

# Musterauswertung 2005 Varizenchirurgie

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: 10/1 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3666-L25819-P15485

© BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006

# Musterauswertung 2005 Varizenchirurgie

## Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: 10/1 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3666-L25819-P15485

# Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung <sup>1</sup>	Seite
<b>QI 1: Indikation</b>	0 / 0	0%	0%	>= 90%		1.1
<b>QI 2: Präoperative Diagnostik I</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.3
<b>QI 3: Präoperative Diagnostik II</b>	0 / 0	0%	0%	>= x%		1.5
<b>QI 4: Präoperative Beurteilung des tiefen Venensystems</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.7
<b>QI 5: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna I</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.9
<b>QI 6: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna II</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.11
<b>QI 7: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna III</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.13
<b>QI 8: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna IV</b>	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.15
<b>QI 9: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena parva I</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.17
<b>QI 10: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena parva II</b>	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.19
<b>QI 11: Postoperative Komplikationen</b>	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.21
<b>QI 12: Postoperative Wundinfektion</b>	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.23

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

**Qualitätsindikator 1: Indikation**

**Qualitätsziel:** Möglichst oft Operation in gutem Gesundheitszustand

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** >= 90%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse ASA 1	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Risikoklasse ASA 2	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Risikoklasse ASA 3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Risikoklasse ASA 4	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Risikoklasse ASA 5	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit Risikoklasse ASA <= 3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Risikoklasse ASA <= 3	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

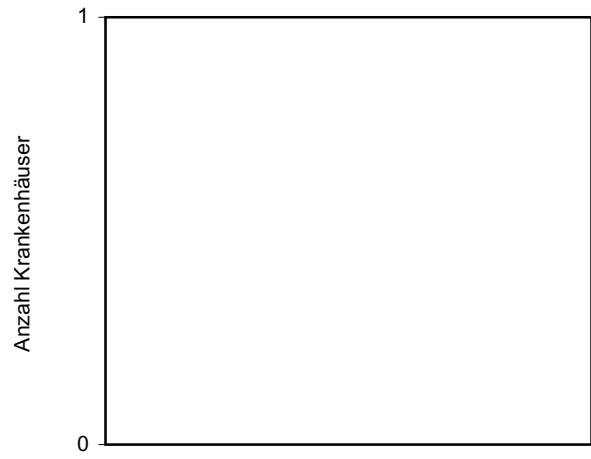
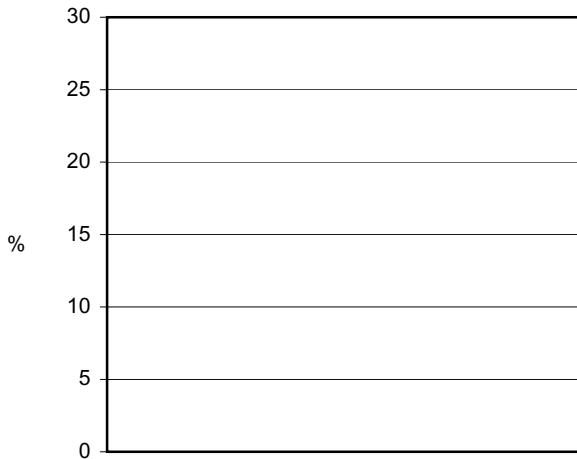
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1]:  
Anteil von Patienten der Risikoklasse ASA <=3 an allen Patienten**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

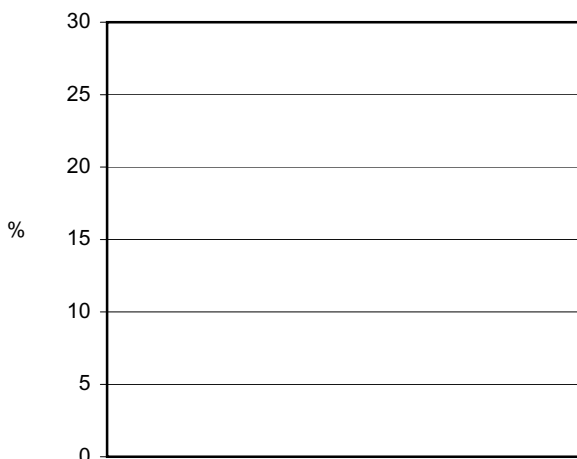
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: -

Median der Krankhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 2: Präoperative Diagnostik I**

**Qualitätsziel:** Präoperative Diagnostik immer mit bildgebenden Verfahren

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Duplexsonographie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Ultraschall-Dopplersonographie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Phlebographie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit mindestens einem durchgeführten bildgebenden Verfahren	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem durchgeführten bildgebenden Verfahren	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:**

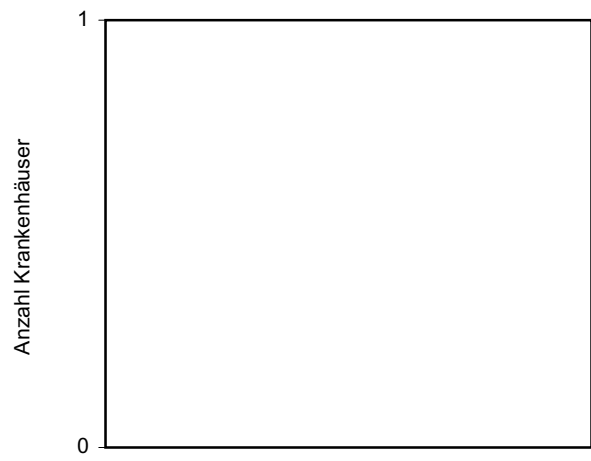
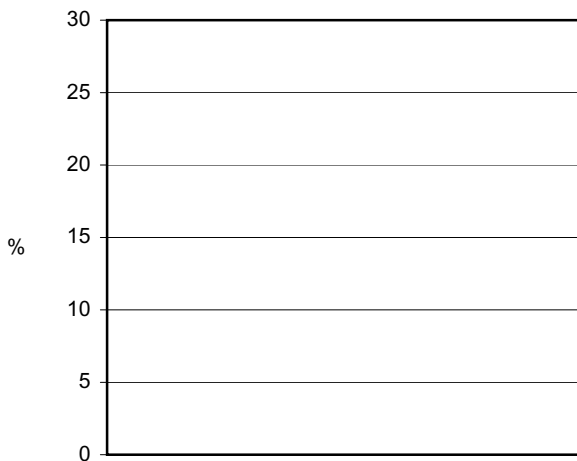
**Anteil von Patienten mit mindestens einem durchgeführten bildgebenden Verfahren an allen Patienten**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

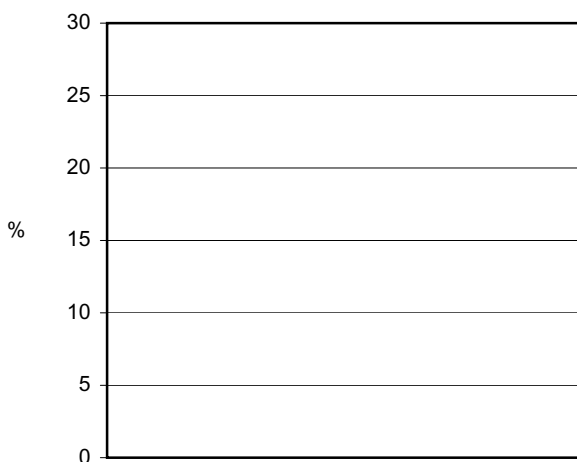
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 3: Präoperative Diagnostik II**

**Qualitätsziel:** In vielen Fällen bei der bildgebenden Diagnostik farbkodierte Duplexsonographie anwenden

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich** >= x% (5%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Duplexsonographie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		>= x%		>= x%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Duplexsonographie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:**

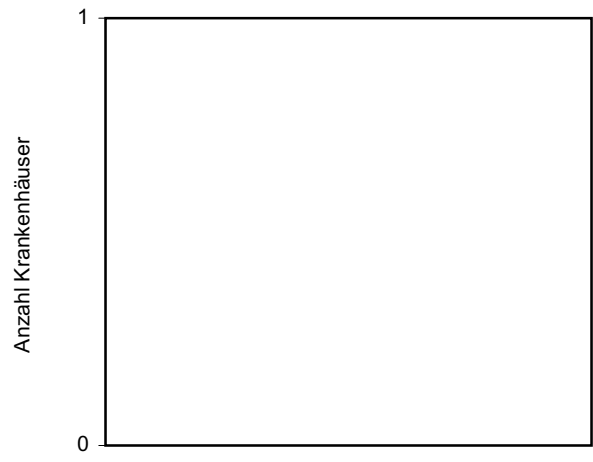
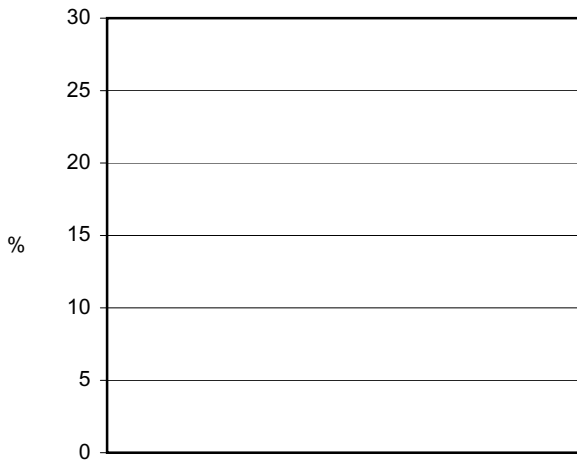
**Anteil von Patienten mit präoperativ durchgeführter Duplex-Sonographie an allen Patienten**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

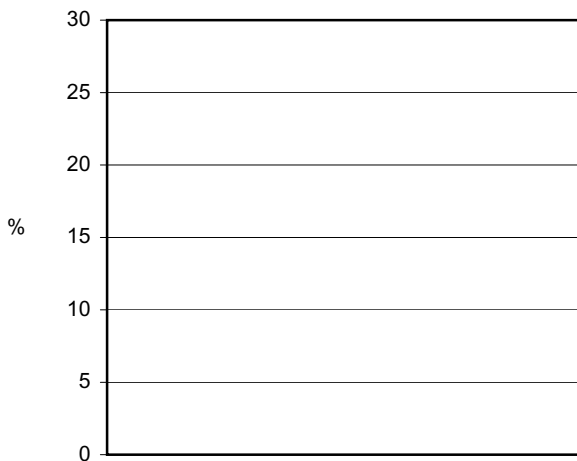
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 4: Präoperative Beurteilung des tiefen Venensystems**

**Qualitätsziel:** Vollständige Beurteilung des tiefen Venensystems in der präoperativen Diagnostik

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Darstellung des tiefen Venensystems im bildgebenden Verfahren	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Darstellung des tiefen Venensystems im bildgebenden Verfahren	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4]:**

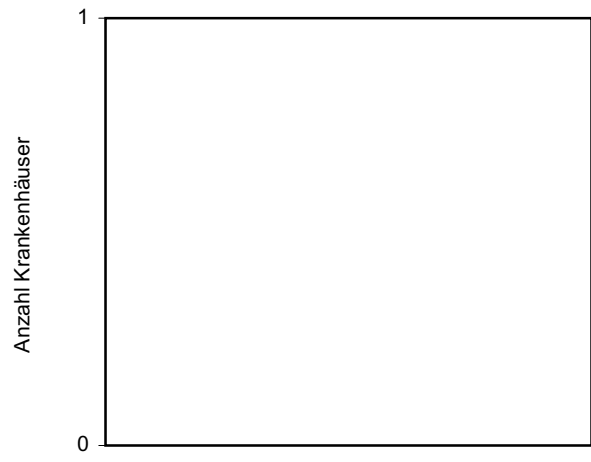
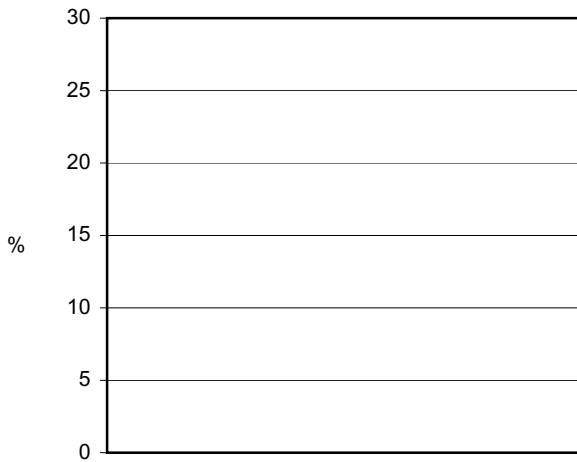
**Anteil von Patienten mit vollständiger Beurteilung des tiefen Venensystems an allen Patienten**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

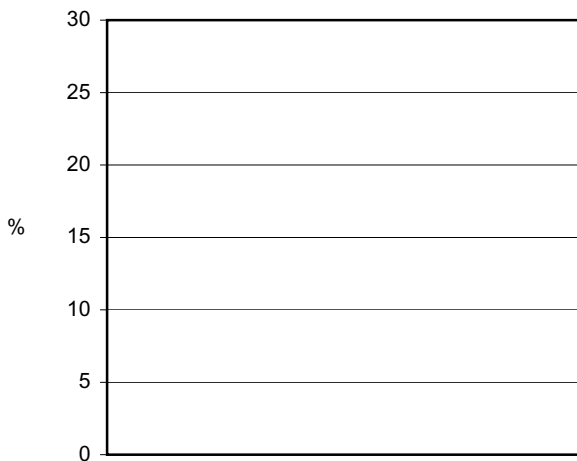
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 5: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna I**

**Qualitätsziel:** Immer eine Crossektomie und/oder Stripping der VSM am Oberschenkel im Stadium 1 und 2 nach Hach

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 1 oder 2 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stripping der Vena saphena magna	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna am Oberschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna am Oberschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

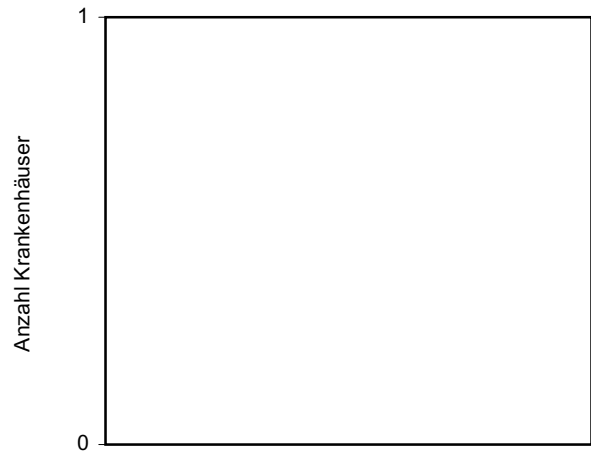
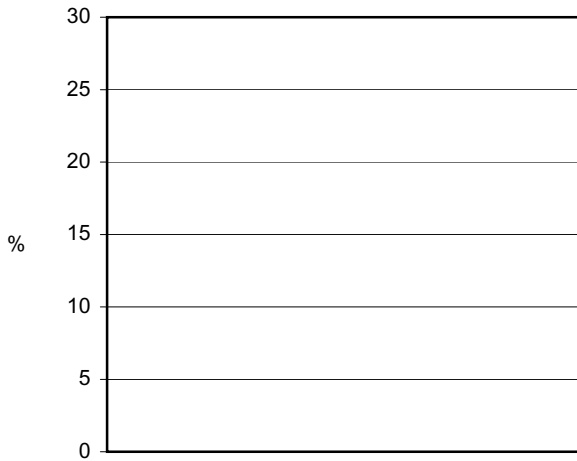
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5]:**

**Anteil von Patienten mit Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna am Oberschenkel an allen Patienten mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 1 oder 2 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

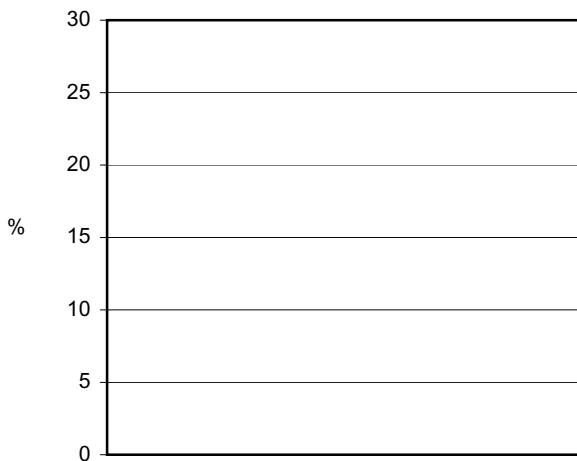
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 6: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna II**

**Qualitätsziel:** Immer eine Crossektomie und Stripping der VSM bis zum proximalen Unterschenkel im Stadium 3 nach Hach

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 3 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stripping der Vena saphena magna	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna am Oberschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna am Oberschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6]:**

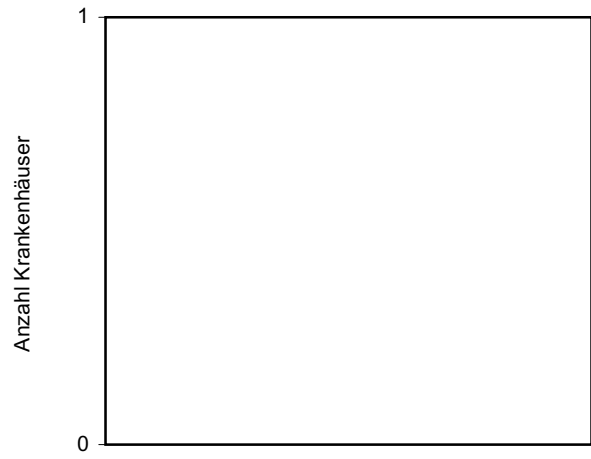
**Anteil von Patienten mit Crossektomie und Stripping der VSM bis zum proximalen Unterschenkel an allen Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 3 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

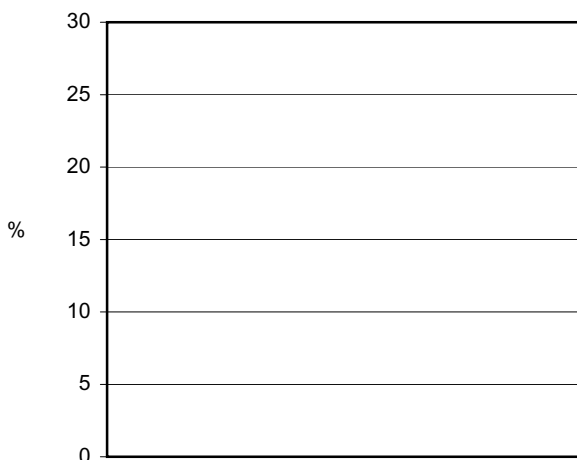
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 7: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna III**

**Qualitätsziel:** Immer eine Crossektomie und Stripping der VSM bis zum distalen Unterschenkel im Stadium 4 nach Hach

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 4 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stripping der Vena saphena magna	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna bis zum distalen Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna bis zum distalen Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:**

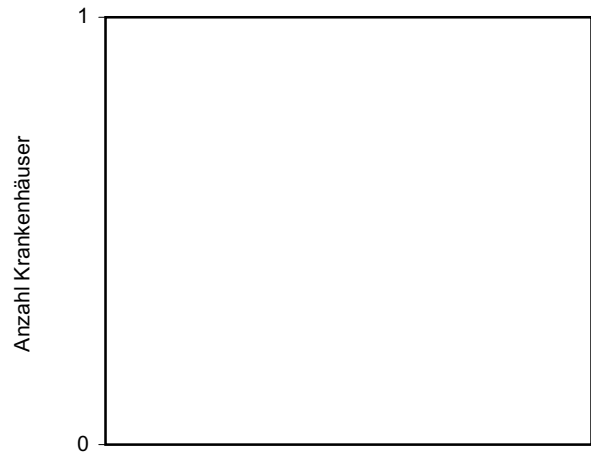
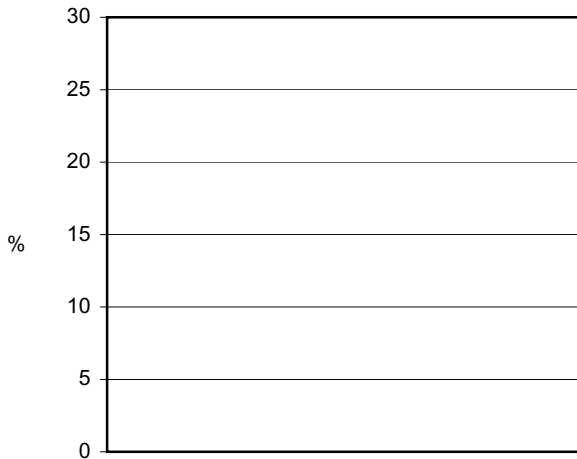
**Anteil von Patienten mit Crossektomie und Stripping der VSM bis zum distalen Unterschenkel an allen Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit Stammveneninsuffizienz im Stadium 4 nach Hach ohne Voroperation in diesem Gebiet**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 8: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena magna IV**

**Qualitätsziel:** Immer ein Teilstripping der VSM am Unterschenkel bei der distalen, inkompletten Stammvarikose der VSM

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit distaler inkompletter Stammvenenvarikose ohne Voroperation in diesem Stromgebiet

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Teilstripping der Vena saphena magna am Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

**Vorjahresdaten**

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Teilstripping der Vena saphena magna am Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8]:**

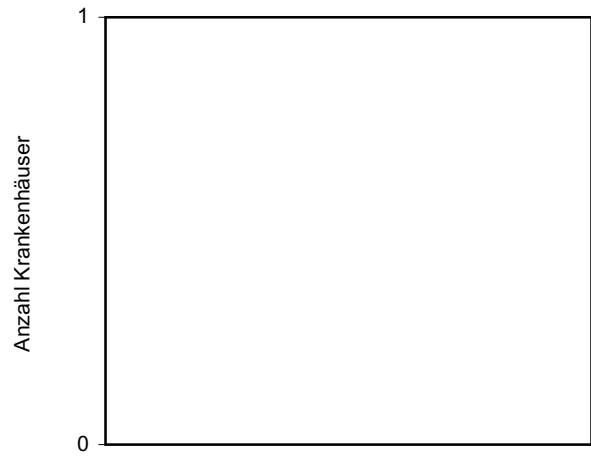
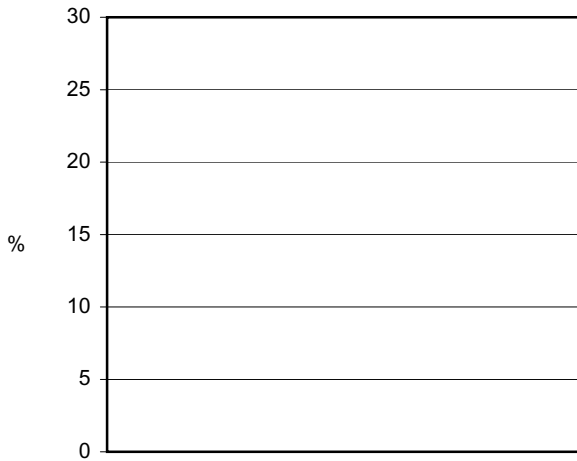
**Anteil von Patienten mit Teilstripping der VSM am Unterschenkel an allen Patienten mit Operation in der Strombahn der Vena saphena magna mit distaler inkompletter Stammvenenvarikose ohne Voroperation in diesem Stromgebiet**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

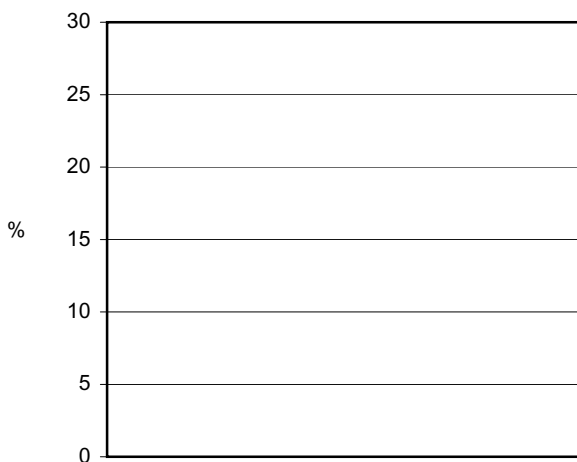
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 9: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena parva I**

**Qualitätsziel:** Immer eine Mündungsligatur der VSP und/oder Stripping der VSP am proximalen Unterschenkel bei Stadium 1 und 2 nach Hach

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operationen im Stromgebiet der Vena saphena parva im Stadium 1 oder 2 nach Hach ohne Voroperation in diesem Stromgebiet

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
durchgeführte Mündungsligatur	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stripping VSP	0 / 0	0%	0 / 0	0%
durchgeführte Mündungsligatur und Stripping der VSP am proximalen Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
durchgeführte Mündungsligatur und Stripping der VSP am proximalen Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9]:**

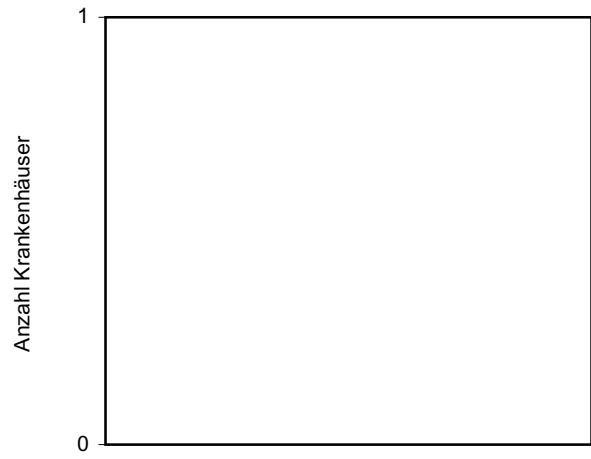
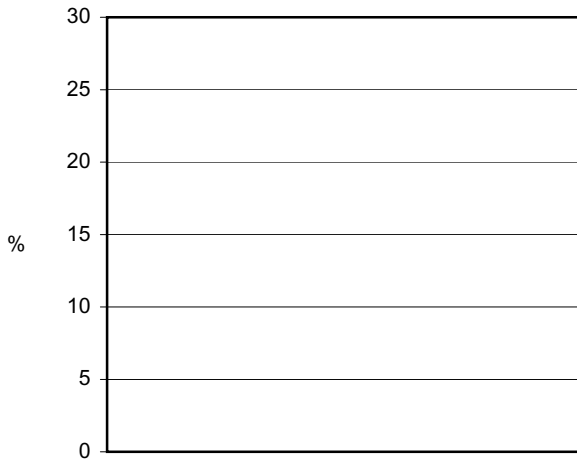
**Anteil von Patienten mit Mündungsligatur und/oder Stripping der VSP am proximalen Unterschenkel an allen Patienten mit Operationen im Stromgebiet der Vena saphena parva im Stadium 1 oder 2 nach Hach ohne Voroperation in diesem Stromgebiet**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

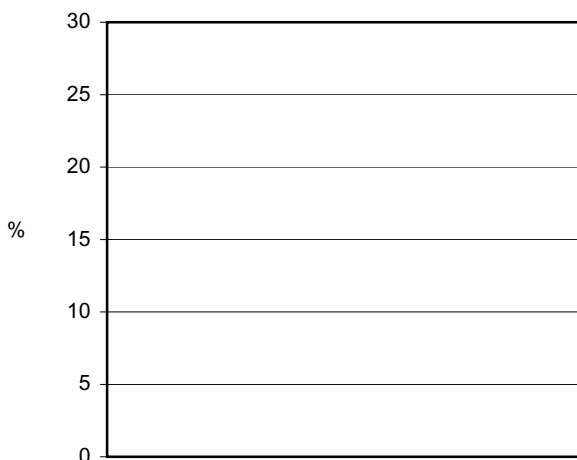
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 10: Operative Versorgung im Stromgebiet der Vena saphena parva II**

**Qualitätsziel:** Immer eine Mündungsligatur der VSP und Stripping der VSP am Unterschenkel bei Stadium 3 nach Hach

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Operationen im Stromgebiet der Vena saphena parva im Stadium 3 nach Hach ohne Voroperation in diesem Stromgebiet

**Referenzbereich** = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
durchgeführte Mündungsligatur	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Stripping VSP	0 / 0	0%	0 / 0	0%
durchgeführte Mündungsligatur und Stripping der VSP am Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
durchgeführte Mündungsligatur und Stripping der VSP am Unterschenkel	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10]:**

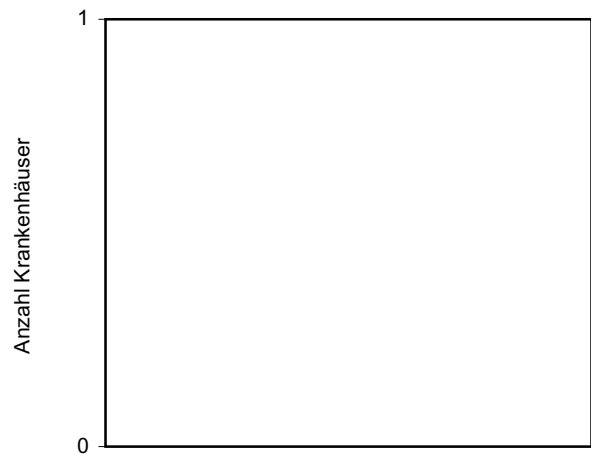
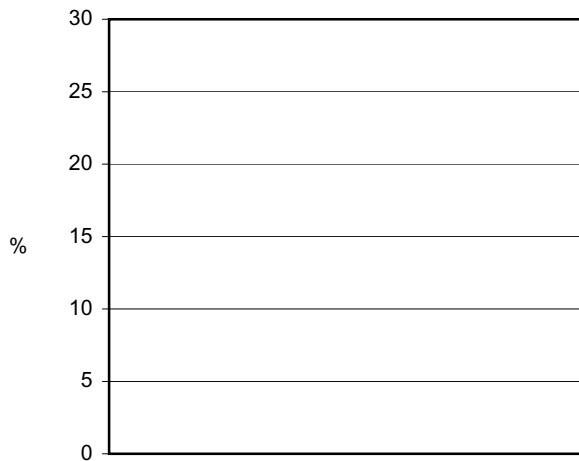
**Anteil von Patienten mit Mündungsligatur und Stripping der VSP am Unterschenkel an allen Patienten mit Operationen im Stromgebiet der Vena saphena parva im Stadium 3 nach Hach ohne Voroperation in diesem Stromgebiet**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

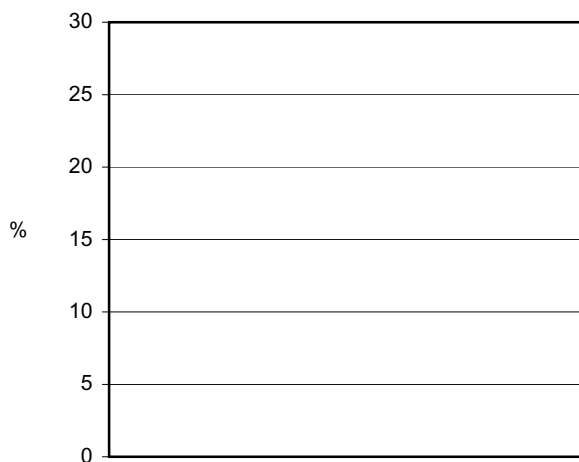
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 11: Postoperative Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten behandlungsbedürftige Komplikationen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

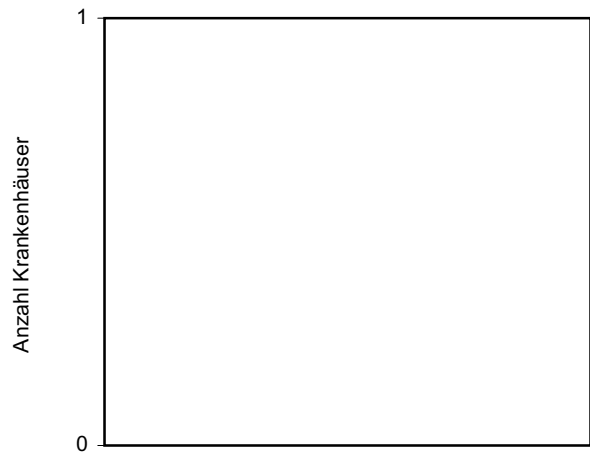
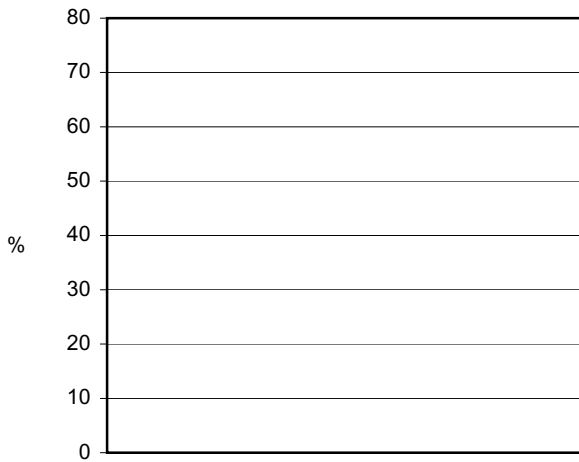
**Referenzbereich** <= x% (95%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
chirurgisch behandlungsbedürftige Nachblutung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sensibilitätsstörung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

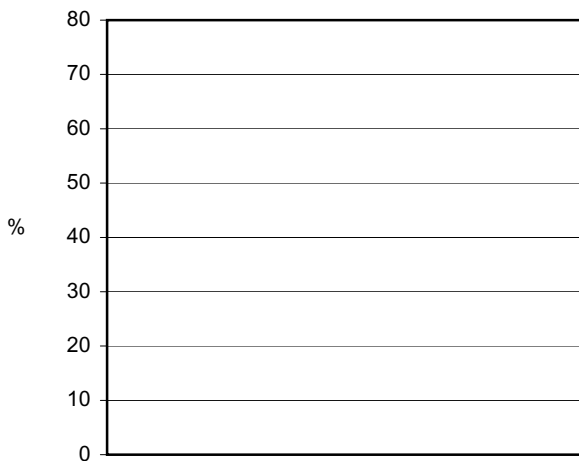
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11]:**  
**Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten**  
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:



n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator 12: Postoperative Wundinfektion**

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

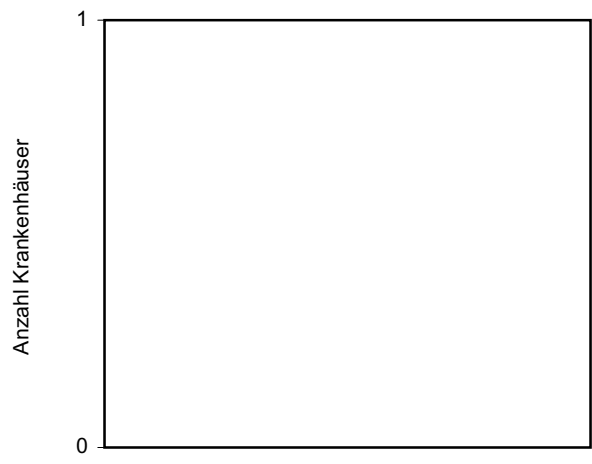
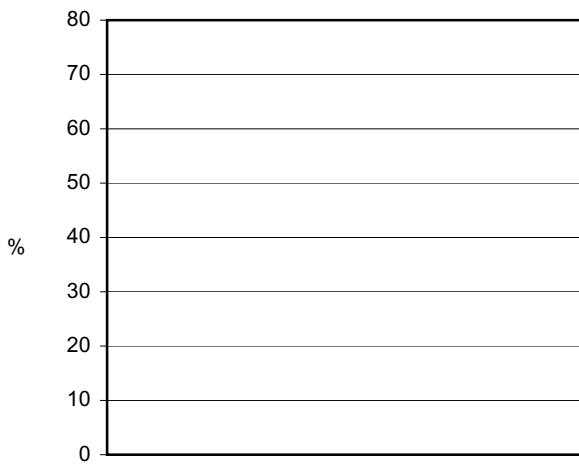
**Referenzbereich** <= x% (95%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		<= x%		<= x%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12]:  
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten**  
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:

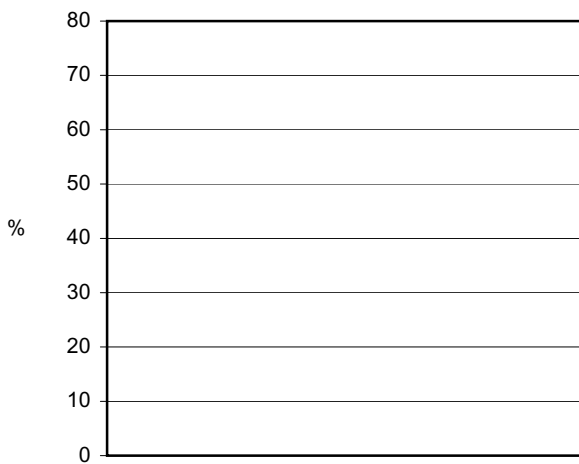


Krankenhäuser

%

n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

n Krankenhäuser haben weniger als m Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Musterauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

# Musterauswertung 2005 Varizenchirurgie

## Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Datensatzversion: 10/1 2005 8.0  
Datenbankstand:  
2005 - D3666-L25819-P15485

**Basisdaten**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal	0	0	0	0	0	0
2. Quartal	0	0	0	0	0	0
3. Quartal	0	0	0	0	0	0
4. Quartal	0	0	0	0	0	0
Gesamt	0		0		0	

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

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005<sup>1</sup>**

Liste der 8 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4
5
6
7
8

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005**

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0
5		0	0		0	0		0	0
6		0	0		0	0		0	0
7		0	0		0	0		0	0
8		0	0		0	0		0	0

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen der ICD-10-GM Version 2004 und der ICD-10-GM Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OPS Version 2005<sup>1</sup> - Vena saphena magna**

Liste der 4 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4

**OPS Version 2005 - Vena saphena magna**

Liste der 4 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OPS Version 2005<sup>1</sup> - Vena saphena parva**

Liste der 4 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1
2
3
4

**OPS Version 2005 - Vena saphena parva**

Liste der 4 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1		0	0		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0
3		0	0		0	0		0	0
4		0	0		0	0		0	0

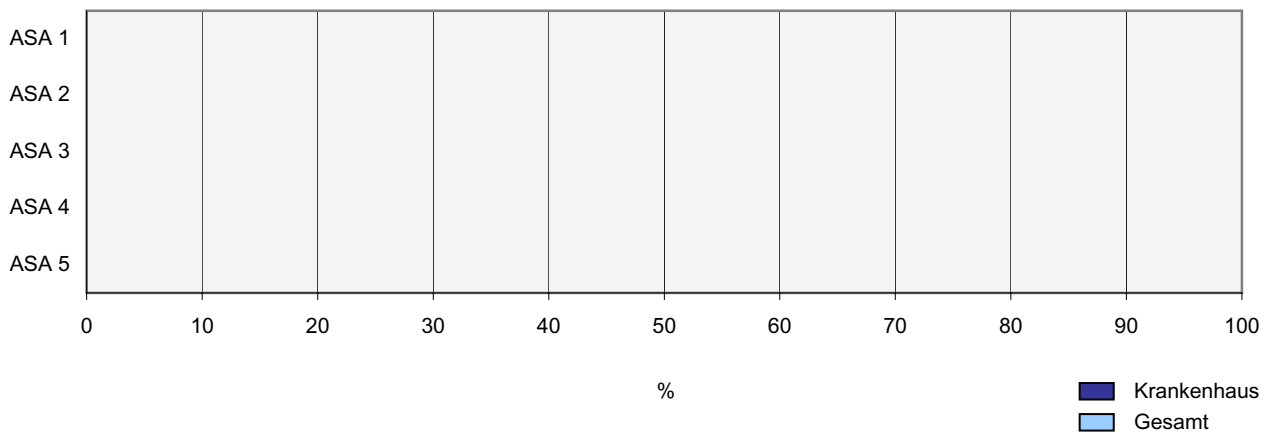
<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**Patienten**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
gültige Angaben	0 / 0		0 / 0		0 / 0	
< 20 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
20 - 39 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
40 - 59 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
60 - 69 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
70 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
80 - 89 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 90 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Alter (Jahre)</b>						
Anzahl der Patienten	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<b>Geschlecht</b>						
männlich	0	0	0	0	0	0
weiblich	0	0	0	0	0	0
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0	0	0	0	0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	0	0	0	0	0	0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	0	0	0	0	0	0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0	0	0	0	0
5: moribunder Patient	0	0	0	0	0	0

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



**Präoperative Diagnostik**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Duplexsonographie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ultraschall-Dopplersonographie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Phlebographie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Sonstige</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Darstellung des tiefen Venensystems im bildgebenden Verfahren</b>						
Anzahl der Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
unauffällig	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
auffällig	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
nicht beurteilt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Thromboseprophylaxe</b>	0	0	0	0	0	0

**Operierte Strombahn VSM**

[Vena saphena magna]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>VSM</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
rechts	0	0	0	0	0	0
links	0	0	0	0	0	0

**Klinischer Befund**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Teleangiektasien, retikuläre Venen, Besenreiser, Knöchelerythem</b>	0	0	0	0	0	0
<b>varikös veränderte Venen</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Varikose mit Ödem ohne Hautveränderungen</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Pigmentation, Ekzem, Lipodermatosklerose</b>	0	0	0	0	0	0
<b>abgeheiltes Ulcus cruris</b>	0	0	0	0	0	0
<b>florides Ulcus cruris</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Sonstiges</b>	0	0	0	0	0	0

**Ätiologie**

[Vena saphena magna]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>kongenital (Angiodysplasie)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>primär</b>	0	0	0	0	0	0
<b>sekundär</b>	0	0	0	0	0	0

**Anatomie**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Venae perforantes Oberschenkel</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Venae perforantes Unterschenkel</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Seitenastvarikose</b>	0	0	0	0	0	0
<b>distal inkomplette Stammvarikose</b>	0	0	0	0	0	0

**Befunde**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Stammvenen-Insuffizienz (Stadium nach Hach)</b>						
0: keine Einstufung nach Hach möglich	0	0	0	0	0	0
1: Reflux in der Crosse-Region	0	0	0	0	0	0
2: Insuffizienz bis oberhalb des Knies	0	0	0	0	0	0
3: Insuffizienz bis zum Knie	0	0	0	0	0	0
4: Insuffizienz bis zum Innenknöchel	0	0	0	0	0	0

**Operation**

[Vena saphena magna]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Venenvoroperation an dieser Strombahn</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>						
aseptische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bedingt aseptische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
kontaminierte Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
septische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (Minuten)</b>						
gültige Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<b>Endoskopisches Operationsverfahren</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Crossektomie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Stripping VSM</b>						
kein Stripping	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Teilstripping	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
komplett	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn Stripping VSM = 1						
<b>Teilstripping (Oberschenkel-Knie)</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Teilstripping (Knie-Innenknöchel)</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>OP der Venae perforantes</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Seitenastexhairese</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Fasziotomie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ulkuschirurgie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>lokale Komplikationen intraoperativ</b>						
Gefäßverletzung	0	0	0	0	0	0
Nervenverletzung	0	0	0	0	0	0

**Verlauf**

[Vena saphena magna]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>lokale Komplikationen postoperativ</b>						
chirurgisch behandlungsbedürftige Nachblutung	0	0	0	0	0	0
Sensibilitätsstörung	0	0	0	0	0	0
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A2 (tiefe Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A3 (Räume/Organe)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

**Operierte Strombahn VSP**

[Vena saphena parva]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>VSP</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
rechts	0	0	0	0	0	0
links	0	0	0	0	0	0

**Klinischer Befund**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Teleangiektasien, retikuläre Venen, Besenreiser, Knöchelerythem</b>	0	0	0	0	0	0
<b>varikös veränderte Venen</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Varikose mit Ödem ohne Hautveränderungen</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Pigmentation, Ekzem, Lipodermatosklerose</b>	0	0	0	0	0	0
<b>abgeheiltes Ulcus cruris</b>	0	0	0	0	0	0
<b>florides Ulcus cruris</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Sonstiges</b>	0	0	0	0	0	0

**Ätiologie**

[Vena saphena parva]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>kongenital (Angiodysplasie)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>primär</b>	0	0	0	0	0	0
<b>sekundär</b>	0	0	0	0	0	0

**Anatomie**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Venae perforantes Unterschenkel</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Seitenastvarikose</b>	0	0	0	0	0	0

**Befunde**

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Stammvenen-Insuffizienz (Stadium nach Hach)</b>						
0: keine Einstufung nach Hach möglich	0	0	0	0	0	0
1: isolierte Insuffizienz der Einmündung	0	0	0	0	0	0
2: Insuffizienz bis Wadenmitte	0	0	0	0	0	0
3: Insuffizienz bis Außenknöchel	0	0	0	0	0	0

**Operation**

[Vena saphena parva]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Venenvoroperation an dieser Strombahn</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>						
aseptische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
bedingt aseptische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
kontaminierte Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
septische Eingriffe	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (Minuten)</b>						
gültige Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<b>Mündungsligatur</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Stripping VSM</b>						
kein Stripping	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Teilstripping	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
komplett	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>OP der Venae perforantes</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Fasziotomie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Ulkuschirurgie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>lokale Komplikationen intraoperativ</b>						
Gefäßverletzung	0	0	0	0	0	0
Nervenverletzung	0	0	0	0	0	0

**Verlauf**

[Vena saphena parva]

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>lokale Komplikationen postoperativ</b>						
chirurgisch behandlungsbedürftige Nachblutung	0	0	0	0	0	0
Sensibilitätsstörung	0	0	0	0	0	0
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A2 (tiefe Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A3 (Räume/Organe)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

**Entlassung**

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	0	0	0	0	0	0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0	0	0	0	0
03: aus sonstigen Gründen	0	0	0	0	0	0
04: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0	0	0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0	0	0	0	0
06: Verlegung	0	0	0	0	0	0
07: Tod	0	0	0	0	0	0
08: Verlegung nach § 14	0	0	0	0	0	0
09: in Rehabilitationseinrichtung	0	0	0	0	0	0
10: in Pflegeeinrichtung	0	0	0	0	0	0
11: in Hospiz	0	0	0	0	0	0
12: interne Verlegung	0	0	0	0	0	0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0	0	0	0	0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0	0	0	0	0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0	0	0	0	0
16: externe Verlegung	0	0	0	0	0	0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)	0	0	0	0	0	0
18: Rückverlegung	0	0	0	0	0	0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0	0	0	0	0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation	0	0	0	0	0	0
21: Wiederaufnahme	0	0	0	0	0	0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 Behandlung regulär beendet</li> <li>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</li> <li>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</li> <li>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</li> <li>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</li> <li>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</li> <li>11 Entlassung in ein Hospiz</li> <li>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</li> <li>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</li> <li>21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme</li> </ul> |
|---|--|

**Follow-up Basisdokumentation**

bis 30 Tage (optional)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Thrombose</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn ja:						
rechts	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
links	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beidseitig	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Lungenembolie</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Lymphödem</b>	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn ja:						
rechts	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
links	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
beidseitig	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Patient verstorben</b>	0	0	0	0	0	0

**Follow-up**

bis 30 Tage (optional)

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Operierte Strombahn</b>						
VSM rechts	0	0	0	0	0	0
VSM links	0	0	0	0	0	0
VSP rechts	0	0	0	0	0	0
VSP links	0	0	0	0	0	0
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A2 (tiefe Infektion)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
A3 (Räume/Organe)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
<b>Sensibilitätsstörung</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Lymphfistel</b>	0	0	0	0	0	0
<b>chirurgisch behandlungsbedürftige Nachblutung/ Hämatom</b>	0	0	0	0	0	0

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung 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 Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich 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. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

#### 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 Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei 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
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 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

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. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2005.

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"-Indikatoren. 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.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "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".

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 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.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 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.

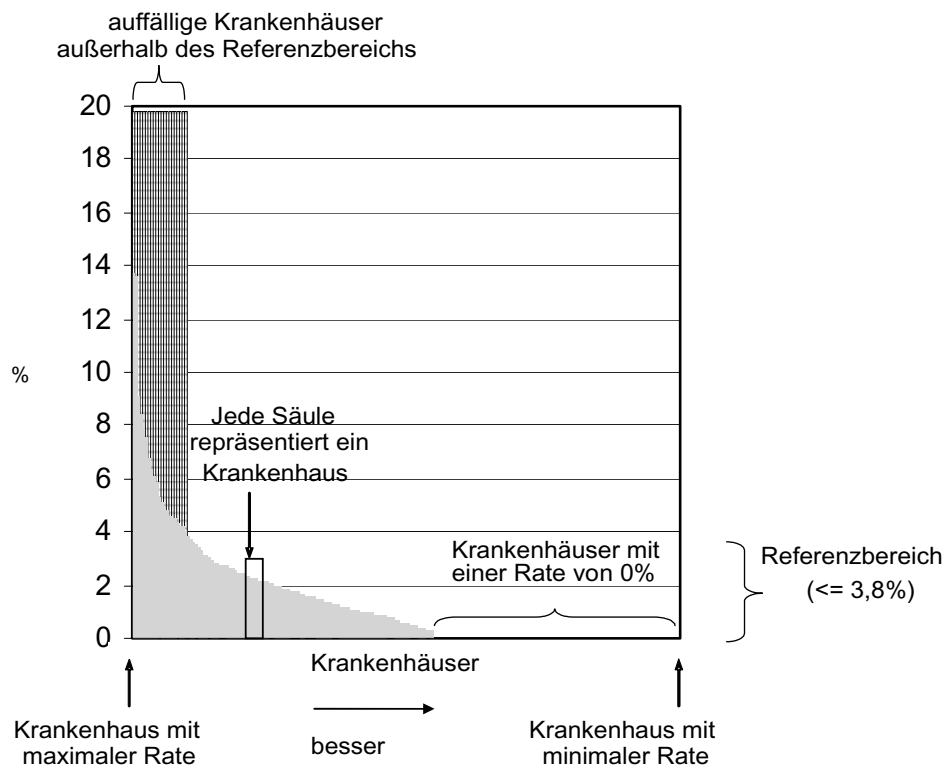
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

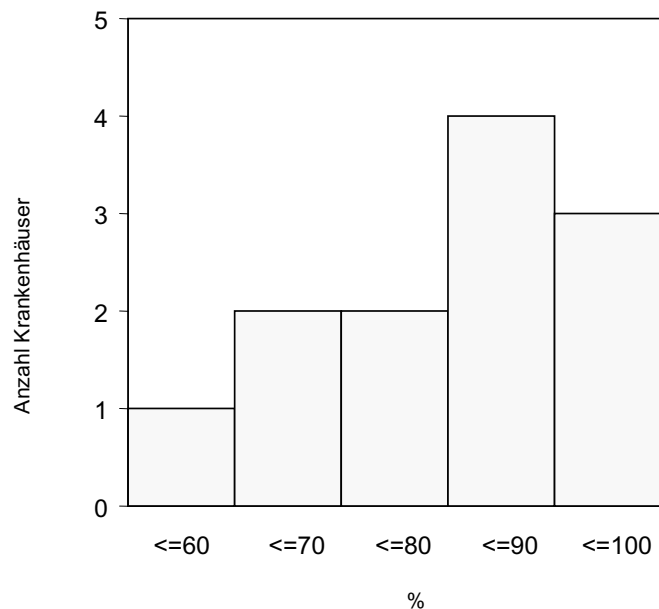
**Beispiel:**

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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

### **Median der Krankhausergebnisse**

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

### **Perzentile der Krankhausergebnisse**

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### **Spannweite der Krankhausergebnisse**

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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.