

# Musterauswertung 2006 Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe

## Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Anzahl Datensätze Gesamt:  
Datensatzversion: NNH 2006 9.0  
Datenbankstand:  
2006 - D4700-L35523-P19010

# Musterauswertung 2006 Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe

Qualitätsindikatoren

Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Anzahl Datensätze Gesamt:  
Datensatzversion: NNH 2006 9.0  
Datenbankstand:  
2006 - D4700-L35523-P19010

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung <sup>1</sup>	Seite
<b>Indikation</b>	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.1
<b>perioperative Komplikationen</b>	0 / 0	0%	0%	nicht definiert		1.3

<sup>1</sup> Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

**Qualitätsindikator 1: Indikation**

**Qualitätsziel:** Häufig ausreichende Indikation  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2006/NNH/KB90000  
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

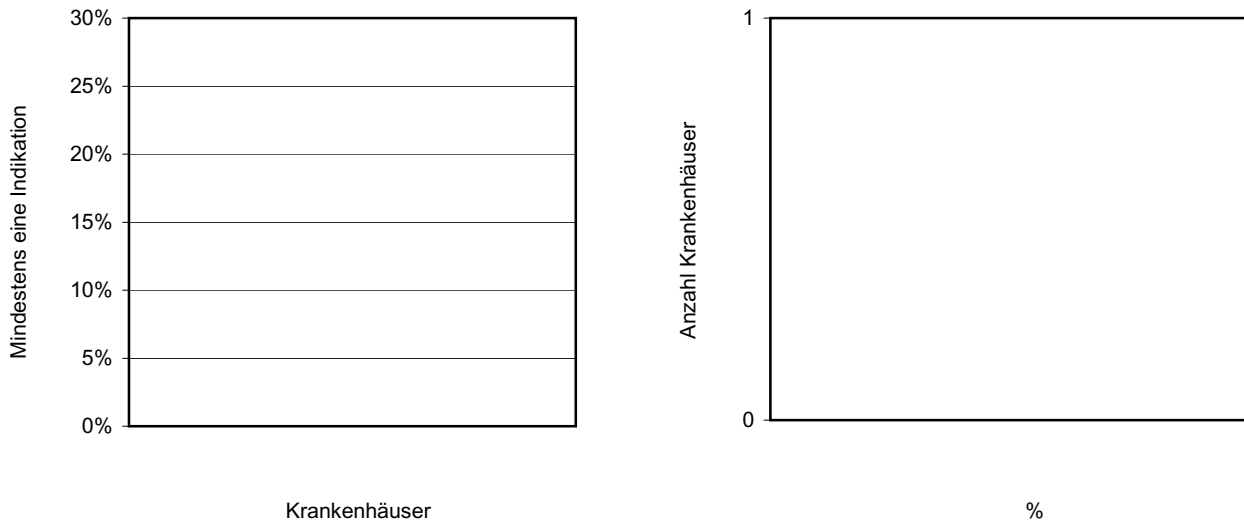
	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Hauptindikation zum Eingriff	0 / 0	0%	0 / 0	0%
symptomatische chronische Sinusitis	0 / 0	0%	0 / 0	0%
akute therapieresistente Sinusitis	0 / 0	0%	0 / 0	0%
akute komplizierte Sinusitis (orbitale, endokranielle Komplikationen)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sonstige	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit mindestens einer der Indikationen: symptomatische chronische Sinusitis, akute therapieresistente Sinusitis oder akute komplizierte Sinusitis	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer der Indikationen: symptomatische chronische Sinusitis, akute therapieresistente Sinusitis oder akute komplizierte Sinusitis	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2006/NNH/KB90000]:**  
**Anteil von Patienten mit mindestens einer der Indikationen symptomatische chronische Sinusitis, akute therapieresistente Sinusitis oder akute komplizierte Sinusitis an allen Patienten**  
 n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

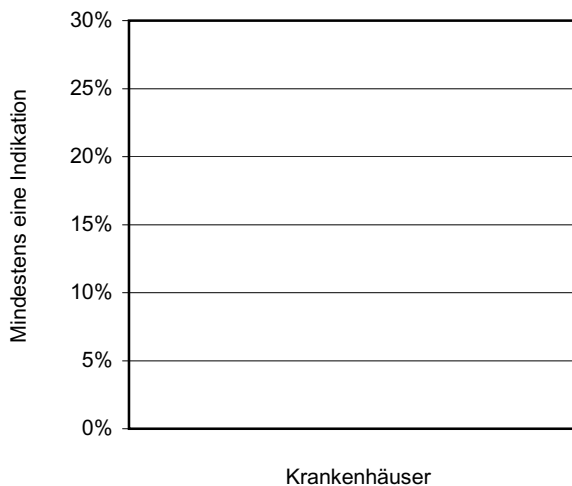
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -  
 Median der Krankenhausergebnisse:



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: Perioperative Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten perioperative Komplikationen  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2006/NNH/KB90001  
**Referenzbereich** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
transfusionspflichtige Blutung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
lokal behandlungsbedürftige Nachblutung aus dem Nebenhöhlenbereich (nach dem Eingriff, z.B. Tamponade, Elektrokoagulation, operative Revision)	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Duraverletzung/Rhinoliquorrhoe	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Augenmuskelläsion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
retrobulbäres Hämatom	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sehnervenläsion	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Hirnsubstanzverletzung/ intrakranielle Blutung	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Läsion der A. carotis interna	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Sonstige	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer perioperativen Komplikation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0% - 100%		0% - 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/NNH/KB90001]:**

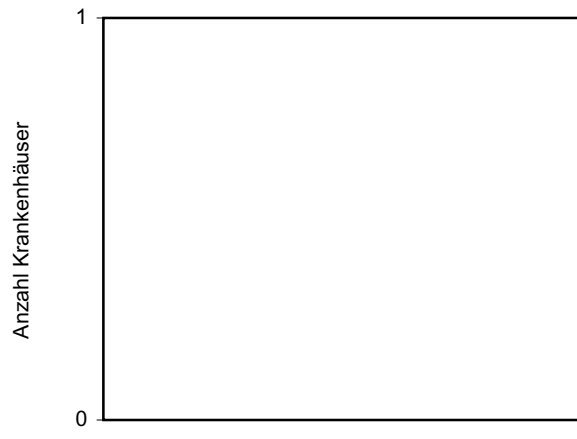
**Anteil von Patienten mit perioperativen Komplikationen an allen Patienten**

n Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



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 2006 Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe

Basisauswertung

Musterkrankenhaus

Teilnehmende Krankenhäuser: nn  
Anzahl Datensätze Gesamt:  
Datensatzversion: NNH 2006 9.0  
Datenbankstand:  
2006 - D4700-L35523-P19010

**Basisdaten**

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	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.

**Behandlungszeiten**

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	0		0		0	
Median		0		0		0
Mittelwert		0		0		0

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Angaben

---

Bezug der Texte: Krankenhaus 2006

1
2
3
4
5
6
7
8

---

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2005 und ICD-10-GM 2006 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

**Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006**

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Krankenhaus 2005		
	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</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> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

**Patienten**

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0 / 0		0 / 0		0 / 0	
< 40 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 - 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>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	0		0		0	
Median		0		0		0

**Vorgeschichte und aktuelle Anamnese**

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Hauptindikation zum Eingriff</b>						
symptomatische chronische Sinusitis	0	0	0	0	0	0
akute therapieresistente Sinusitis	0	0	0	0	0	0
akute komplizierte Sinusitis (orbitale, endokranielle Komplikationen)	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	0	0	0	0	0
wenn Alter < 16 Jahre: Disposition zu chronischer Sinusitis (z.B. Mukoviszidose)	0 / 0	0	0 / 0	0	0 / 0	0

### Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Computertomografie	0	0	0	0	0	0
Kernspintomografie	0	0	0	0	0	0
konventionelle Röntgenaufnahme(n)	0	0	0	0	0	0
keine der aufgeführten Diagnostiken	0	0	0	0	0	0

### Operation

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl der Revisionseingriffe</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Umfang des Eingriffs</b> mit Darstellung der Schädelbasis bzw. Lamina papyracea	0	0	0	0	0	0
ohne Darstellung der Schädelbasis bzw. Lamina papyracea	0	0	0	0	0	0
einseitig durchgeführt	0	0	0	0	0	0
beidseitig durchgeführt	0	0	0	0	0	0
<b>Anzahl der durchgeführten Operationen mit optischer Hilfe</b> (Mikroskop, Endoskop oder Lupenbrille)	0	0	0	0	0	0

**OPS 2006<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Krankenhaus 2006

1
2
3
4
5

**OPS 2006**

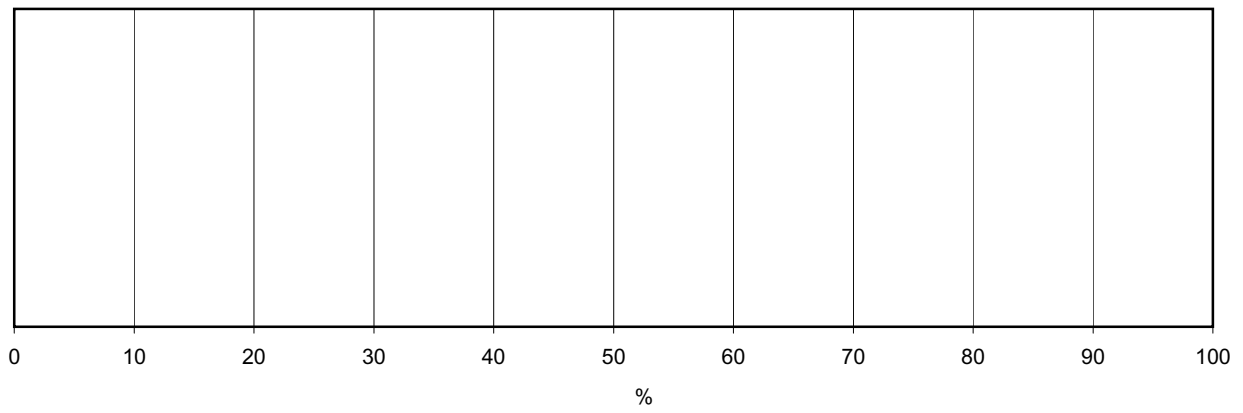
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Krankenhaus 2005		
	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
5		0	0		0	0		0	0

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2005 und OPS 2006 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

**Verteilung der Operationstechniken (Krankenhaus 2006)**



**Verlauf**

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Krankenhaus 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>perioperative Komplikation(en)</b>	0	0	0	0	0	0
transfusionspflichtige Blutung	0	0	0	0	0	0
lokal behandlungsbedürftige Nachblutung aus dem Nebenhöhlenbereich (nach dem Eingriff, z.B. Tamponade, Elektrokoagu- lation, operative Revision)	0	0	0	0	0	0
Duraverletzung/ Rhinoliquorrhoe	0	0	0	0	0	0
Augenmuskelläsion	0	0	0	0	0	0
retrobulbäres Hämatom	0	0	0	0	0	0
Sehnervenläsion	0	0	0	0	0	0
Hirnsubstanzverletzung/ intrakranielle Blutung	0	0	0	0	0	0
Läsion der A. carotis interna	0	0	0	0	0	0
Sonstige	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 Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

## 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

### 2.1 Vertrauensbereich

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

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

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

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

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -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 2006.

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

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

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 2006 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2005 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2006. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der BQS-Bundesauswertung 2005 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2006 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.







