Jahresauswertung 2005
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 57
Auswertungsversion: 12. April 2006
Datensatzversion: 17/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 18. April 2006
Nr. Gesamt-3028
2005 - D3915-L27919-P16577

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Ab-weichung[1]	Seite
QI 1: Indikation			73,6%	>= 32,9%	40,8%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,1%	>= 95%	4,1%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit			84,1%	>= 0,0%	84,1%	1.7
QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			99,3%	>= 90%	9,3%	1.10
QI 5: Gefäßläsion			0,1%	<= 1%	0,9%	1.14
QI 6: Nervenschaden			0,5%	<= 3%	2,5%	1.16
QI 7: Implantatfehllage, Implantatdis-lokation oder Implantatbruch			0,1%	nicht definiert		1.18
QI 8: Fraktur			0,7%	<= 4,2%	3,5%	1.20
QI 9: Endoprothesenluxation			0,5%	<= 4,2%	3,7%	1.22
QI 10: Postoperative Wundinfektion			0,9%	<= 3,5%	2,5%	1.24
QI 11: Wundhämatome/Nachblutungen			2,2%	<= 8,3%	6,1%	1.30
QI 12: Allgemeine postoperative Komplikationen			4,9%	<= 14,6%	9,7%	1.33
QI 13: Reinterventionen wegen Komplikation			1,8%	<= 8,5%	6,7%	1.36
QI 14: Letalität			0,4%	Sentinel Event		1.38

[1] Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: >= 32,9% (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence[1]				
Gruppe 1 0 Punkte			44 / 8.326	0,5%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			231 / 8.326	2,8%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			1.918 / 8.326	23,0%
Gruppe 4 5 - 9 Punkte			5.540 / 8.326	66,5%
Gruppe 5 10 Punkte			593 / 8.326	7,1%
Gruppe 6 5 - 10 Punkte			6.133 / 8.326	73,7%
Schmerzen				
Patienten mit schmerzfreiem Gehen < 20 min			5.328 / 8.326	64,0%
Patienten mit Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen			7.603 / 8.326	91,3%
Patienten mit Ruheschmerz			7.304 / 8.326	87,7%
Patienten mit Schmerzen länger als 6 Monate bestehend			8.057 / 8.326	96,8%

[1] Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

Osteophyten	0 = keine oder fraglich	**Gelenkspalt**	0 = nicht oder fraglich verschmälert
	1 = eindeutig		1 = eindeutig verschmälert
	2 = große		2 = fortgeschritten verschmälert
			3 = aufgehoben
Sklerose	0 = keine Sklerose	**Deformierung**	0 = keine Deformierung
	1 = leichte Sklerose		1 = leichte Deformierung
	2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung		2 = deutliche Deformierung
	3 = Sklerose mit Zysten		

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90[1]			4.388 / 8.326	52,7%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10[2]			4.120 / 8.326	49,5%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang[3]			3.952 / 8.326	47,5%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			6.099 / 8.326	73,3%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium mit mehr als 5 Punkten			6.131 / 8.326	73,6%
Vertrauensbereich				72,68% - 74,58%
Referenzbereich		>= 32,9%		>= 32,9%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium mit mehr als 5 Punkten			6.007 / 8.297	72,4%
Vertrauensbereich				71,42% - 73,36%

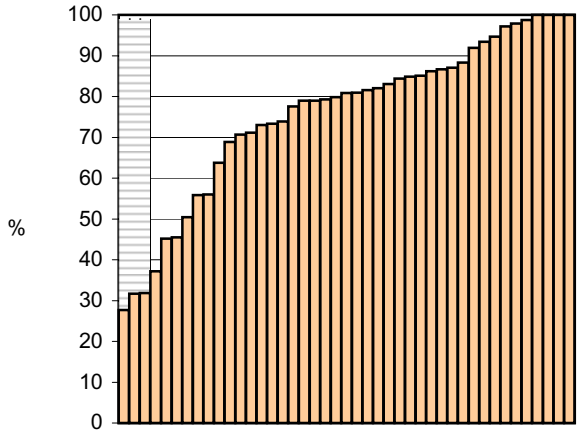
[1] Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad

[2] Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

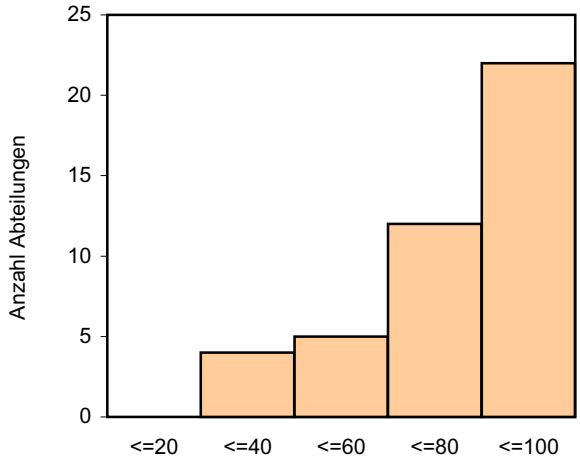
[3] Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1]:
Anteil von Patienten mit 5 und mehr Punkten an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 27,7% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 80,9%



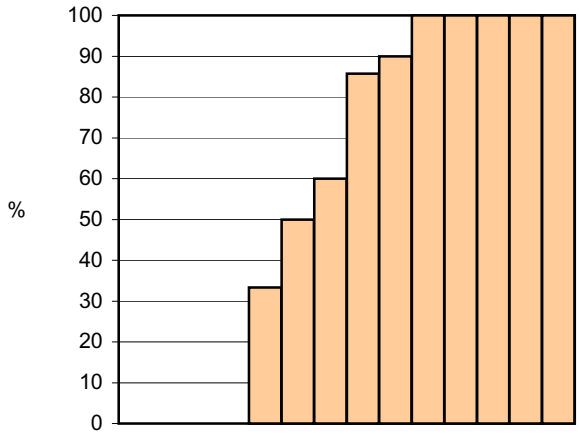
Abteilungen



%

43 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% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 72,9%



Abteilungen

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

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer[1]
Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min
Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95%

	Abteilung 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	8.252 / 8.326 99,1%	7.607 / 7.676 99,1%	645 / 650 99,2%
Vertrauensbereich	98,89% - 99,30%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	7.101 / 8.252 86,1%	6.604 / 7.607 86,8%	497 / 645 77,1%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	1.151 / 8.252 13,9%	1.003 / 7.607 13,2%	148 / 645 22,9%

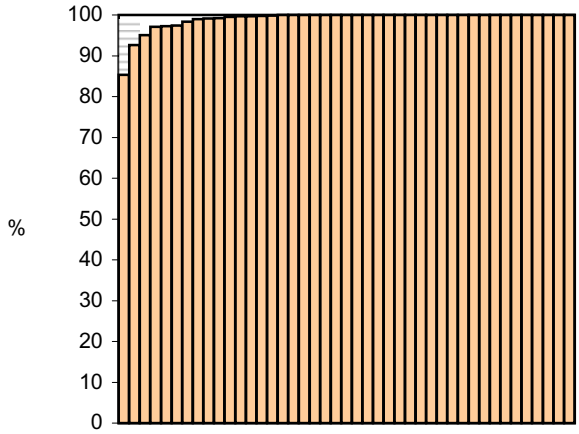
[1] Angaben eingeschränkt auf Werte zwischen 0 und 5000 min

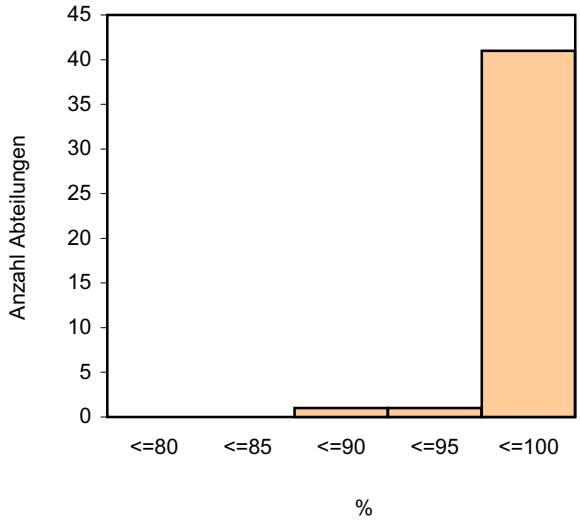
Vorjahresdaten	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	8.243 / 8.297 99,3% 99,15% - 99,51%	7.585 / 7.634 99,4%	658 / 663 99,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

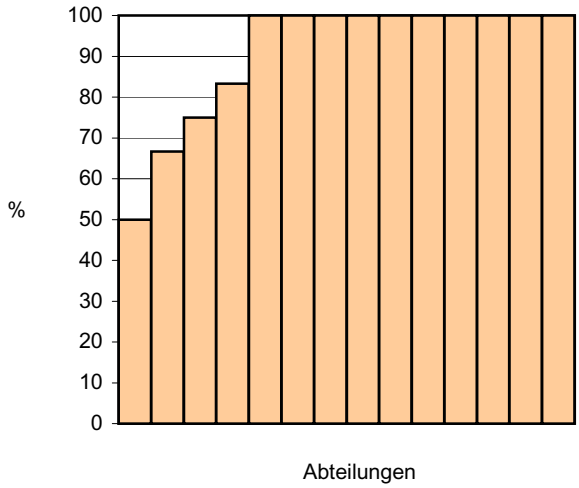
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,3% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 100,0%





43 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: 50,0% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

Qualitätsziel: Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/70

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit plausiblen Angaben zur postoperativen Beweglichkeit

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			7.000 / 7.688	91,1%
Patienten mit geringem postoperativem Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			7.282 / 7.688	94,7%
Patienten mit geringem postoperativem Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			7.371 / 7.688	95,9%

Grundgesamtheit: Alle Patienten[1]

Referenzbereich: 0,0% (5%-Bundesperzentile)

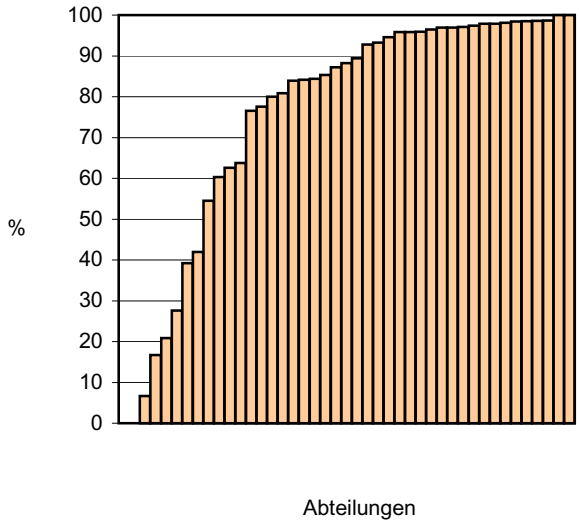
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			7.000 / 8.326	84,1%
Vertrauensbereich				83,27% - 84,85%
Referenzbereich		0,0%		0,0%

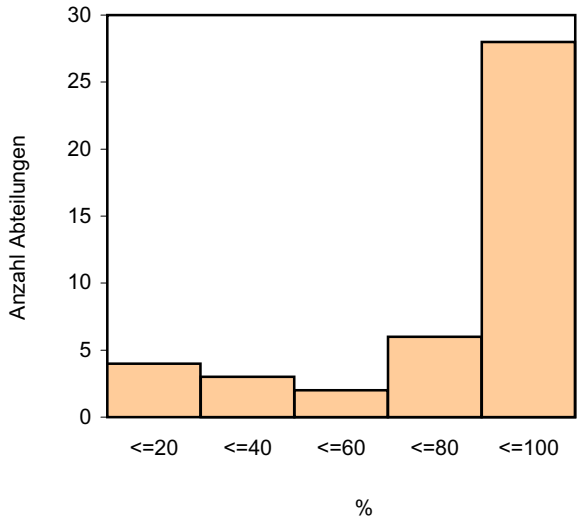
Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			6.912 / 8.297	83,3%
Vertrauensbereich				82,49% - 84,10%

[1] d.h. auch Patienten ohne Angaben zur Beweglichkeit oder mit unplausiblen Angaben

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

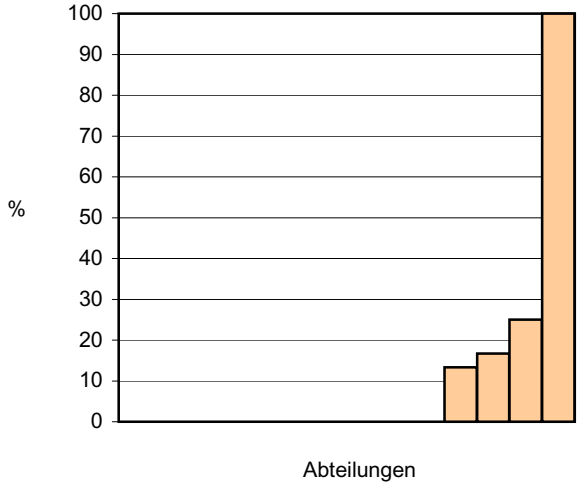
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 88,2%





43 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% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit
und

Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage[1]
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen[1]
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen[1]
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage[1]

	Abteilung 2005			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	6.163 / 6.771 91,0%	541 / 591 91,5%	139 / 147 94,6%	157 / 179 87,7%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Hoher Anteil an Patienten mit selbständigem Gehen bei der Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
- Behandlung regulär beendet
- Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

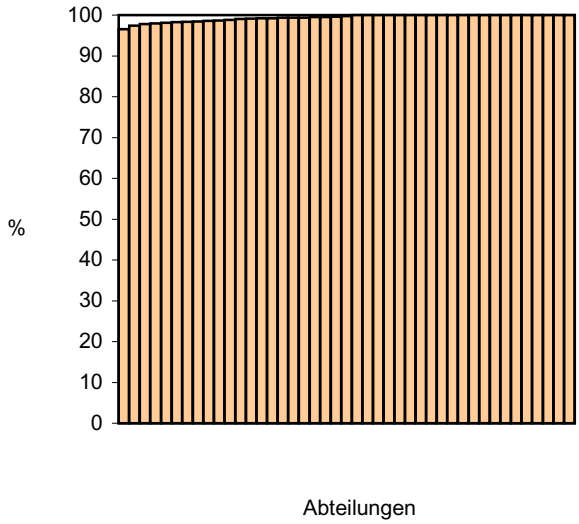
Referenzbereich: >= 90%

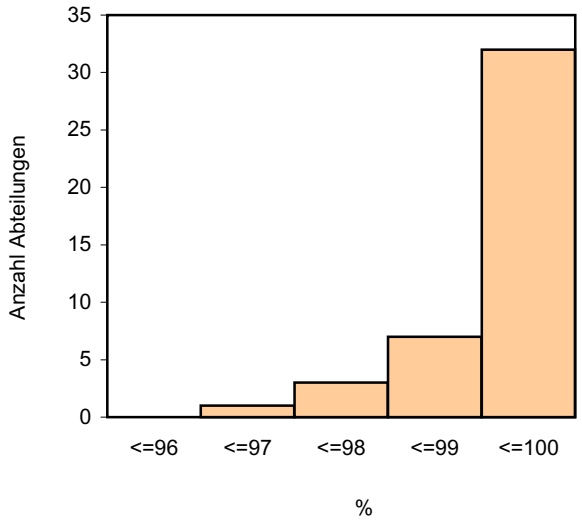
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			8.201 / 8.255	99,3%
Vertrauensbereich				99,15% - 99,51%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) **NICHT** möglich ist, davon				
operationsbedingt			7 / 54	13,0%
nicht operationsbedingt			47 / 54	87,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			8.179 / 8.236	99,3%
Vertrauensbereich				99,10% - 99,48%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4]:
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

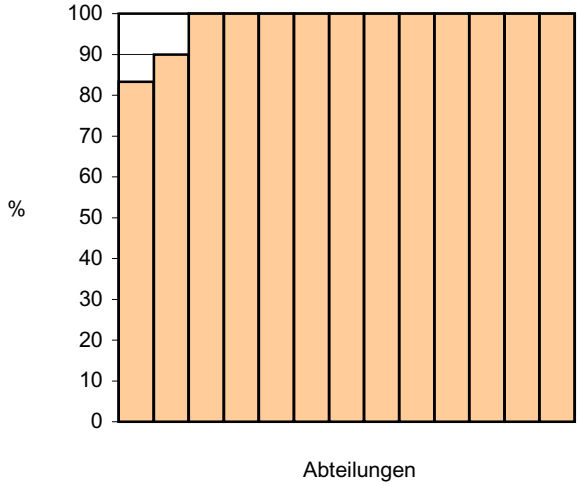
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 96,6% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 99,8%





43 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: 83,3% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
- Behandlung regulär beendet
- Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

und

Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage[1]
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen[1]
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen[1]
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage[1]

	Abteilung 2005			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist				
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) **NICHT** möglich ist, davon				
operationsbedingt				
nicht operationsbedingt				

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	7.176 / 7.209 99,5%	648 / 656 98,8%	179 / 179 100,0%	198 / 211 93,8%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) **NICHT** möglich ist, davon				
operationsbedingt	4 / 33 12,1%	1 / 8 12,5%	0 / 0	2 / 13 15,4%
nicht operationsbedingt	29 / 33 87,9%	7 / 8 87,5%	0 / 0	11 / 13 84,6%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion

Qualitätsziel: Selten Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

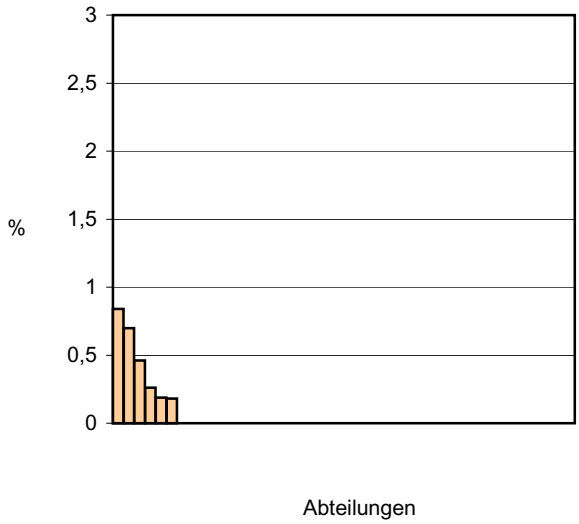
Referenzbereich: Gruppe 1: <= 1%

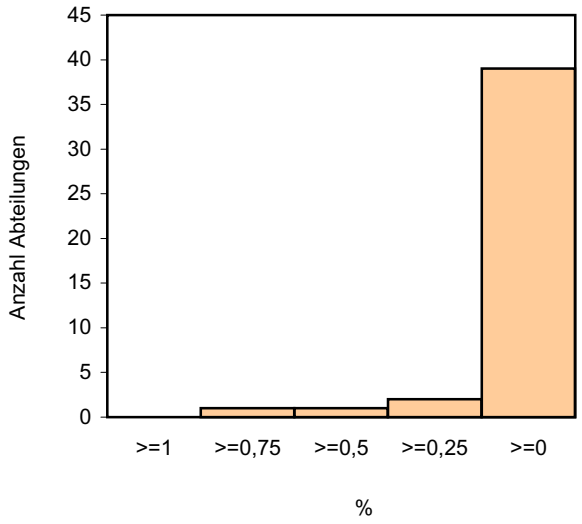
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese
Patienten mit Gefäßläsion			6 / 8.326	0 / 226
			0,1%	0,0%
Vertrauensbereich			0,03% - 0,16%	
Referenzbereich	<= 1%		<= 1%	

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese
Patienten mit Gefäßläsion			3 / 8.297	0 / 221
			0,0%	0,0%
Vertrauensbereich			0,01% - 0,11%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5]:
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

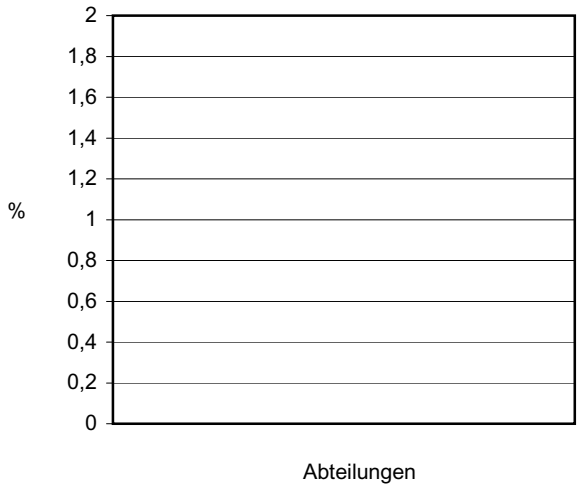
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,8%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





43 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%



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

Qualitätsindikator 6: Nervenschaden

Qualitätsziel: Selten Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 3%

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Nervenschaden		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 3%	

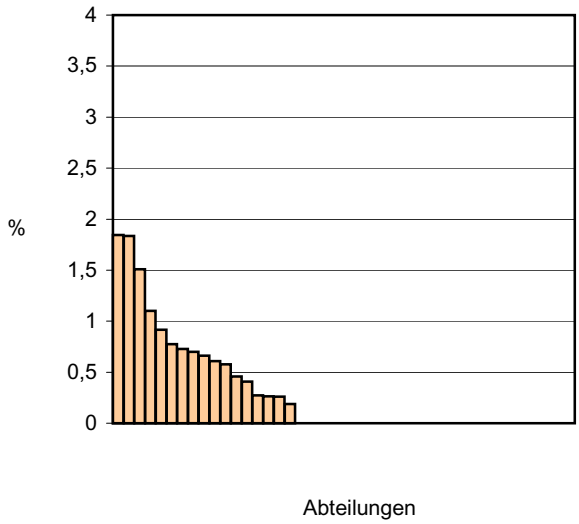
	Gesamt 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Nervenschaden	38 / 8.326	2 / 226
	0,5%	0,9%
Vertrauensbereich	0,32% - 0,63%	
Referenzbereich	<= 3%	

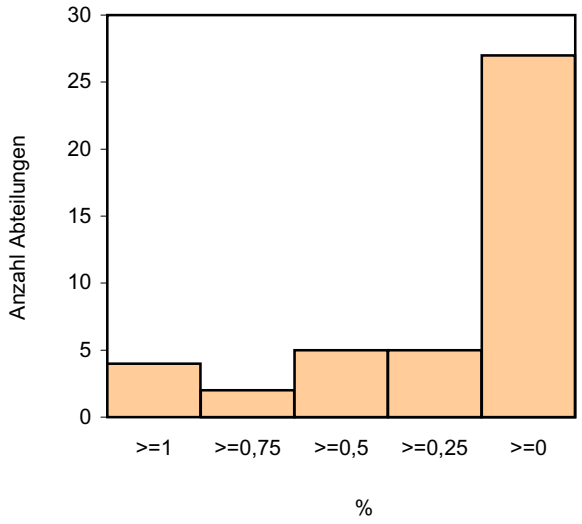
Vorjahresdaten	Abteilung 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Nervenschaden		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Nervenschaden	47 / 8.297	2 / 221
	0,6%	0,9%
Vertrauensbereich	0,42% - 0,75%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6]:
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

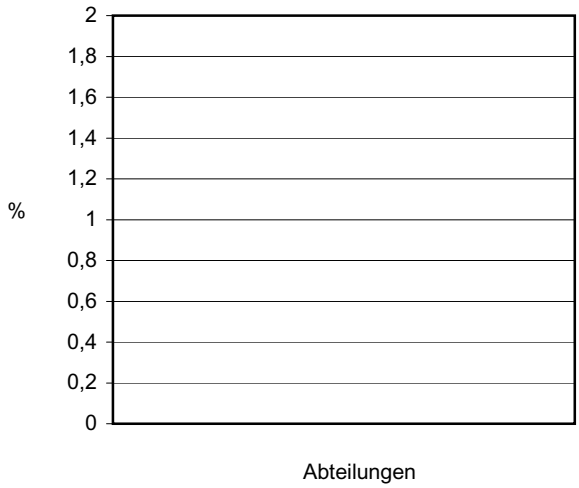
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,8%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





43 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%



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

Qualitätsindikator 7: Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Qualitätsziel: Selten Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

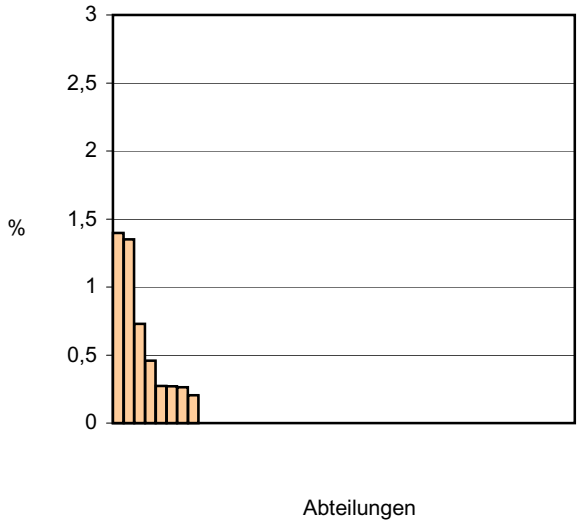
Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

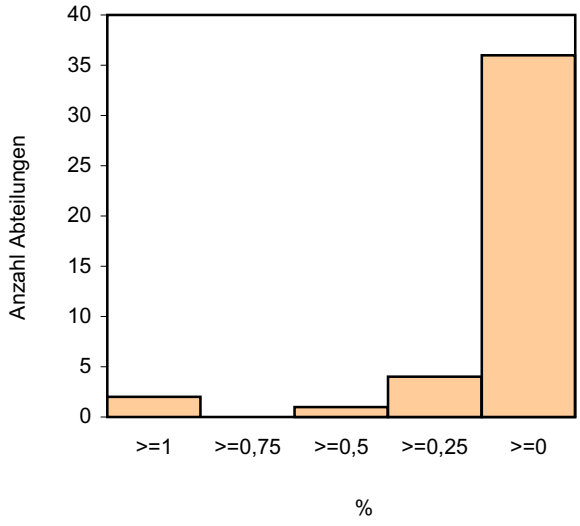
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese
Patienten mit Implantatfehllage			4 / 8.326 0,0%	0 / 226 0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			7 / 8.326 0,1%	1 / 226 0,4%
Patienten mit Implantatbruch			1 / 8.326 0,0%	0 / 226 0,0%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			12 / 8.326 0,1%	1 / 226 0,4%
Vertrauensbereich			0,07% - 0,25%	
Referenzbereich	nicht definiert		nicht definiert	

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteo-synthese
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			23 / 8.297 0,3%	1 / 221 0,5%
Vertrauensbereich			0,18% - 0,42%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7]:
Anteil von Patienten mit Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

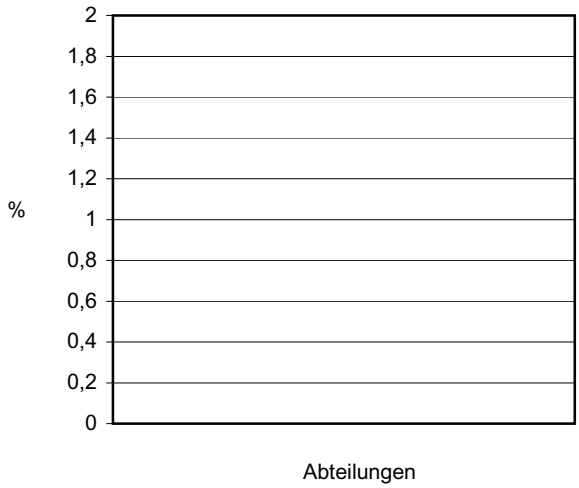
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 1,4%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





43 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%



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

Qualitätsindikator 8: Fraktur

Qualitätsziel: Selten Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 4,2% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Fraktur		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 4,2%	

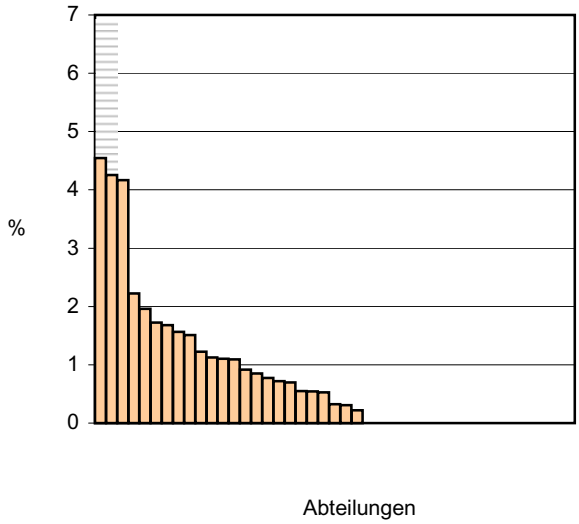
	Gesamt 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Fraktur	57 / 8.326	25 / 226
	0,7%	11,1%
Vertrauensbereich	0,52% - 0,89%	
Referenzbereich	<= 4,2%	

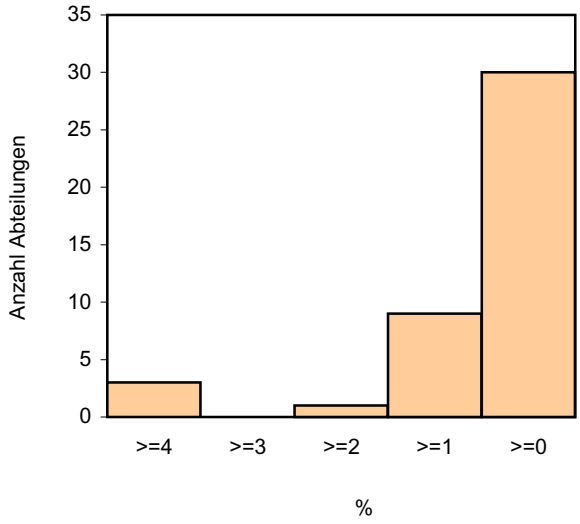
Vorjahresdaten	Abteilung 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Fraktur		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Fraktur	77 / 8.297	39 / 221
	0,9%	17,6%
Vertrauensbereich	0,73% - 1,16%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8]:
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

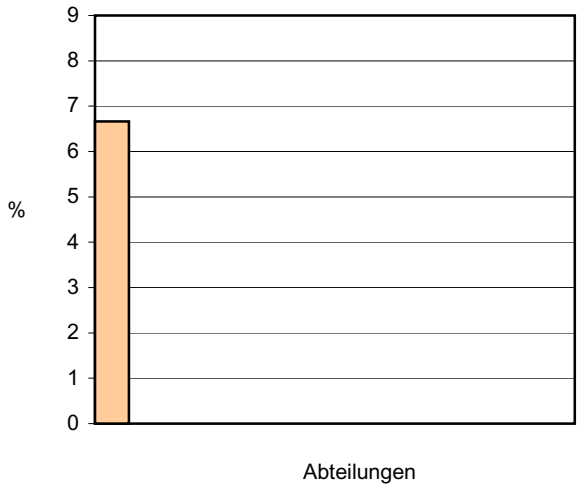
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,5%
Median der Abteilungswerte: 0,3%





43 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% - 6,7%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 9: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit zusätzlicher Osteosynthese

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 4,2% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Endoprothesenluxation		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	<= 4,2%	

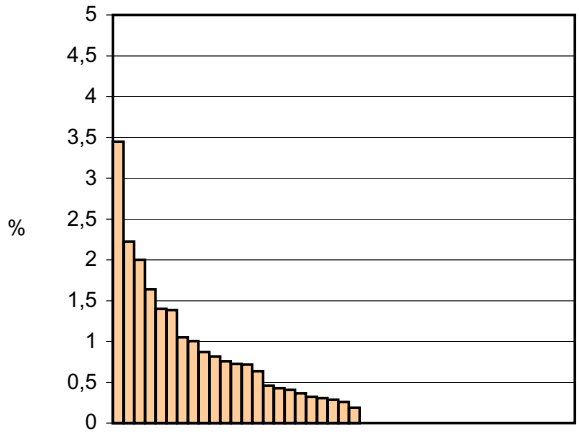
	Gesamt 2005	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Endoprothesenluxation	40 / 8.326	5 / 226
	0,5%	2,2%
Vertrauensbereich	0,34% - 0,65%	
Referenzbereich	<= 4,2%	

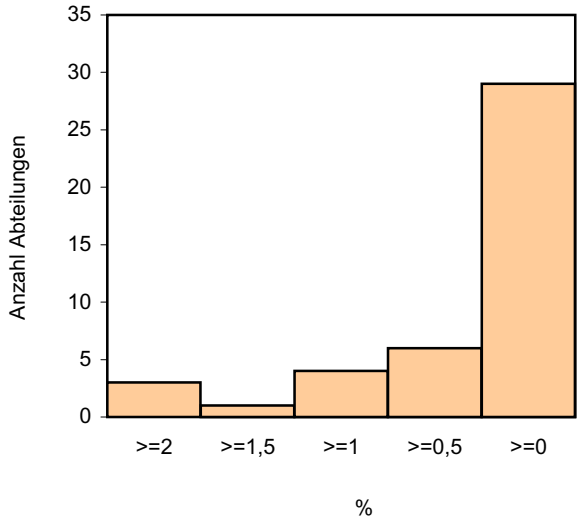
Vorjahresdaten	Abteilung 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Endoprothesenluxation		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2004	
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Osteosynthese
Patienten mit Endoprothesenluxation	50 / 8.297	3 / 221
	0,6%	1,4%
Vertrauensbereich	0,45% - 0,79%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

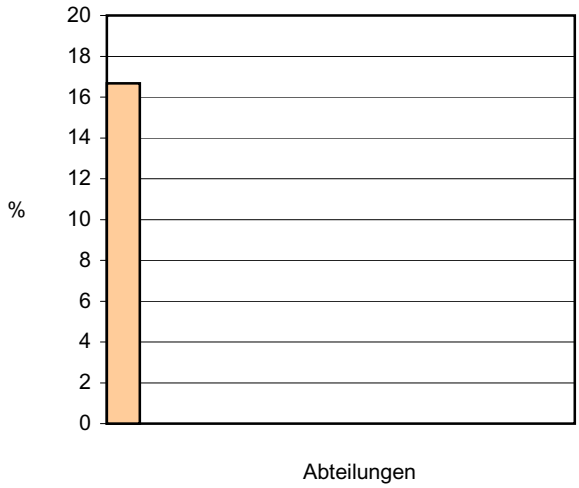
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 3,4%
Median der Abteilungswerte: 0,3%





43 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% - 16,7%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 10: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

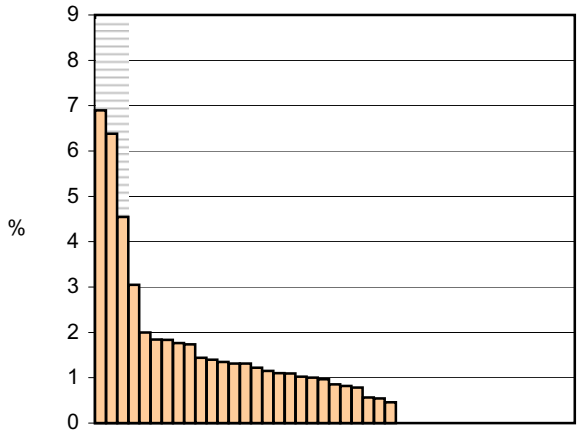
Referenzbereich: <= 3,5% (90%-Bundesperzentile)

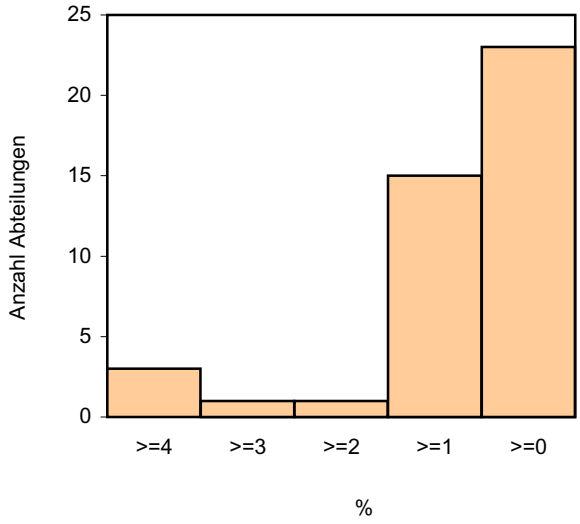
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			79 / 8.326	0,9%
Vertrauensbereich				0,75% - 1,18%
Referenzbereich		<= 3,5%		<= 3,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			35 / 8.326	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			44 / 8.326	0,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			101 / 8.297	1,2%
Vertrauensbereich				0,99% - 1,48%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

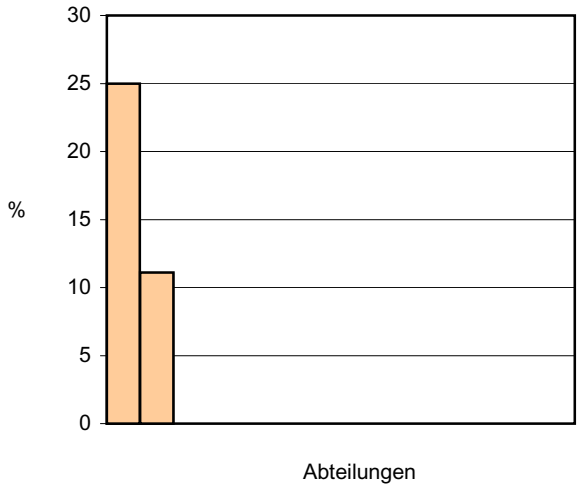
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,9%
Median der Abteilungswerte: 0,9%





43 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% - 25,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS[1]

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 99 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

[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 NNIS[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.513 / 8.326	54,2%
Risikoklasse 1			3.176 / 8.326	38,1%
Risikoklasse 2			632 / 8.326	7,6%
Risikoklasse 3			5 / 8.326	0,1%

[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 NNIS[1]
Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			26 / 4.513	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			16 / 4.513	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			10 / 4.513	0,2%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS[1]
Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 1

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			34 / 3.176	1,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			13 / 3.176	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			21 / 3.176	0,7%

[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 NNIS[1]
Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			19 / 632	3,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			6 / 632	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			13 / 632	2,1%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS[1]
Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 5	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 5	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 5	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)

Qualitätsindikator 11: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

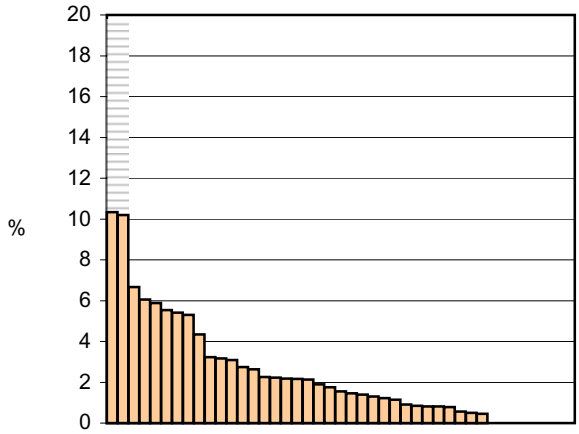
Referenzbereich: <= 8,3% (95%-Bundesperzentile)

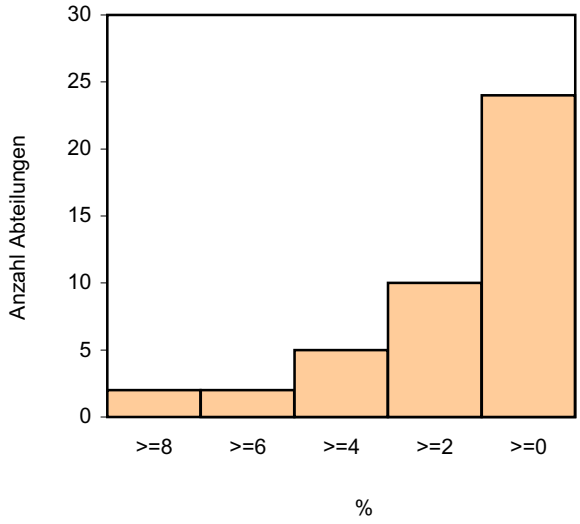
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			182 / 8.326	2,2%
Vertrauensbereich				1,88% - 2,52%
Referenzbereich		<= 8,3%		<= 8,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			251 / 8.297	3,0%
Vertrauensbereich				2,67% - 3,42%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

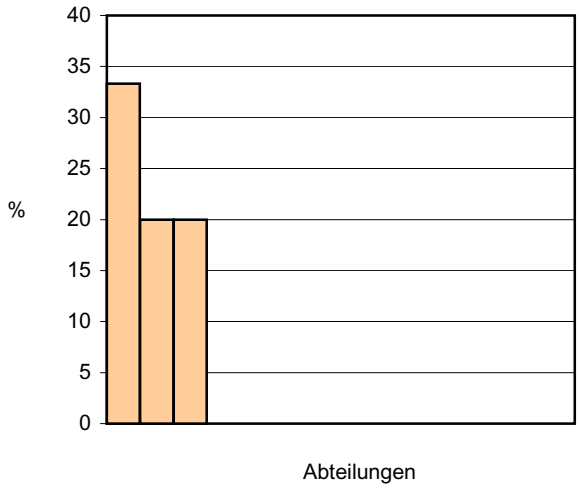
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,3%
Median der Abteilungswerte: 1,6%





43 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% - 33,3%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 60 min[1]
Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min[1]
Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min[1]
Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min[1]

	Abteilung 2005			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	28 / 1.757 1,6%	135 / 5.919 2,3%	17 / 584 2,9%	2 / 66 3,0%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 12: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patienten
Gruppe 2: Patienten mit ASA 1 bis 2
Gruppe 3: Patienten mit ASA 3 bis 4

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 14,6% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 14,6%		

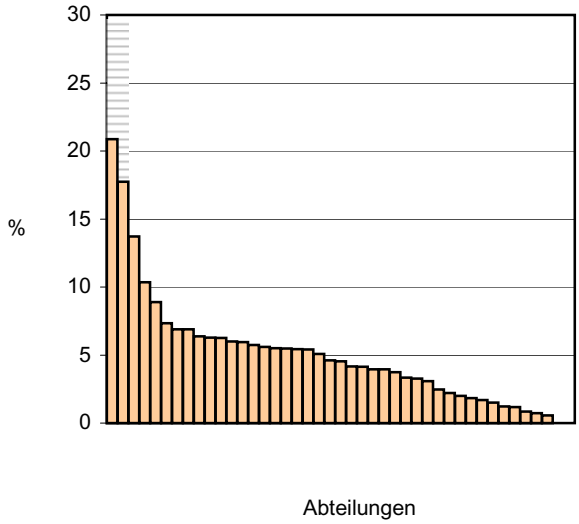
	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	16 / 8.326 0,2%	5 / 5.780 0,1%	11 / 2.545 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	98 / 8.326 1,2%	35 / 5.780 0,6%	63 / 2.545 2,5%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	29 / 8.326 0,3%	8 / 5.780 0,1%	21 / 2.545 0,8%
Patienten mit Lungenembolie	13 / 8.326 0,2%	5 / 5.780 0,1%	8 / 2.545 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	287 / 8.326 3,4%	113 / 5.780 2,0%	174 / 2.545 6,8%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	406 / 8.326 4,9% 4,42% - 5,36% <= 14,6%	157 / 5.780 2,7%	249 / 2.545 9,8%

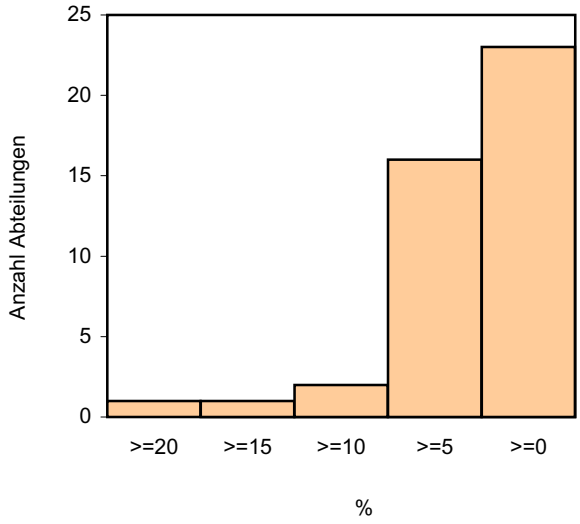
Vorjahresdaten	Abteilung 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	496 / 8.297 6,0% 5,48% - 6,51%	234 / 5.752 4,1%	262 / 2.545 10,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

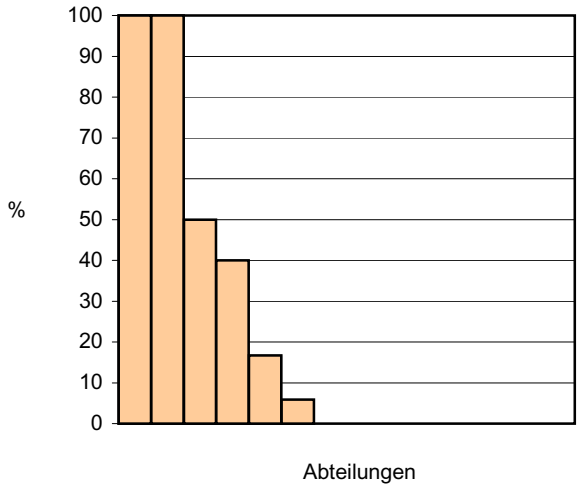
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,9%
Median der Abteilungswerte: 4,5%





43 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% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 13: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

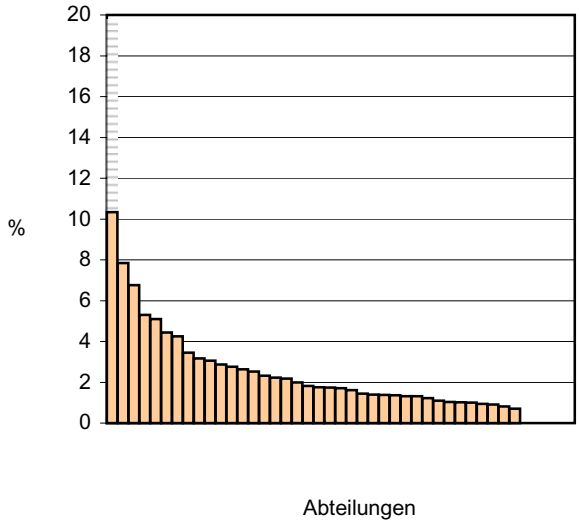
Referenzbereich: <= 8,5% (95%-Bundesperzentile)

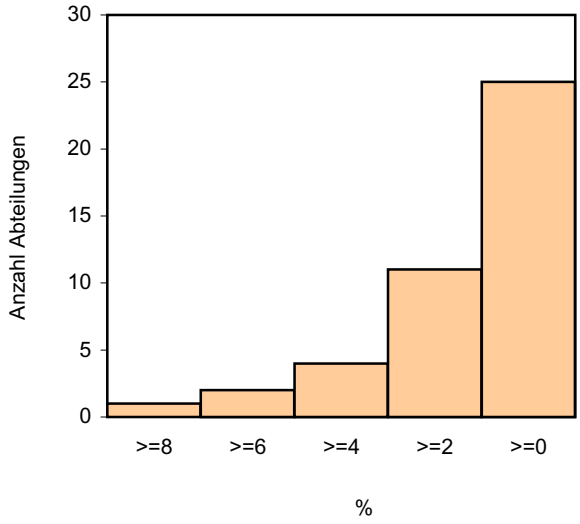
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			149 / 8.326	1,8%
Vertrauensbereich				1,52% - 2,10%
Referenzbereich		<= 8,5%		<= 8,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			195 / 8.297	2,4%
Vertrauensbereich				2,04% - 2,70%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

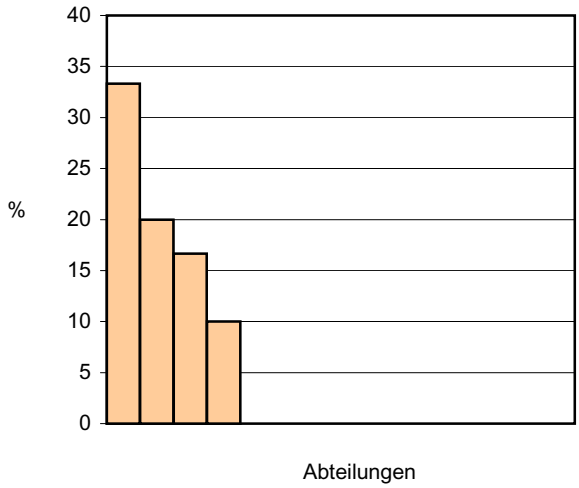
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,3%
Median der Abteilungswerte: 1,7%





43 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% - 33,3%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 14: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

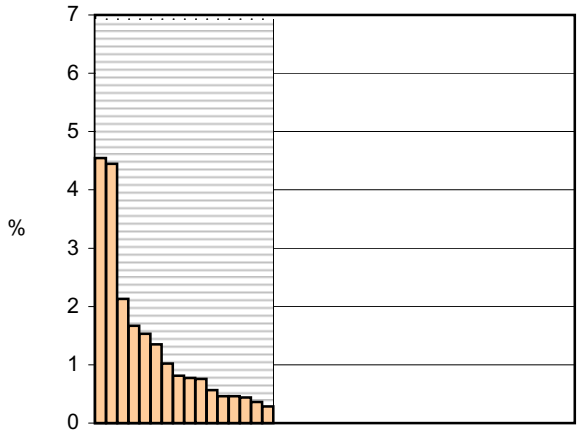
Referenzbereich: Sentinel Event

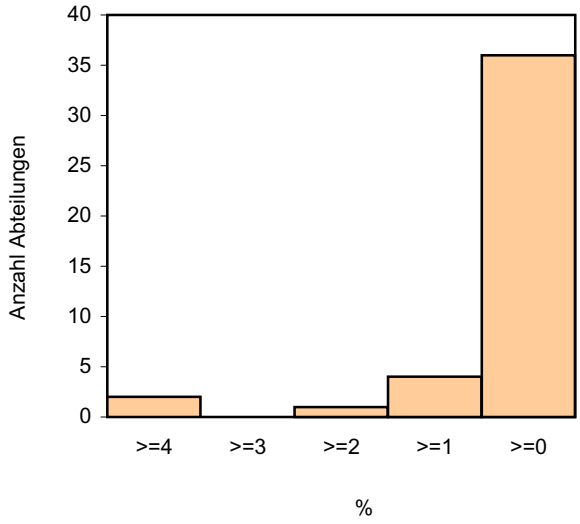
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			32 / 8.326	0,4%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,54%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 8.297	0,2%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,28%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 14]:
Anteil verstorbener Patienten an allen Patienten
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

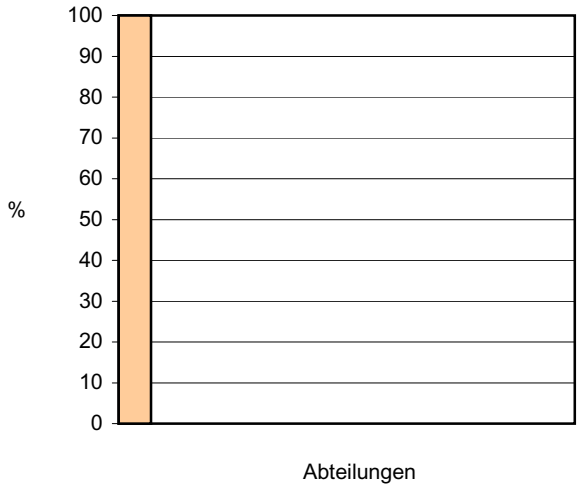
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,5%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





43 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% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2
Gruppe 2: Patienten mit ASA 3
Gruppe 3: Patienten mit ASA 4
Gruppe 4: Patienten mit ASA 5

	Abteilung 2005			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	9 / 5.780 0,2%	19 / 2.486 0,8%	4 / 59 6,8%	0 / 1 0,0%

Jahresauswertung 2005
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 57
Auswertungsversion: 12. April 2006
Datensatzversion: 17/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 18. April 2006
Nr. Gesamt-3028
2005 - D3915-L27919-P16577

Basisdaten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.968	23,6	1.931	23,3
2. Quartal			2.110	25,3	2.119	25,5
3. Quartal			2.061	24,8	2.100	25,3
4. Quartal			2.187	26,3	2.147	25,9
Gesamt			8.326		8.297	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2005	Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		8.326		8.297	
Median			*12,0*		*13,0*
Mittelwert			*13,1*		*14,0*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		8.326		8.297	
Median			*14,0*		*14,0*
Mittelwert			*14,8*		*15,9*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005[1]

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
6	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
7	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				M16.1	4.551	54,7	M16.1	4.352	52,5
2				I10.00	1.494	17,9	Z96.6	1.191	14,4
3				D62	1.441	17,3	M16.9	1.062	12,8
4				I10.90	1.297	15,6	M16.0	1.041	12,5
5				Z96.6	1.096	13,2	I10.00	877	10,6
6				M16.9	1.012	12,2	I10.90	758	9,1
7				M16.0	897	10,8	D62	748	9,0
8				M16.3	730	8,8	M16.3	658	7,9

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

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

OPS Version 2005[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben[2]

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
3	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]	OPS	Anzahl	%[3]
1				5-820.00	4.836	58,1	5-820.00	4.739	57,1
2				5-820.02	1.796	21,6	5-820.02	1.774	21,4
3				5-820.01	1.398	16,8	5-820.01	1.519	18,3
4				8-930	1.175	14,1	8-803.2	870	10,5
5				8-803.2	1.016	12,2	8-930	688	8,3

[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 Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

[2] Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

[3] Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS Version 2005

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			6 / 8.326	0,1	7 / 8.297	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			48 / 8.326	0,6	3 / 8.297	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.326	0,0	0 / 8.297	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			17 / 8.326	0,2	8 / 8.297	0,1

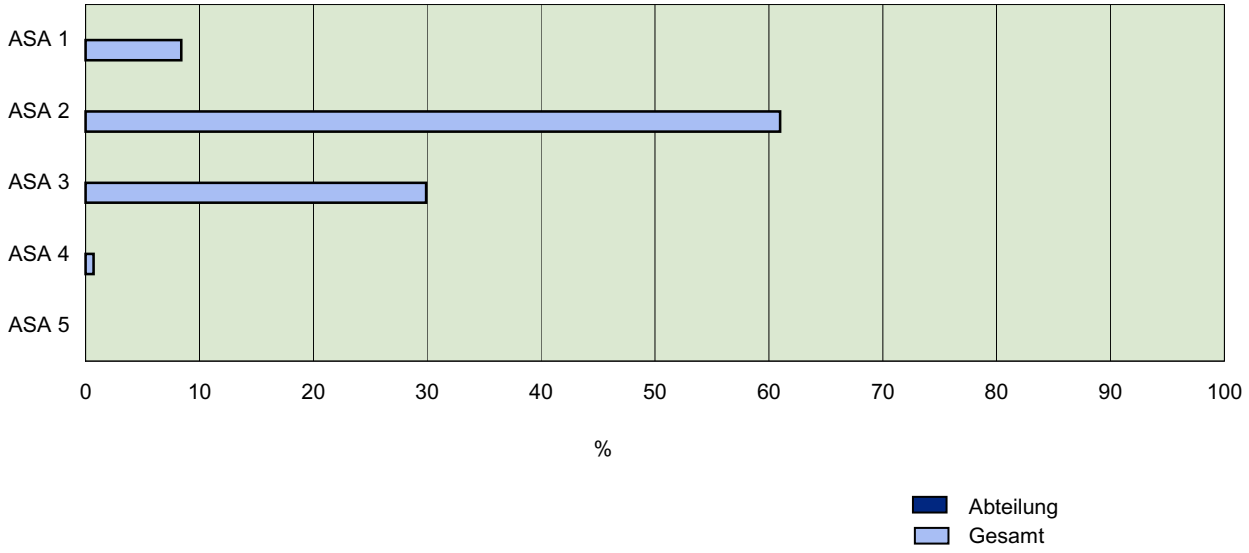
[1] Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie im Anhang zur Basisauswertung.

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.323 / 8.326		8.293 / 8.297	
< 40 Jahre			75 / 8.323	0,9	108 / 8.293	1,3
40 - 59 Jahre			1.531 / 8.323	18,4	1.470 / 8.293	17,7
60 - 79 Jahre			5.742 / 8.323	69,0	5.846 / 8.293	70,5
80 - 89 Jahre			943 / 8.323	11,3	832 / 8.293	10,0
>= 90 Jahre			32 / 8.323	0,4	37 / 8.293	0,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.323 / 8.326		8.293 / 8.297	
Median				*69,0*		*69,0*
Geschlecht						
männlich			3.230	38,8	3.156	38,0
weiblich			5.096	61,2	5.141	62,0
Zu operierende Seite						
rechts			4.415	53,0	4.314	52,0
links			3.911	47,0	3.983	48,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			701	8,4	804	9,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.079	61,0	4.948	59,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.486	29,9	2.451	29,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			59	0,7	94	1,1
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
schmerzfreies Gehen < 20 min						
Anzahl der Patienten			5.328	64,0	5.154	62,1
Ruheschmerzen						
Anzahl der Patienten			7.304	87,7	7.244	87,3
Schmerz länger als 6 Monate bestehend						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			8.057 / 8.326	96,8	8.012 / 8.297	96,6
Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen						
Anzahl der Patienten			7.603	91,3	7.474	90,1
davon						
bei Bedarf			4.457 / 7.603	58,6	4.177 / 7.474	55,9
regelmäßig			3.146 / 7.603	41,4	3.297 / 7.474	44,1
Vorschädigung der zu operierenden Hüfte						
Anzahl der Patienten			1.058	12,7	1.044	12,6
davon						
Voroperation			313 / 1.058	29,6	308 / 1.044	29,5
vorangegangenes Trauma			224 / 1.058	21,2	266 / 1.044	25,5
Nekrose			545 / 1.058	51,5	518 / 1.044	49,6
Entzündung			134 / 1.058	12,7	102 / 1.044	9,8

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.478	89,8	7.520	90,6
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.478		7.430	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*0,5*		*0,4*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*4,0*		*4,3*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,0*		*90,0*
Mittelwert				*86,5*		*84,7*
Ab-/Adduktion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.478		7.484	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				*20,0*		*20,0*
Mittelwert				*16,9*		*16,3*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*0,2*		*0,4*
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				*10,0*		*10,0*
Mittelwert				*12,2*		*11,7*

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Außen-/Innenrotation						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.478		7.483	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				*10,0*		*10,0*
Mittelwert				*13,2*		*13,0*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*1,6*		*1,8*
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				*5,0*		*5,0*
Mittelwert				*6,3*		*5,5*

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			904	10,9	1.043	12,6
eindeutig			5.536	66,5	5.488	66,1
große			1.886	22,7	1.766	21,3
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			177	2,1	290	3,5
eindeutig verschmälert			2.500	30,0	2.586	31,2
fortgeschritten verschmälert			3.808	45,7	3.617	43,6
aufgehoben			1.841	22,1	1.804	21,7
Sklerose						
keine Sklerose			220	2,6	334	4,0
leichte Sklerose			2.805	33,7	2.865	34,5
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.295	39,6	3.295	39,7
Sklerose mit Zysten			2.006	24,1	1.803	21,7
Deformierung						
keine Deformierung			1.026	12,3	990	11,9
leichte Deformierung			4.055	48,7	3.988	48,1
deutliche Deformierung			3.245	39,0	3.319	40,0
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.247	99,1	8.222	99,1
bedingt aseptische Eingriffe			67	0,8	61	0,7
kontaminierte Eingriffe			5	0,1	7	0,1
septische Eingriffe			7	0,1	7	0,1

Operation

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			8.326		8.297	
Median				*80,0*		*80,0*
Mittelwert				*82,8*		*84,0*
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.252	99,1	8.243	99,3
davon						
single shot			7.101 / 8.252	86,1	7.105 / 8.243	86,2
intraoperative Zweitgabe			88 / 8.252	1,1	170 / 8.243	2,1
öfter			1.063 / 8.252	12,9	968 / 8.243	11,7
medikamentöse Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.250	99,1	8.242	99,3
Schaft wurde zementiert						
Anzahl der Patienten			3.142	37,7	3.349	40,4
verwendete Zementiertechnik						
Vakuumzementmischtechik			1.854 / 3.142	59,0	1.835 / 3.349	54,8
Druckreinigung des Markraums			1.593 / 3.142	50,7	1.492 / 3.349	44,6
Verwendung eines Markraumsperrers			2.151 / 3.142	68,5	2.218 / 3.349	66,2

Operation (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Knochentransplantation						
Anzahl der Patienten			670	8,0	1.044	12,6
Osteosynthese						
Anzahl der Patienten			226	2,7	221	2,7
Bluttransfusion						
Patienten mit Bluttransfusion			3.235	38,9	3.579	43,1
davon						
Eigenblut			1.533 / 3.235	47,4	1.757 / 3.579	49,1
Fremdblut			1.893 / 3.235	58,5	2.118 / 3.579	59,2
Eigenblut:						
Patienten mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.533		1.428	
Median				*2,0*		*2,0*
Mittelwert				*1,0*		*1,0*
Fremdblut:						
Patienten mit dokumentierten Transfusionseinheiten			1.893		1.948	
Median				*2,0*		*2,0*
Mittelwert				*2,4*		*2,4*
Verwendung eines Cell-Savers						
Anzahl der Patienten			2.753	33,1	2.674	32,2

Verlauf

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p						
Anzahl der Patienten			8.292	99,6	8.269	99,7
postoperatives Röntgenbild axial						
Anzahl der Patienten			4.911	59,0	4.196	50,6
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			326	3,9	434	5,2
(Mehrfachnennungen möglich)						
Implantatfehllage			4	0,0	9	0,1
Implantatdislokation			7	0,1	14	0,2
Implantatbruch			1	0,0	1	0,0
Endoprothesenluxation			40	0,5	50	0,6
Wundhämaton/Nachblutung			182	2,2	251	3,0
Gefäßläsion			6	0,1	3	0,0
Nervenschaden			38	0,5	47	0,6
Fraktur			57	0,7	77	0,9
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			149	1,8	195	2,4
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl der Patienten			79	0,9	101	1,2
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			35 / 79	44,3	51 / 101	50,5
A2 (tiefe Infektion)			30 / 79	38,0	39 / 101	38,6
A3 (Räume/Organe)			14 / 79	17,7	11 / 101	10,9

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs-bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			406	4,9	496	6,0
(Mehrfachnennungen möglich)						
Pneumonie			16	0,2	14	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			98	1,2	86	1,0
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			29	0,3	28	0,3
Lungenembolie			13	0,2	12	0,1
Sonstige			287	3,4	387	4,7

Entlassung I

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.688	92,3	7.557	91,1
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.688		7.471	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*0,4*		*0,3*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,0*		*0,0*
Mittelwert				*0,4*		*0,4*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,0*		*90,0*
Mittelwert				*85,3*		*85,4*
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			7.996	96,0	8.037	96,9
Treppensteigen nicht möglich			330	4,0	260	3,1
davon						
operationsbedingt nicht möglich			56 / 330	17,0	28 / 260	10,8
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)			8.243	99,0	8.221	99,1
Selbständiges Gehen nicht möglich			83	1,0	76	0,9
davon						
operationsbedingt nicht möglich			10 / 83	12,0	9 / 76	11,8
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich			8.159	98,0	8.211	99,0
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene nicht möglich			167	2,0	86	1,0
davon						
operationsbedingt nicht möglich			12 / 167	7,2	8 / 86	9,3

Entlassung II

Entlassungsgrund[1]	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.675	44,1	4.357	52,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			130	1,6	172	2,1
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	2	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	5	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	2	0,0
06: Verlegung			37	0,4	53	0,6
07: Tod			32	0,4	14	0,2
08: Verlegung nach § 14			344	4,1	319	3,8
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.069	48,9	3.335	40,2
10: in Pflegeeinrichtung			18	0,2	19	0,2
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			12	0,1	10	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			2	0,0	6	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			1	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			5 / 32	15,6	6 / 14	42,9
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			7 / 32	21,9	2 / 14	14,3

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 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
- 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

Anhang: OPS Version 2005

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			4.836 / 8.326	58,1	4.836 / 8.326	58,1
5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.398 / 8.326	16,8	1.398 / 8.326	16,8
5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			1.796 / 8.326	21,6	1.796 / 8.326	21,6
5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			135 / 8.326	1,6	135 / 8.326	1,6
5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			42 / 8.326	0,5	42 / 8.326	0,5
5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			59 / 8.326	0,7	59 / 8.326	0,7
5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			3 / 8.326	0,0	3 / 8.326	0,0
5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			3 / 8.326	0,0	3 / 8.326	0,0

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.32 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Hybrid (teilzementiert)			5 / 8.326	0,1	5 / 8.326	0,1
5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			7 / 8.326	0,1	7 / 8.326	0,1
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			26 / 8.326	0,3	26 / 8.326	0,3
5-820.42 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Hybrid (teilzementiert)			3 / 8.326	0,0	3 / 8.326	0,0
5-820.60 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Nicht zementiert			1 / 8.326	0,0	1 / 8.326	0,0
5-820.61 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Zementiert			1 / 8.326	0,0	1 / 8.326	0,0
5-820.62 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Hybrid (teilzementiert)			5 / 8.326	0,1	5 / 8.326	0,1
5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			5 / 8.326	0,1	5 / 8.326	0,1

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			2 / 8.326	0,0	2 / 8.326	0,0
5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			6 / 8.326	0,1	6 / 8.326	0,1

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 57
Datensatzversion: 17/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 18. April 2006
Nr. Gesamt-3028
2005 - D3915-L27919-P16577

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz-bereich	Ab-weichung[1]	Seite
QI 1: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung			0,8%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			1,5%	nicht definiert		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden			17,4%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4			0,0%	Sentinel Event		P1.7

[1] Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden

Qualitätsziel: Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme

Referenzbereich: a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:
Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

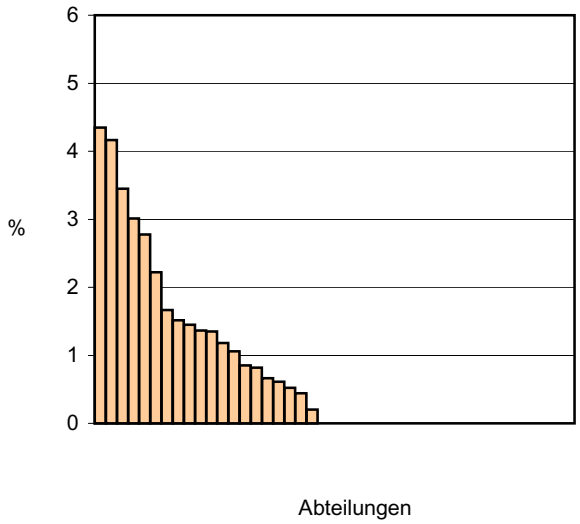
b) Für alle Patienten mit Dekubitalulzera:
Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

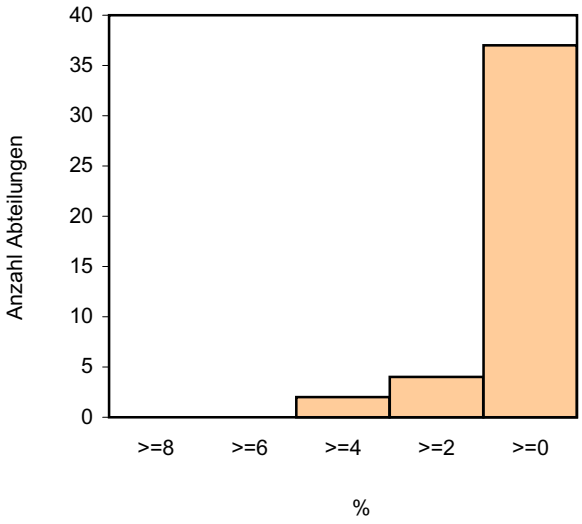
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			65 / 8.303	0,8%
Vertrauensbereich				0,60% - 1,00%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			122 / 8.303	1,5%
Vertrauensbereich				1,22% - 1,75%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			57 / 122	46,7%
Grad 2			55 / 122	45,1%
Grad 3			10 / 122	8,2%
Grad 4			0 / 122	0,0%
keine Gradangabe			0 / 122	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			8.181 / 8.303	98,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			65 / 8.279	0,8%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,00%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			108 / 8.279	1,3%
Vertrauensbereich				1,07% - 1,57%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1a]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

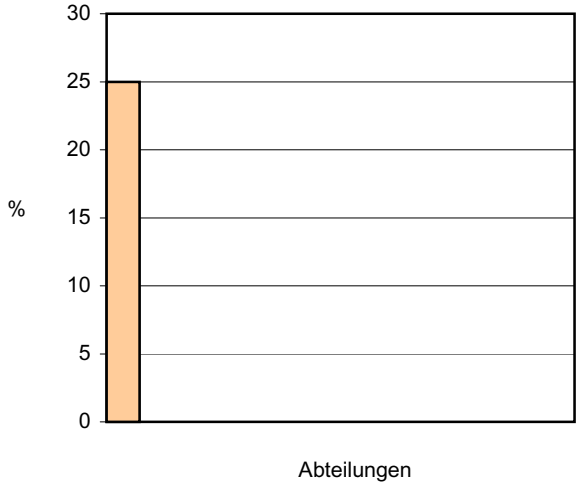
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 4,3%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





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

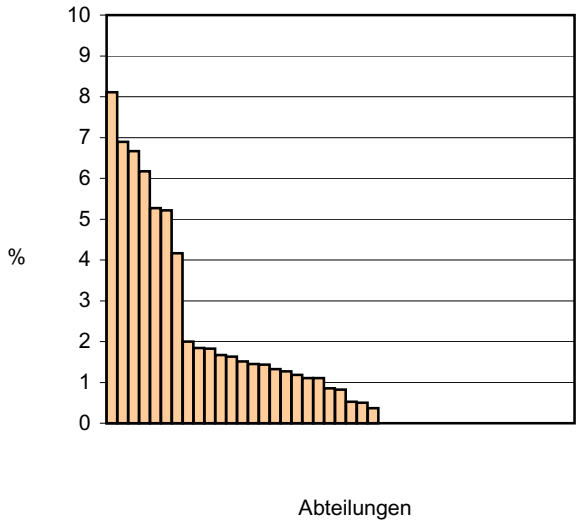
Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 25,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%

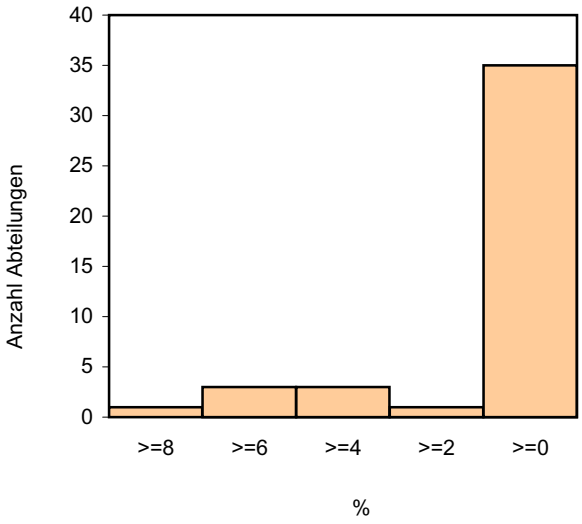


14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1b]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

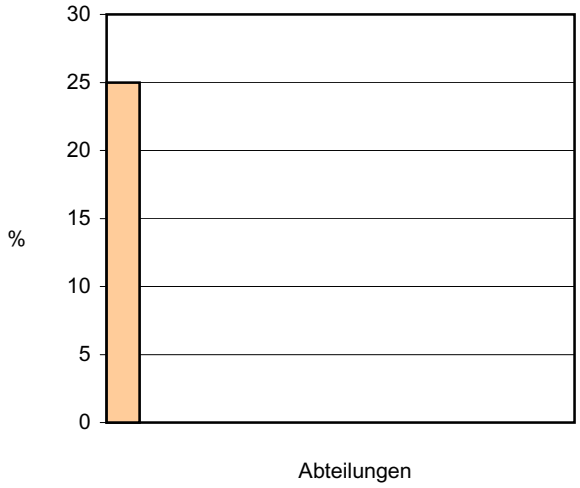
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,1%
Median der Abteilungswerte: 0,8%





43 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% - 25,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 2: Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden

Qualitätsziel: Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme

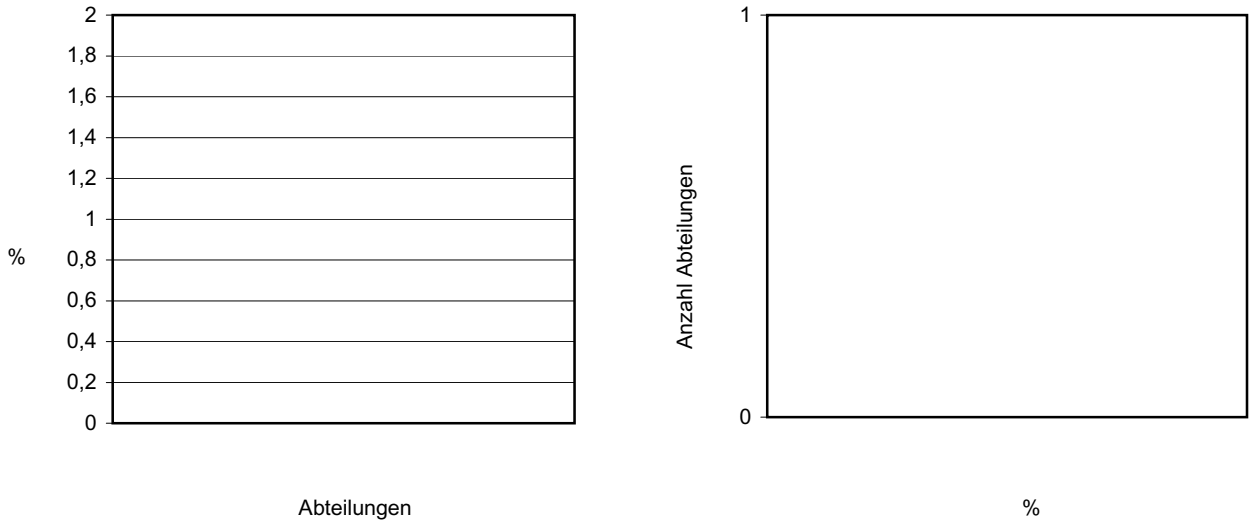
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 23	17,4%
Vertrauensbereich				4,90% - 38,80%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			3 / 4	75,0%
Grad 2			1 / 4	25,0%
Grad 3			0 / 4	0,0%
Grad 4			0 / 4	0,0%
keine Gradangabe			0 / 4	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			19 / 23	82,6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			2 / 18	11,1%
Vertrauensbereich				1,30% - 34,80%

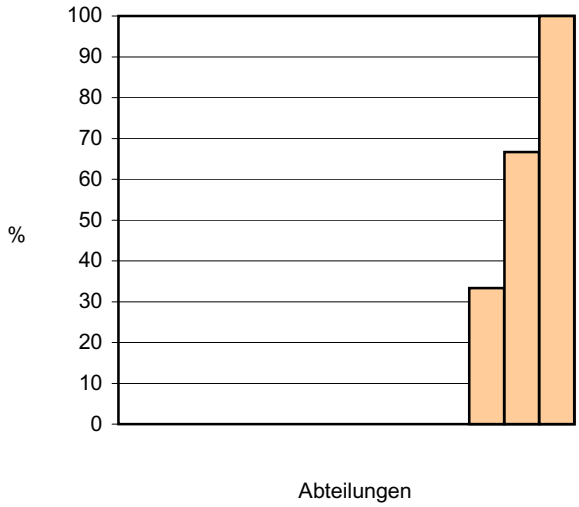
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme
44 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -
Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt



0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

Qualitätsziel: Keine neu aufgetretenen Dekubitalulzera Grad 4 bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen werden

Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

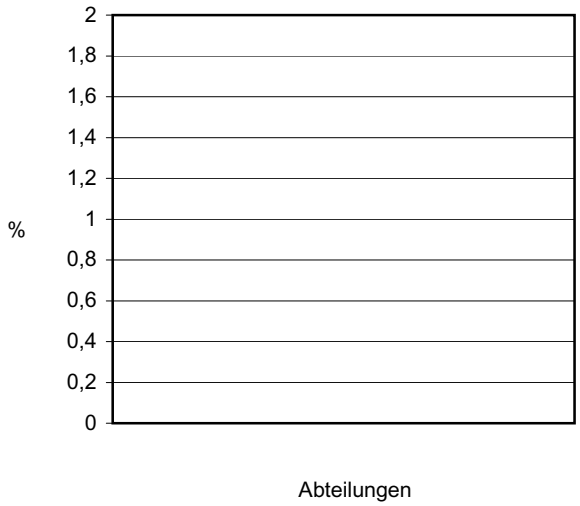
Referenzbereich: Sentinel Event

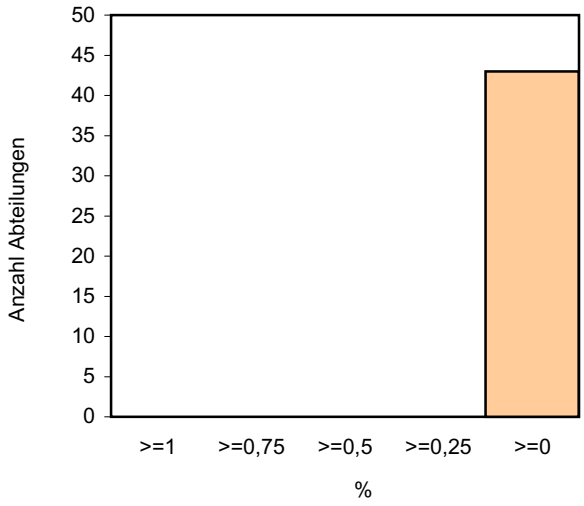
	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 8.303	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,04%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 8.279	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,04%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

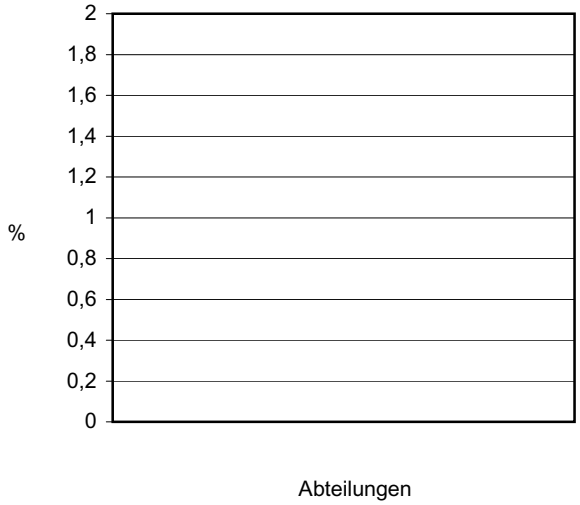
Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 0,0%
Median der Abteilungswerte: 0,0%





43 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%



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

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 57
Datensatzversion: 17/2 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 18. April 2006
Nr. Gesamt-3028
2005 - D3915-L27919-P16577

Basisdaten

	Abteilung 2005	Gesamt 2005	Gesamt 2004
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		8.326	8.297

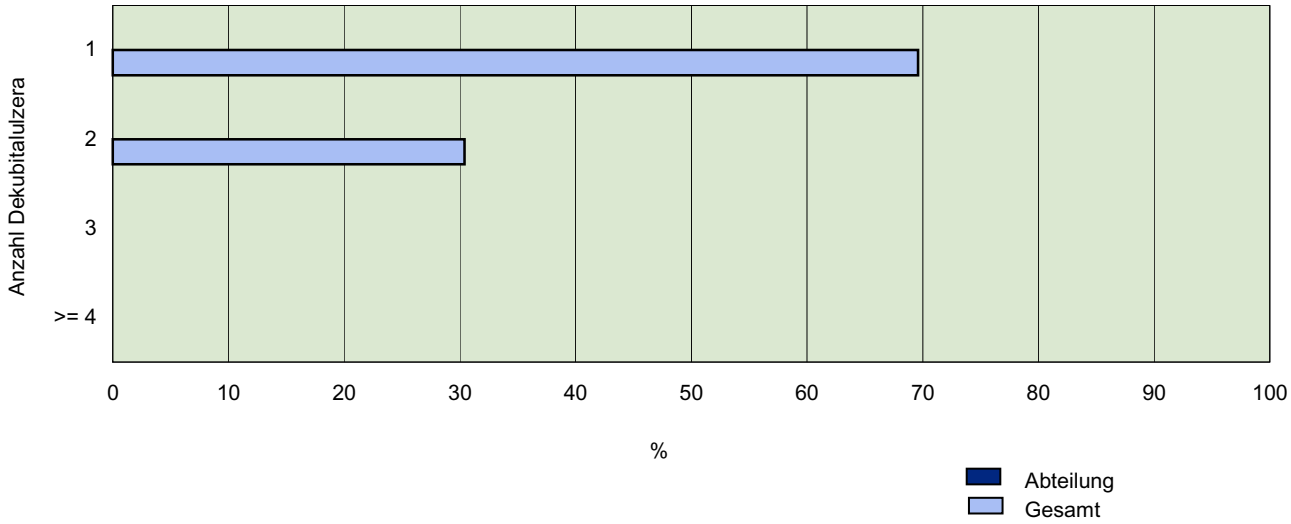
Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.323 / 8.326		8.293 / 8.297	
< 20 Jahre			5 / 8.323	0,1	2 / 8.293	0,0
20 - 39 Jahre			70 / 8.323	0,8	106 / 8.293	1,3
40 - 59 Jahre			1.531 / 8.323	18,4	1.470 / 8.293	17,7
60 - 69 Jahre			2.573 / 8.323	30,9	2.828 / 8.293	34,1
70 - 79 Jahre			3.169 / 8.323	38,1	3.018 / 8.293	36,4
80 - 89 Jahre			943 / 8.323	11,3	832 / 8.293	10,0
>= 90 Jahre			32 / 8.323	0,4	37 / 8.293	0,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.323		8.293	
Median				*69,0*		*69,0*
Mittelwert				*68,0*		*67,5*
Geschlecht						
männlich			3.230	38,8	3.156	38,0
weiblich			5.096	61,2	5.141	62,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			701	8,4	804	9,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.079	61,0	4.948	59,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.486	29,9	2.451	29,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			59	0,7	94	1,1
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

Aufnahme

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubital-ulzera bei Aufnahme						
ja			23	0,3	18	0,2
nein			8.303	99,7	8.279	99,8
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			30 / 23	*1,30*	26 / 18	*1,44*
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst-gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			8	34,8	5	27,8
Grad 2:			14	60,9	10	55,6
Grad 3:			1	4,3	3	16,7
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

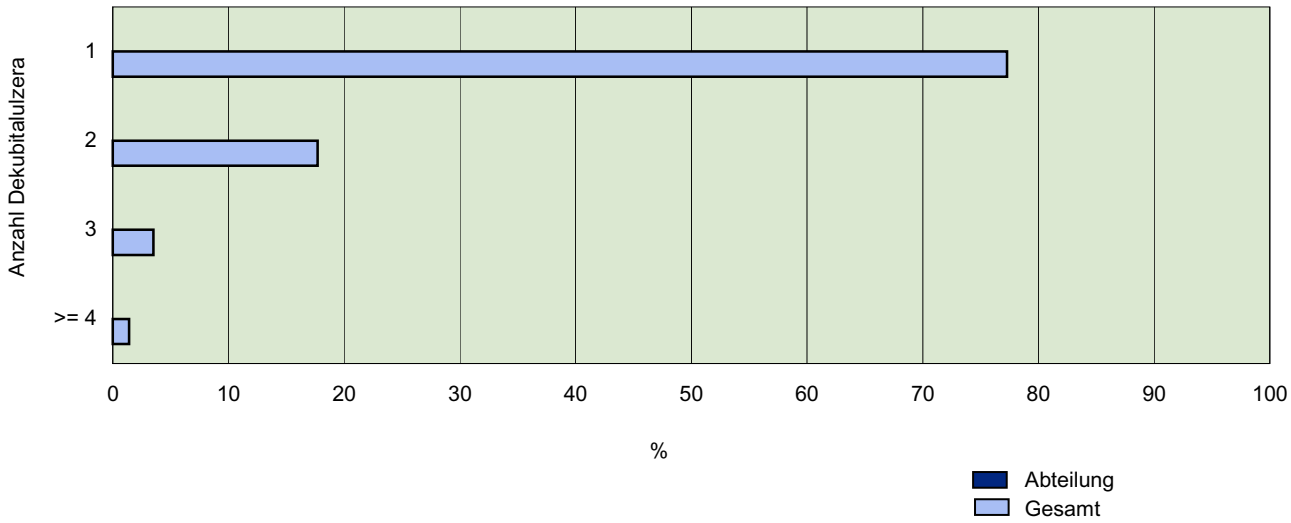
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubital-ulzera bei Entlassung						
ja			141	1,7	124	1,5
nein			8.185	98,3	8.173	98,5
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			182 / 141	*1,29*	162 / 124	*1,31*
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst-gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			64	45,4	45	36,3
Grad 2:			66	46,8	72	58,1
Grad 3:			11	7,8	7	5,6
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			23	0,3	18	0,2
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			3 / 23	13,0	2 / 18	11,1
unveränderter Anzahl			15 / 23	65,2	12 / 18	66,7
reduzierter Anzahl			5 / 23	21,7	4 / 18	22,2
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)[1]			-3 / 30	*-0,10*	-1 / 26	*-0,04*

[1] In der Prozentspalte steht (Anzahl Dekubitalulcera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulcera bei Aufnahme) / Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme.
Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar:
(Anzahl Dekubitalulcera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulcera bei Aufnahme) / Dekubitalulcera bei Aufnahme.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			23	0,3	18	0,2
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera						
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			155 / 8.303	*18,67*	137 / 8.279	*16,55*
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			8.181 / 8.303	98,5	8.171 / 8.279	98,7
1			97 / 8.303	1,2	82 / 8.279	1,0
2			19 / 8.303	0,2	24 / 8.279	0,3
3			4 / 8.303	0,0	1 / 8.279	0,0
4 oder mehr			2 / 8.303	0,0	1 / 8.279	0,0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus			122 / 8.303	1,5	108 / 8.279	1,3
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient[1]			155 / 122	*1,27*	137 / 108	*1,27*

[1] In der Prozentspalte steht die mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulcera pro Patient.
Die Spalte Anzahl stellt dar: (Anzahl der Dekubitalulcera bei Entlassung / Anzahl Patienten mit neu entstandenem Dekubitalulcus).

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 <= 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 <= 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 Landesdatenpools 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 Jahresauswertung 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.

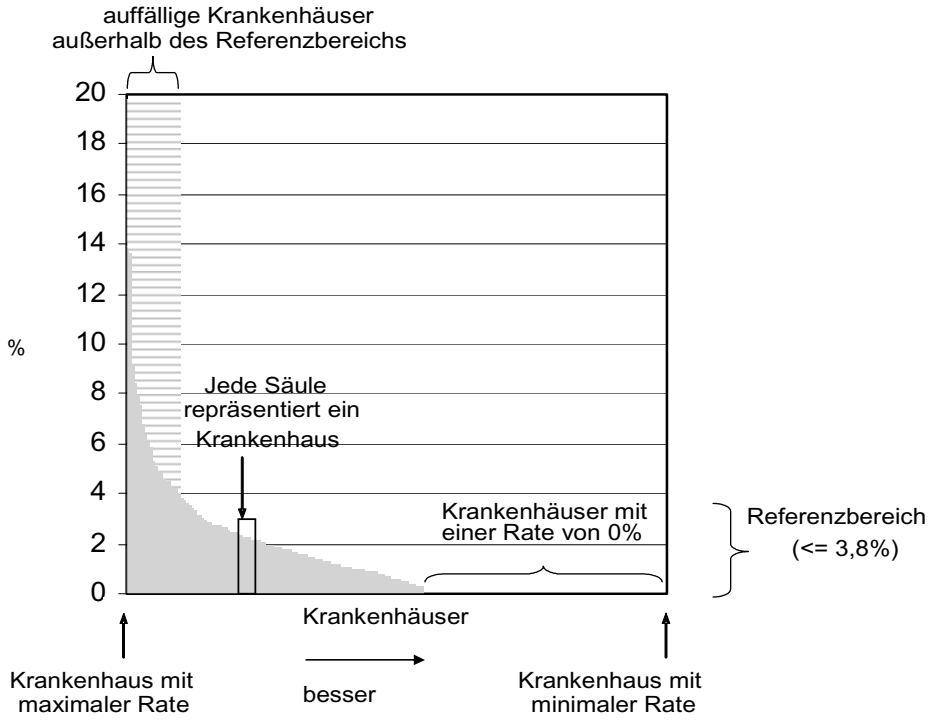
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

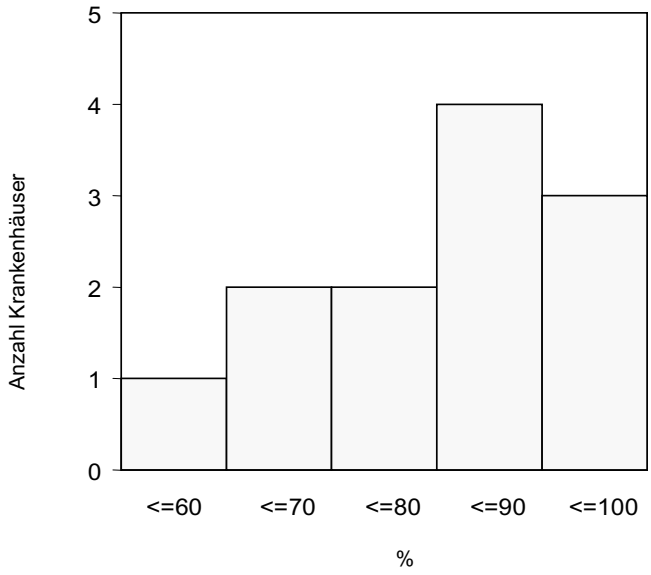
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D.h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

7. Glossar

Anteil
Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)
Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den 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.