0,3%	18,1%
		0,3% - 0,4%	

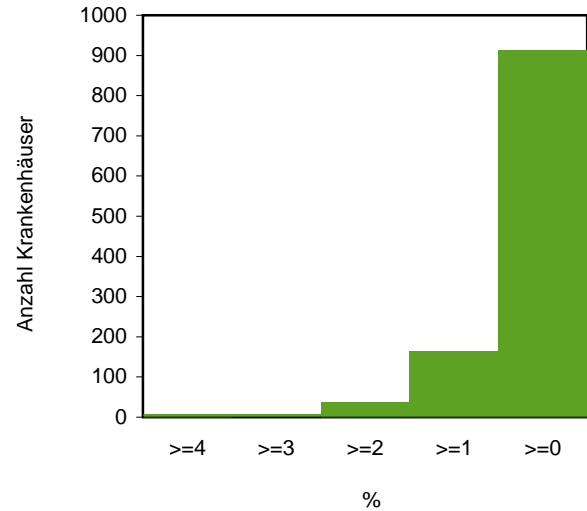
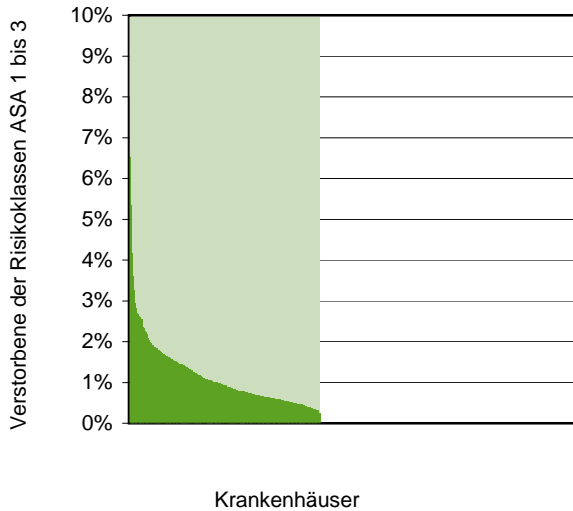
<sup>1</sup> Sentinel Event: jeder einzelne Fall soll einer genauen Analyse unterzogen werden

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2008/12n1-CHOL/44932]:  
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklassen ASA 1 bis 3**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

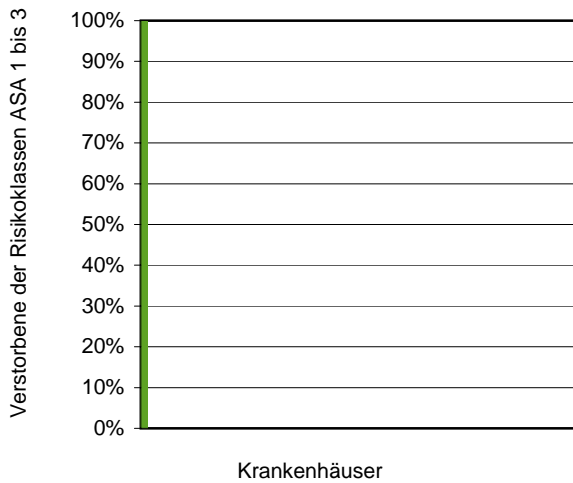


1.131 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



63 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)  
 Gruppe 2: Patienten mit offen-chirurgischer Operation<sup>1</sup>  
 (OPS 5-511.01, 5-511.02)

	Gesamt 2008	
	Gruppe 1 <sup>1</sup>	Gruppe 2 <sup>1</sup>
Verstorbene Patienten	575 / 156.288 0,4%	1.077 / 13.946 7,7%

<sup>1</sup> 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).

## BQS-Bundesauswertung 2008 Cholezystektomie

### Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser (Bundesdaten): 1.194  
Anzahl Datensätze Gesamt: 170.751  
Datensatzversion: 12/1 2008 11.0  
Datenbankstand: 15. März 2009  
2008 - D7515-L59508-P25893

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009

**Basisdaten**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>				
1. Quartal	46.181	27,0	46.669	28,1
2. Quartal	43.652	25,6	40.535	24,4
3. Quartal	40.492	23,7	39.913	24,0
4. Quartal	40.426	23,7	39.244	23,6
Gesamt	170.751		166.361	

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



**Behandlungszeiten**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>				
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	129.106		128.774	
Median		1,0		1,0
Mittelwert		1,7		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	124.062		123.650	
Median		1,0		1,0
Mittelwert		1,6		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	4.838		4.979	
Median		1,0		1,0
Mittelwert		3,3		3,1
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	170.751		166.360	
Median		4,0		4,0
Mittelwert		5,5		5,3
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>				
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	170.587		166.250	
Median		5,0		5,0
Mittelwert		7,7		7,4



**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008<sup>1</sup>**

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	K66.0	Peritoneale Adhäsionen
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	K81.0	Akute Cholezystitis
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008**

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1	K80.10	54.247	31,8	K80.10	53.481	32,1
2	K80.20	53.636	31,4	K80.20	52.197	31,4
3	K80.00	42.879	25,1	K80.00	41.676	25,1
4	I10.00	24.068	14,1	I10.00	19.232	11,6
5	K66.0	12.903	7,6	E66.0	12.263	7,4
6	I10.90	9.075	5,3	K66.0	10.932	6,6
7	K81.0	8.596	5,0	I10.90	9.825	5,9
8	E11.90	7.744	4,5	K81.0	7.369	4,4

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OP-Technik**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alle Patienten</b>	170.751	100,0	166.361	100,0
<b>Patienten mit gültigen OPS-Angaben</b>	170.751	100,0	166.361	100,0
davon				
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)	13.946 / 170.751	8,2	12.117 / 166.361	7,3
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)	156.288 / 170.751	91,5	153.939 / 166.361	92,5
laparoskopisch durchgeführte Operationen (5-511.11, 5-511.12)	147.249 / 170.751	86,2	144.867 / 166.361	87,1
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)	9.071 / 170.751	5,3	9.103 / 166.361	5,5
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)	517 / 170.751	0,3	305 / 166.361	0,2

**OPS 2008<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2008

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

**OPS 2008**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1	5-511.11	146.148	85,6	5-511.11	143.741	86,4
2	5-511.01	11.711	6,9	5-511.01	9.969	6,0
3	5-469.21	10.367	6,1	5-469.21	9.271	5,6
4	5-511.21	7.938	4,6	5-511.21	7.965	4,8
5	1-632	4.342	2,5	1-632	3.796	2,3

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2007 und OPS 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

## Patienten

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	170.746 / 170.751		166.356 / 166.361	
< 20 Jahre	2.280 / 170.746	1,3	2.326 / 166.356	1,4
20 - 39 Jahre	27.499 / 170.746	16,1	27.122 / 166.356	16,3
40 - 59 Jahre	60.069 / 170.746	35,2	59.104 / 166.356	35,5
60 - 79 Jahre	65.944 / 170.746	38,6	64.398 / 166.356	38,7
>= 80 Jahre	14.954 / 170.746	8,8	13.406 / 166.356	8,1
<b>Alter (Jahre)</b>				
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	170.746		166.356	
Median		58,0		58,0
<b>Geschlecht</b>				
männlich	58.646	34,3	55.560	33,4
weiblich	112.105	65,7	110.801	66,6
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	38.109	22,3	39.655	23,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	91.125	53,4	89.211	53,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	38.169	22,4	35.082	21,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	3.148	1,8	2.281	1,4
5: moribunder Patient	200	0,1	132	0,1

## Anamnese

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Koliken</b>	122.610	71,8	122.278	73,5
<b>Schmerzen im rechten Oberbauch</b>	157.920	92,5	154.516	92,9
<b>Cholestase</b>	20.404	11,9	20.024	12,0

**Diagnostik**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sicherer Gallensteinnachweis</b>				
Nachweis lag vor	163.214 / 170.751	95,6	159.923 / 166.361	96,1
wenn ja, Abklärung durch:				
<b>Röntgen</b>	2.908 / 163.214	1,8	3.438 / 159.923	2,1
<b>Sonographie</b>	160.863 / 163.214	98,6	157.845 / 159.923	98,7
<b>MRCP</b>	3.056 / 163.214	1,9	3.224 / 159.923	2,0
<b>CT</b>	7.396 / 163.214	4,5	5.945 / 159.923	3,7
<b>ERCP</b>	14.784 / 163.214	9,1	14.688 / 159.923	9,2
Vorgehensweise:				
<b>Steinextraktion</b>	10.467 / 14.784	70,8	9.972 / 14.688	67,9
<b>Sonstige</b>	3.294 / 163.214	2,0	2.656 / 159.923	1,7
Kein sicherer Gallensteinnachweis	7.537 / 170.751	4,4	6.438 / 166.361	3,9
<b>Akute Entzündungszeichen</b>				
Nachweis lag vor	56.363 / 170.751	33,0	54.048 / 166.361	32,5
wenn ja, Nachweis durch				
<b>Klinischen Befund</b>	51.596 / 56.363	91,5	49.582 / 54.048	91,7
<b>Leukozytose</b> (> 12.000 Zellen pro mm <sup>3</sup> )	37.211 / 56.363	66,0	35.451 / 54.048	65,6
<b>Temperaturerhöhung</b> (> 38° C rektal)	11.073 / 56.363	19,6	10.756 / 54.048	19,9
<b>Sonographie</b>	41.563 / 56.363	73,7	39.297 / 54.048	72,7
Keine akuten Entzündungszeichen	114.388 / 170.751	67,0	112.313 / 166.361	67,5
<b>Extrahepatische Cholestase</b>				
Nachweis lag vor	13.079 / 170.751	7,7	13.090 / 166.361	7,9
wenn ja, Abklärung durch:				
<b>Röntgen</b>	468 / 12.667	3,7	496 / 12.631	3,9
<b>Sonographie</b>	6.030 / 12.667	47,6	5.997 / 12.631	47,5
<b>ERCP</b>	9.772 / 12.667	77,1	9.693 / 12.631	76,7
<b>MRCP</b>	941 / 12.667	7,4	925 / 12.631	7,3
<b>CT</b>	1.258 / 12.667	9,9	1.100 / 12.631	8,7
<b>Sonstige</b>	581 / 12.667	4,6	595 / 12.631	4,7
Keine Abklärung erfolgt	412 / 13.079	3,2	459 / 13.090	3,5
Keine extrahepatische Cholestase	157.672 / 170.751	92,3	153.271 / 166.361	92,1

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden	2.446 / 170.751	1,4	2.038 / 166.361	1,2

### Operation

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Medikamentöse Thromboseprophylaxe</b> Anzahl der Patienten	167.798	98,3	163.401	98,2
<b>Wundkontaminationsklassifikation</b> (Nach Definition der CDC)				
aseptische Eingriffe	83.677	49,0	85.033	51,1
bedingt aseptische Eingriffe	70.757	41,4	67.309	40,5
kontaminierte Eingriffe	12.460	7,3	10.843	6,5
septische Eingriffe	3.857	2,3	3.176	1,9
<b>Intraoperative Gallengangsuntersuchung</b> Anzahl der Patienten	15.989	9,4	15.945	9,6
<b>Bluttransfusion</b> (Erythrozytenkonzentrate) Patienten mit Bluttransfusion	2.761 / 170.751	1,6	2.256 / 166.361	1,4
<b>Dauer des Eingriffs</b> Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	170.751	60,0	166.361	60,0

**Intraoperativer Befund**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Auffälliger Befund</b>				
Gallenblasenstein(e)	162.548	95,2	159.357	95,8
Gallengangstein(e)	3.131	1,8	3.310	2,0
davon				
Gallengangstein(e)				
operativ in gleicher				
Sitzung entfernt	2.473 / 3.131	79,0	2.547 / 3.310	76,9
davon				
laparoskopisch				
durchgeführt	766 / 2.473	31,0	772 / 2.547	30,3
(5-511.11, 5-511.12)				
offen-chirurgisch				
durchgeführt oder				
umgestiegen auf				
offen-chirurgisch	1.679 / 2.473	67,9	1.762 / 2.547	69,2
(5-511.01, 5-511.02,				
5-511.21, 5-511.22)				
Gallengangstein(e)				
belassen	658 / 3.131	21,0	763 / 3.310	23,1
davon				
laparoskopisch				
durchgeführt	543 / 658	82,5	638 / 763	83,6
(5-511.11, 5-511.12)				
offen-chirurgisch				
durchgeführt oder				
umgestiegen auf				
offen-chirurgisch	112 / 658	17,0	122 / 763	16,0
(5-511.01, 5-511.02,				
5-511.21, 5-511.22)				
Hydrops	32.187	18,9	29.012	17,4
akute Entzündung	59.189	34,7	56.587	34,0
Empyem	14.534	8,5	13.238	8,0
Gallenblasenperforation	7.594	4,4	6.485	3,9
Schrumpfgallenblase	4.370	2,6	4.377	2,6
Sonstiges	41.692	24,4	39.968	24,0

### Histologischer Befund

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund veranlasst</b>				
Befund erhoben: ja	169.339	99,2	164.885	99,1
Befund erhoben: nein	1.412	0,8	1.476	0,9





**Verlauf**

	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikation(en)</b>				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	5.669	3,3	5.540	3,3
davon				
Blutung	1.806	1,1	1.842	1,1
periphere Gallengangsverletzung	732	0,4	630	0,4
Okklusion oder Durch- trennung des DHC	237	0,1	248	0,1
Residualstein im Gallengang	752	0,4	764	0,5
Sonstige	2.546	1,5	2.405	1,4
<b>Postoperative Wundinfektion</b>				
(nach Definition der CDC)				
Anzahl Patienten	2.521	1,5	2.338	1,4
davon				
A1 (oberflächliche Infektion)	1.758	1,0	1.650	1,0
A2 (tiefe Infektion)	504	0,3	463	0,3
A3 (Räume/Organe)	259	0,2	225	0,1
<b>Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen</b>				
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	5.369	3,1	4.870	2,9
Pneumonie	1.158	0,7	909	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)	1.848	1,1	1.561	0,9
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	36	0,0	38	0,0
Lungenembolie	97	0,1	82	0,0
Harnwegsinfekt	463	0,3	496	0,3
Sonstige	3.189	1,9	2.841	1,7
<b>Reintervention wegen Komplikation(en)</b>				
Anzahl der Patienten	3.587 / 170.751	2,1	3.249 / 166.361	2,0

## Entlassung

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	155.812	91,3	153.103	92,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	8.995	5,3	8.930	5,4
03: aus sonstigen Gründen	250	0,1	197	0,1
04: gegen ärztlichen Rat	872	0,5	852	0,5
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	10	0,0	6	0,0
06: Verlegung	1.046	0,6	840	0,5
07: Tod	1.697	1,0	995	0,6
08: Verlegung nach §14	93	0,1	87	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung	733	0,4	482	0,3
10: in Pflegeeinrichtung	755	0,4	505	0,3
11: in Hospiz	11	0,0	6	0,0
12: interne Verlegung	176	0,1	186	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	18	0,0	10	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	33	0,0	31	0,0
15: gegen ärztlichen Rat	24	0,0	18	0,0
16: externe Verlegung	17	0,0	6	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)	61	0,0	46	0,0
18: Rückverlegung	5	0,0	11	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	6	0,0	13	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation	9	0,0	7	0,0
21: Wiederaufnahme	107	0,1	30	0,0
22: Fallabschluss <sup>2</sup>	21	0,0	-	-

<sup>1</sup> 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 Entgelt- bereichen 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		

<sup>2</sup> Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

## 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 BQS-Bundesdatenpools 2008.

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

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

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

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

**Beispiele:**

Referenzbereich:  $\leq 2,5\%$

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

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

**Hinweis:**

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als  $6\%$  und damit unauffällig.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 überarbeitet worden sind.

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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.

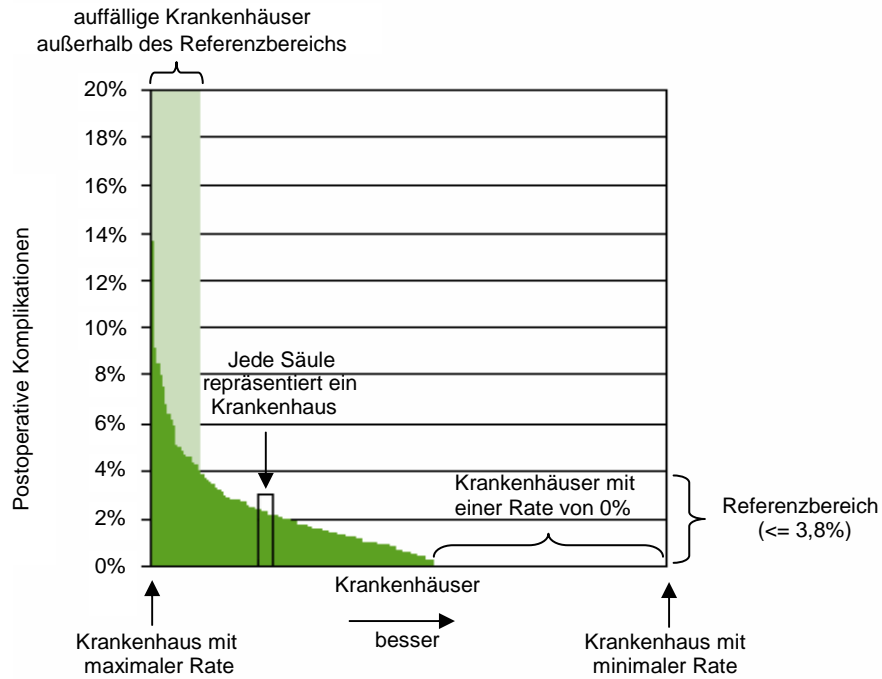
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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.

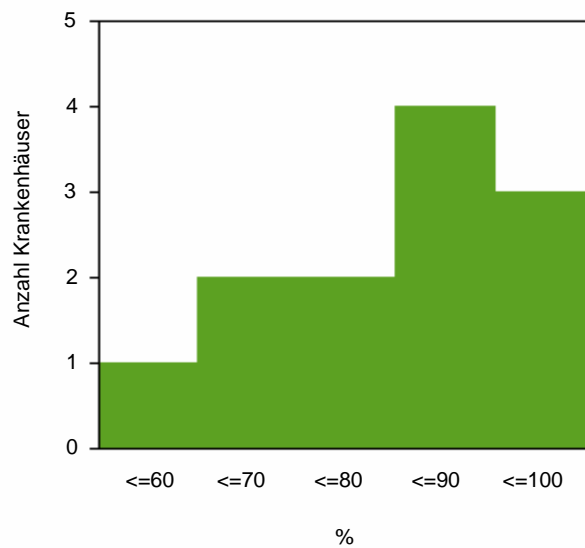
### Beispiel:

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 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankenhausergebnisse

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

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

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

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### Verhältniszahl

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

### Vertrauensbereich

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