

Jahresauswertung 2006 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Jahresauswertung 2006 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			77,6%	>= 90%	-12,4%	1.2
QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,3%	>= 95%	4,3%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70			92,2%	>= 95%	-2,8%	1.7
nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			93,6%	>= 95%	-1,4%	1.8
QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			12,1%	nicht definiert		1.12
QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,4%	<= 2%	1,6%	1.15
QI 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur			0,9%	<= 2%	1,1%	1.17
QI 7: Endoprothesenluxation			0,4%	<= 5%	4,6%	1.19
QI 8: Postoperative Wundinfektion			0,9%	<= 3%	2,1%	1.21
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen			1,8%	<= 8%	6,2%	1.27
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen			1,5%	<= 5,7%	4,2%	1.30
QI 11: Reinterventionen wegen Komplikationen			2,4%	<= 9%	6,6%	1.33
QI 12: Letalität			0,2%	Sentinel Event	-0,2%	1.35

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
Kennzahl-ID:	2006/17n2-HÜFT-TEP/68817
Referenzbereich:	>= 90%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		18 / 8.422	0,2%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		141 / 8.422	1,7%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		1.729 / 8.422	20,5%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		5.766 / 8.422	68,5%
Gruppe 5	10 Punkte		768 / 8.422	9,1%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		6.534 / 8.422	77,6%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			8.333 / 8.422	98,9%
Patienten mit Ruheschmerz			7.525 / 8.422	89,3%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			4.379 / 8.422	52,0%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			4.040 / 8.422	48,0%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			3.908 / 8.422	46,4%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			6.068 / 8.422	72,0%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			6.533 / 8.422	77,6%
Vertrauensbereich				76,66% - 78,46%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%
Vorjahresdaten*	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			6.131 / 8.326	73,6%
Vertrauensbereich				72,7% - 74,6%

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

* Die Vorjahresergebnisse wurden mit der abweichenden Rechenregel 2005 berechnet und sind eingeschränkt mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/68817]:

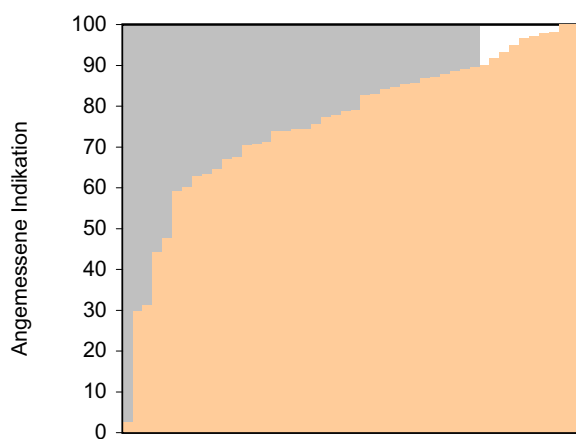
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

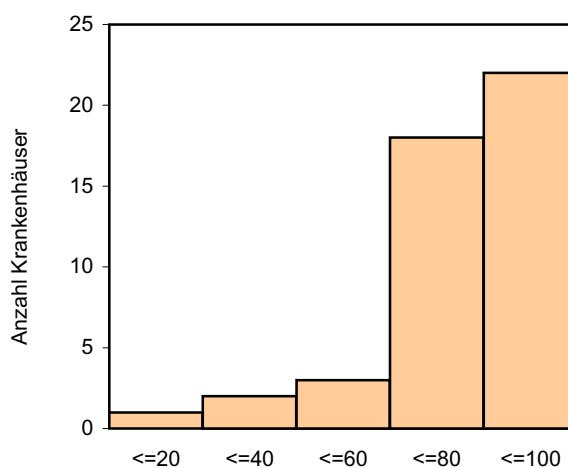
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 2,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 78,8%



Krankenhäuser



%

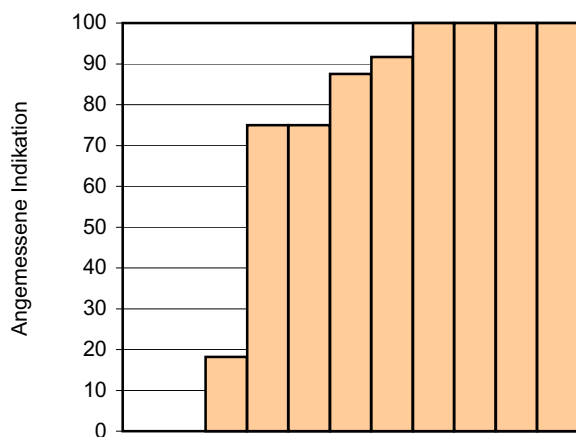
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 87,5%



Krankenhäuser

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer¹
Gruppe 2: Operationsdauer ≤ 120 min¹
Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n2-HÜFT-TEP/44535

Referenzbereich: Gruppe 1: ≥ 95%

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	≥ 95%		
davon single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	8.360 / 8.422 99,3%	7.758 / 7.817 99,2%	602 / 605 99,5%
Vertrauensbereich	99,06% - 99,44%		
Referenzbereich	≥ 95%		
davon single shot	7.429 / 8.360 88,9%	6.974 / 7.758 89,9%	455 / 602 75,6%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	931 / 8.360 11,1%	784 / 7.758 10,1%	147 / 602 24,4%

¹ Angaben eingeschränkt auf Werte zwischen 0 und 5000 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	8.252 / 8.326 99,1% 98,89% - 99,30%	7.607 / 7.676 99,1%	645 / 650 99,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/44535]:

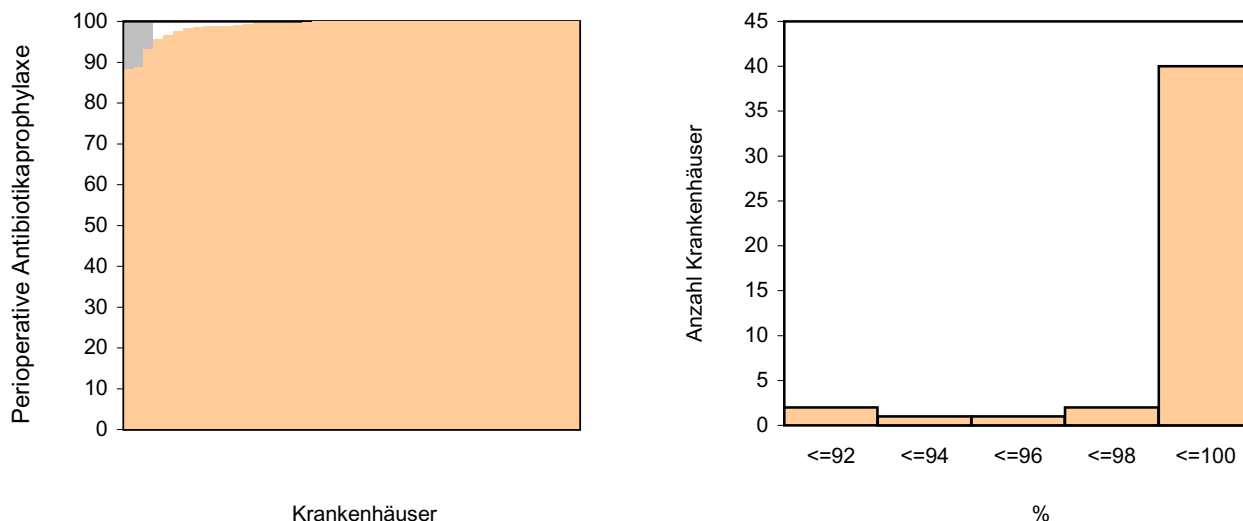
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 88,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



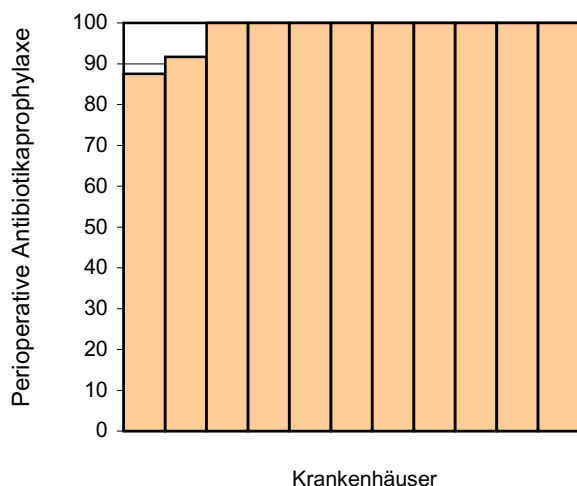
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 87,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentierter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/44977

Referenzbereich: >= 95%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 95%	7.271 / 7.885 91,60% - 92,80% >= 95%	92,2% 91,60% - 92,80% >= 95%
Patienten mit geringem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			7.627 / 7.885	96,7%
Patienten mit geringem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			7.513 / 7.885	95,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich		 >= 95%	7.000 / 7.688 90,39% - 91,68% >= 95%	91,1% 90,39% - 91,68% >= 95%

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/44413

Referenzbereich: $\geq 95\%$

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			7.885 / 8.422	93,6%
Vertrauensbereich				93,1% - 94,1%
Referenzbereich		$\geq 95\%$		$\geq 95\%$

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			7.688 / 8.326	92,3%
Vertrauensbereich				91,7% - 92,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/44977]:

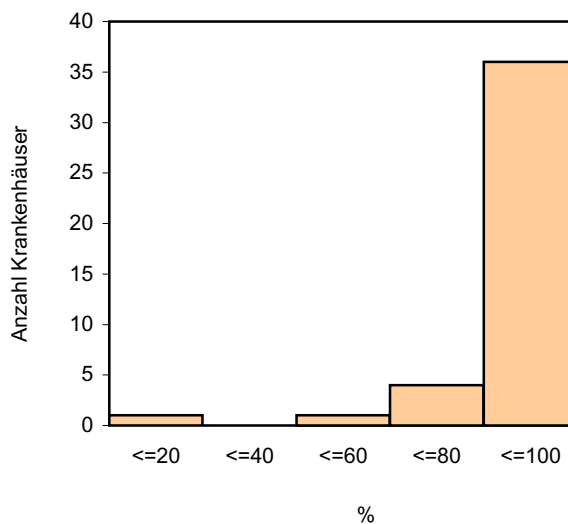
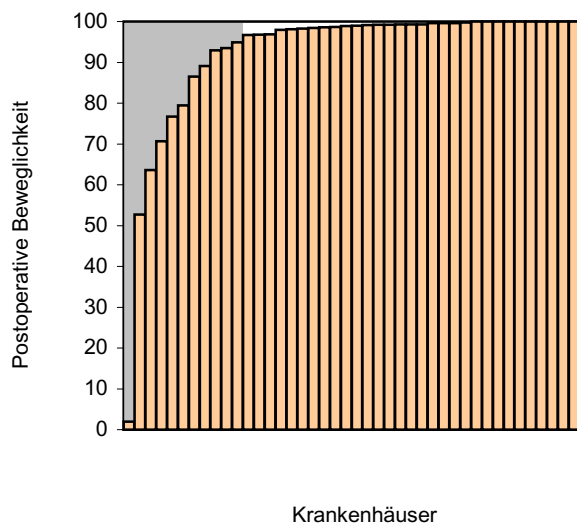
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten mit dokumentierter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,9%



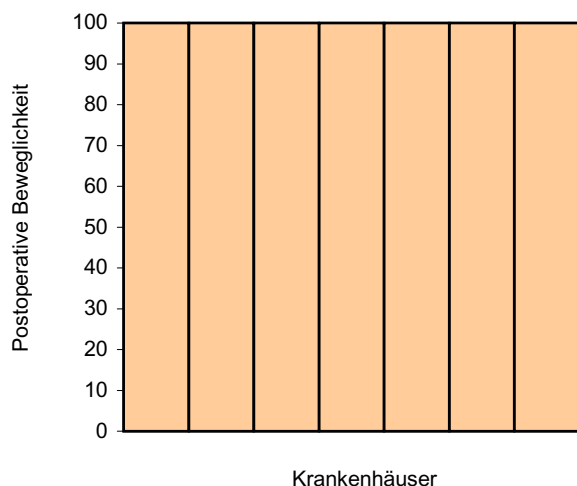
42 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/44413]:

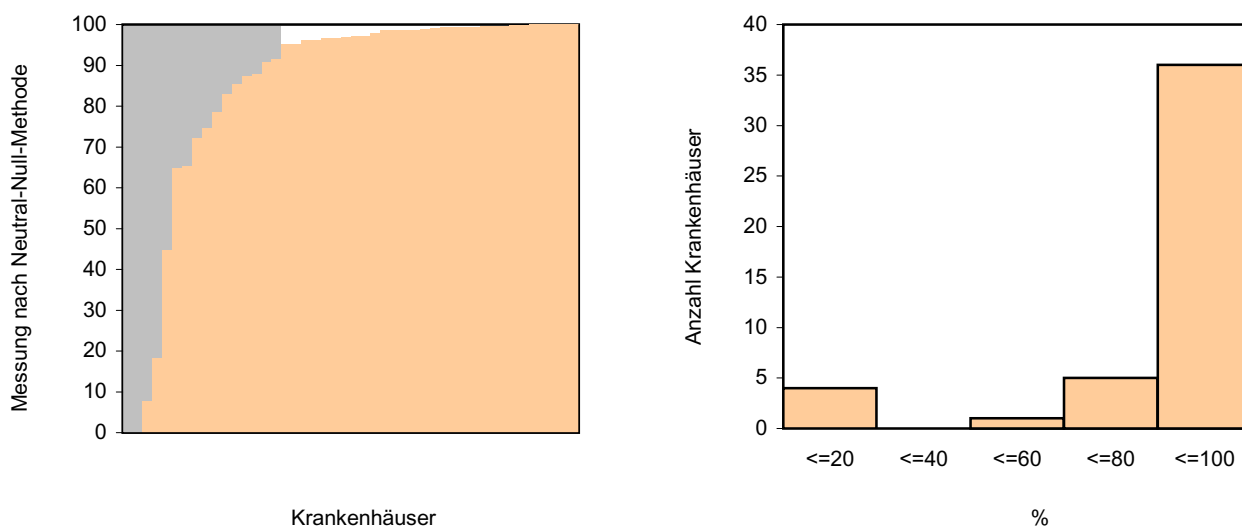
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,0%



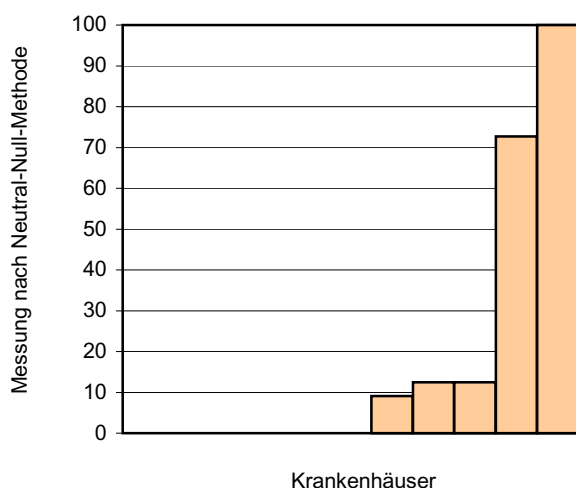
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und

- Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

	Krankenhaus 2006			
	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 2006				
	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)	6.584 / 7.119 92,5%	380 / 421 90,3%	153 / 169 90,5%	154 / 176 87,5%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/44978

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			1.007 / 8.356	12,1%
Vertrauensbereich				11,36% - 12,77%
Referenzbereich	nicht definiert		nicht definiert	

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			7 / 8.255	0,1%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,18%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/44978]:

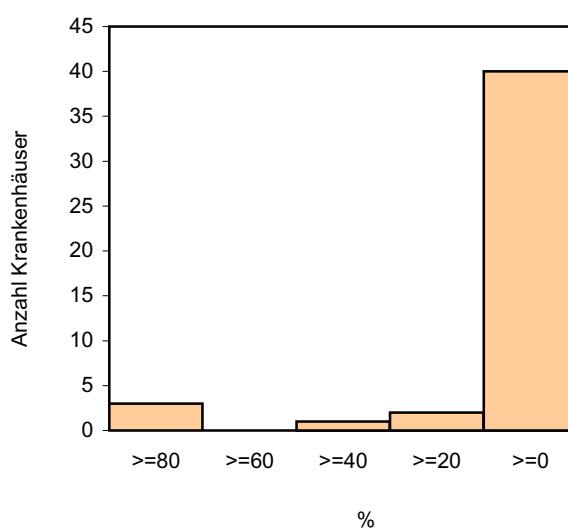
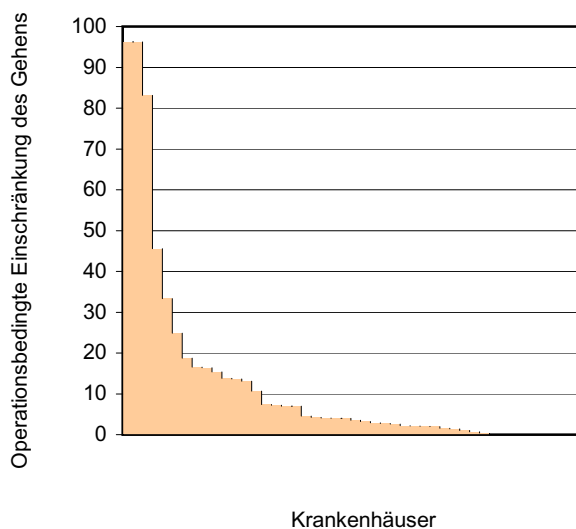
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 96,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,7%



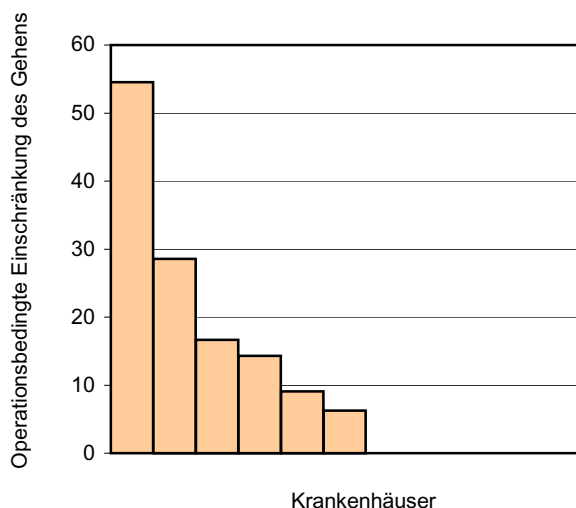
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 54,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 6,3%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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 Tage¹
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

	Krankenhaus 2006			
	Gruppe 1 ≤ 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung				
	Gesamt 2006			
	Gruppe 1 ≤ 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	895 / 7.480 12,0%	63 / 494 12,8%	26 / 184 14,1%	23 / 198 11,6%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/73838

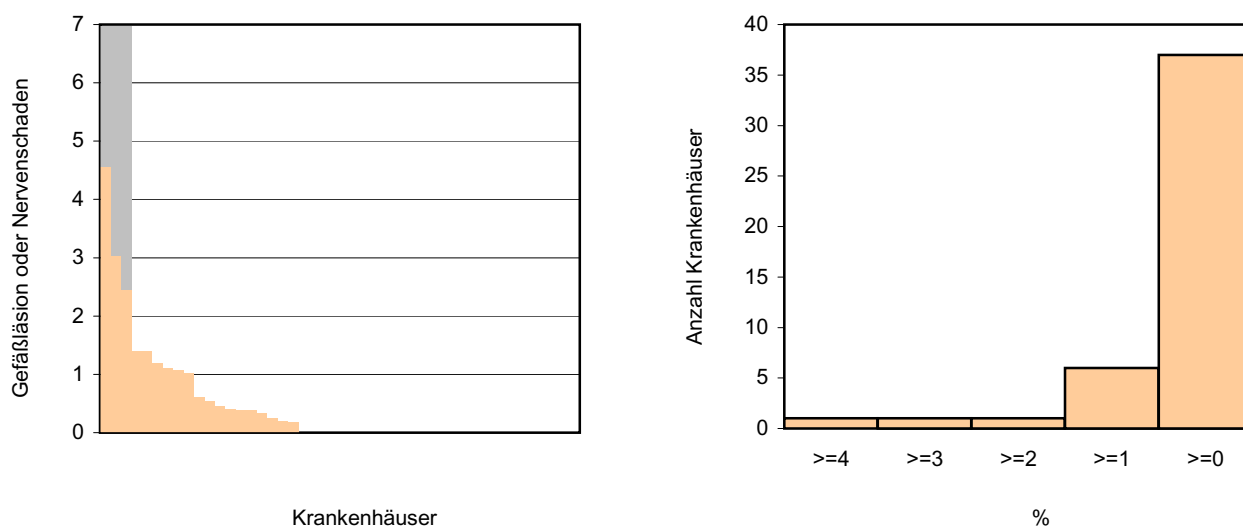
Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			6 / 8.422	0,1%
Patienten mit Nervenschaden			26 / 8.422	0,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			32 / 8.422	0,4%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,54%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			44 / 8.326	0,5%
Vertrauensbereich				0,38% - 0,71%

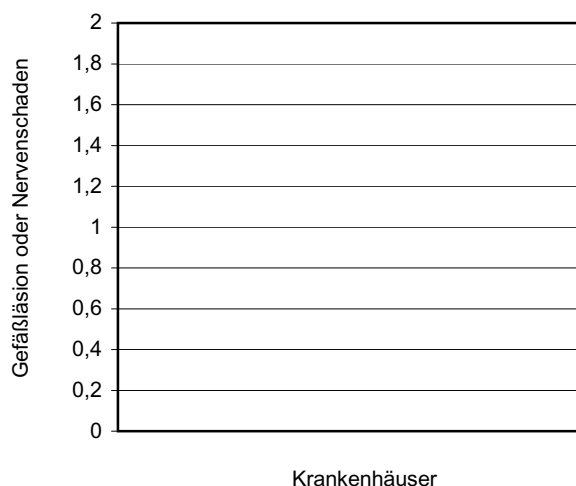
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/73838]:
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45106

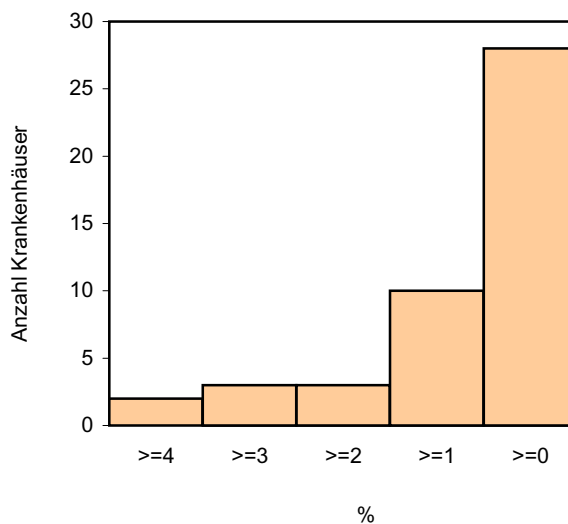
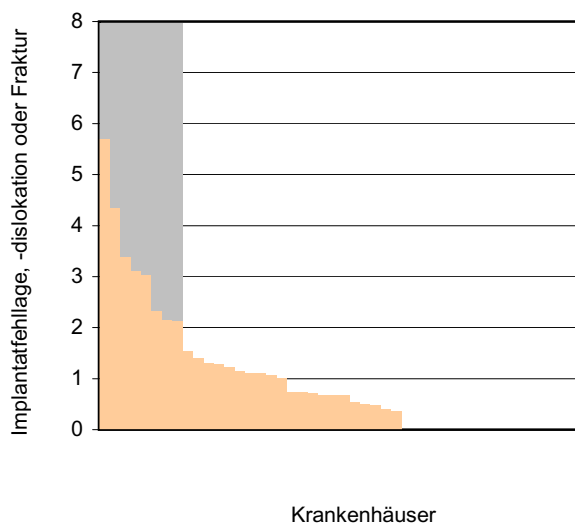
Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			8 / 8.422	0,1%
Patienten mit Implantatdislokation			7 / 8.422	0,1%
Patienten mit Fraktur			66 / 8.422	0,8%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			79 / 8.422	0,9%
Vertrauensbereich				0,74% - 1,17%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			66 / 8.326	0,8%
Vertrauensbereich				0,61% - 1,01%

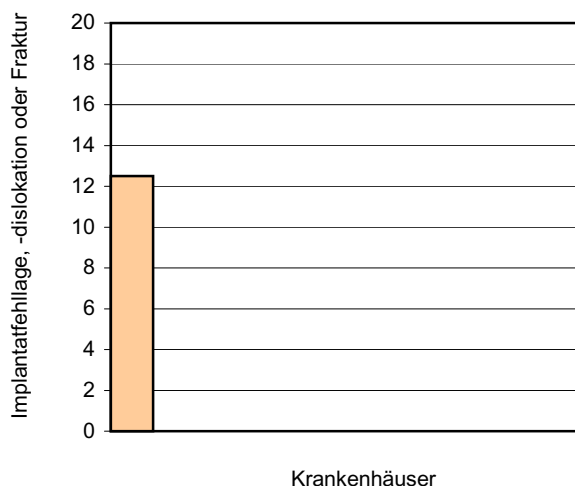
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45106]:
Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,7%



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,5%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45013
Referenzbereich: <= 5%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			31 / 8.422	0,4%
Vertrauensbereich				0,25% - 0,52%
Referenzbereich		<= 5%		<= 5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			40 / 8.326	0,5%
Vertrauensbereich				0,34% - 0,65%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45013]:

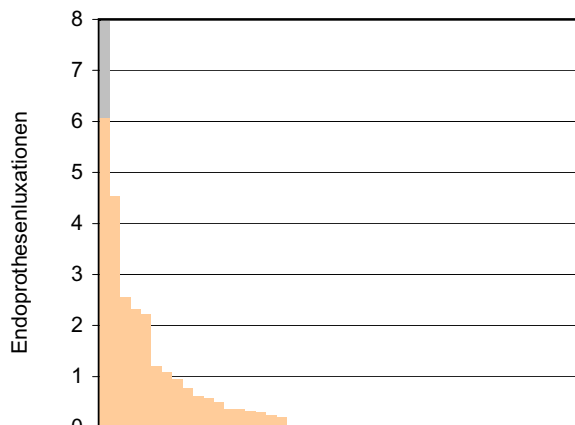
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

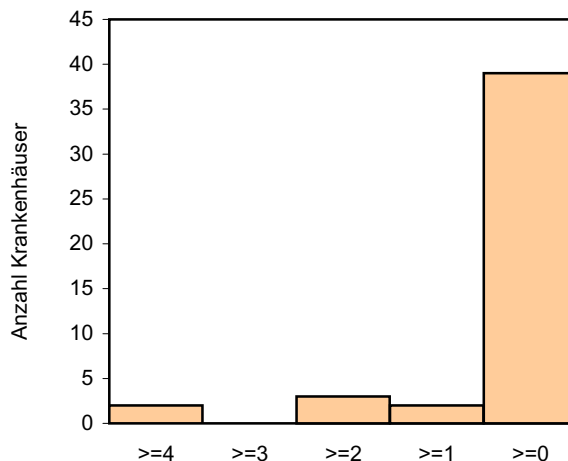
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

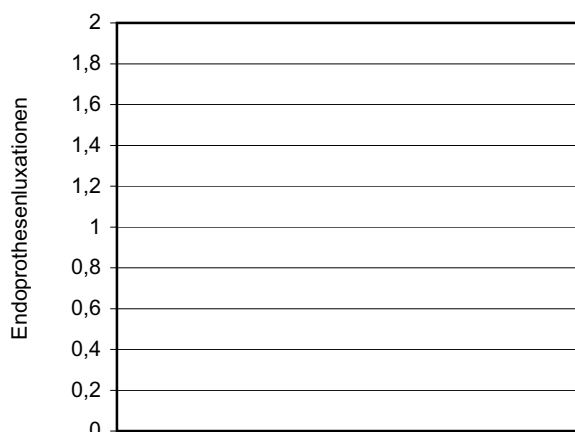
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45108

Referenzbereich: <= 3%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			80 / 8.422	0,9%
Vertrauensbereich				0,75% - 1,18%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			35 / 8.422	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			45 / 8.422	0,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			79 / 8.326	0,9%
Vertrauensbereich				0,75% - 1,18%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45108]:

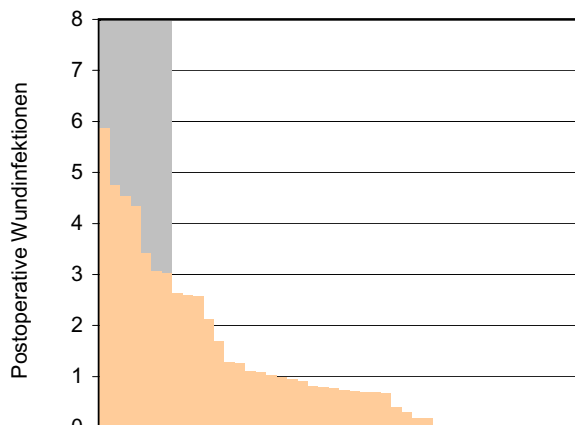
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

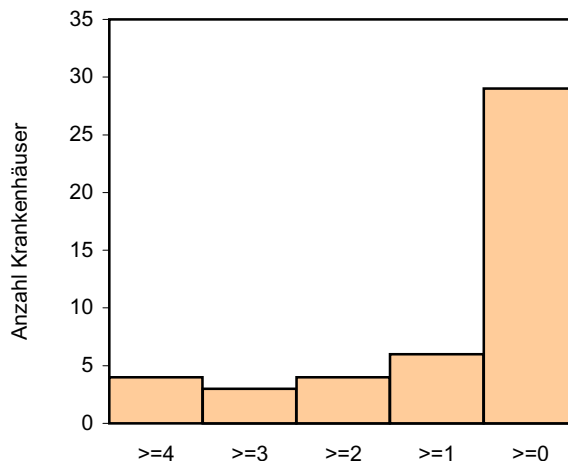
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,8%



Krankenhäuser



%

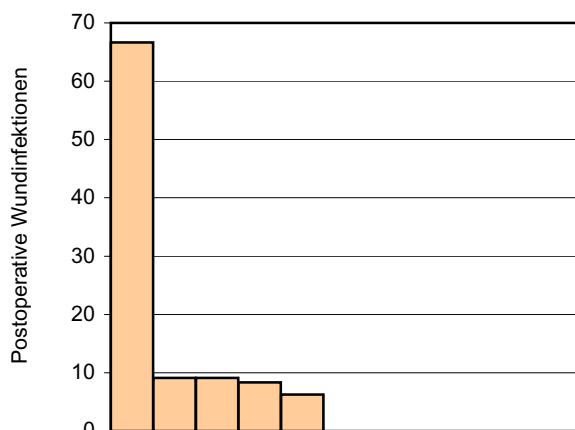
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 66,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 96 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 NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.447 / 8.422	52,8%
Risikoklasse 1			3.259 / 8.422	38,7%
Risikoklasse 2			714 / 8.422	8,5%
Risikoklasse 3			2 / 8.422	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)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			20 / 4.447	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			9 / 4.447	0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			11 / 4.447	0,2%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			40 / 3.259	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			18 / 3.259	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			22 / 3.259	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 NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			19 / 714	2,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			8 / 714	1,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			11 / 714	1,5%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 2	50,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 2	50,0%

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 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45036

Referenzbereich: <= 8%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			151 / 8.422	1,8%
Vertrauensbereich				1,52% - 2,10%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			182 / 8.326	2,2%
Vertrauensbereich				1,88% - 2,52%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45036]:

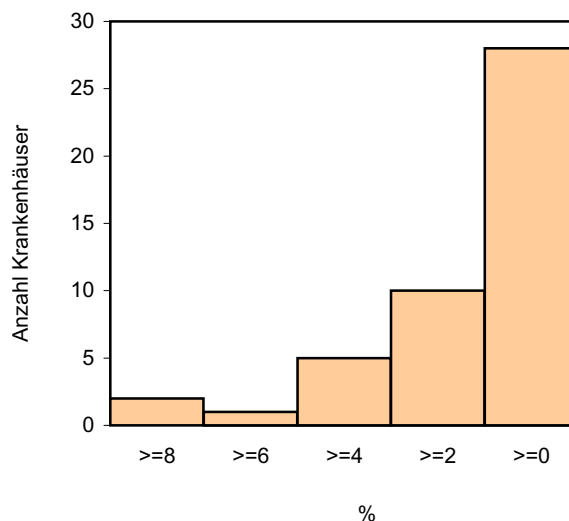
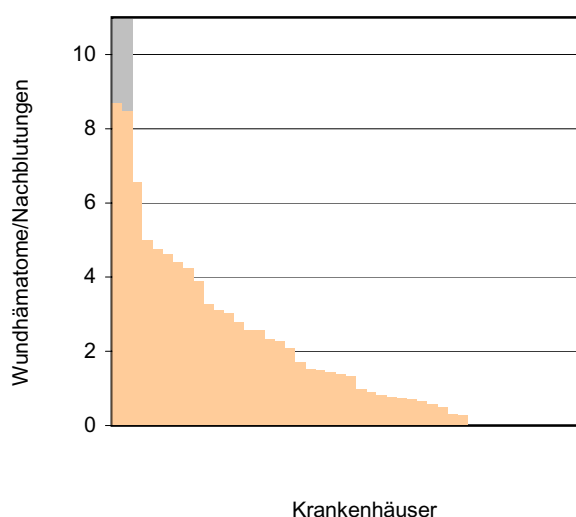
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



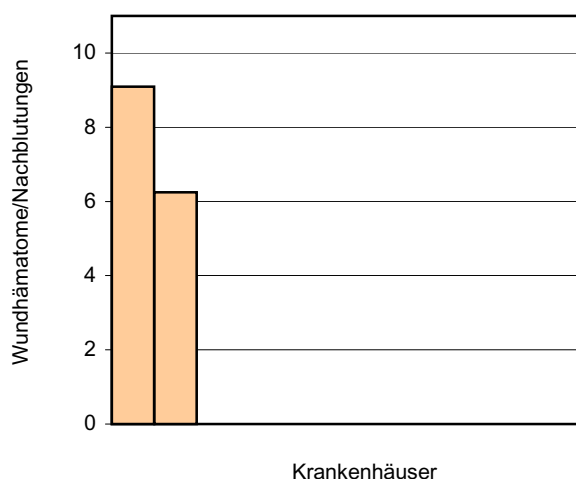
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 60 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min¹

	Krankenhaus 2006			
	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 2006			
	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	21 / 1.784 1,2%	109 / 6.033 1,8%	14 / 542 2,6%	7 / 63 11,1%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 10: 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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45138

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,7% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	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 (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 5,7%		

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	21 / 8.422 0,2%	8 / 5.722 0,1%	13 / 2.700 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	73 / 8.422 0,9%	23 / 5.722 0,4%	50 / 2.700 1,9%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	32 / 8.422 0,4%	15 / 5.722 0,3%	17 / 2.700 0,6%
Patienten mit Lungenembolie	21 / 8.422 0,2%	12 / 5.722 0,2%	9 / 2.700 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	217 / 8.422 2,6%	113 / 5.722 2,0%	104 / 2.700 3,9%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	127 / 8.422 1,5%	45 / 5.722 0,8%	82 / 2.700 3,0%
Vertrauensbereich	1,26% - 1,79%		
Referenzbereich	<= 5,7%		

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	147 / 8.326 1,8%	50 / 5.780 0,9%	97 / 2.545 3,8%
Vertrauensbereich	1,49% - 2,07%		

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45138]:

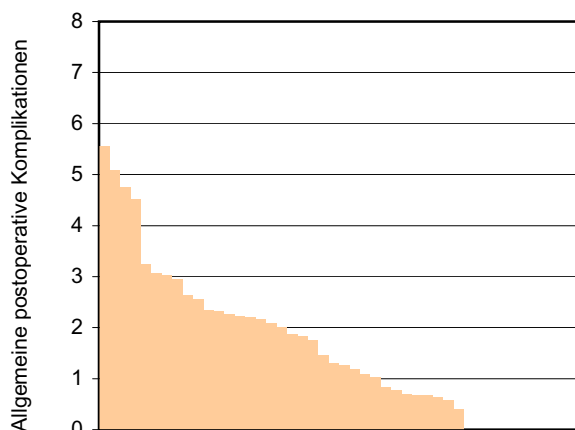
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

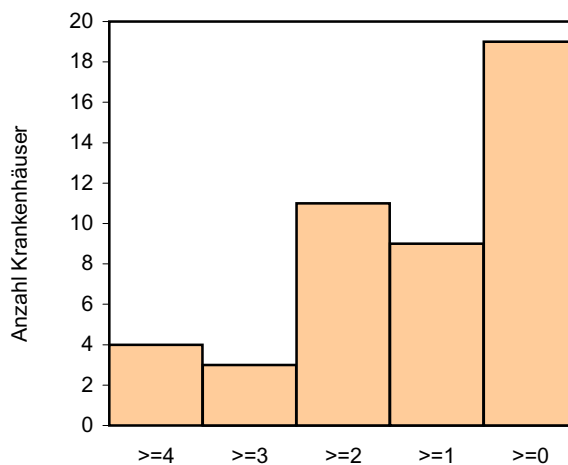
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,3%



Krankenhäuser



%

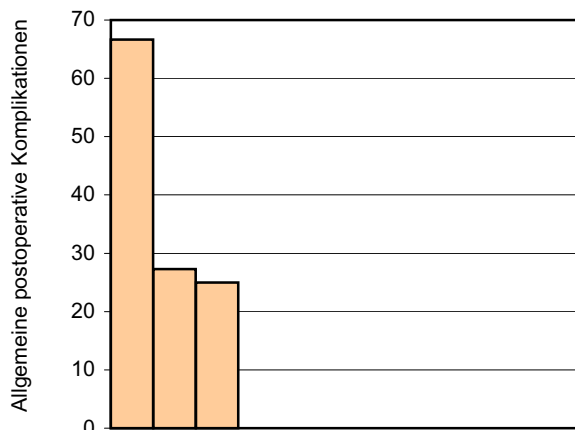
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 66,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 11: Reinterventionen wegen Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reintervention wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45059

Referenzbereich: <= 9%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			205 / 8.422	2,4%
Vertrauensbereich				2,12% - 2,79%
Referenzbereich		<= 9%		<= 9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			149 / 8.326	1,8%
Vertrauensbereich				1,52% - 2,10%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45059]:

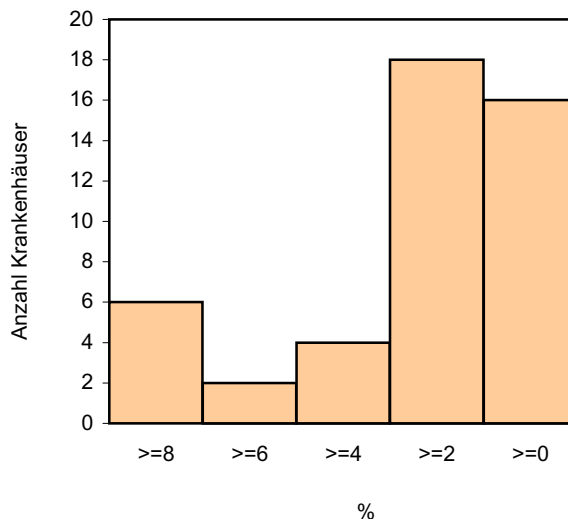
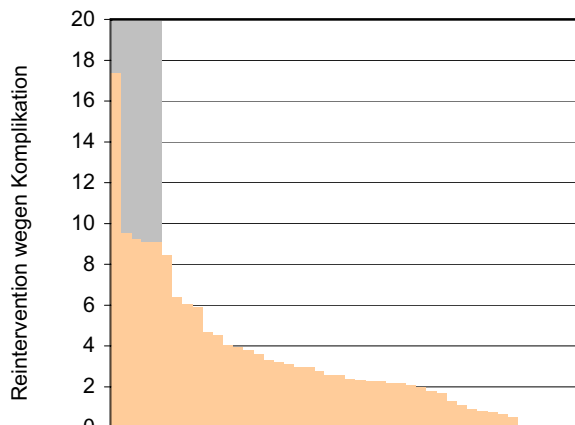
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 17,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,5%



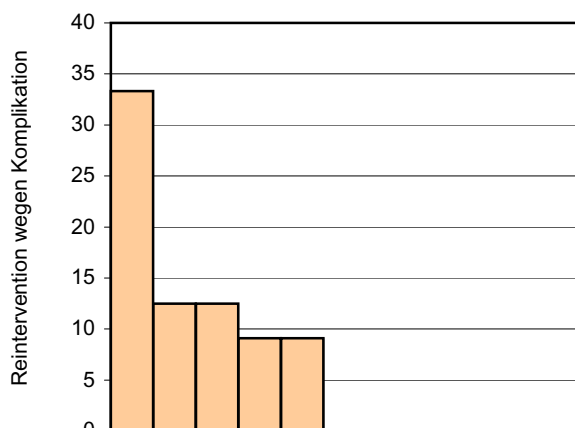
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 12: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2006/17n2-HÜFT-TEP/45060
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			19 / 8.422	0,2%
Vertrauensbereich				0,14% - 0,35%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			32 / 8.326	0,4%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,54%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2006/17n2-HÜFT-TEP/45060]:

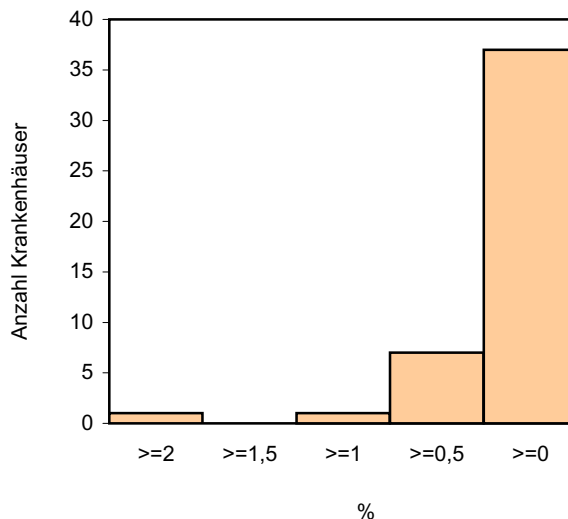
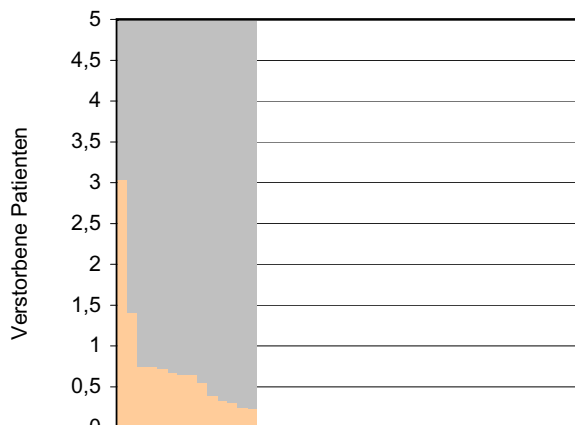
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



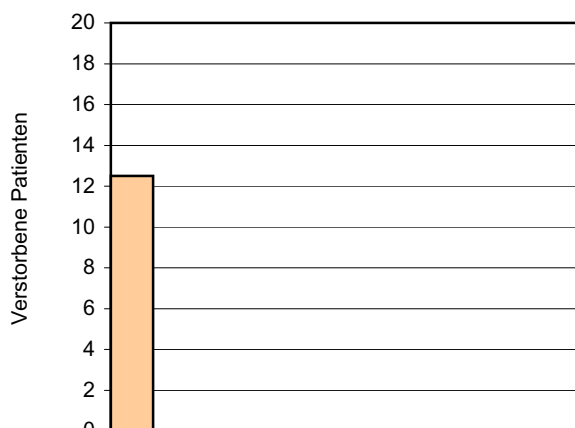
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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

	Krankenhaus 2006			
	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 2006			
	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	4 / 5.722 0,1%	11 / 2.640 0,4%	4 / 60 6,7%	0 / 0

Jahresauswertung 2006 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Basisdaten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.064	24,5	1.968	23,6
2. Quartal			2.140	25,4	2.110	25,3
3. Quartal			1.977	23,5	2.061	24,8
4. Quartal			2.241	26,6	2.187	26,3
Gesamt			8.422		8.326	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.422		8.326	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				12,6		13,1
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.422		8.326	
Median				13,0		14,0
Mittelwert				14,2		14,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2006

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
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 2006

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	5.022	59,6	M16.1	4.551	54,7
2				D62	1.608	19,1	I10.00	1.494	17,9
3				I10.00	1.480	17,6	D62	1.441	17,3
4				I10.90	1.464	17,4	I10.90	1.297	15,6
5				Z96.6	1.129	13,4	Z96.6	1.096	13,2
6				M16.9	967	11,5	M16.9	1.012	12,2
7				M16.0	812	9,6	M16.0	897	10,8
8				M16.3	672	8,0	M16.3	730	8,8

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

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

OPS 2006¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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

OPS 2006

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	4.991	59,3	5-820.00	4.836	58,1
2				5-820.02	1.849	22,0	5-820.02	1.796	21,6
3				8-803.2	1.474	17,5	5-820.01	1.398	16,8
4				5-820.01	1.322	15,7	8-930	1.175	14,1
5				8-930	696	8,3	8-803.2	1.016	12,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2005 und OPS 2006 inhaltliche Änderungen

in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

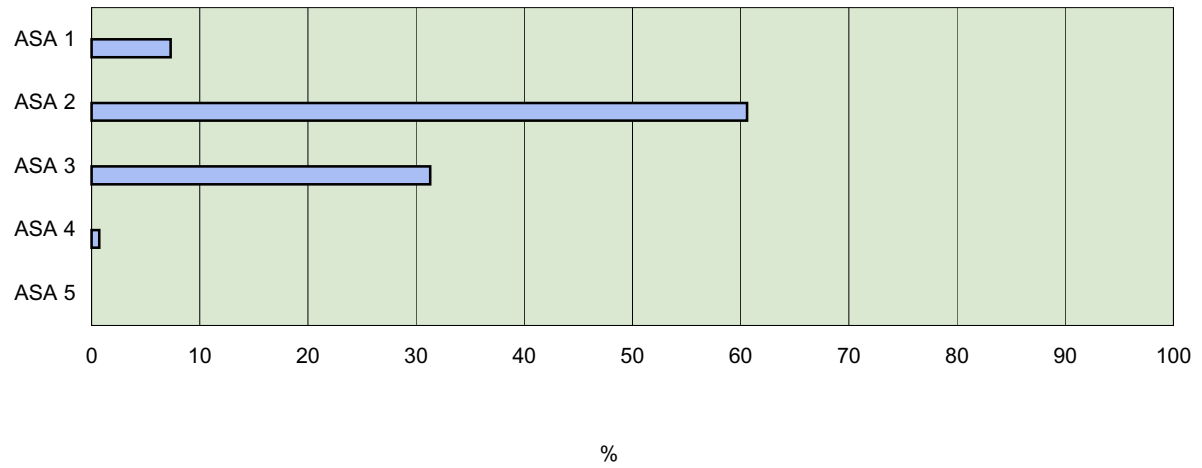
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			10 / 8.422	0,1	6 / 8.326	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			188 / 8.422	2,2	48 / 8.326	0,6
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.422	0,0	0 / 8.326	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			28 / 8.422	0,3	17 / 8.326	0,2

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.422 / 8.422		8.323 / 8.326	
< 40 Jahre			69 / 8.422	0,8	75 / 8.323	0,9
40 - 59 Jahre			1.506 / 8.422	17,9	1.531 / 8.323	18,4
60 - 79 Jahre			5.810 / 8.422	69,0	5.742 / 8.323	69,0
80 - 89 Jahre			1.011 / 8.422	12,0	943 / 8.323	11,3
>= 90 Jahre			26 / 8.422	0,3	32 / 8.323	0,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.422		8.323	
Median				69,5		69,0
Geschlecht						
männlich			3.221	38,2	3.230	38,8
weiblich			5.201	61,8	5.096	61,2
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert ¹			143	1,7	-	-
nicht dokumentiert ¹			11	0,1	-	-
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			616	7,3	701	8,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.106	60,6	5.079	61,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.640	31,3	2.486	29,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			60	0,7	59	0,7
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ruheschmerzen Anzahl der Patienten			7.525	89,3	7.304	87,7
Belastungsschmerz¹ Anzahl der Patienten			8.333	98,9	-	-
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah¹ Anzahl der Patienten			698	8,3	-	-

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.462	88,6	7.478	89,8
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.462		7.478	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,5		0,5
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				3,5		4,0
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				85,5		86,5
Ab-/Adduktion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.462		7.478	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				20,0		20,0
Mittelwert				16,6		16,9
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,2
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				11,9		12,2

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006	Gesamt 2005
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Außen-/Innenrotation Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben		7.462	7.478
Winkel			
Außenrotation (Grad)			
Median		10,0	10,0
Mittelwert		13,1	13,2
Neutral-Null-Wert (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		1,4	1,6
Winkel			
Innenrotation (Grad)			
Median		5,0	5,0
Mittelwert		6,2	6,3

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			613	7,3	904	10,9
eindeutig			5.492	65,2	5.536	66,5
große			2.317	27,5	1.886	22,7
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			97	1,2	177	2,1
eindeutig verschmälert			2.496	29,6	2.500	30,0
fortgeschritten verschmälert			3.809	45,2	3.808	45,7
aufgehoben			2.020	24,0	1.841	22,1
Sklerose						
keine Sklerose			97	1,2	220	2,6
leichte Sklerose			2.518	29,9	2.805	33,7
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.347	39,7	3.295	39,6
Sklerose mit Zysten			2.460	29,2	2.006	24,1
Deformierung						
keine Deformierung			845	10,0	1.026	12,3
leichte Deformierung			3.746	44,5	4.055	48,7
deutliche Deformierung			3.831	45,5	3.245	39,0
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.355	99,2	8.247	99,1
bedingt aseptische Eingriffe			60	0,7	67	0,8
kontaminierte Eingriffe			3	0,0	5	0,1
septische Eingriffe			4	0,0	7	0,1

Operation

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten mit gültiger Angabe			8.422		8.326	
Median				80,0		80,0
Mittelwert				82,4		82,8
perioperative						
Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.360	99,3	8.252	99,1
davon						
single shot			7.429 / 8.360	88,9	7.101 / 8.252	86,1
intraoperative Zweitgabe			84 / 8.360	1,0	88 / 8.252	1,1
öfter			847 / 8.360	10,1	1.063 / 8.252	12,9
medikamentöse						
Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			8.356	99,2	8.250	99,1

Verlauf

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			8.376	99,5	8.292	99,6
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein Anzahl der Patienten			4.826	57,3	4.911	59,0
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			368	4,4	326	3,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			8	0,1	4	0,0
Implantatdislokation			7	0,1	7	0,1
Endoprothesenluxation			31	0,4	40	0,5
Wundhämaton/Nachblutung			151	1,8	182	2,2
Gefäßläsion			6	0,1	6	0,1
Nervenschaden			26	0,3	38	0,5
Fraktur			66	0,8	57	0,7
Sonstige ¹			92	1,1	-	-
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten davon			80	0,9	79	0,9
A1 (oberflächliche Infektion)			35 / 80	43,8	35 / 79	44,3
A2 (tiefe Infektion)			37 / 80	46,3	30 / 79	38,0
A3 (Räume/Organe)			8 / 80	10,0	14 / 79	17,7
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			205	2,4	149	1,8

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			327	3,9	406	4,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			21	0,2	16	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			73	0,9	98	1,2
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			32	0,4	29	0,3
Lungenembolie			21	0,2	13	0,2
Sonstige			217	2,6	287	3,4

Entlassung I

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			7.885	93,6	7.688	92,3
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			7.885		7.688	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,4
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,3		0,4
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				86,2		85,3
operationsbedingte Einschränkung des selbständigen Gehens (mit Gehhilfen)¹						
Anzahl der Patienten			1.018	12,1	10	0,1
operationsbedingte Einschränkung der selbständigen Versorgung in der täglichen Hygiene (Toilettengang, Waschen)¹						
Anzahl der Patienten			497	5,9	12	0,1

¹ Vorjahresergebnisse beziehen sich auf die in 2006 geänderte Grundgesamtheit „alle Patienten“ und weichen deshalb von der Auswertung 2005 ab.

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.269	38,8	3.675	44,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			72	0,9	130	1,6
03: aus sonstigen Gründen			3	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,1	2	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			53	0,6	37	0,4
07: Tod			19	0,2	32	0,4
08: Verlegung nach § 14			360	4,3	344	4,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.602	54,6	4.069	48,9
10: in Pflegeeinrichtung			25	0,3	18	0,2
11: in Hospiz			2	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			6	0,1	12	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	1	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,0	2	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0

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 BPfIV)
- 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 Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV 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 BPfIV 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 2006

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			4.991 / 8.422	59,3	4.836 / 8.326	58,1
5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.322 / 8.422	15,7	1.398 / 8.326	16,8
5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			1.849 / 8.422	22,0	1.796 / 8.326	21,6
5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			108 / 8.422	1,3	135 / 8.326	1,6
5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			30 / 8.422	0,4	42 / 8.326	0,5
5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			67 / 8.422	0,8	59 / 8.326	0,7
5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			3 / 8.422	0,0	3 / 8.326	0,0
5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			1 / 8.422	0,0	3 / 8.326	0,0

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.32 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Hybrid (teilzementiert)			3 / 8.422	0,0	5 / 8.326	0,1
5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			16 / 8.422	0,2	7 / 8.326	0,1
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			22 / 8.422	0,3	26 / 8.326	0,3
5-820.42 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Hybrid (teilzementiert)			3 / 8.422	0,0	3 / 8.326	0,0
5-820.60 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Nicht zementiert			4 / 8.422	0,0	1 / 8.326	0,0
5-820.61 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Zementiert			1 / 8.422	0,0	1 / 8.326	0,0
5-820.62 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfkappe: Hybrid (teilzementiert)			5 / 8.422	0,1	5 / 8.326	0,1
5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			3 / 8.422	0,0	5 / 8.326	0,1

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			3 / 8.422	0,0	2 / 8.326	0,0
5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			1 / 8.422	0,0	6 / 8.326	0,1

Jahresauswertung 2006
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Jahresauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	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			0,7%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			1,2%	nicht definiert		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitus- status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
			27,8%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4						
			0,0%	Sentinel Event	0,0%	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
Kennzahl-ID:	1. 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/50656 2. 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48915
Referenzbereich:	1. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert. 2. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			58 / 8.404	0,7%
Vertrauensbereich				0,52% - 0,89%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			99 / 8.404	1,2%
Vertrauensbereich				0,96% - 1,43%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			41 / 99	41,4%
Grad 2			48 / 99	48,5%
Grad 3			8 / 99	8,1%
Grad 4			2 / 99	2,0%
keine Gradangabe			0 / 99	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			8.305 / 8.404	98,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			65 / 8.303 0,60% - 1,00%	0,8%
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			122 / 8.303 1,22% - 1,75%	1,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/50656]:

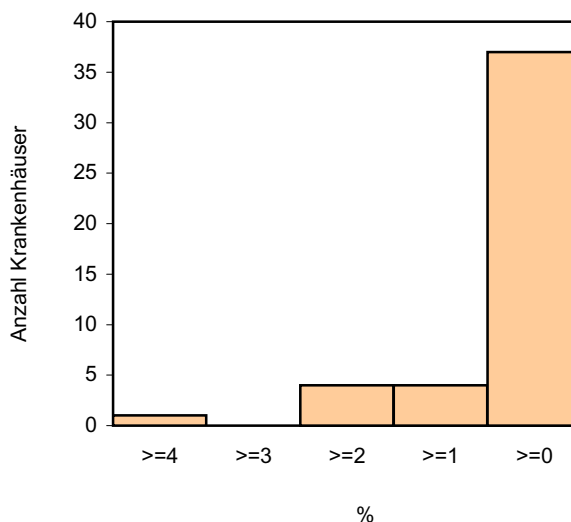
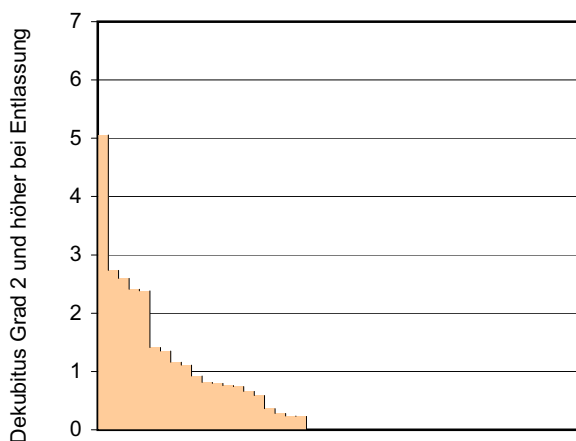
**Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung
an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



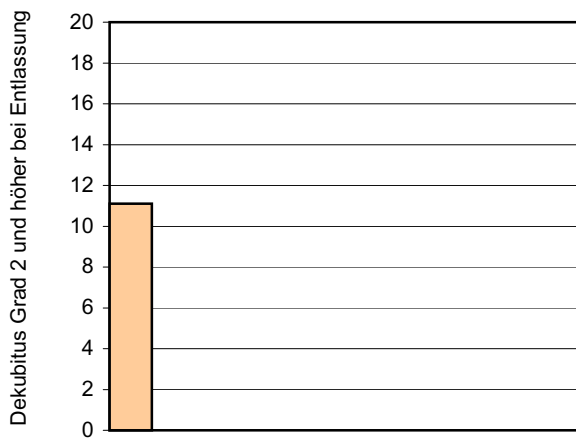
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48915]:

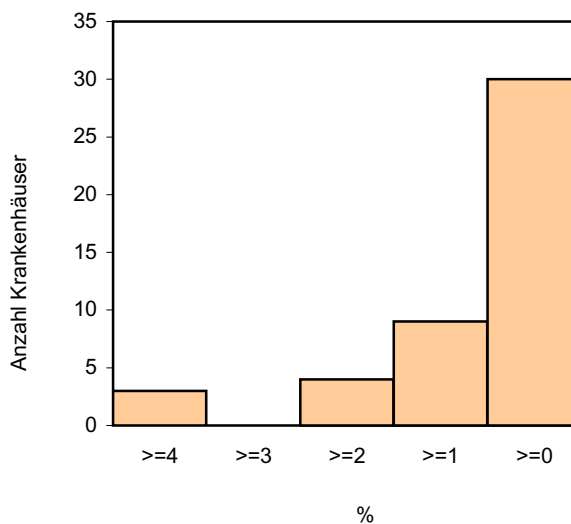
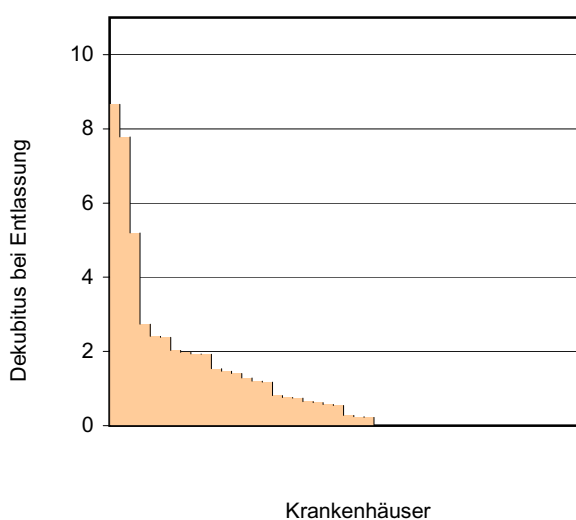
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,4%



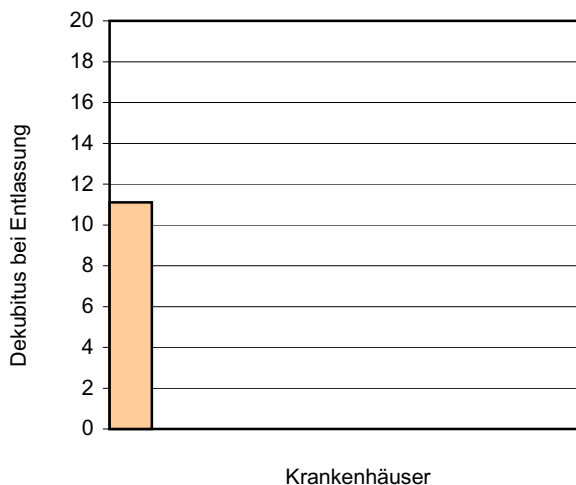
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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
Kennzahl-ID:	2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48922
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			5 / 18	27,8%
Vertrauensbereich				9,60% - 53,50%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			4 / 5	80,0%
Grad 2			1 / 5	20,0%
Grad 3			0 / 5	0,0%
Grad 4			0 / 5	0,0%
keine Gradangabe			0 / 5	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			13 / 18	72,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 23	17,4%
Vertrauensbereich				4,90% - 38,80%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/48922]:

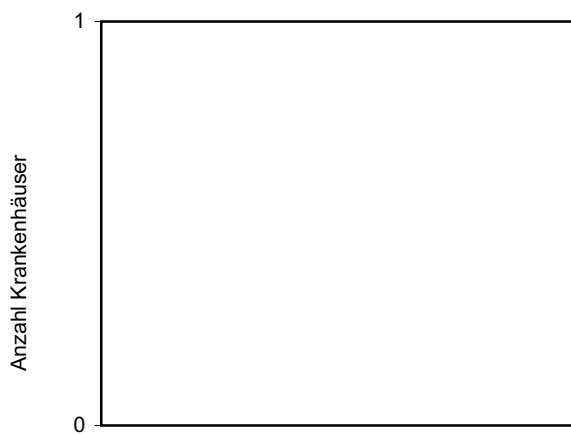
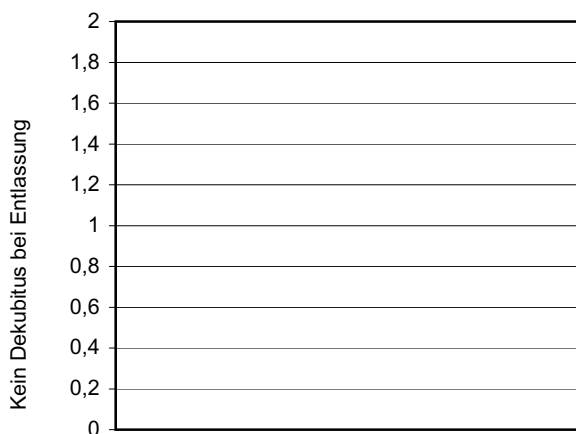
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

45 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

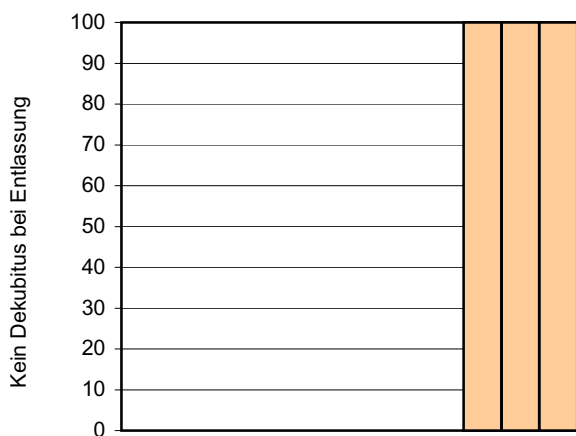
%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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

Kennzahl-ID: 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/70310

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			2 / 8.404	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,09%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 8.303	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,04%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n2-HÜFT-TEP/70310]:

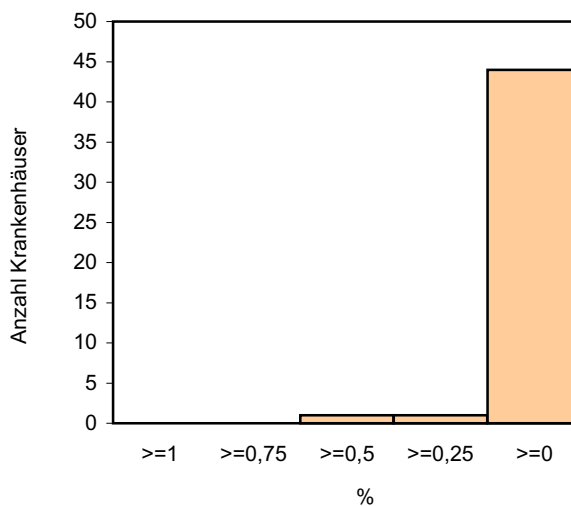
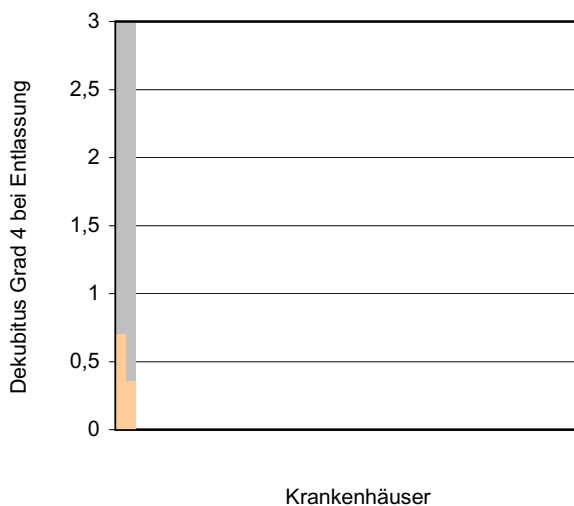
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



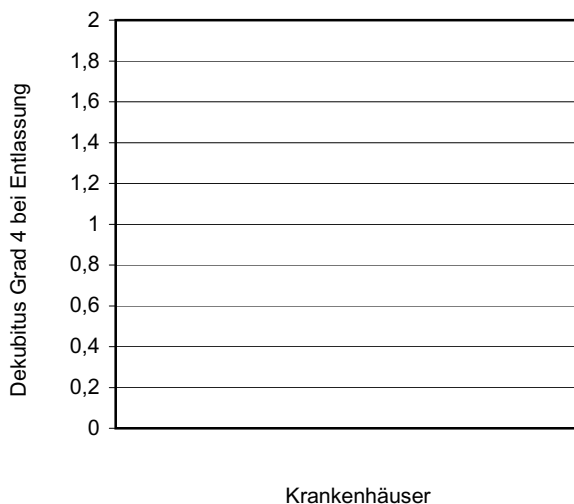
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2006 Dekubitusprophylaxe bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.422
Auswertungsversion: 11. April 2007
Datensatzversion: 17/2 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 18. April 2007
Nr. Gesamt-3518
2006 - D4918-L37826-P19657

Basisdaten

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006	Gesamt 2005
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		8.422	8.326

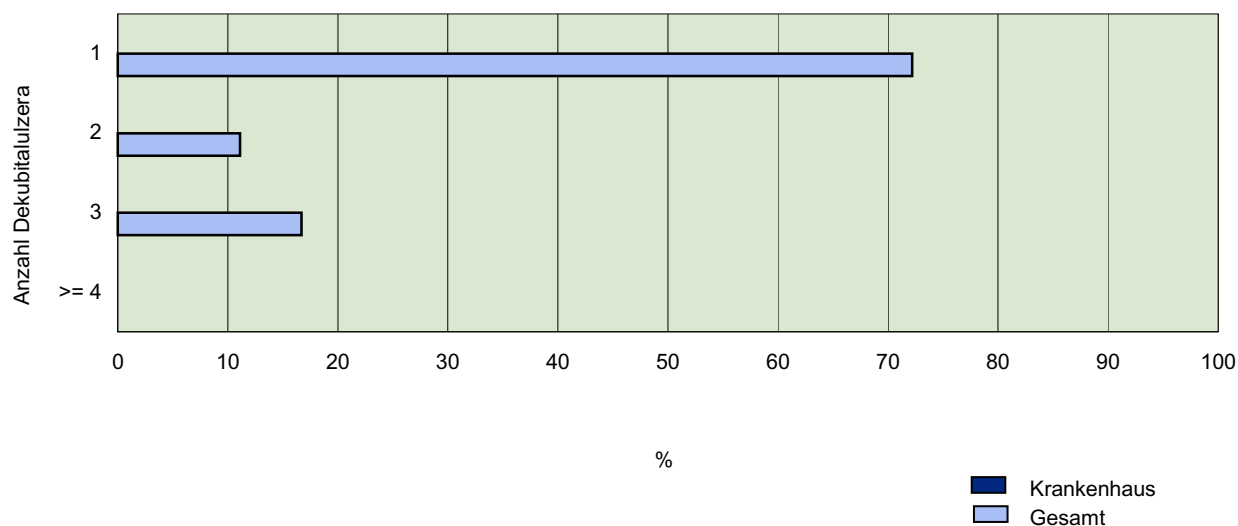
Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.422 / 8.422		8.323 / 8.326	
< 20 Jahre			0 / 8.422	0,0	5 / 8.323	0,1
20 - 39 Jahre			69 / 8.422	0,8	70 / 8.323	0,8
40 - 59 Jahre			1.506 / 8.422	17,9	1.531 / 8.323	18,4
60 - 69 Jahre			2.556 / 8.422	30,3	2.573 / 8.323	30,9
70 - 79 Jahre			3.254 / 8.422	38,6	3.169 / 8.323	38,1
80 - 89 Jahre			1.011 / 8.422	12,0	943 / 8.323	11,3
>= 90 Jahre			26 / 8.422	0,3	32 / 8.323	0,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.422		8.323	
Median				70,0		69,0
Mittelwert				68,3		68,0
Geschlecht						
männlich			3.221	38,2	3.230	38,8
weiblich			5.201	61,8	5.096	61,2
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			616	7,3	701	8,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.106	60,6	5.079	61,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.640	31,3	2.486	29,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			60	0,7	59	0,7
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			18	0,2	23	0,3
nein			8.404	99,8	8.303	99,7
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			26 / 18	1,44	30 / 23	1,30
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			9	50,0	8	34,8
Grad 2:			6	33,3	14	60,9
Grad 3:			3	16,7	1	4,3
Grad 4:			0	0,0	0	0,0

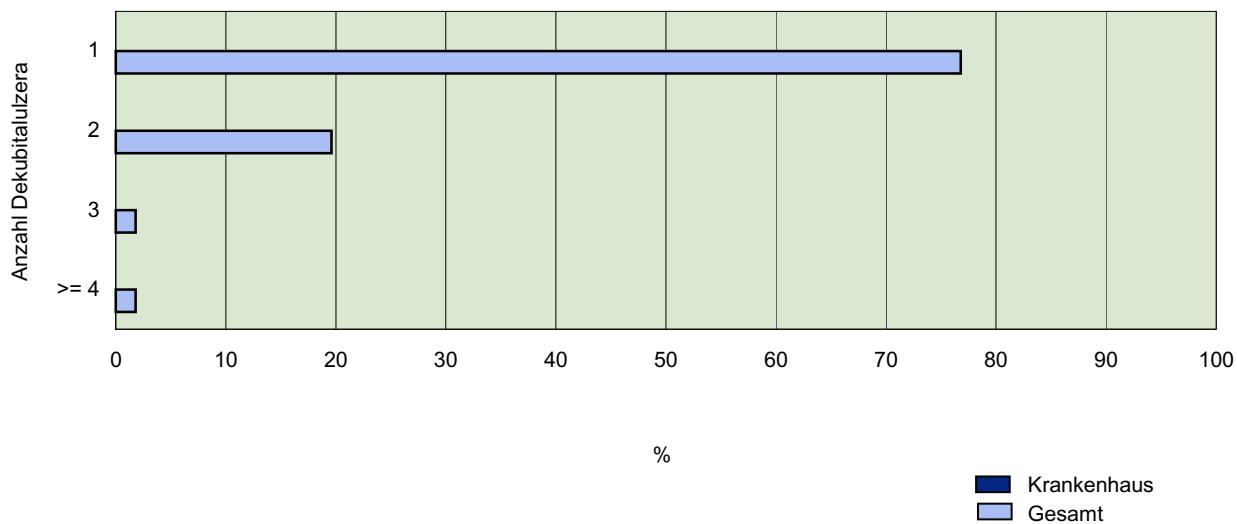
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			112	1,3	141	1,7
nein			8.310	98,7	8.185	98,3
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			151 / 112	1,35	182 / 141	1,29
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			45	40,2	64	45,4
Grad 2:			54	48,2	66	46,8
Grad 3:			10	8,9	11	7,8
Grad 4:			3	2,7	0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			18	0,2	23	0,3
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			2 / 18	11,1	3 / 23	13,0
unveränderter Anzahl			11 / 18	61,1	15 / 23	65,2
reduzierter Anzahl			5 / 18	27,8	5 / 23	21,7
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹			-6 / 26	-0,23	-3 / 30	-0,10

¹ In der Prozentspalte steht:

(Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme) / Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme.

Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar:

(Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung - Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme) / Dekubitalulzera bei Aufnahme.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			18	0,2	23	0,3
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera						
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			131 / 8.404	15,59	155 / 8.303	18,67
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			8.305 / 8.404	98,8	8.181 / 8.303	98,5
1			78 / 8.404	0,9	97 / 8.303	1,2
2			19 / 8.404	0,2	19 / 8.303	0,2
3			0 / 8.404	0,0	4 / 8.303	0,0
4 oder mehr			2 / 8.404	0,0	2 / 8.303	0,0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus			99 / 8.404	1,2	122 / 8.303	1,5
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹			131 / 99	1,32	155 / 122	1,27

¹ In der Prozentspalte steht die mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient.

Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar: (Anzahl der Dekubitalulzera bei Entlassung / Anzahl Patienten mit neu entstandenem Dekubitalulkus).

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d.h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2006.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.3 Vorjahresdaten

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

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

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

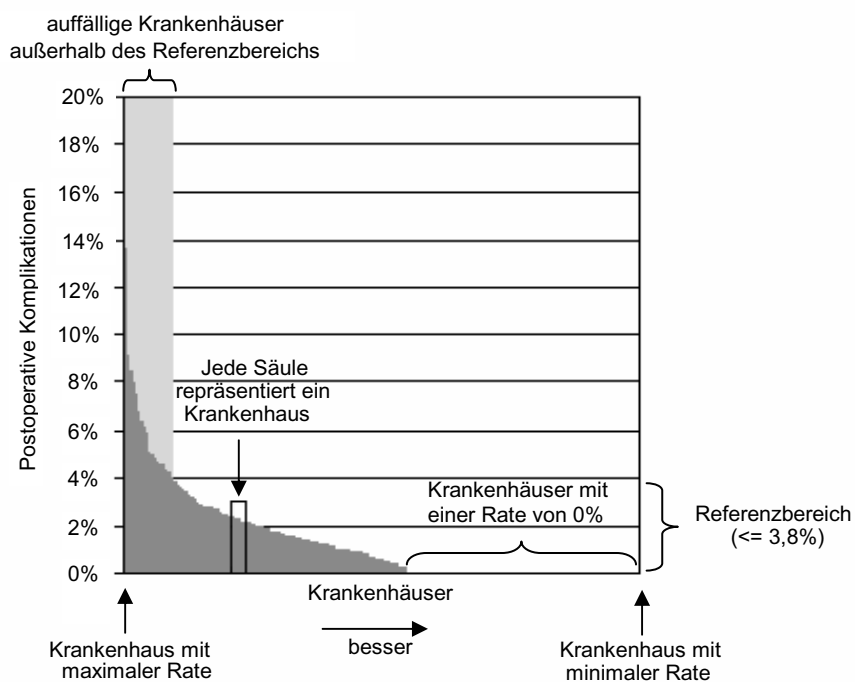
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

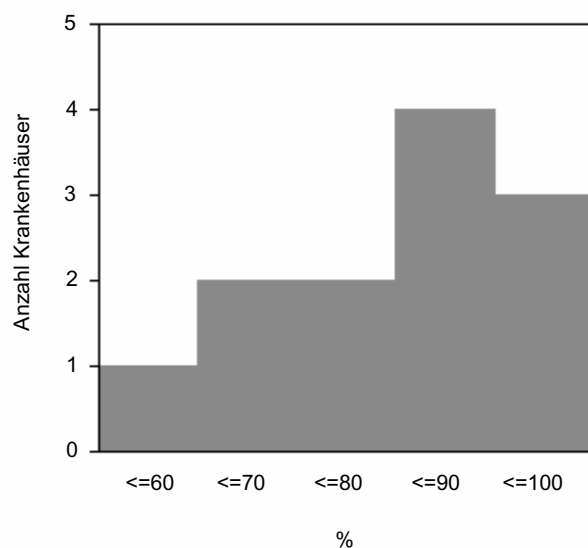
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z.B. steht die Bezeichnung 2006/18n1-MAMMA/46200 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Postoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2006.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z.B. 46200) ermöglicht eine schnelle Suche im Internet auf den Homepages der BQS.

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.