

Musterauswertung 2005

Cholezystektomie

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 12/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3667-L25811-P15486

Musterauswertung 2005 Cholezystektomie

Qualitätsindikatoren

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 12/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3667-L25811-P15486

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.1
QI 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.3
QI 3: Erhebung eines histologischen Befundes	0 / 0	0%	0%	= 100%		1.5
QI 4: Eingriffsspezifische Komplikationen						
mindestens eine eingriffsspezifische Komplikation	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.7
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0 / 0	0%	0%	Sentinel Event		1.7
QI 5: Postoperative Wundinfektion						
bei allen Patienten	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.12
bei Patienten mit Risikoklasse 0	0 / 0	0%	0%	<= 2%		1.17
QI 6: Allgemeine postoperative Komplikationen						
bei allen Patienten	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.20
bei Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.20
bei Patienten mit offen-chirurgischer Operation	0 / 0	0%	0%	<= x%		1.20
QI 7: Reinterventionsrate	0 / 0	0%	0%	<= 2%		1.27
QI 8: Letalität						
Letalität (Risikoklassen ASA 1 bis 3)	0 / 0	0%	0%	Sentinel Event		1.29

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Selten fragliche Indikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		0% - 100%	
Referenzbereich	<= x%		<= x%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit uncharakteristischen Schmerzen im rechten Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinnachweis und ohne akute Entzündungszeichen	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		0% - 100%	

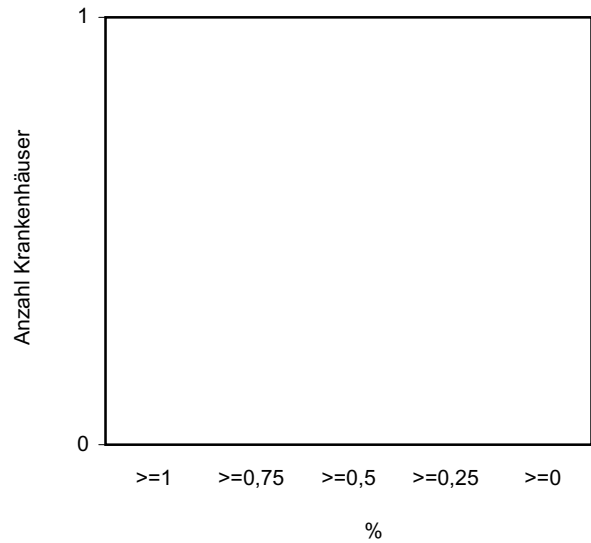
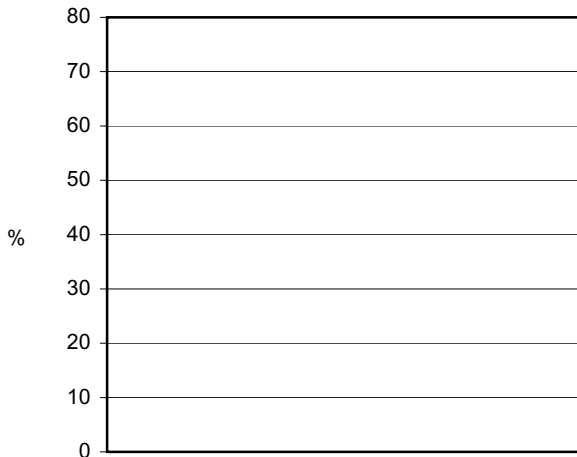
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1]:

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



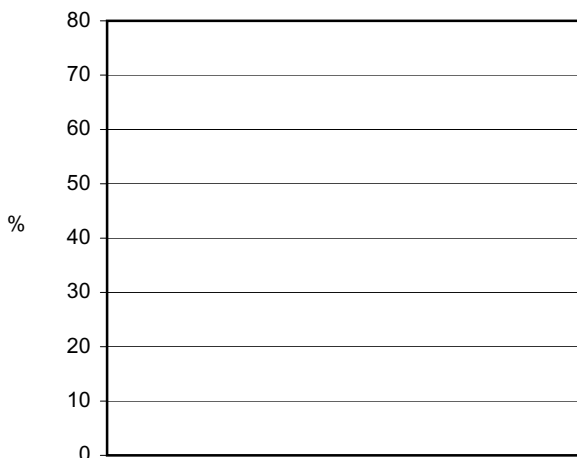
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase

Qualitätsziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der extrahepatischen Gallenwege

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit extrahepatischer Cholestase

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2]:

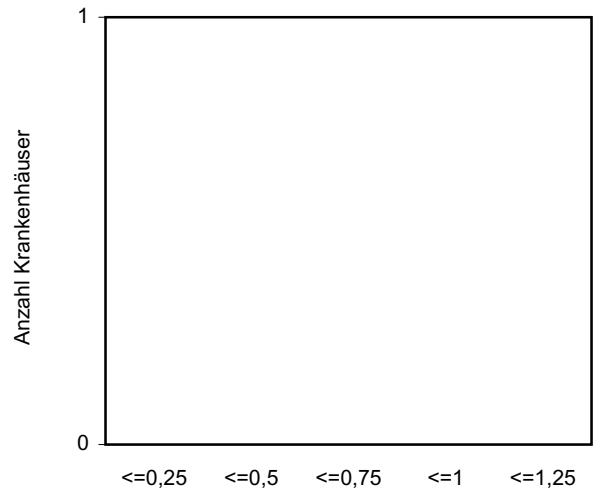
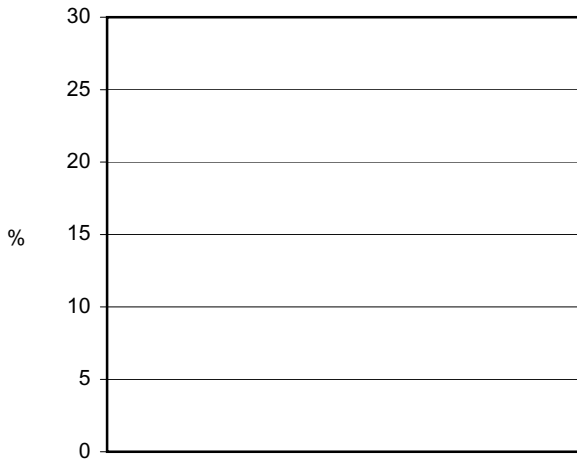
Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

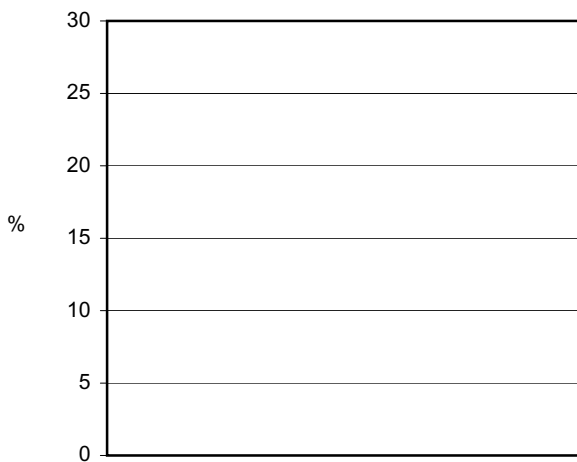
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Erhebung eines histologischen Befundes

Qualitätsziel: Immer Erhebung eines histologischen Befundes

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Angabe zum histologischen Befund

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 0	0%	0 / 0	0%
		0% - 100%		0% - 100%
		= 100%		= 100%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde Vertrauensbereich	0 / 0	0%	0 / 0	0%
		0% - 100%		0% - 100%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3]:

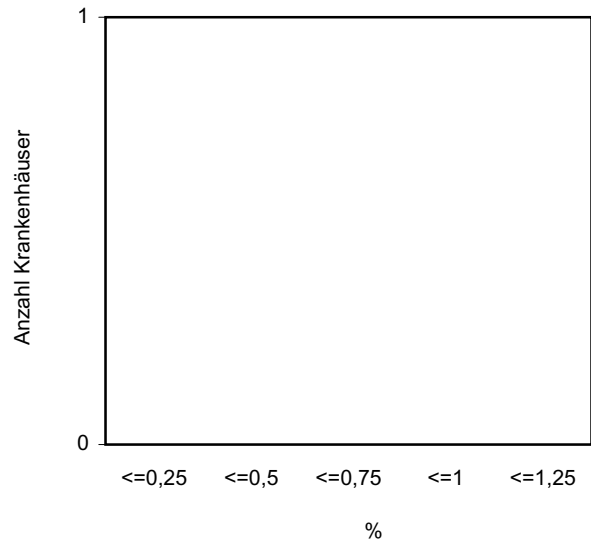
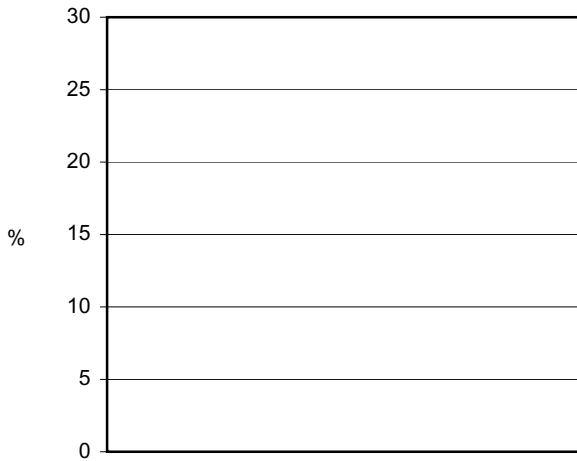
Anteil von Patienten mit postoperativ erhobenem histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten mit Angabe zum histologischen Befund

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

%

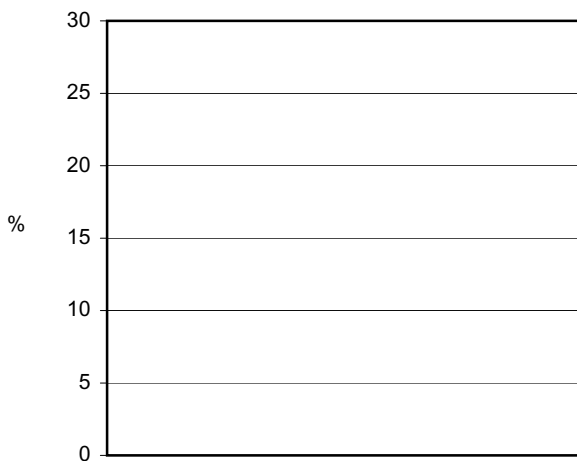
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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: Eingriffsspezifische Komplikationen

Qualitätsziel: Selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

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

Referenzbereich: Gruppe 1: Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation <= x% (95%-Perzentile)
 Gruppe 1: Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC Sentinel Event

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	<= x%		
Blutung	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Periphere Gallengangsverletzung	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	Sentinel Event		
Residualstein im Gallengang	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	<= x%		
Blutung	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Periphere Gallengangsverletzung	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	Sentinel Event		
Residualstein im Gallengang	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

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

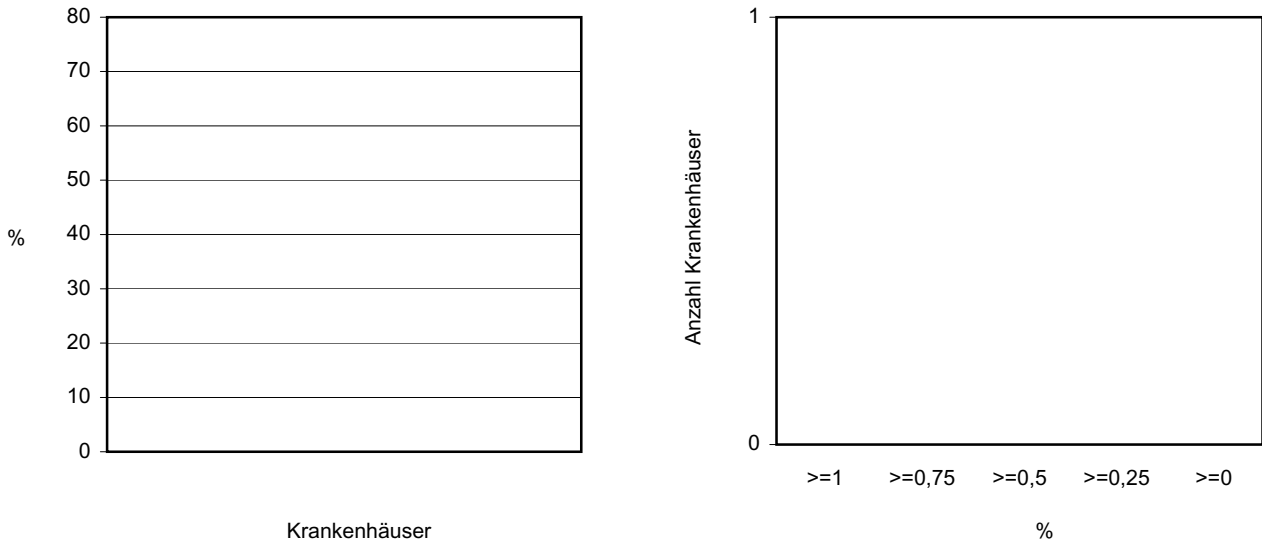
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation (Blutung oder periphere Gallengangsverletzung oder Okklusion oder Durchtrennung des DHC oder Residualstein im Gallengang oder sonstige)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Okklusion oder Durchtrennung des DHC	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

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

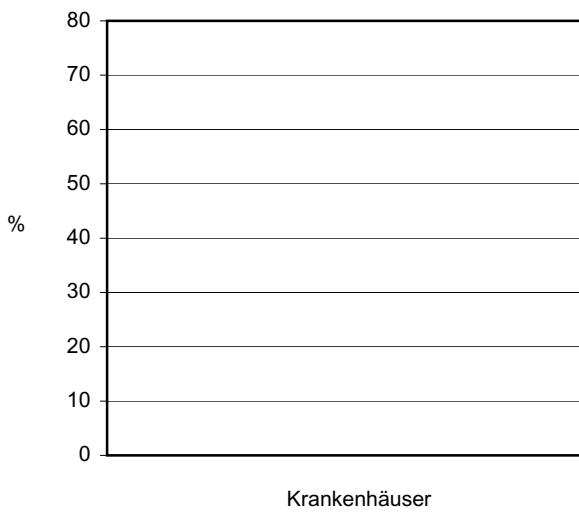
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen Komplikation an allen Patienten
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b]:

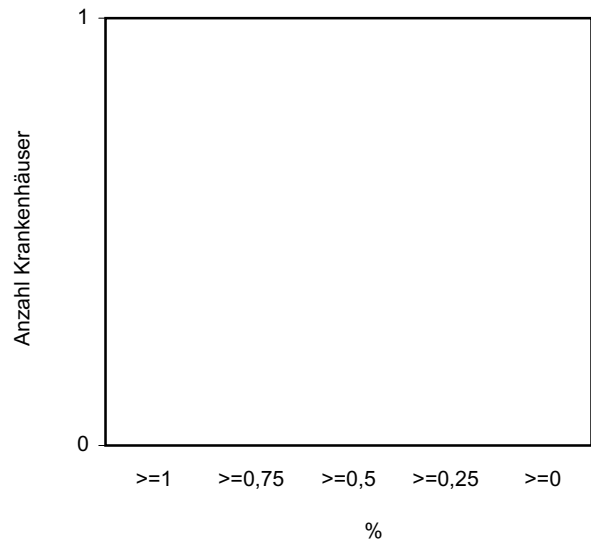
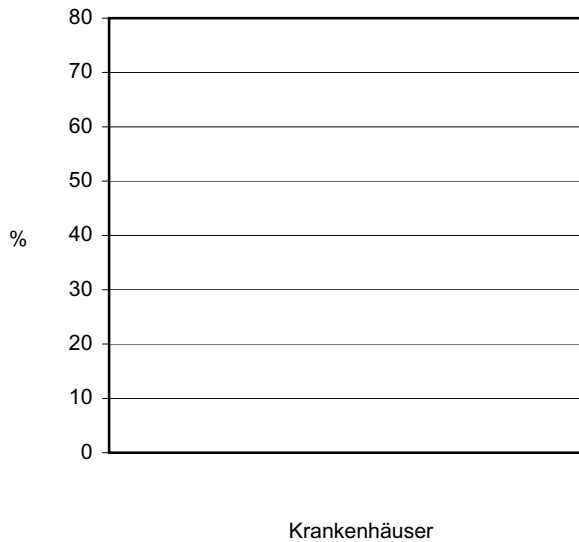
Anteil von Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC an allen Patienten

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



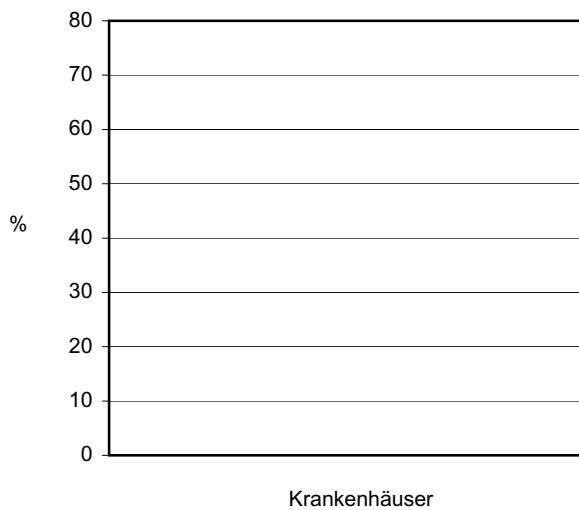
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 5: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen

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

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0 0%	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%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0 0%	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%	0 / 0 0%

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

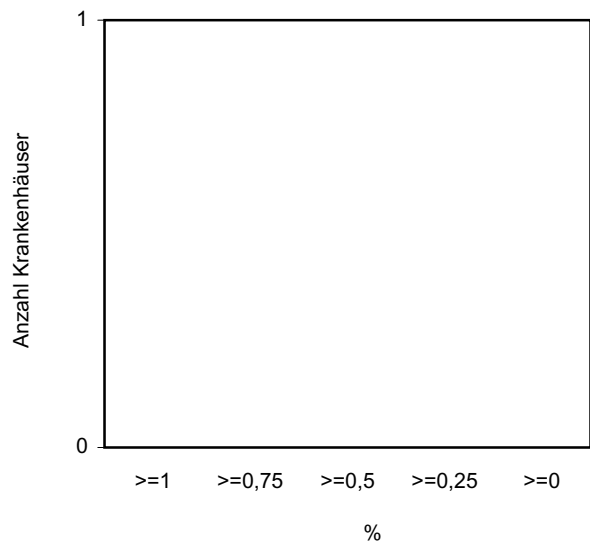
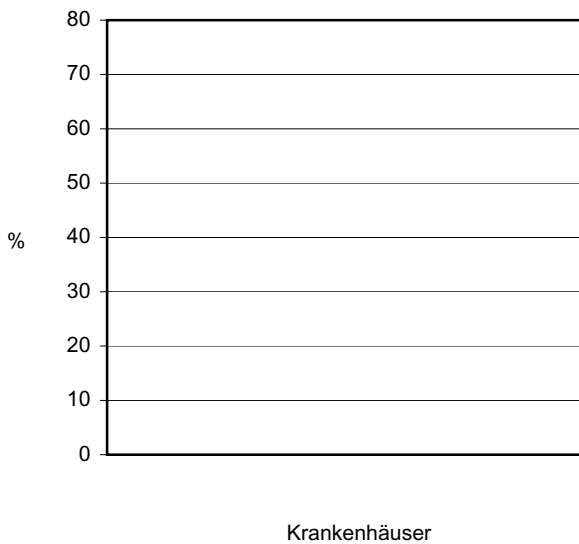
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

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

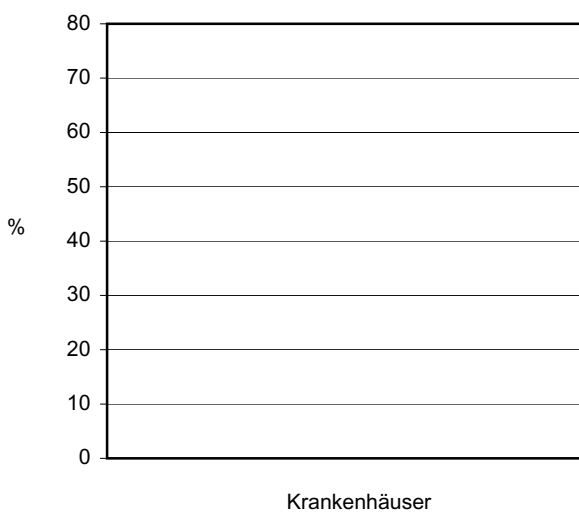
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



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:



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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > x Minuten	1
Wundkontaminationsklassifikation	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

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der 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 nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Risikoklasse 0	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 1	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 2	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 3	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Risikoklasse 0	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 1	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 2	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Risikoklasse 3	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der 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)

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 0

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

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 2%

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ²	Gruppe 3 ²
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0 0%	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%	0 / 0 0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der 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)

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		
Referenzbereich	<= 2%		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	0 / 0 0%	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%	0 / 0 0%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

Vorjahresdaten ²	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%		

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

² Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2005 berechnet und weichen deshalb von der Bundesauswertung 2004 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b]:

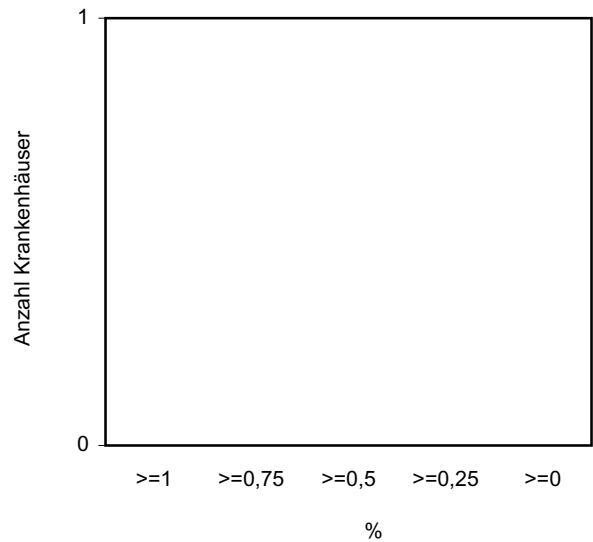
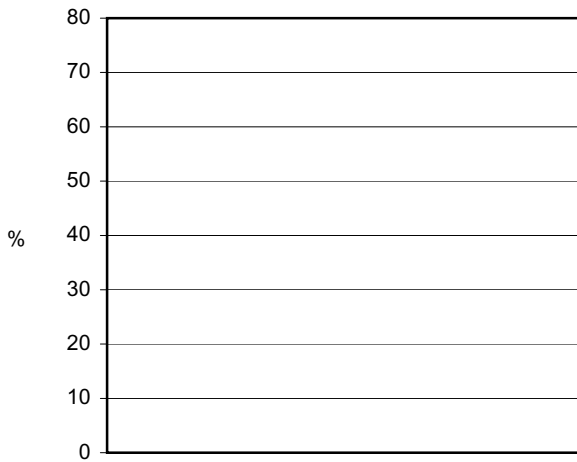
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten der Risikoklasse 0

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



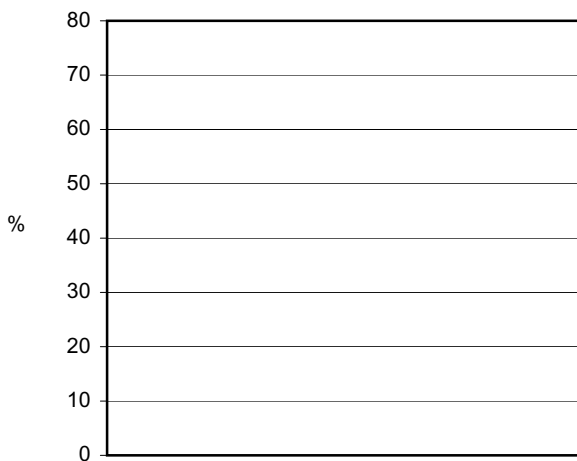
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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 6: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

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

Referenzbereich: Gruppe 1: <= x% (95%-Perzentile)
 Gruppe 2: <= x% (95%-Perzentile)
 Gruppe 3: <= x% (95%-Perzentile)

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	<= x%	<= x%	<= x%
Pneumonie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Kardiovaskuläre Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Lungenembolie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Harnwegsinfekt	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%
Referenzbereich	<= x%	<= x%	<= x%
Pneumonie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Kardiovaskuläre Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Lungenembolie	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Harnwegsinfekt	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ^{1,2}
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ^{1,2}
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich	0% - 100%	0% - 100%	0% - 100%

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

² Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2005 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2004 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a]:

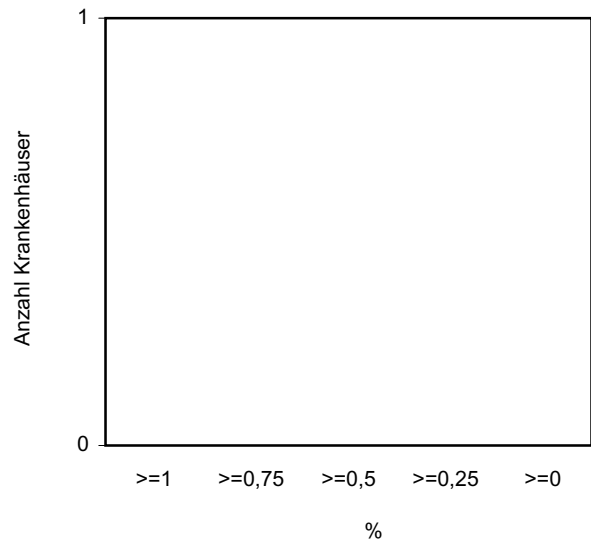
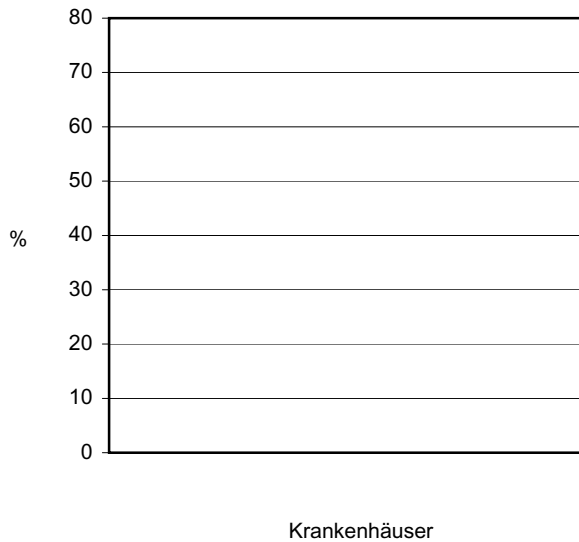
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



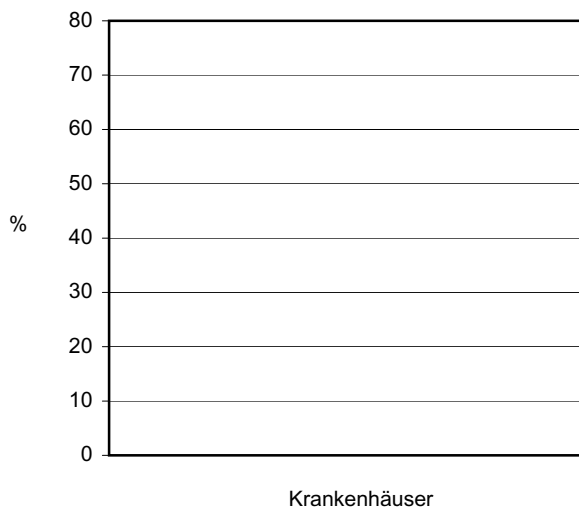
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b]:

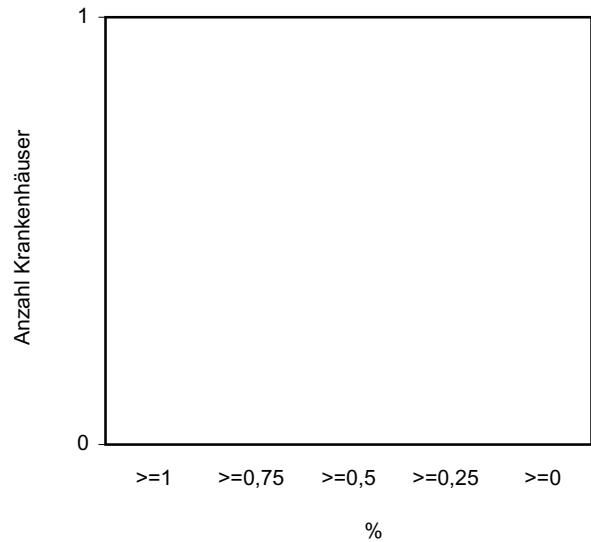
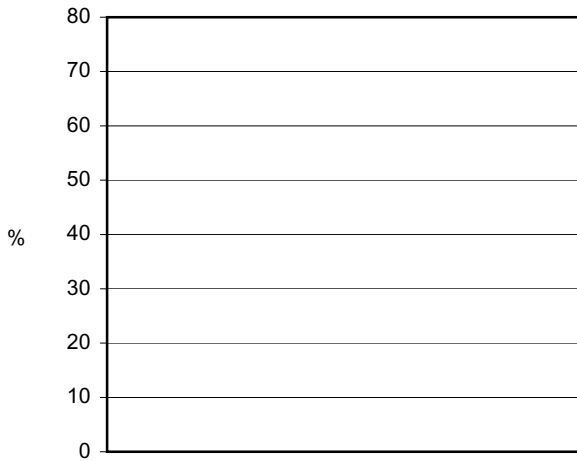
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



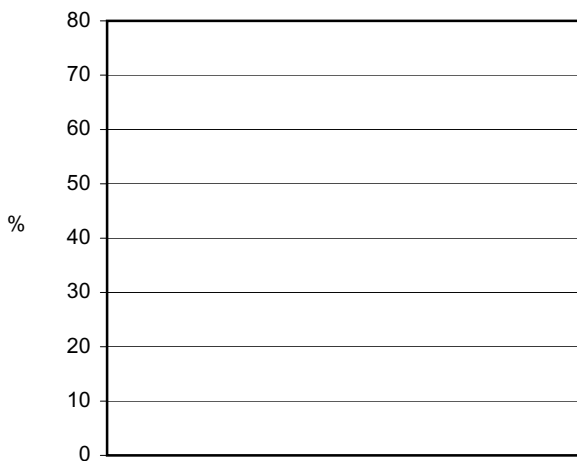
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6c]:

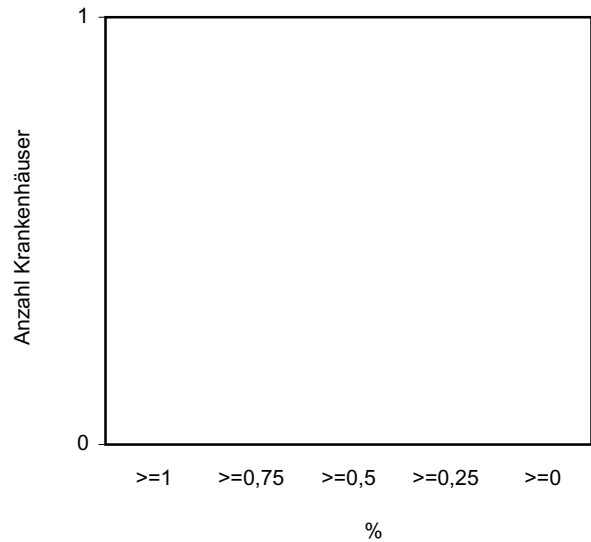
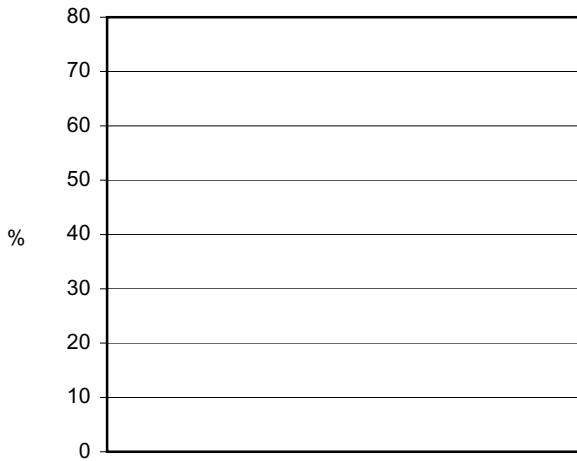
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit offen-chirurgischer Operation

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



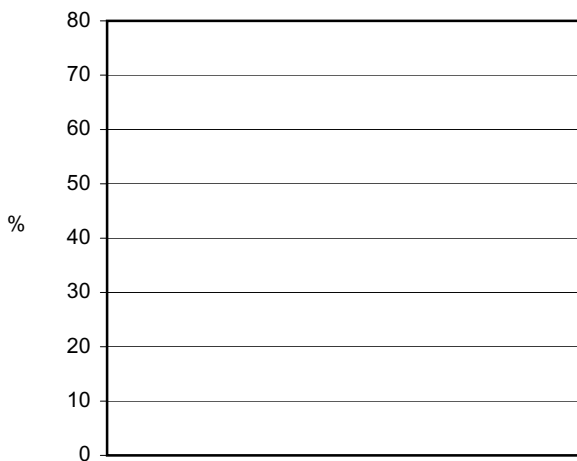
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Allgemeine postoperative Komplikationen risikostratifiziert nach ASA

Qualitätsziel: Selten postoperative Komplikationen in Abhängigkeit von der Risikoklasse

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

	Krankenhaus 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Pneumonie	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Kardiovaskuläre Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Lungenembolie	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Harnwegsinfekt	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Pneumonie	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Kardiovaskuläre Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Lungenembolie	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Harnwegsinfekt	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Sonstige	0 / 0 0%	0 / 0 0%

Qualitätsindikator 7: Reinterventionsrate

Qualitätsziel: Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

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

Referenzbereich: Gruppe 2: <= 2%

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		<= 2%	

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		<= 2%	

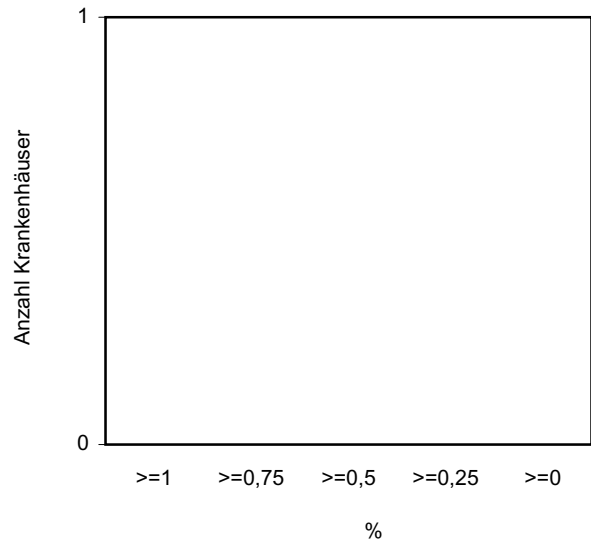
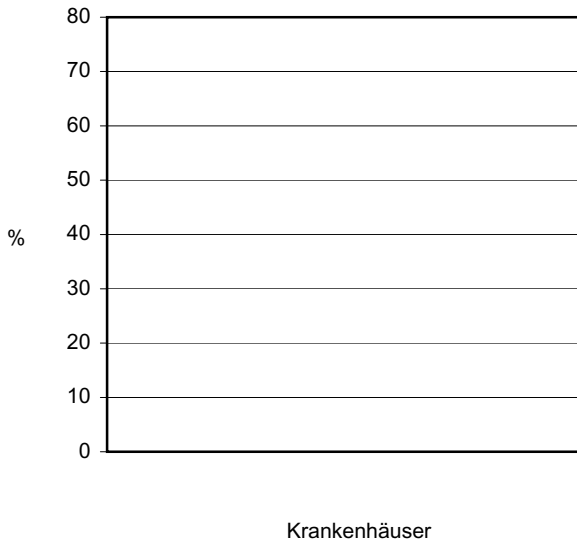
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	

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

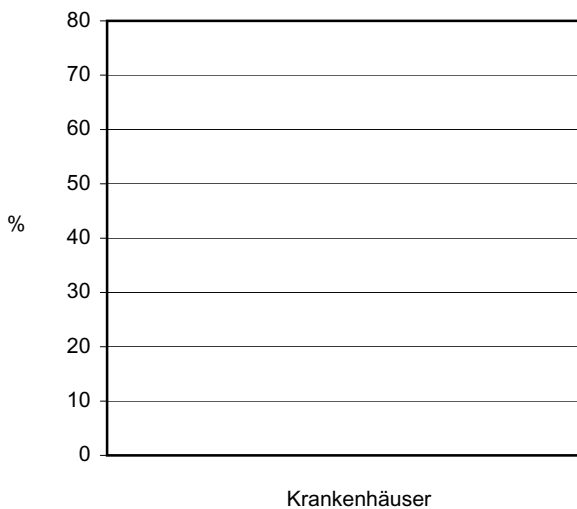
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7]:
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikationen
an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation.**
n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 8: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

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

Referenzbereich: Gruppe 2: Sentinel Event

	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		Sentinel Event	

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	
Referenzbereich		Sentinel Event	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%	0 / 0 0%
Vertrauensbereich		0% - 100%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8]:

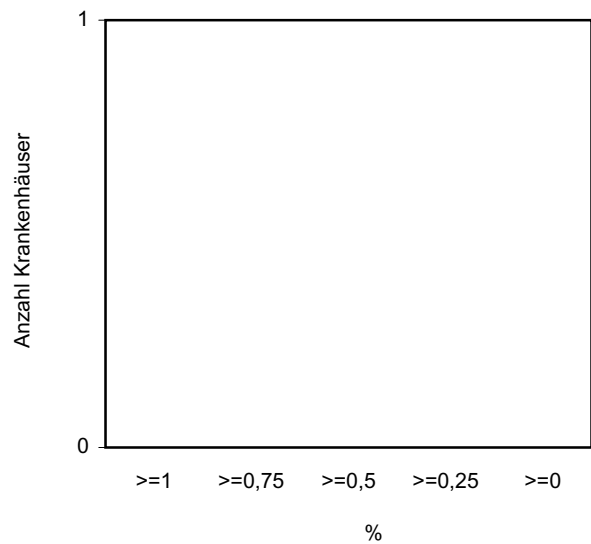
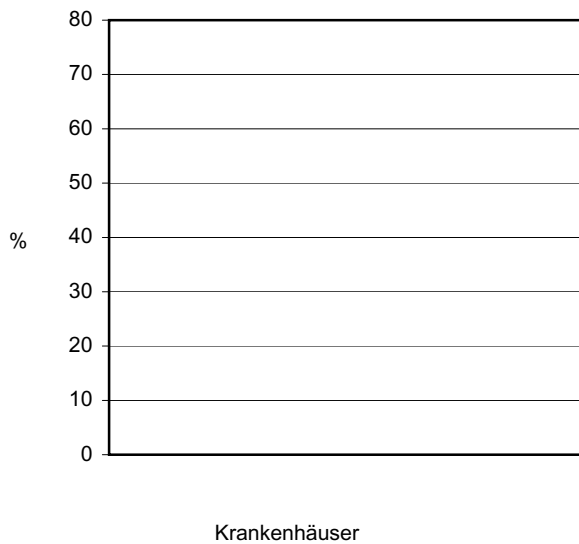
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



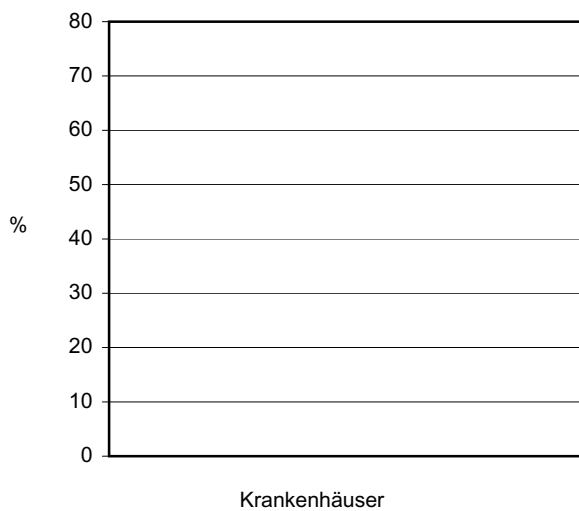
n Krankenhäuser haben mindestens m Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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.

Qualitätsziel: Geringe Letalität in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs

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

	Krankenhaus 2005	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%

	Gesamt 2005	
	Gruppe 1 ¹	Gruppe 2 ¹
Verstorbene Patienten	0 / 0 0%	0 / 0 0%

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

Musterauswertung 2005

Cholezystektomie

Basisauswertung

Teilnehmende Krankenhäuser: nn
Datensatzversion: 12/1 2005 8.0
Datenbankstand:
2005 - D3667-L25811-P15486

Basisdaten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
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	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
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	0		0		0	
Median		0		0		0
Alle Patienten mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und offen-chirurgischer Operation (OPS 5-511.01, 5-511.02)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	0		0		0	
Median		0		0		0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

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	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
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

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OP-Technik

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten	0	0	0	0	0	0
Patienten mit gültigen OPS-Angaben	0	0	0	0	0	0
davon						
offen-chirurgische Operationen (5-511.01, 5-511.02)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
laparoskopisch begonnene Operationen (5-511.11, 5-511.12, 5-511.21, 5-511.22)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
umgestiegen auf offen-chirurgisch (5-511.21, 5-511.22)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
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)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2005

1	
2	
3	
4	
5	

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2005			Gesamt 2005			Krankenhaus 2004		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
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

¹ 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.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	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 - 79 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
>= 80 Jahre	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0		0	
Median		0		0		0
Geschlecht						
männlich	0	0	0	0	0	0
weiblich	0	0	0	0	0	0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
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

Anamnese

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Koliken	0	0	0	0	0	0
Schmerzen im rechten Oberbauch	0	0	0	0	0	0
Cholestase	0	0	0	0	0	0

Diagnostik

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sicherer Gallensteinnachweis						
Nachweis lag vor	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonographie	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
MRCP	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
CT	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ERCP	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Vorgehensweise:						
Steinextraktion	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstige	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Kein sicherer Gallensteinnachweis	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Akute Entzündungszeichen						
Nachweis lag vor	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn ja, Nachweis durch						
Klinischen Befund	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Leukozytose (> 12.000 Zellen pro mm ³)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Temperaturerhöhung (> 38° C rektal)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonographie	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Keine akuten Entzündungszeichen	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Extrahepatische Cholestase						
Nachweis lag vor	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
wenn ja, Abklärung durch:						
Röntgen	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonographie	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
ERCP	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
MRCP	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
CT	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Sonstige	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Keine Abklärung erfolgt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Keine extrahepatische Cholestase	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Cholezystektomie bei symptomfreiem Steinleiden	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Operation

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medikamentöse Thromboseprophylaxe Anzahl der Patienten	0	0	0	0	0	0
Wundkontaminationsklassifikation (Nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe	0	0	0	0	0	0
bedingt aseptische Eingriffe	0	0	0	0	0	0
kontaminierte Eingriffe	0	0	0	0	0	0
septische Eingriffe	0	0	0	0	0	0
Intraoperative Gallengangsuntersuchung Anzahl der Patienten	0	0	0	0	0	0
Bluttransfusion (Erythrozytenkonzentrate) Patienten mit Bluttransfusion	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min), alle Operationen Anzahl Patienten mit gültiger Angabe Median	0	0	0	0	0	0

Intraoperativer Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Auffälliger Befund						
Gallenblasenstein(e)	0	0	0	0	0	0
Gallengangstein(e)	0	0	0	0	0	0
davon						
operativ in gleicher						
Sitzung entfernt	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
belassen	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Hydrops	0	0	0	0	0	0
akute Entzündung	0	0	0	0	0	0
Empyem	0	0	0	0	0	0
Gallenblasenperforation	0	0	0	0	0	0
Schrumpfgallenblase	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0	0

Histologischer Befund

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Patienten mit Angabe zum histologischen Befund	0	0	0	0	0	0
Befund erhoben: ja	0	0	0	0	0	0
Befund erhoben: nein	0	0	0	0	0	0
Patienten ohne Angabe zum histologischen Befund	0	0	0	0	0	0

Verlauf

	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005		Krankenhaus 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
davon						
Blutung	0	0	0	0	0	0
periphere						
Gallengangsverletzung	0	0	0	0	0	0
Okklusion oder Durch- trennung des DHC	0	0	0	0	0	0
Residualstein im Gallengang	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Postoperative Wundinfektion						
(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
A2 (tiefe Infektion)	0	0	0	0	0	0
A3 (Räume/Organe)	0	0	0	0	0	0
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0
Pneumonie	0	0	0	0	0	0
kardiovaskuläre						
Komplikation(en)	0	0	0	0	0	0
tiefe Bein-/						
Beckenvenenthrombose	0	0	0	0	0	0
Lungenembolie	0	0	0	0	0	0
Harnwegsinfekt	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
Reintervention wegen Komplikation(en)						
Anzahl der Patienten	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

Entlassung

Entlassungsgrund ¹	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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Behandlung regulär beendet 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 Entlassung in ein Hospiz 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | <ul style="list-style-type: none"> 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
|---|--|

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.

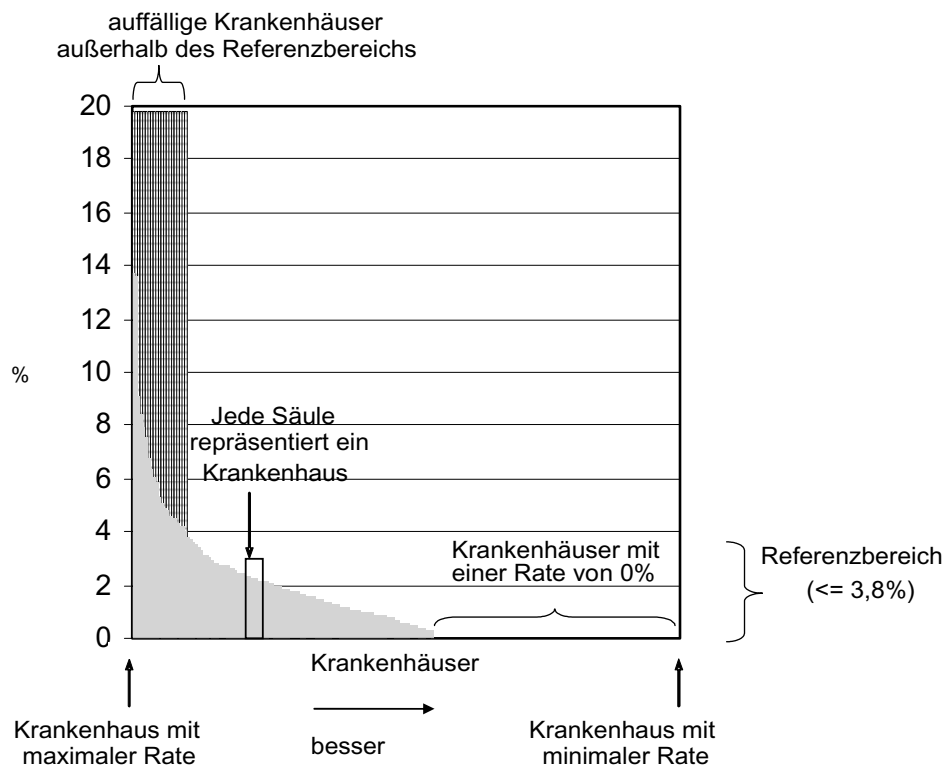
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

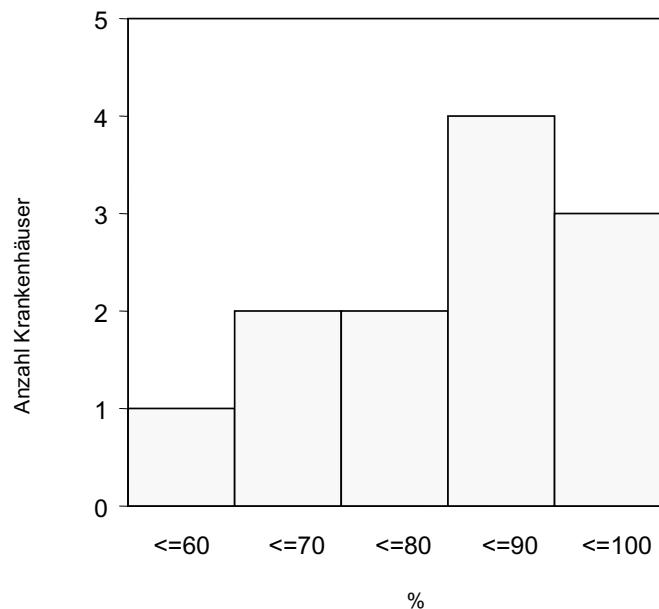
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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	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 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.

Perzentile 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.