

Jahresauswertung 2003 Modul 12/3: Leistenhernie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 78
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 15. Juli 2004
Nr. Gesamt-2030
2003 - L10171-P11336

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Geringe Reinterventionsrate						
Anteil von Patienten mit Reintervention			1,16%	<= 4,5%	3,3%	1.1
Selten postoperative Wundinfektionen (Risikoadjustiert nach den Kriterien der CDC)						
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0,74%	nicht definiert		1.3
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an Patienten mit Risikoklasse 0			0,46%	<= 2%	1,5%	1.7
Selten Wundhämatom oder postoperative Nachblutung						
Anteil von Patienten mit Wundhämatom oder postoperativer Nachblutung			2,22%	<= 9,2%	7,0%	1.9

* Abweichung vom Referenzbereich

ambulante und teilstationäre Fälle finden in der Auswertung keine Berücksichtigung

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 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
Krankenhauswert:	10%
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.

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 Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

Für die grau 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. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen 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 Krankhausergebnisse 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.

2.3.1 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.

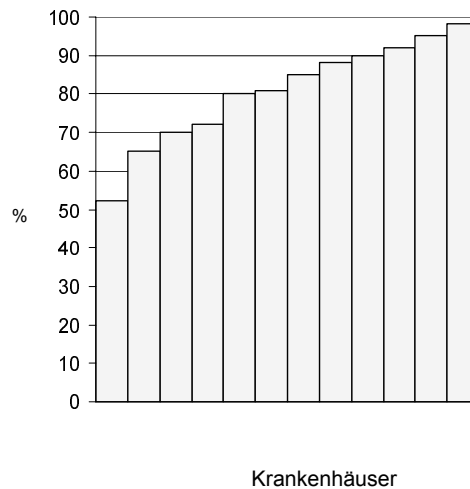
Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



2.3.2 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:

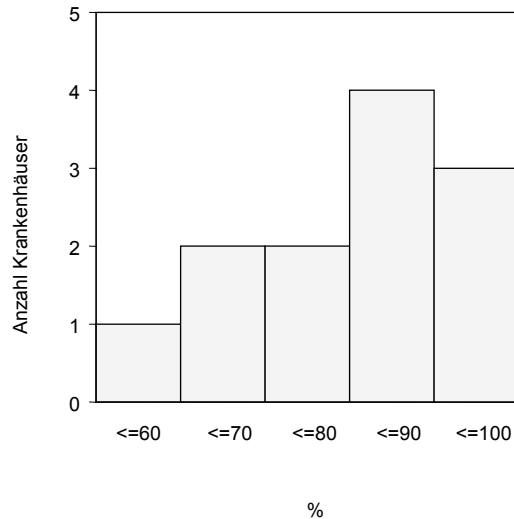
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

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	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen 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 Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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 ist in diesem Beispiel 1,5% das 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

Verhältnis

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 „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

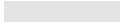
Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Reinterventionsrate

Qualitätsziel: Geringe Reinterventionsrate

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 4,5% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Reinterventionen			93 / 8.055	1,16%
Vertrauensbereich				0,93% - 1,41%
Referenzbereich		<= 4,5%		<= 4,5%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 1]:

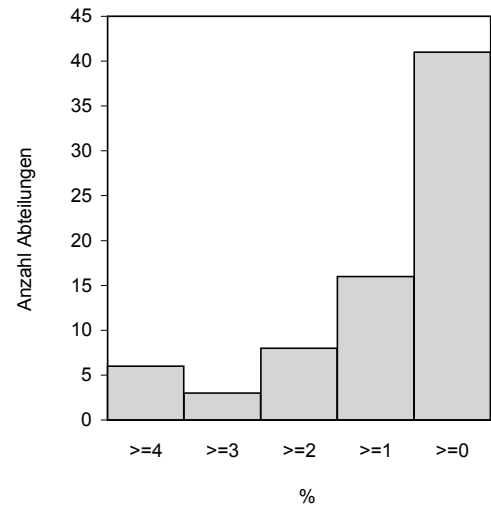
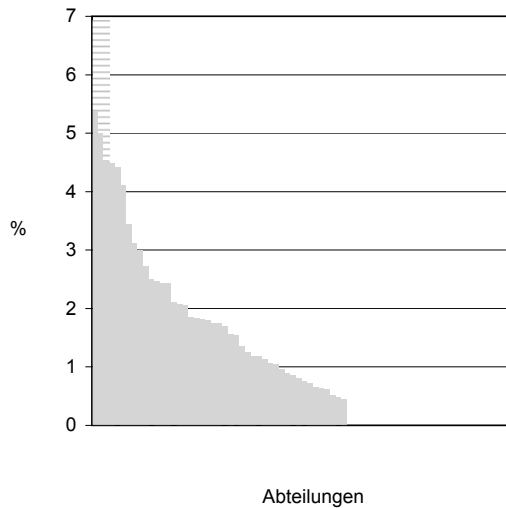
Anteil von Patienten mit Reintervention an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,4%

Median der Abteilungswerte: 0,8%

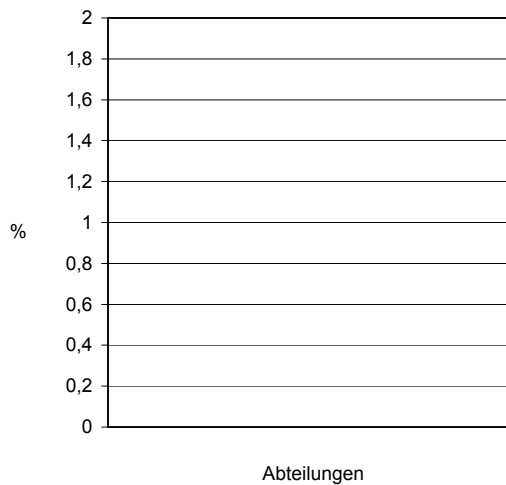


74 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit endoskopisch begonnener Operation
 Gruppe 3: Patienten mit konventioneller Operation mit Implantat
 Gruppe 4: Patienten mit konventioneller Operation ohne Implantat

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

		Abteilung 2003			
		Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Alle Patienten mit postoperativen Wundinfektionen					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich		<= x%			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)					
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)					
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)					
		Gesamt 2003			
		Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Alle Patienten mit postoperativen Wundinfektionen		60 / 8.055 0,74%	5 / 1.678 0,30%	14 / 2.231 0,63%	41 / 4.154 0,99%
Vertrauensbereich		0,57% - 0,96%			
Referenzbereich		<= x%			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) ¹		47 / 8.055 0,58%	4 / 1.678 0,24%	9 / 2.231 0,40%	34 / 4.154 0,82%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion) ¹		11 / 8.055 0,14%	1 / 1.678 0,06%	5 / 2.231 0,22%	5 / 4.154 0,12%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet) ¹		2 / 8.055 0,03%	0 / 1.678 0,00%	0 / 2.231 0,00%	2 / 4.154 0,05%

¹: Mehrfachnennungen sind möglich aufgrund unterschiedlicher OP-Techniken bei beidseitigen Operationen

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 2]:

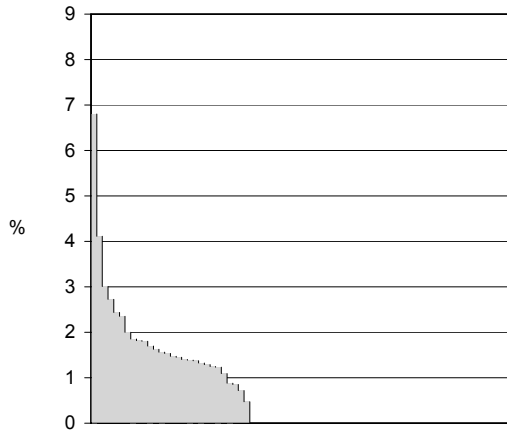
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

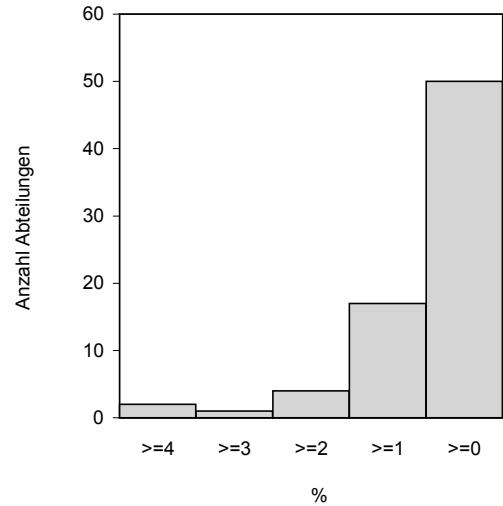
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,8%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen



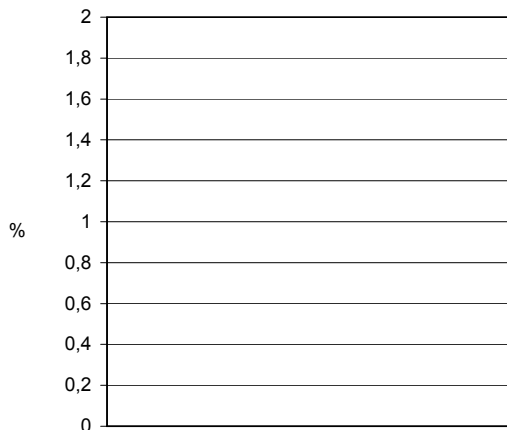
74 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



Abteilungen

4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
Op- Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit	1
Präoperative 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

*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)

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit endoskopisch begonnener Operation
 Gruppe 3: Patienten mit konventioneller Operation mit Implantat
 Gruppe 4: Patienten mit konventioneller Operation ohne Implantat

	Abteilung 2003			
	Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Risikoklasse 0				
Risikoklasse 1				
Risikoklasse 2				
Risikoklasse 3				
	Gesamt 2003			
	Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Risikoklasse 0	5.020 / 8.055 62,32%	989 / 1.678 58,94%	1.168 / 2.231 52,35%	2.867 / 4.154 69,02%
Risikoklasse 1	2.570 / 8.055 31,91%	630 / 1.678 37,55%	841 / 2.231 37,70%	1.101 / 4.154 26,50%
Risikoklasse 2	464 / 8.055 5,76%	63 / 1.678 3,75%	221 / 2.231 9,91%	180 / 4.154 4,33%
Risikoklasse 3	9 / 8.055 0,11%	0 / 1.678 0,00%	2 / 2.231 0,09%	7 / 4.154 0,17%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit Risikoklasse 0
 Gruppe 2: Patienten mit Risikoklasse 0 und endoskopisch begonnener Operation
 Gruppe 3: Patienten mit Risikoklasse 0 und konventioneller Operation mit Implantat
 Gruppe 4: Patienten mit Risikoklasse 0 und konventioneller Operation ohne Implantat

Referenzbereich: <= 2%

Abteilung 2003				
	Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	<= 2%			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)				
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)				
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)				
Gesamt 2003				
	Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	23 / 5.020 0,46%	1 / 989 0,10%	6 / 1.168 0,51%	16 / 2.867 0,56%
Vertrauensbereich	0,29% - 0,69%			
Referenzbereich	<= 2%			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	18 / 5.020 0,36%	1 / 989 0,10%	4 / 1.168 0,34%	13 / 2.867 0,45%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A2) (tiefe Wundinfektion)	4 / 5.020 0,08%	0 / 989 0,00%	2 / 1.168 0,17%	2 / 2.867 0,07%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)	1 / 5.020 0,02%	0 / 989 0,00%	0 / 1.168 0,00%	1 / 2.867 0,04%

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 3]:

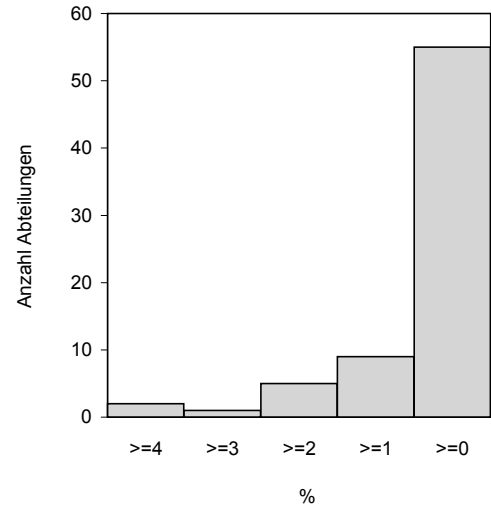
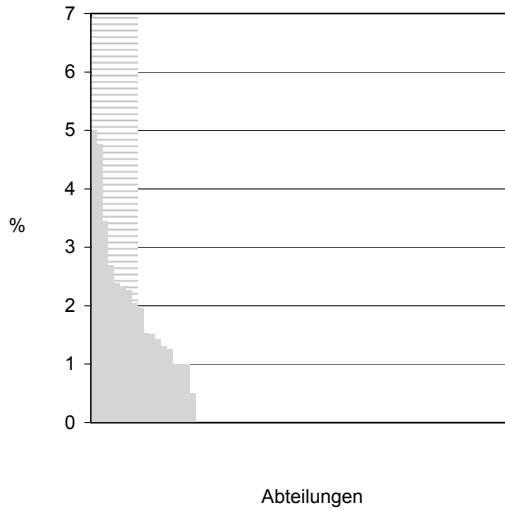
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion der Risikoklasse 0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 5,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



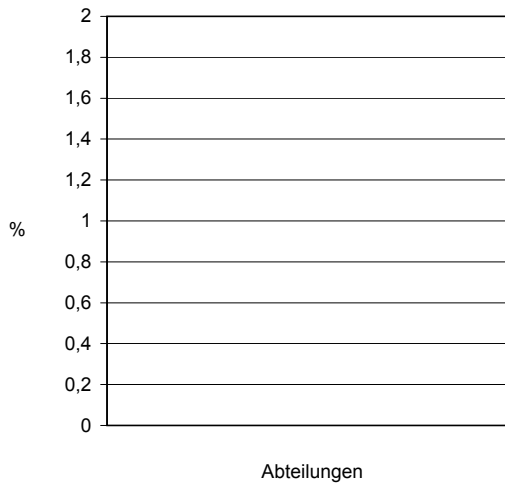
72 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



5 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator: Wundhämatom/Nachblutung

Qualitätsziel: Selten Wundhämatom/Nachblutung

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit endoskopisch begonnener Operation
 Gruppe 3: Patienten mit konventioneller Operation mit Implantat
 Gruppe 4: Patienten mit konventioneller Operation ohne Implantat

Referenzbereich:
 Gruppe 1: <= 9,2% (95%-Perzentile)
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
 Gruppe 3: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
 Gruppe 4: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

		Abteilung 2003			
		Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Wundhämatom/Nachblutung ¹					
Vertrauensbereich					
Referenzbereich		<= 9,2%			
		Gesamt 2003			
		Gruppe 1	Gruppe2	Gruppe 3	Gruppe 4
Wundhämatom/Nachblutung ¹		179 / 8.055	22 / 1.678	78 / 2.231	79 / 4.154
Vertrauensbereich		2,22%	1,31%	3,50%	1,90%
Referenzbereich		1,91% - 2,57%			
		<= 9,2%			

1: Mehrfachnennungen sind möglich aufgrund unterschiedlicher OP-Techniken bei beidseitigen Operationen

Verteilung der Ergebnisse [Diagr. 4]:

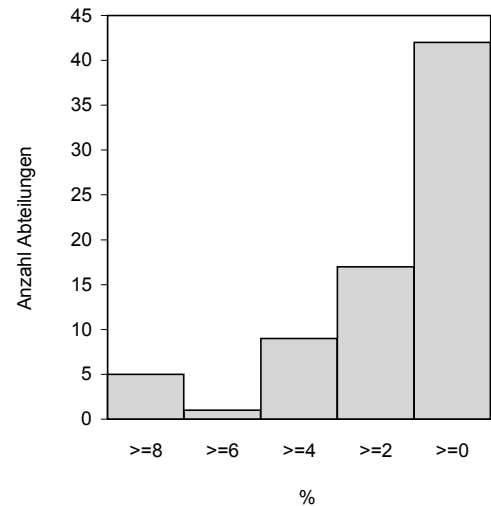
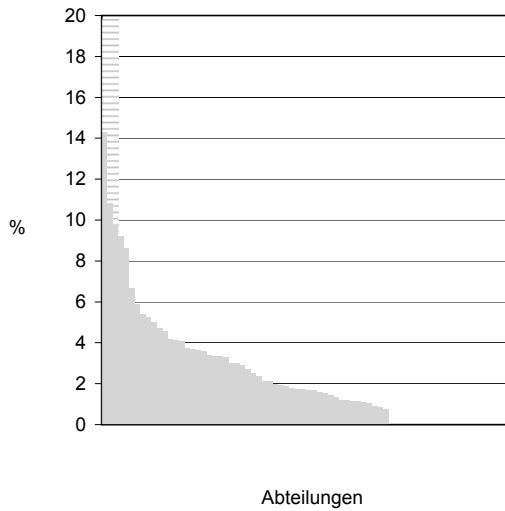
Anteil von Patienten mit Wundhämatom oder postoperativer Nachblutung an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 14,3%

Median der Abteilungswerte: 1,7%

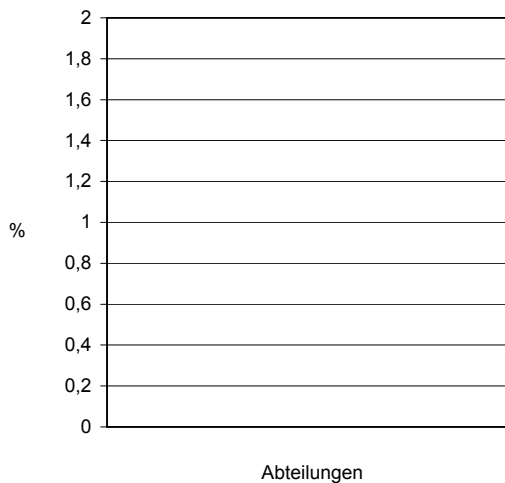


74 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



4 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Jahresauswertung 2003 Modul 12/3: Leistenhernie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 78
Auswertungsversion: 13. Juli 2004
Datensatzversion: 2003 6.0
Mindestanzahl Datensätze: 20
Datenbankstand: 31. März 2004
Druckdatum: 15. Juli 2004
Nr. Gesamt-2030
2003 - L10171-P11336

Basisdaten

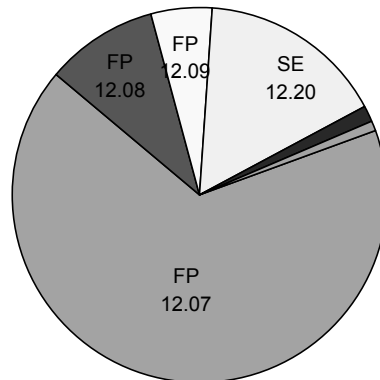
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl ausgewerteter Datensätze Basisbogen				
1. Quartal			1.257	15,61
2. Quartal			2.076	25,77
3. Quartal			2.063	25,61
4. Quartal			2.659	33,01
Patienten Gesamt			8.055	100,00
Operative Eingriffe gesamt			8.225	

* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Patienten				
Versorgungsart				
stationär			8.055	99,39
teilstationär*			37	0,46
ambulant*			12	0,15
Fallpauschalen-Nummer				
FP 12.07 Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig, oder eines Nabelbruches			5.585	69,34
FP 12.08 Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig oder eines Nabelbruches, als Rezidivoperation			808	10,03
FP 12.09 Operation einer inkarzerierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig			436	5,41
Sonderentgelt-Nummer				
SE 12.20 Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig, oder eines Nabelbruches			1.365	16,95
SE 12.21 Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, einseitig, oder eines Nabelbruches, als Rezidivoperation			105	1,30
SE 12.22 Operation einer inkarzerierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig			75	0,93

* werden in der Auswertung nicht berücksichtigt

**Verteilung der Fallpauschalen und Sonderentgelte
 Gesamt**



Behandlungszeiten

Bezug: Patienten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperativer Aufenthalt (Tage) Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe Median			8.055 5,0	100,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe Median			8.055 6,0	100,00

Entlassungsdiagnosen

Bezug: Patienten Entlassungsdiagnose (Fallpauschalen)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Gesamt						
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.90	4.864	71,17
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivierend				K40.91	697	10,20
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	495	7,24
Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän				K42.9	337	4,93
Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.20	318	4,65
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.30	229	3,35
Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet				I25.9	106	1,55
Prostatahyperplasie				N40	97	1,42

*Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

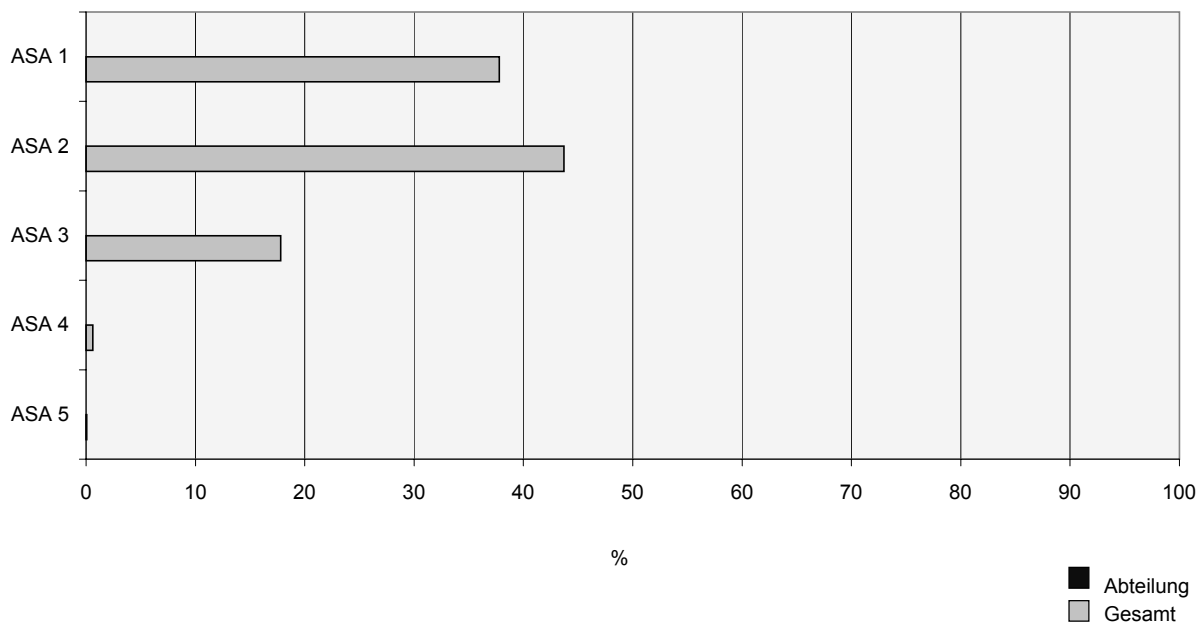
Bezug: Patienten Entlassungsdiagnose (Sonderentgelte)	Abteilung 2003			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
Liste der 8 häufigsten Diagnosen Bezug der Texte: Gesamt						
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.90	857	55,43
Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.20	242	15,65
Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän				K42.9	141	9,12
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivierend				K40.91	124	8,02
Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als rezidivierend bezeichnet				K40.30	92	5,95
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	52	3,36
Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose				N47	34	2,20
Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivierend				K40.21	28	1,81

Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Entlassungsdiagnosen

Patienten

Bezug: Patienten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
Anzahl der Pat. mit gültiger Altersangabe			8.055	
< 10			924 / 8.055	11,47
10 - 19			115 / 8.055	1,43
20 - 39			810 / 8.055	10,06
40 - 59			2.107 / 8.055	26,16
60 - 79			3.509 / 8.055	43,56
>= 80			590 / 8.055	7,33
Alter (Jahre)				
Anzahl der Pat. mit gültiger Altersangabe			8.055	
Median			60	
Geschlecht				
männlich			6.787	84,26
weiblich			1.268	15,74
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			3.045	37,80
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.522	43,72
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.434	17,80
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			50	0,62
5: moribunder Patient			4	0,05

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Operation

Bezug: operative Eingriffe	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Zu operierende Seite(n)				
rechts			5.045	61,34
links			3.180	38,66
Art des Bruches				
erster Bruch			7.331	89,13
Rezidiv*			894	10,87
Bruchgeschwulst (Mehrfachnennungen möglich)				
sichtbar			7.396	89,92
tastbar			8.068	98,09
fehlend			191	2,32
reponibel			7.301	88,77
inkarzeriert*			578	7,03
Präoperative Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)				
aseptische Eingriffe			7.938	96,51
bedingt aseptische Eingriffe			262	3,18
kontaminierte Eingriffe			21	0,25
septische Eingriffe			4	0,05
Art der Anästhesie				
Allgemeinanästhesie			6.718	81,68
Regionalanästhesie			1.408	17,12
Lokalanästhesie			289	3,51
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (in Minuten), alle Op. Median			47	
Operatives Vorgehen				
konventionell			6.469	78,65
endoskopisch			1.720	20,91
Umstieg			36	0,44
Implantat			3.995	48,57
Operation beim Kind				
Anzahl der Eingriffe			987	12,00
davon				
Bruchsack-Abtragung isoliert			360 / 987	36,47
Bruchsack-Abtragung und kombiniertes Verfahren			413 / 987	41,84
andere Verfahren			214 / 987	21,68

* Differenz zur Seite 2.1 ergibt sich aufgrund unterschiedlicher Zählweise

Verlauf

Bezug: operative Eingriffe	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen				
Anzahl der Eingriffe mit mind. einer Komplikation			104	1,26
Verletzung der Harnblase			2	0,02
Darmverletzung			9	0,11
Verletzung der Vasa femoralia			3	0,04
Nervenläsion, z.B. N. femoralis			0	0,00
Patienten männlich				
Anzahl			6.948	84,47
davon				
Verletzung des Ductus deferens			1 / 6.948	0,01
Skrotalschwellung			72 / 6.948	1,0
Hodenschwellung			36 / 6.948	0,5
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)				
Anzahl der Eingriffe			61	0,74
davon:				
A1 Oberflächliche Infektion			48 / 61	78,69
A2 Tiefe Infektion			11 / 61	18,03
A3 Räume/Organe			2 / 61	3,28
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
Anzahl der Eingriffe mit mind. einer Komplikation			378	4,60
Wundhämatom/ Nachblutung			183	2,23
Sonstige			200	2,43
Reintervention wegen Komplikation(en)				
Anzahl der Eingriffe			95	1,2

Entlassung

Bezug: Patienten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund				
1: Behandlung regulär beendet			7.618	94,58
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			341	4,23
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet			9	0,11
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			23	0,29
5: Zuständigkeitswechsel d. Leistungsträger			0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			9	0,11
7: Tod			17	0,21
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV/95)			2	0,03
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			4	0,05
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			4	0,05
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,00
12: Interne Verlegung			24	0,30
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung			0	0,00
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	0,01
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	0,03
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rück- verlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			1	0,0
17: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG			0	0,00
18: Rückverlegung			0	0,00
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			1 / 17	5,88

Letalität

Bezug: Patienten	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			17	0,21