

Jahresauswertung 2004 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 41
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2504
2004 - D3248-L19486-P13619

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten			91,4%	>= 72,7%	18,6%	1.1
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht						
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion an allen Patienten mit Entzündungszeichen			36,5%	>= 6,9%	29,6%	1.3
Perioperative Antibiotikaphylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten			99,2%	>= 95%	4,2%	1.5
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p an allen Patienten			99,7%	= 100%	-0,3%	1.8
Gefähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			97,4%	nicht definiert		1.10
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			97,2%	nicht definiert		1.13
Gefäßläsion						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten			0,3%	nicht definiert		1.16

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Nervenschaden Anteil von Pat. mit Nervenschaden als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten			1,1%	nicht definiert		1.18
Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch Anteil von Patienten mit Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten			1,7%	nicht definiert		1.20
Fraktur Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten			1,8%	<= 9,1%	7,3%	1.22
Endoprothesenluxation Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten			2,6%	<= 9,7%	7,1%	1.24
Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten			2,9%	nicht definiert		1.26
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten			0,7%	<= 4,8%	4,0%	1.30
Wundhämatome/Nachblutungen Anteil von Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten			3,8%	<= 14,8%	11,0%	1.33
Allgemeine postoperative Komplikationen Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten			9,4%	<= 22,7%	13,3%	1.36
Reinterventionen wegen Komplikation Anteil von Pat. mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten			4,7%	<= 15,4%	10,7%	1.38
Letalität Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten			1,3%	Sentinel Event		1.40

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 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.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) 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 grauen Hintergrund.

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

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

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

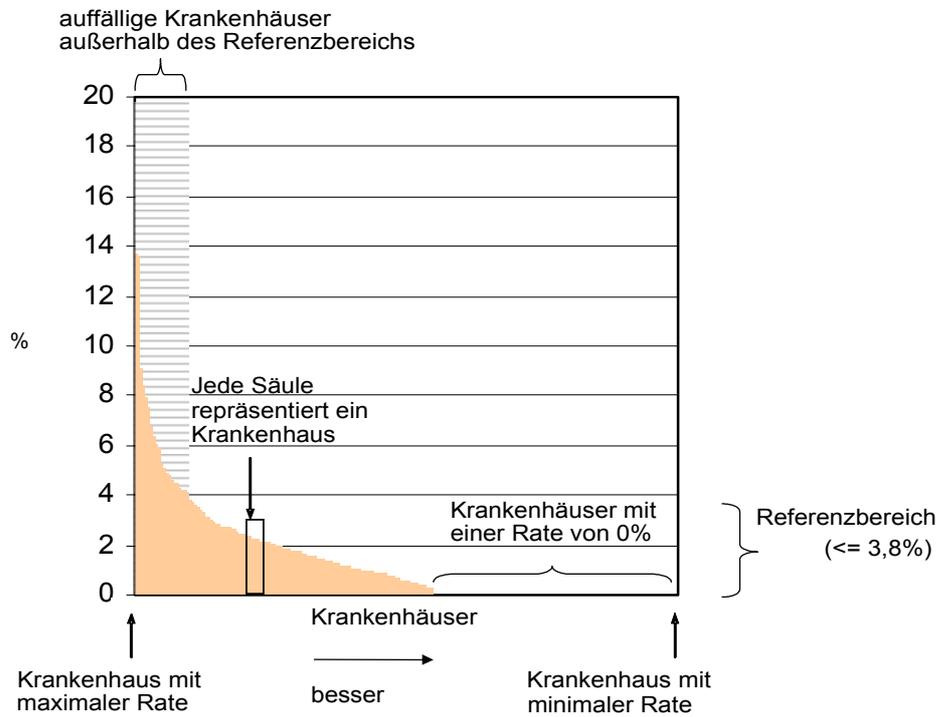
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

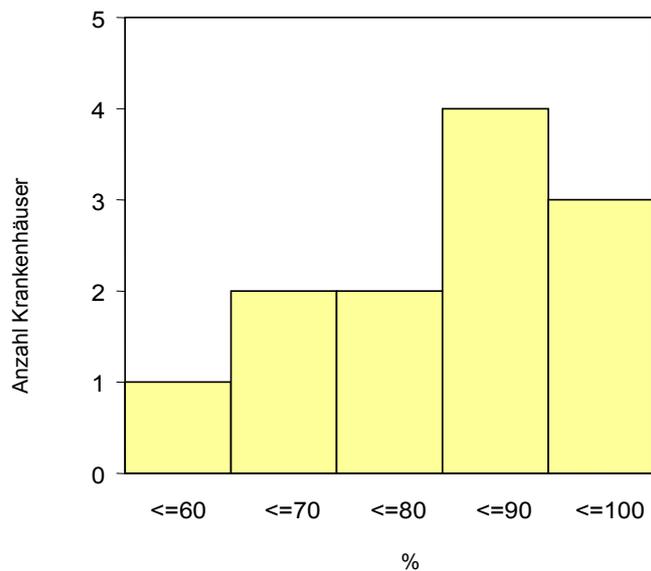
Beispiel:

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	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 Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältnis“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

Qualitätsindikator: Indikation

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: $\geq 72,7\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			940 / 996	94,4%
Patienten mit Schmerzen beim Treppensteigen			921 / 996	92,5%
Patienten mit Stauchungsschmerz			807 / 996	81,0%
Pat. mit Drehschmerz (Oberschenkel)			796 / 996	79,9%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Zunahme der Lockerungszeichen			680 / 996	68,3%
Patienten mit Implantatwanderung			434 / 996	43,6%
Patienten mit Lockerung der Pfanne			648 / 996	65,1%
Patienten mit Lockerung des Schaftes			433 / 996	43,5%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			435 / 996	43,7%
Patienten mit Substanzverlust Femur			243 / 996	24,4%
Entzündungszeichen				
Pat. mit Entzündungszeichen im Labor			170 / 996	17,1%
Patienten mit Erregernachweis			75 / 996	7,5%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			910 / 996	91,4%
Vertrauensbereich				89,44% - 93,04%
Referenzbereich		$\geq 72,7\%$		$\geq 72,7\%$

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			458 / 491	93,3%
Vertrauensbereich				90,68% - 95,33%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:

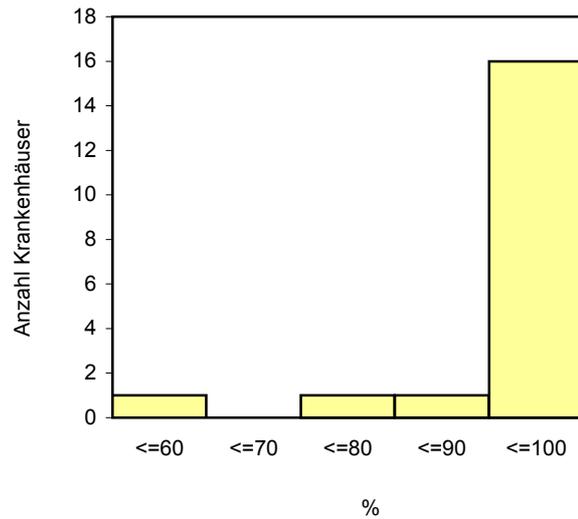
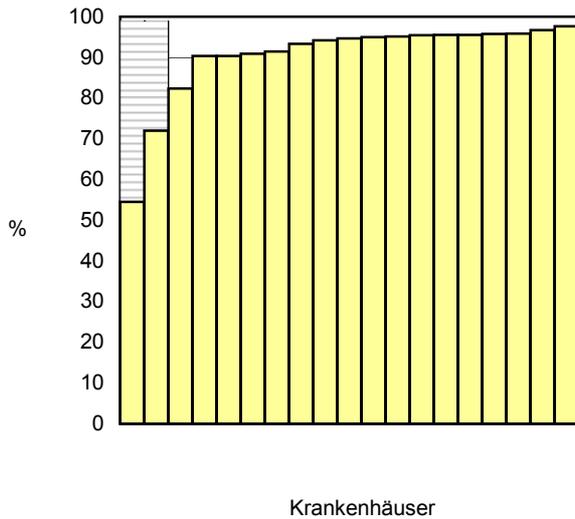
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 54,5% - 97,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,6%



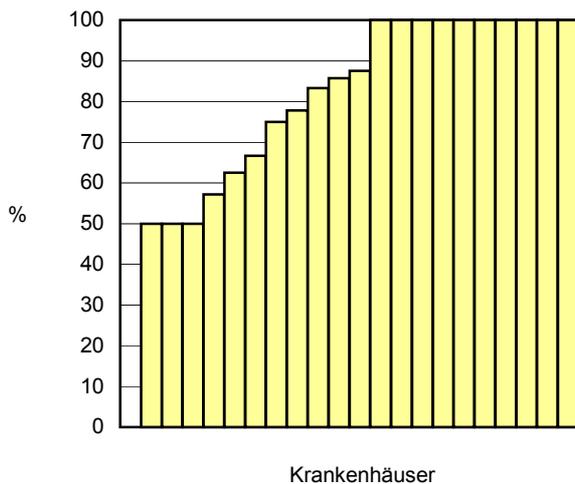
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 86,6%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht

Qualitätsziel: Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht
Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)
Referenzbereich: >= 6,9% (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gelenkpunktion			62 / 170	36,5%
Vertrauensbereich			29,23% - 44,20%	
Referenzbereich		>= 6,9%	>= 6,9%	

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gelenkpunktion			52 / 100	52,0%
Vertrauensbereich			41,76% - 62,12%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:

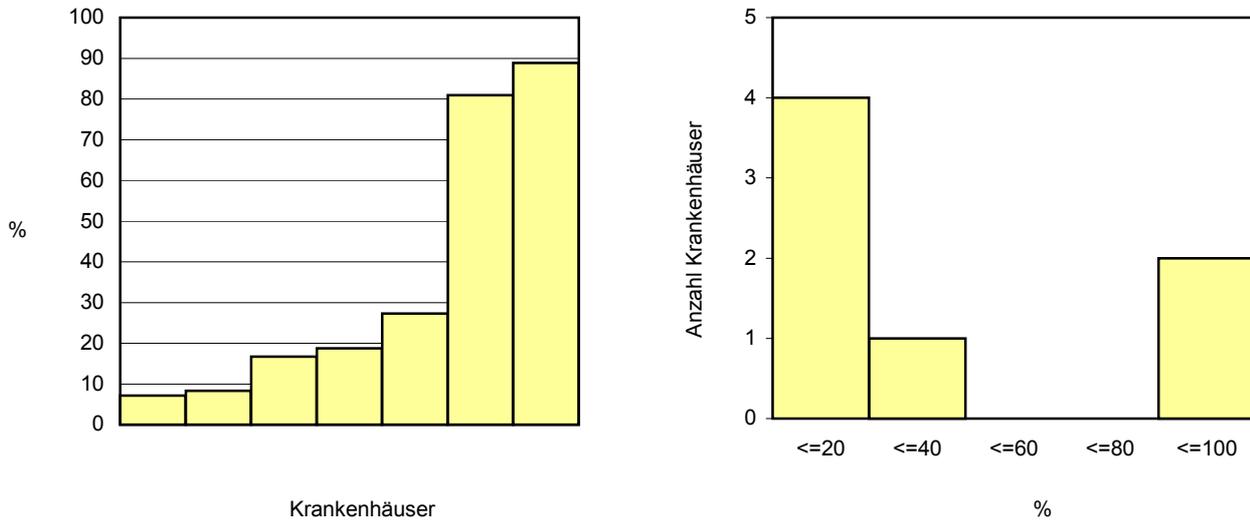
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion an allen Patienten mit Entzündungszeichen

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 7,1% - 88,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 18,8%



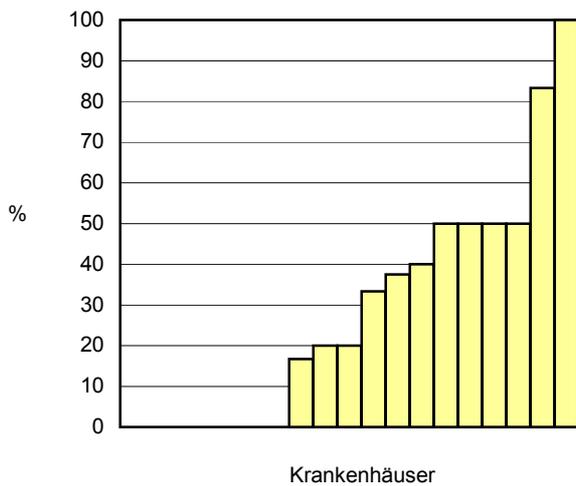
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 20,0%



19 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten*
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min*
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min*

Referenzbereich: >= 95%

	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	98,42%		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	988 / 996 99,2%	539 / 543 99,3%	449 / 453 99,1%
Vertrauensbereich	98,42% - 99,66%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	577 / 988 58,4%	358 / 539 66,4%	219 / 449 48,8%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	411 / 988 41,6%	181 / 539 33,6%	230 / 449 51,2%

*beschränkt auf gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	489 / 491 99,6% 98,51% - 99,96%	218 / 220 99,1%	271 / 271 100,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:

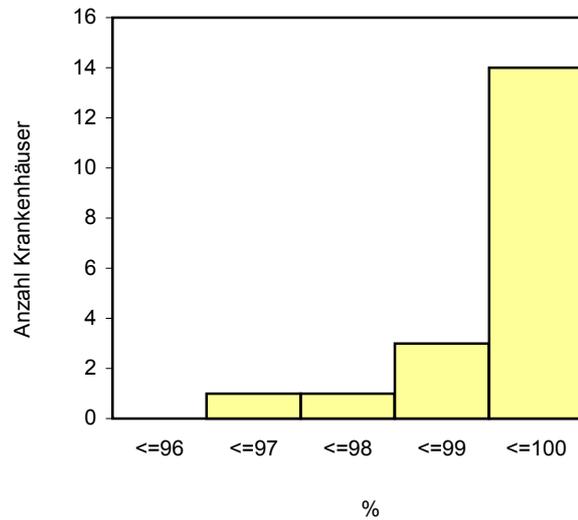
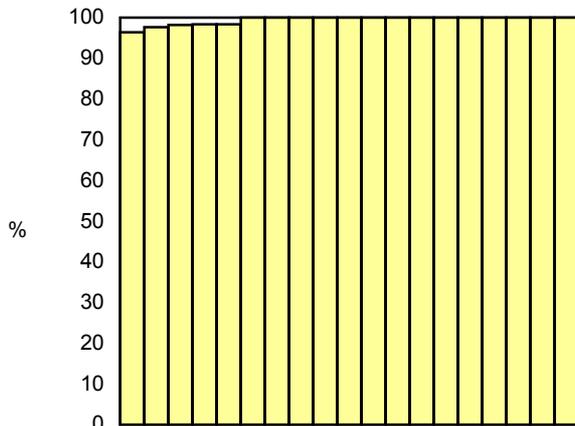
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 96,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



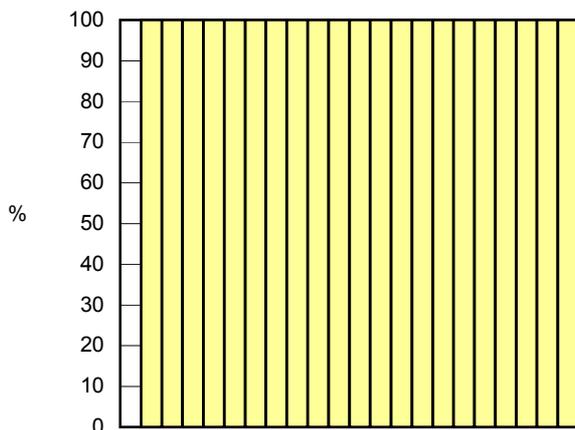
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Röntgenbilder

Qualitätsziel: Immer postoperative Röntgenbilder mindestens a/p

Grundgesamtheit: Alle Patienten (unter Ausschluß der Todesfälle)

Referenzbereich: = 100%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postop. Röntgenbild a/p Vertrauensbereich Referenzbereich			980 / 983	99,7% 99,10% - 99,94% = 100%
Pat. mit postop. Röntgenbild axial			573 / 983	58,3%
Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial			571 / 983	58,1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postop. Röntgenbild a/p Vertrauensbereich			485 / 487	99,6% 98,50% - 99,96%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:

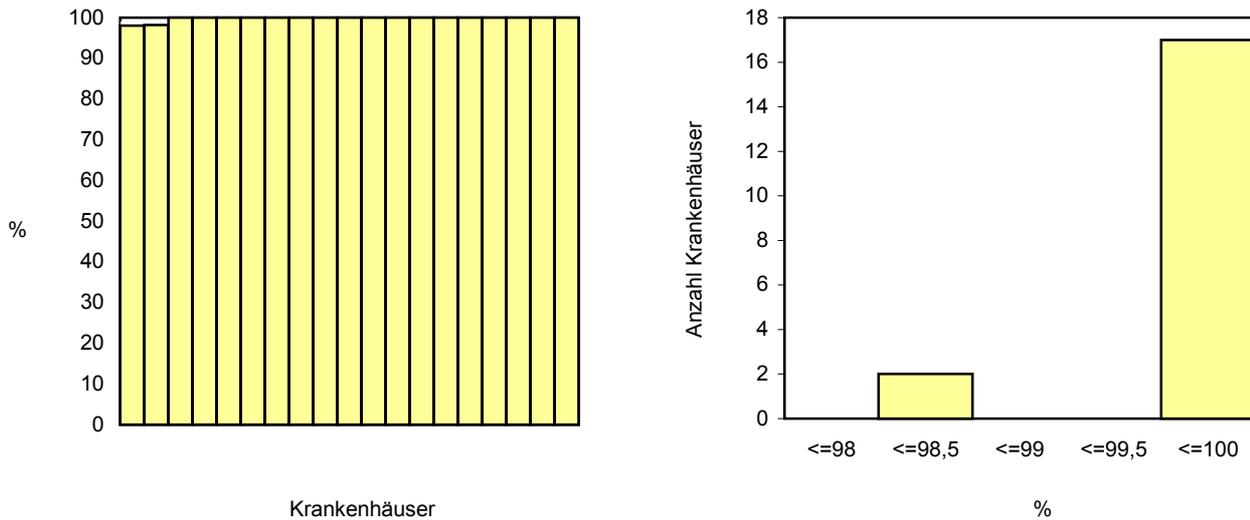
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p an allen Patienten unter Ausschluss der Todesfälle

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 98,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



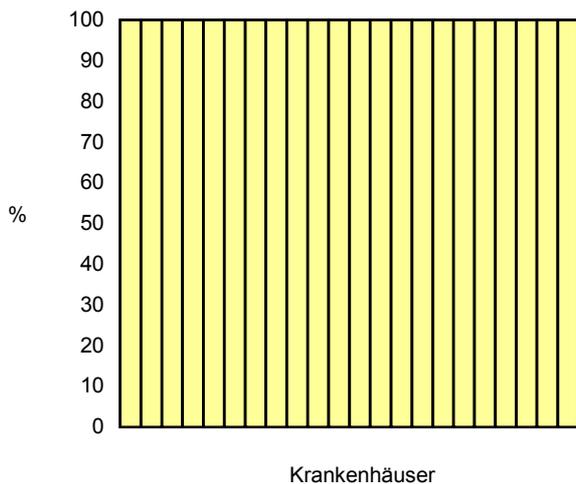
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			941 / 966	97,4%
Vertrauensbereich				96,20% - 98,32%
Referenzbereich		-		-
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt			7 / 25	28,0%
nicht operationsbedingt			18 / 25	72,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			456 / 473	96,4%
Vertrauensbereich				94,30% - 97,90%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]:

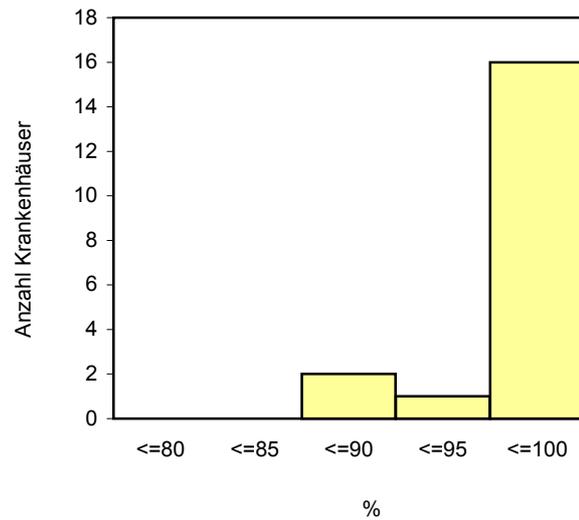
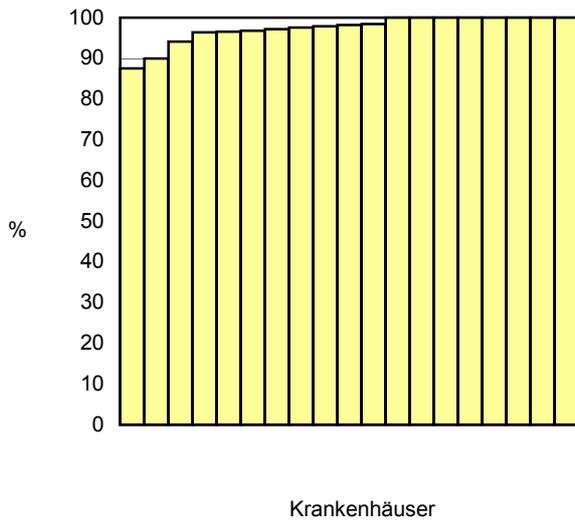
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 98,2%



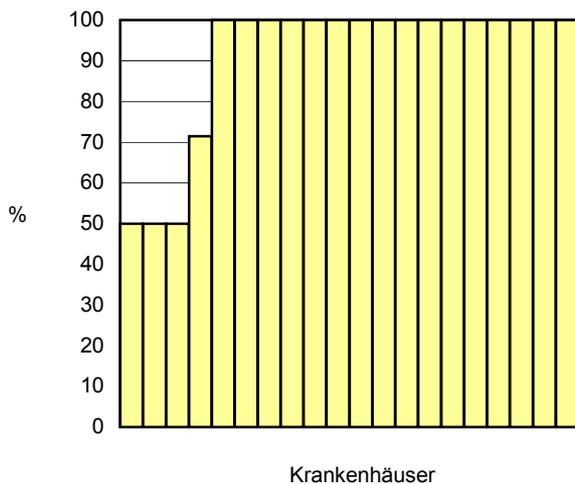
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



20 Krankenhäuser haben weniger als 10 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
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: <= 15 Tage*
 Gruppe 2: 16 bis 20 Tagen*
 Gruppe 3: 21 bis 25 Tagen*
 Gruppe 4: > 25 Tage*

	Krankenhaus 2004			
	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				

	Gesamt 2004			
	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	486 / 496 98,0%	252 / 256 98,4%	112 / 115 97,4%	91 / 99 91,9%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon operationsbedingt	4 / 10 40,0%	0 / 4 0,0%	1 / 3 33,3%	2 / 8 25,0%
nicht operationsbedingt	6 / 10 60,0%	4 / 4 100,0%	2 / 3 66,7%	6 / 8 75,0%

*eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator: Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil an Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist

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

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			939 / 966	97,2%
Vertrauensbereich				95,95% - 98,15%
Referenzbereich		-		-

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist			459 / 473	97,0%
Vertrauensbereich				95,07% - 98,38%

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: <= 15 Tage*
 Gruppe 2: 16 bis 20 Tage*
 Gruppe 3: 21 bis 25 Tage*
 Gruppe 4: > 25 Tage*

	Krankenhaus 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist	486 / 496 98,0%	251 / 256 98,0%	113 / 115 98,3%	89 / 99 89,9%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:

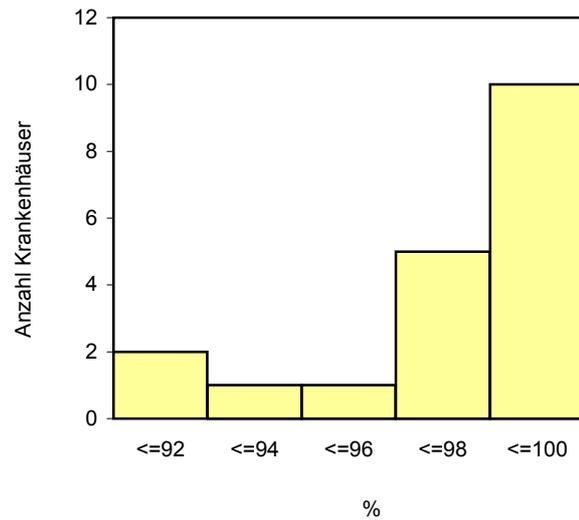
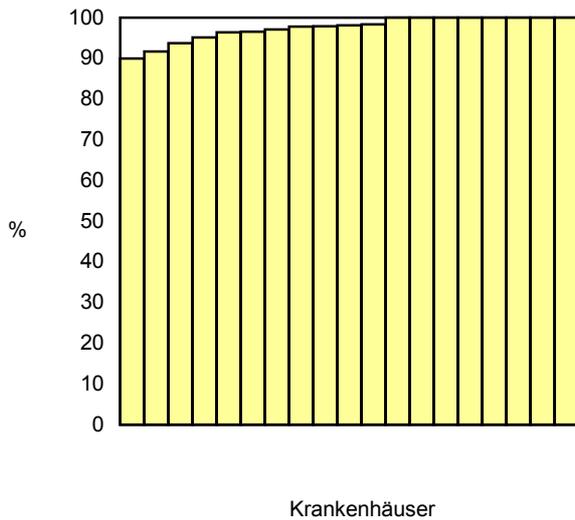
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den o.g. Entlassungsgründen

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,1%



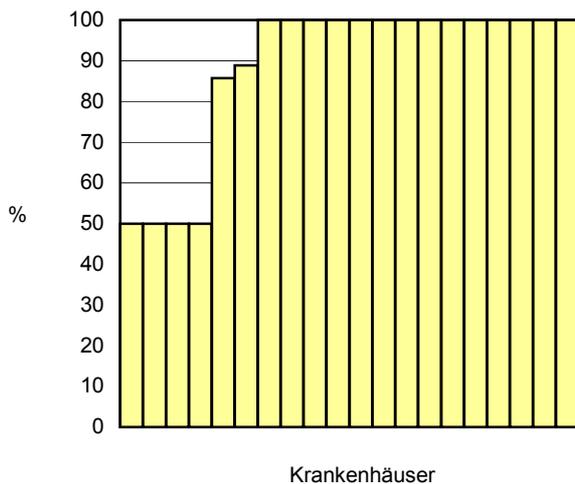
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



20 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Gefäßläsion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			3 / 996	0,3%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,89%
Referenzbereich		-		-

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 491	0,2%
Vertrauensbereich				0,00% - 1,16%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:

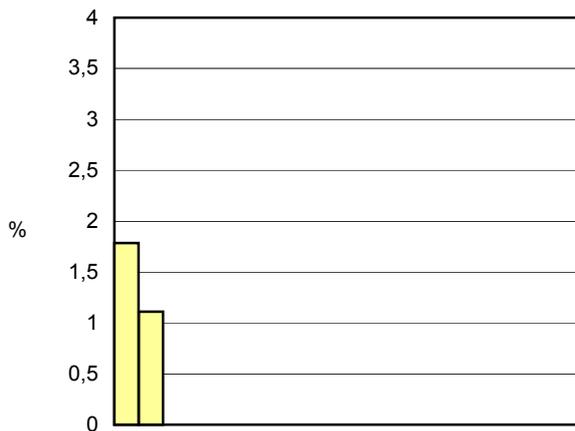
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

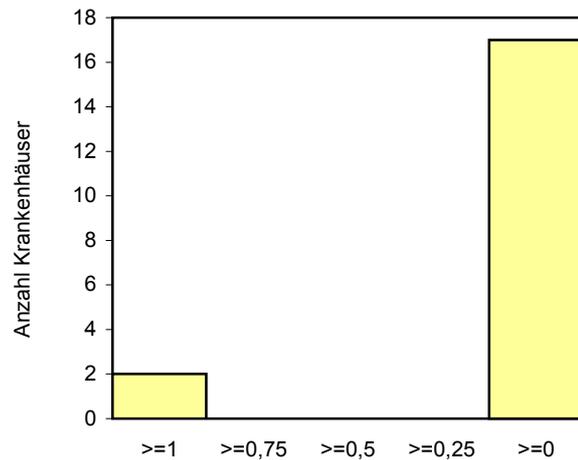
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 1,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

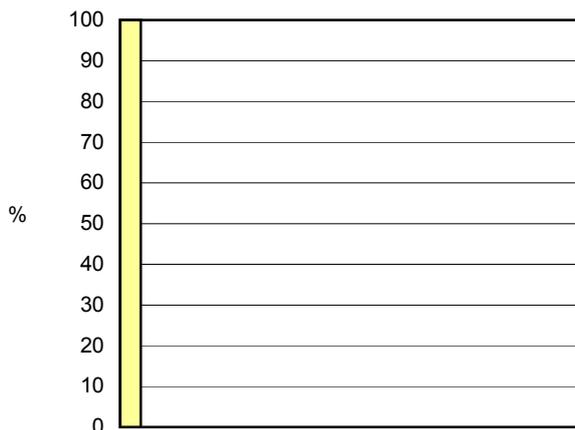
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			11 / 996	1,1%
Vertrauensbereich				0,55% - 1,97%
Referenzbereich		-		-

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			5 / 491	1,0%
Vertrauensbereich				0,32% - 2,38%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 8]:

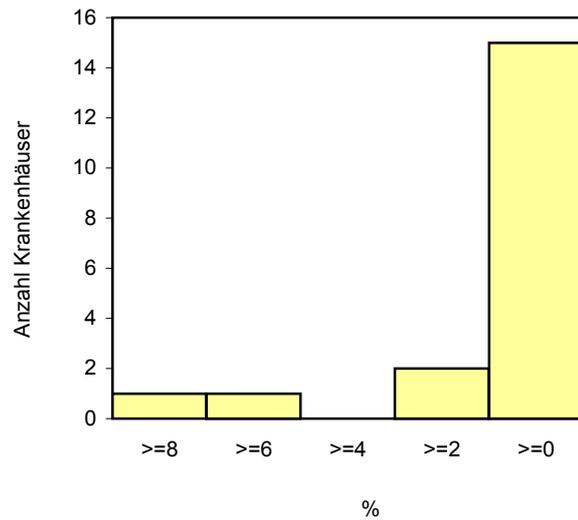
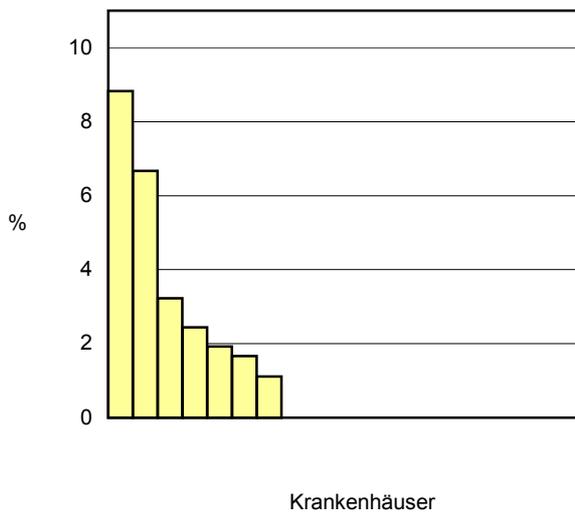
Anteil von Patienten mit Nervenschaden als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



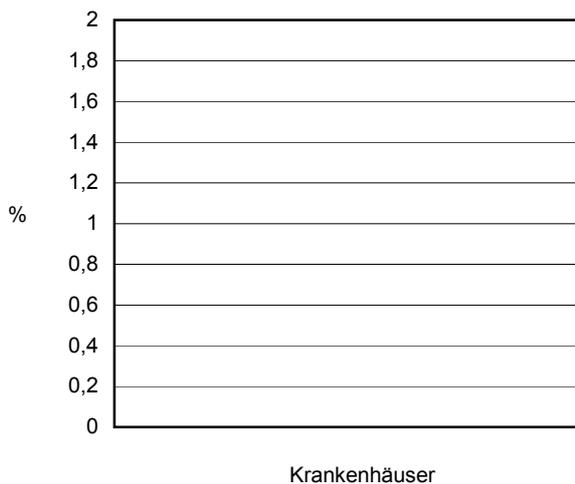
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Qualitätsziel: Selten Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Implantatfehlage			2 / 996	0,2%
Pat. mit Implantatdislokation			13 / 996	1,3%
Pat. mit Implantatbruch			2 / 996	0,2%
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			17 / 996	1,7%
Vertrauensbereich				0,99% - 2,72%
Referenzbereich		-		-

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der o.g. Komplikationen			4 / 491	0,8%
Vertrauensbereich				0,21% - 2,09%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 9]:

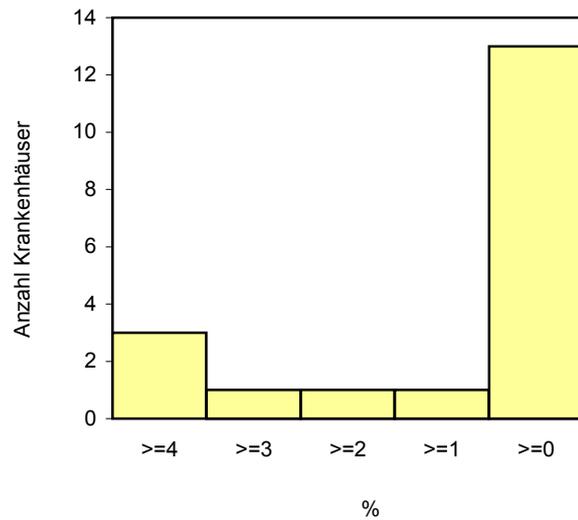
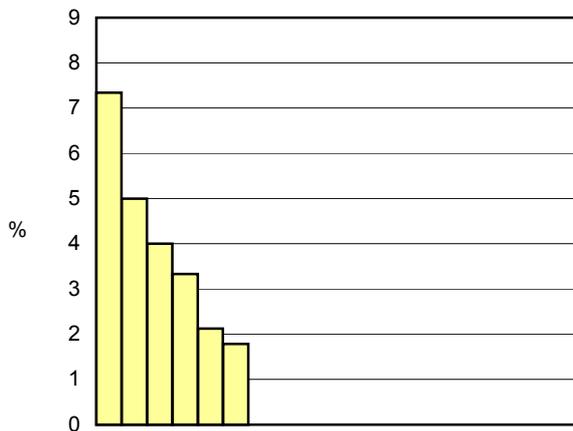
Anteil von Patienten mit Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

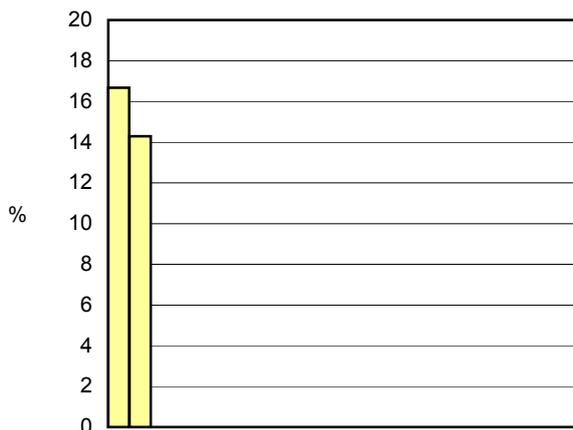
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 9,1% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			18 / 996	1,8%
Vertrauensbereich				1,07% - 2,85%
Referenzbereich		<= 9,1%		<= 9,1%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			13 / 491	2,6%
Vertrauensbereich				1,41% - 4,50%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 10]:

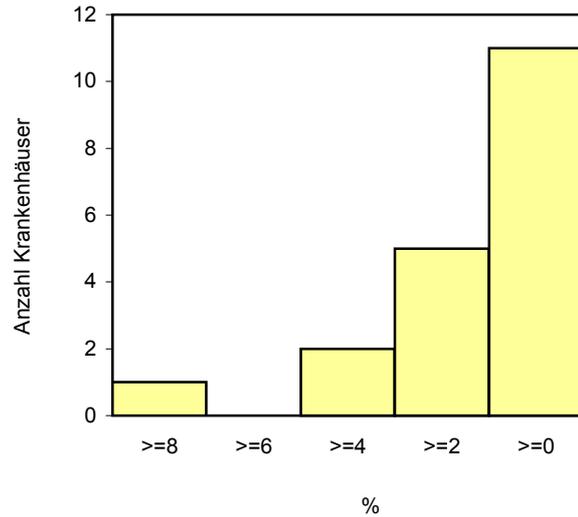
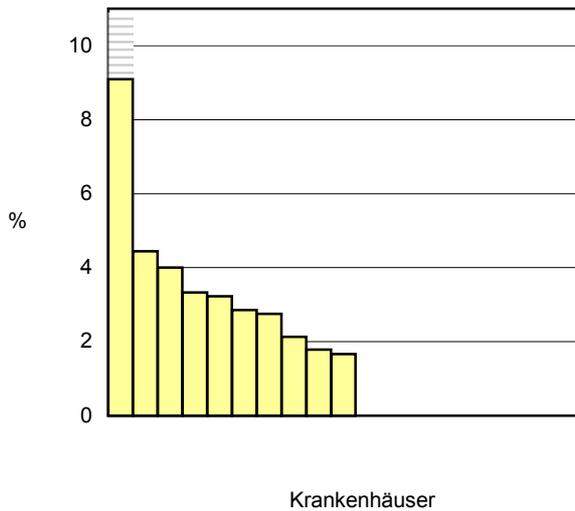
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 1,7%



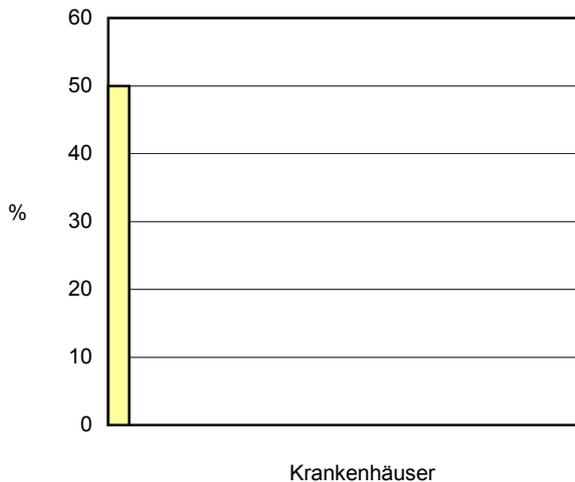
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 9,7% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			26 / 996	2,6%
Vertrauensbereich				1,71% - 3,81%
Referenzbereich		<= 9,7%		<= 9,7%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			13 / 491	2,6%
Vertrauensbereich				1,41% - 4,50%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 11]:

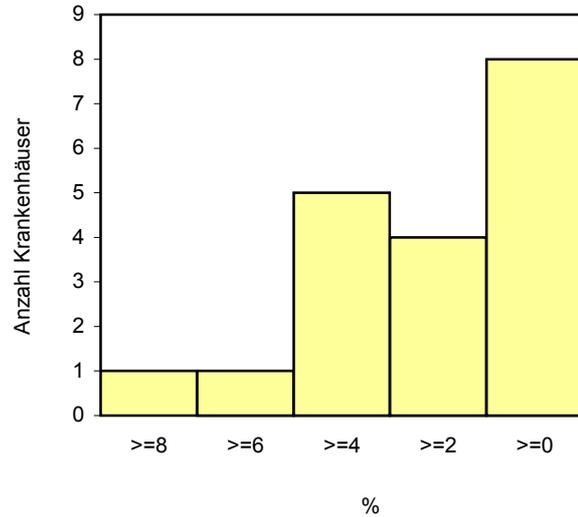
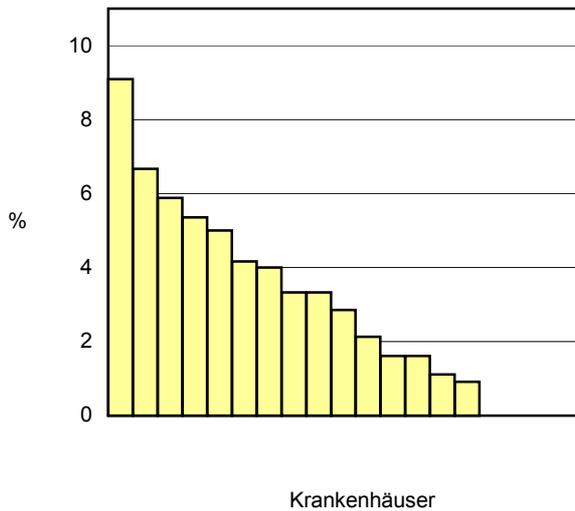
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 2,9%



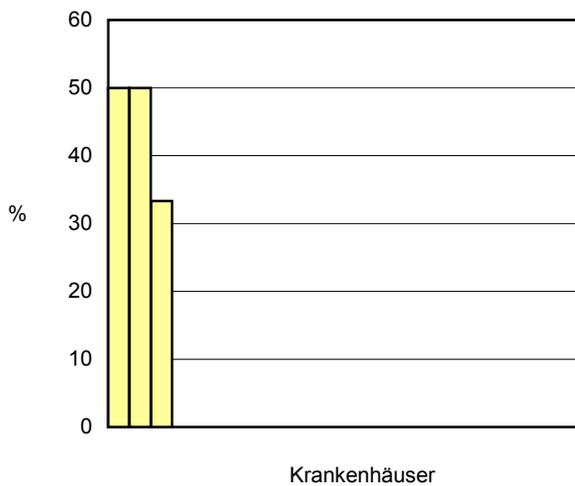
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			29 / 996	2,9%
Vertrauensbereich				1,96% - 4,16%
Referenzbereich		-		-
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			11 / 996	1,1%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			18 / 996	1,8%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			19 / 491	3,9%
Vertrauensbereich				2,34% - 5,99%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 12]:

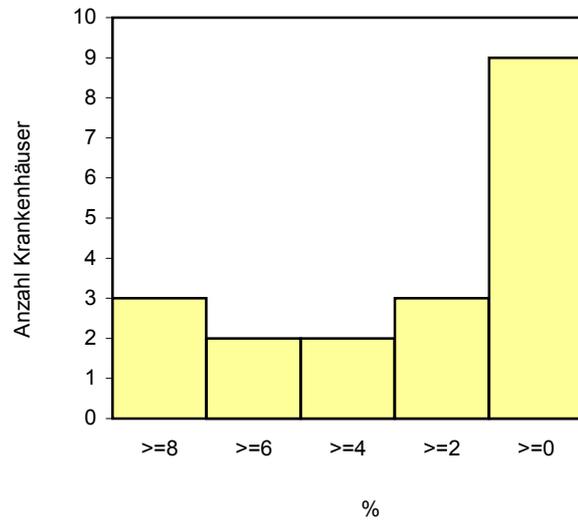
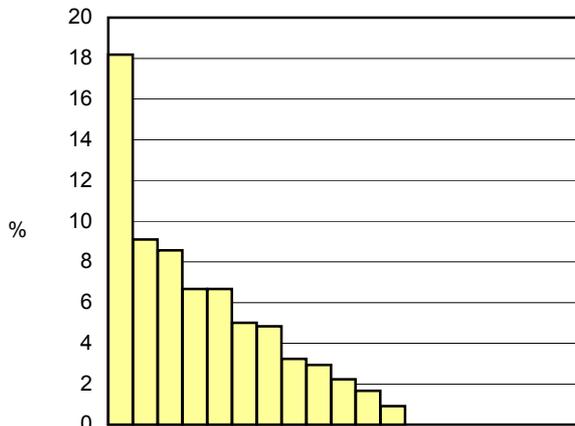
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 18,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,2%



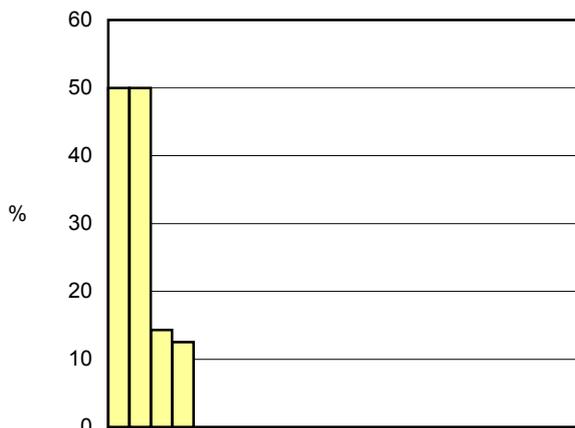
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 50,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoklassen gemäß NNIS*

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 165 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

* National Nosocomial Infections Surveillance, Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Risikoklassen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			415 / 996	41,7%
Risikoklasse 1			443 / 996	44,5%
Risikoklasse 2			133 / 996	13,4%
Risikoklasse 3			5 / 996	0,5%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 0

Referenzbereich: <= 4,8% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 415	0,7%
Vertrauensbereich				0,14% - 2,12%
Referenzbereich		<= 4,8%		<= 4,8%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			2 / 415	0,5%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 415	0,2%

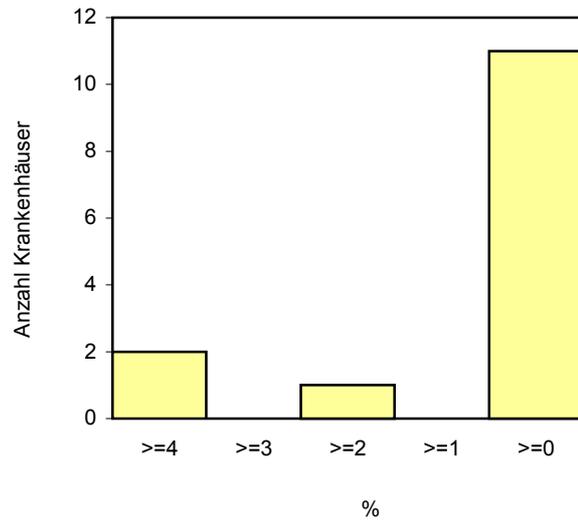
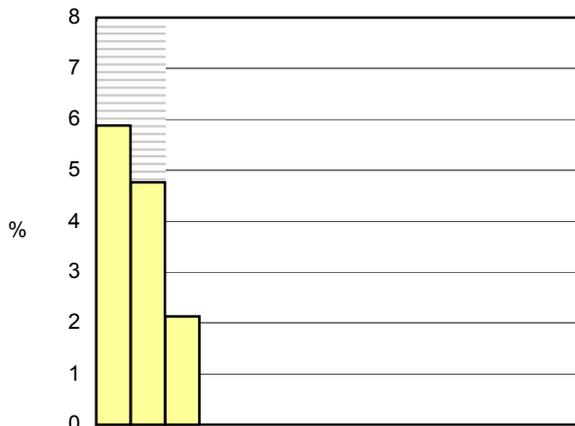
Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 216	1,9%
Vertrauensbereich				0,48% - 4,72%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 13]:

Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



20 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Pat. mit postop. Wundinfektion			15 / 443	3,4%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			6 / 443	1,4%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			9 / 443	2,0%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Pat. mit postop. Wundinfektion			11 / 133	8,3%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			3 / 133	2,3%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			8 / 133	6,0%

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Pat. mit postop. Wundinfektion			0 / 5	0,0%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberfläch. Wundinfektion)			0 / 5	0,0%
Pat. mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 5	0,0%

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 14,8% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			38 / 996	3,8%
Vertrauensbereich				2,71% - 5,20%
Referenzbereich		<= 14,8%		<= 14,8%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung			40 / 491	8,1%
Vertrauensbereich				5,88% - 10,94%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 14]:

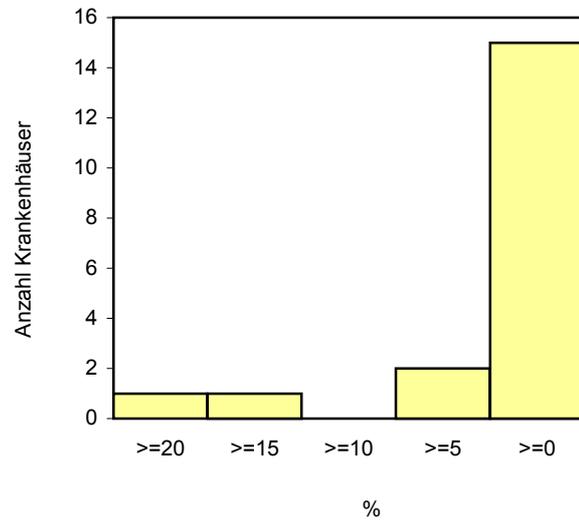
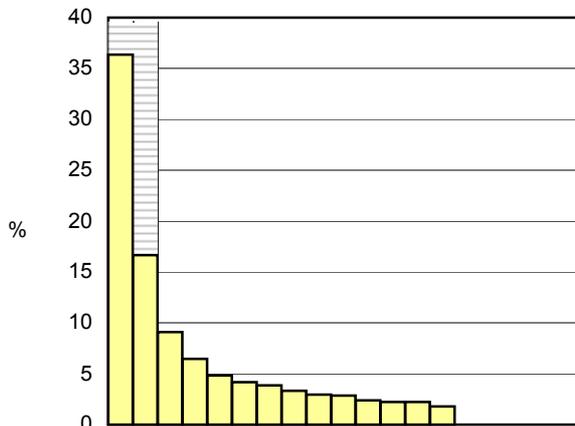
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 36,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,9%



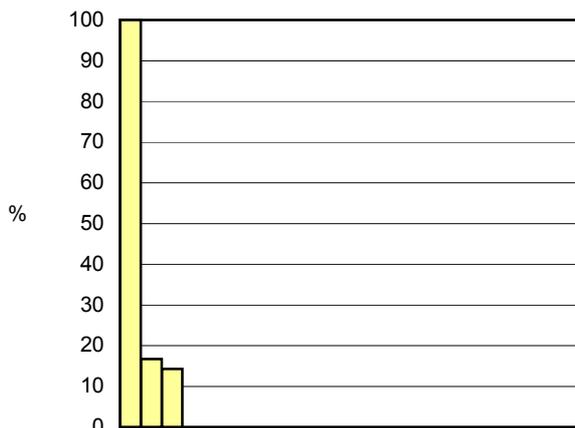
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 120 min*
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min*
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min*
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min*

	Krankenhaus 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	16 / 543 2,9%	10 / 278 3,6%	6 / 130 4,6%	6 / 45 13,3%

* eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator: 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: <= 22,7% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie				5 / 996 0,5%	3 / 538 0,6%	2 / 458 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen				28 / 996 2,8%	5 / 538 0,9%	23 / 458 5,0%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose				5 / 996 0,5%	3 / 538 0,6%	2 / 458 0,4%
Patienten mit Lungenembolie				3 / 996 0,3%	0 / 538 0,0%	3 / 458 0,7%
Pat. mit sonstiger Komplikation				67 / 996 6,7%	23 / 538 4,3%	44 / 458 9,6%
Pat. mit mindestens einer der o.g. Komplikationen				94 / 996 9,4%	33 / 538 6,1%	61 / 458 13,3%
Vertrauensbereich				7,69% - 11,43%		
Referenzbereich				<= 22,7%		<= 22,7%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003			Gesamt 2003		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Pat. mit ASA 3 - 4
Pat. mit mindestens einer der o.g. Komplikationen				60 / 491 12,2%	23 / 288 8,0%	37 / 203 18,2%
Vertrauensbereich				9,45% - 15,45%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 15]:

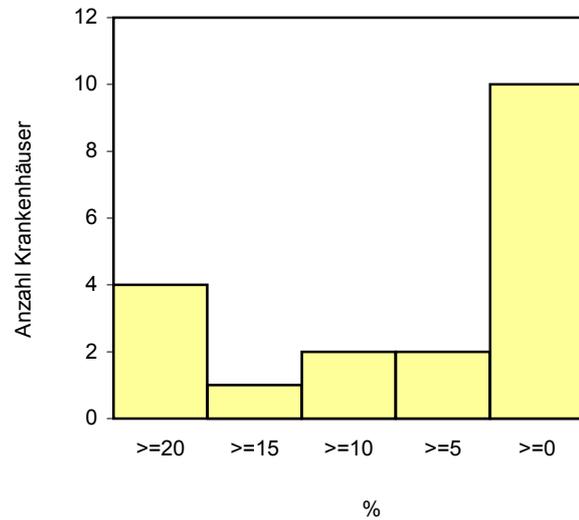
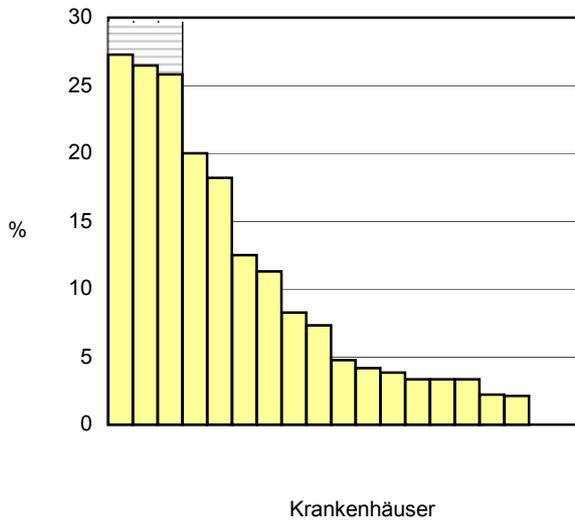
Anteil von Patienten mit mindestens einer der o.g. Komplikationen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 27,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,8%



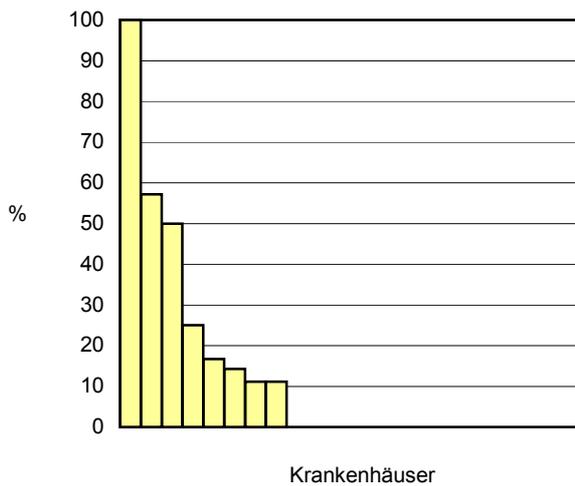
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 15,4%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			47 / 996	4,7%
Vertrauensbereich				3,49% - 6,23%
Referenzbereich		<= 15,4%		<= 15,4%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			25 / 491	5,1%
Vertrauensbereich				3,32% - 7,43%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 16]:

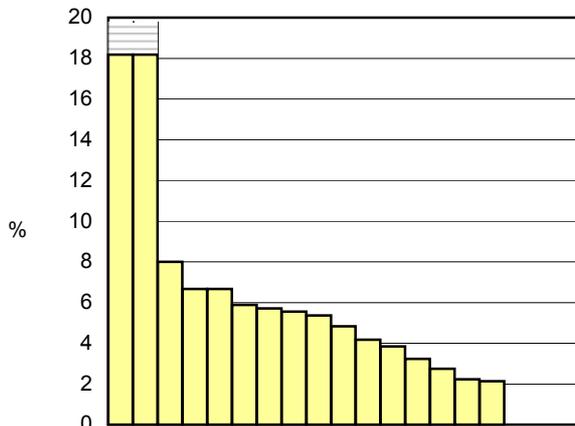
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

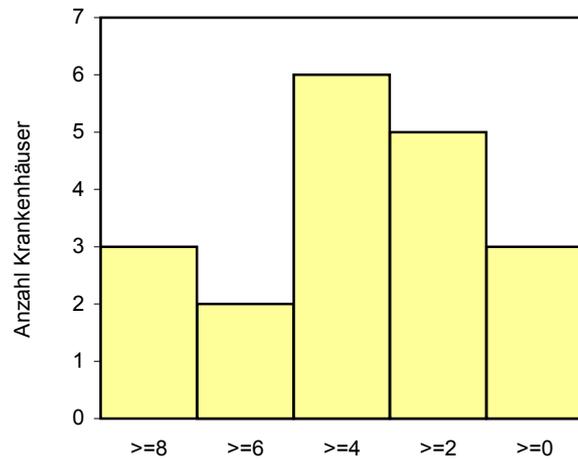
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 18,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,8%



Krankenhäuser



%

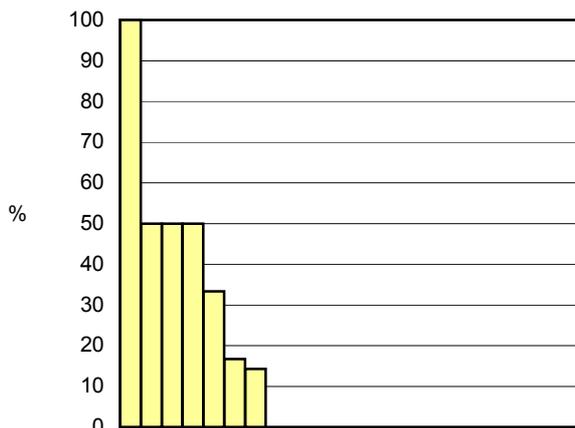
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			13 / 996	1,3%
Vertrauensbereich				0,69% - 2,23%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			4 / 491	0,8%
Vertrauensbereich				0,21% - 2,09%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 17]:

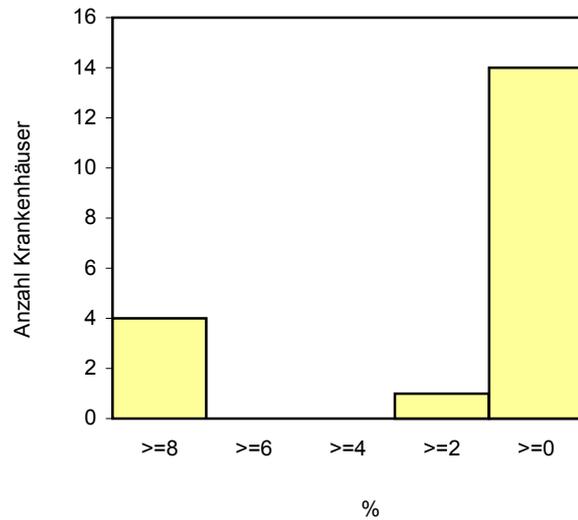
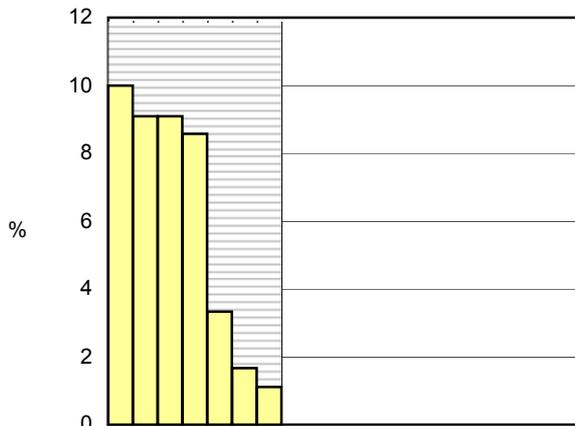
Anteil verstorbenen Patienten von allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



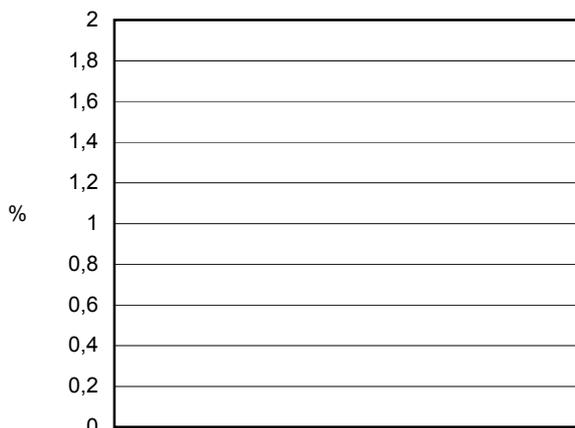
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 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 2004			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
	Gesamt 2004			
	Gruppe 1 Pat. mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Pat. mit ASA 3	Gruppe 3 Pat. mit ASA 4	Gruppe 4 Pat. mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 538 0,4%	7 / 435 1,6%	4 / 23 17,4%	0 / 0

Jahresauswertung 2004 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 41
Auswertungsversion: 10. Mai 2005
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2504
2004 - D3248-L19486-P13619

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			203	20,4	64	13,0
2. Quartal			234	23,5	110	22,4
3. Quartal			275	27,6	153	31,2
4. Quartal			284	28,5	164	33,4
Gesamt			996		491	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			996		491	
Median				15,0		18,0
Mittelwert				18,0		19,8
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe			996		491	
Median				18,0		21,0
Mittelwert				22,0		24,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
7	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				T84.0	824	82,7	T84.0	436	88,8
2				Z96.6	205	20,6	Z96.6	57	11,6
3				D62	113	11,3	I10	52	10,6
4				I10.00	94	9,4	T84.5	46	9,4
5				I10.90	77	7,7	D62	23	4,7
6				T84.5	58	5,8	E66.0	14	2,9
7				E66.0	47	4,7	I83.9	13	2,6
8				E11.90	38	3,8	E11.90	12	2,4

*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
2	8-800.2	Transfusion von Blutzellen: Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat, Einzeltransfusion (1-5 Konserven)
3	5-821.20	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Revision, Wechsel und Entf. einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
4	5-821.24	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Revision, Wechsel und Entf. einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese nicht zementiert, mit Wechsel des
5	5-821.40	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz: Revision, Wechsel und Entf. einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert

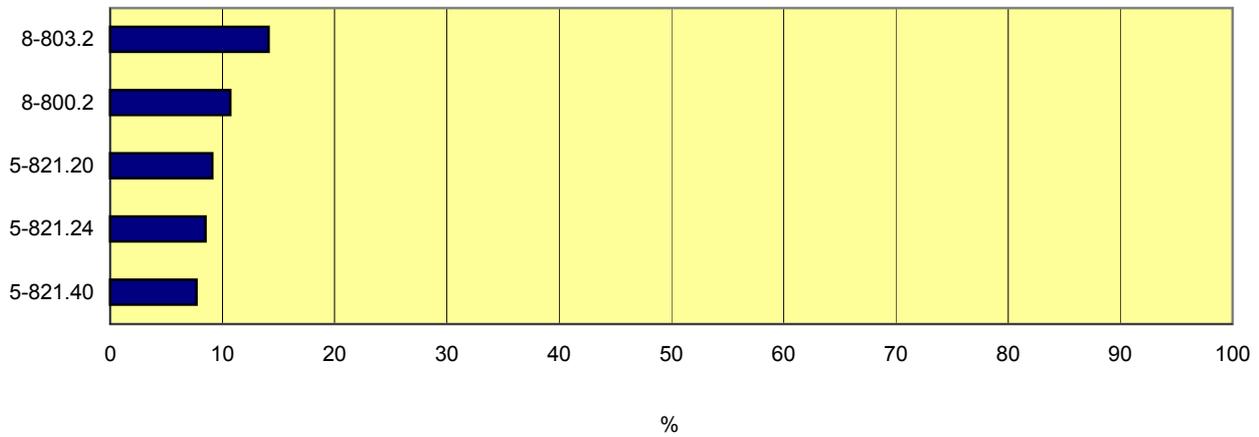
Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der 5 häufigsten Angaben

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				8-803.2	140	14,1	5-821.40	65	13,2
2				8-800.2	107	10,7	5-821.32	62	12,6
3				5-821.20	91	9,1	5-821.31	61	12,4
4				5-821.24	85	8,5	5-821.30	53	10,8
5				5-821.40	77	7,7	5-821.33	52	10,6

* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Verteilung der Operationstechniken (Gesamt 2004)



Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			6 / 996	0,6	4 / 491	0,8
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 996	0,0	0 / 491	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 996	0,0	0 / 491	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 996	0,0	0 / 491	0,0

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

		Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
		Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese nicht zementiert			52 / 996	5,2
5-821.11	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese zementiert und n.n.bez.			27 / 996	2,7
5-821.12	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			10 / 996	1,0
5-821.13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.			7 / 996	0,7
5-821.14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			4 / 996	0,4
5-821.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			24 / 996	2,4
5-821.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese			6 / 996	0,6
5-821.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige			6 / 996	0,6
5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert			91 / 996	9,1
5-821.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau			77 / 996	7,7
5-821.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez.			22 / 996	2,2
5-821.23	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez., mit Pfannenbodenaufbau			31 / 996	3,1
5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes			85 / 996	8,5

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese zementiert und n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes			52 / 996	5,2
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			11 / 996	1,1
5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.			10 / 996	1,0
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			1 / 996	0,1
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			8 / 996	0,8
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige			17 / 996	1,7
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			56 / 996	5,6
5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.			74 / 996	7,4
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			50 / 996	5,0
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			68 / 996	6,8
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige			12 / 996	1,2
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			77 / 996	7,7
5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.			15 / 996	1,5
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			13 / 996	1,3

Operationstechniken OPS-301 Version 2004

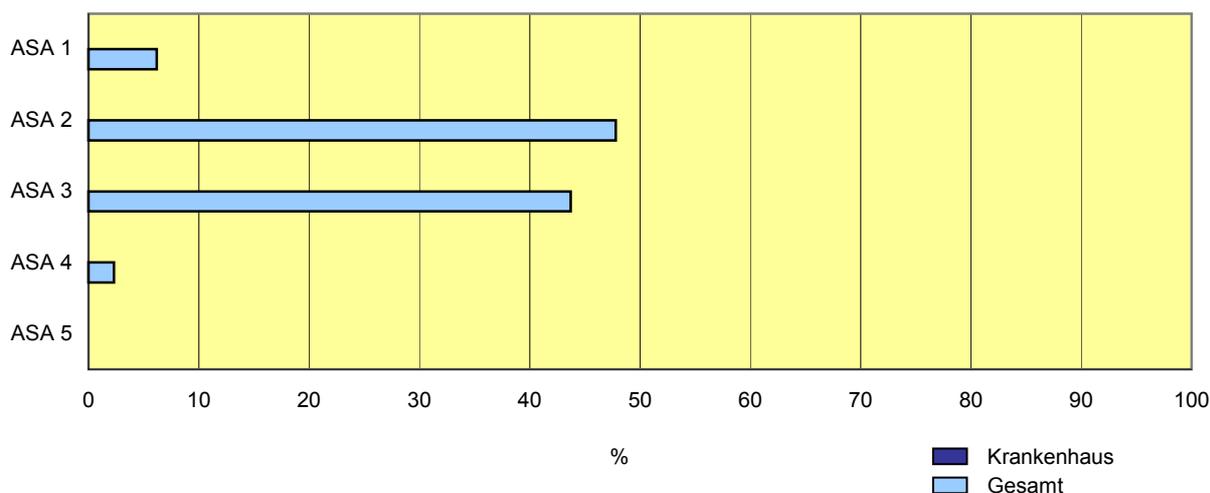
Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.43	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese		41 / 996	4,1
5-821.4x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige		6 / 996	0,6
5-821.50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese nicht zementiert		7 / 996	0,7
5-821.51	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.		5 / 996	0,5
5-821.52	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)		14 / 996	1,4
5-821.53	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese		6 / 996	0,6
5-821.5x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige		3 / 996	0,3
5-821.60	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert		5 / 996	0,5
5-821.61	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.		1 / 996	0,1
5-821.62	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)		2 / 996	0,2
5-821.63	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese		11 / 996	1,1
5-821.6x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige		4 / 996	0,4

Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			996 / 996	100,0	491 / 491	100,0
< 40			11 / 996	1,1	3 / 491	0,6
40 - 59			116 / 996	11,6	56 / 491	11,4
60 - 79			669 / 996	67,2	337 / 491	68,6
80 - 89			185 / 996	18,6	88 / 491	17,9
>= 90			15 / 996	1,5	7 / 491	1,4
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			996		491	
Median				70,9		70,6
Geschlecht						
männlich			328	32,9	178	36,3
weiblich			668	67,1	313	63,7
Zu operierende Seite						
rechts			515	51,7	273	55,6
links			481	48,3	218	44,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Pat.			62	6,2	36	7,3
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			476	47,8	252	51,3
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			435	43,7	193	39,3
4: mit inaktivierender Allgemein- erkrankung, ständige Lebensbedrohung			23	2,3	10	2,0
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belastungsschmerz			940	94,4	474	96,5
Schmerzen beim Treppensteigen			921	92,5	465	94,7
Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			807	81,0	405	82,5
Drehschmerz (Oberschenkel)			796	79,9	413	84,1
Schmerz länger als 6 Monate			632	63,5	379	77,2

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null Methode bestimmt Anzahl der Patienten			807	81,0	387	78,8
Extension/Flexion Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			802		383	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				2,8		2,3
Winkel Flexion (Grad)						
Median				85,0		80,0
Mittelwert				79,8		80,0

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Ab-/Adduktion						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			791		387	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				20,0		20,0
Mittelwert				19,4		18,4
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,1
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				13,6		12,2
Außen-/Innenrotation						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			796		384	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				15,0		15,0
Mittelwert				15,3		17,2
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,8		2,1
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				10,0		5,0
Mittelwert				1,0		1,0

Labor

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			170	17,1	100	20,4
Gelenkpunktion			196	19,7	130	26,5
Erregernachweis			75	7,5	30	6,1

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			434	43,6	246	50,1
Lockerung Pfannen-Komponente			648	65,1	341	69,4
Lockerung Schaft-Komponente			433	43,5	306	62,3
Substanzverluste Pfanne			435	43,7	233	47,5
Substanzverluste Femur			243	24,4	163	33,2
Zunahme der Lockerungszeichen			680	68,3	358	72,9

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			877	88,1	403	82,1
bedingt aseptische Eingriffe			82	8,2	67	13,6
kontaminierte Eingriffe			8	0,8	6	1,2
septische Eingriffe			29	2,9	15	3,1

Operation I

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (in Minuten)						
Anzahl der Patienten			996		491	
Median				119,0		130,0
Mittelwert				130,3		142,5
Operationsdauer-Verteilung (in Minuten)						
< 90			214	21,5	79	16,1
90 - 239			729	73,2	378	77,0
>= 240			53	5,3	34	6,9

Operation II

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schaft wurde zementiert						
Anzahl der Patienten			299	30,0	173	35,2
davon						
Vakuummischtechnik			121 / 299	40,5	56 / 173	32,4
Druckreinigung des Markraums			117 / 299	39,1	50 / 173	28,9
Verw. eines Markraumsperrers			146 / 299	48,8	72 / 173	41,6
Knochen transplantation						
Anzahl der Patienten			270	27,1	171	34,8
Osteosynthese						
Anzahl der Patienten			132	13,3	82	16,7
Periop. Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			988	99,2	489	99,6
davon						
single shot			577 / 988	58,4	269 / 489	55,0
24 Std.			85 / 988	8,6	43 / 489	8,8
länger			326 / 988	33,0	177 / 489	36,2
Medikamentöse Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			986	99,0	478	97,4
Bluttransfusion						
Behandlungsfälle mit Bluttransfusion			610	61,2	373	76,0
davon						
Eigenblut			134 / 610	22,0	110 / 373	29,5
Fremdblut			519 / 610	85,1	310 / 373	83,1
Eigenblut:						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			107		105	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				1,9		1,9
Fremdblut:						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			463		292	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				3,4		3,6
Verwendung eines Cell-Savers						
Anzahl der Patienten			486	48,8	251	51,1

Verlauf

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			992	99,6	489	99,6
Postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			577	57,9	211	43,0
Behandlungsbedürftige intra-/ postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			103	10,3	75	15,3
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,2	1	0,2
Implantatdislokation			13	1,3	3	0,6
Implantatbruch			2	0,2	0	0,0
Endoprothesenluxation			26	2,6	13	2,6
Wundhämaton/Nachblutung			38	3,8	40	8,1
Gefäßläsion			3	0,3	1	0,2
Nervenschaden			11	1,1	5	1,0
Fraktur			18	1,8	13	2,6
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			47	4,7	25	5,1
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten			29	2,9	19	3,9
davon						
A1 oberflächliche Infektion			11 / 29	37,9	12 / 19	63,2
A2 tiefe Infektion			17 / 29	58,6	7 / 19	36,8
A3 Räume/Organe			1 / 29	3,4	0 / 19	0,0
Allg. behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			94	9,4	60	12,2
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			5	0,5	6	1,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			28	2,8	11	2,2
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			5	0,5	2	0,4
Lungenembolie			3	0,3	3	0,6
Sonstige			67	6,7	39	7,9

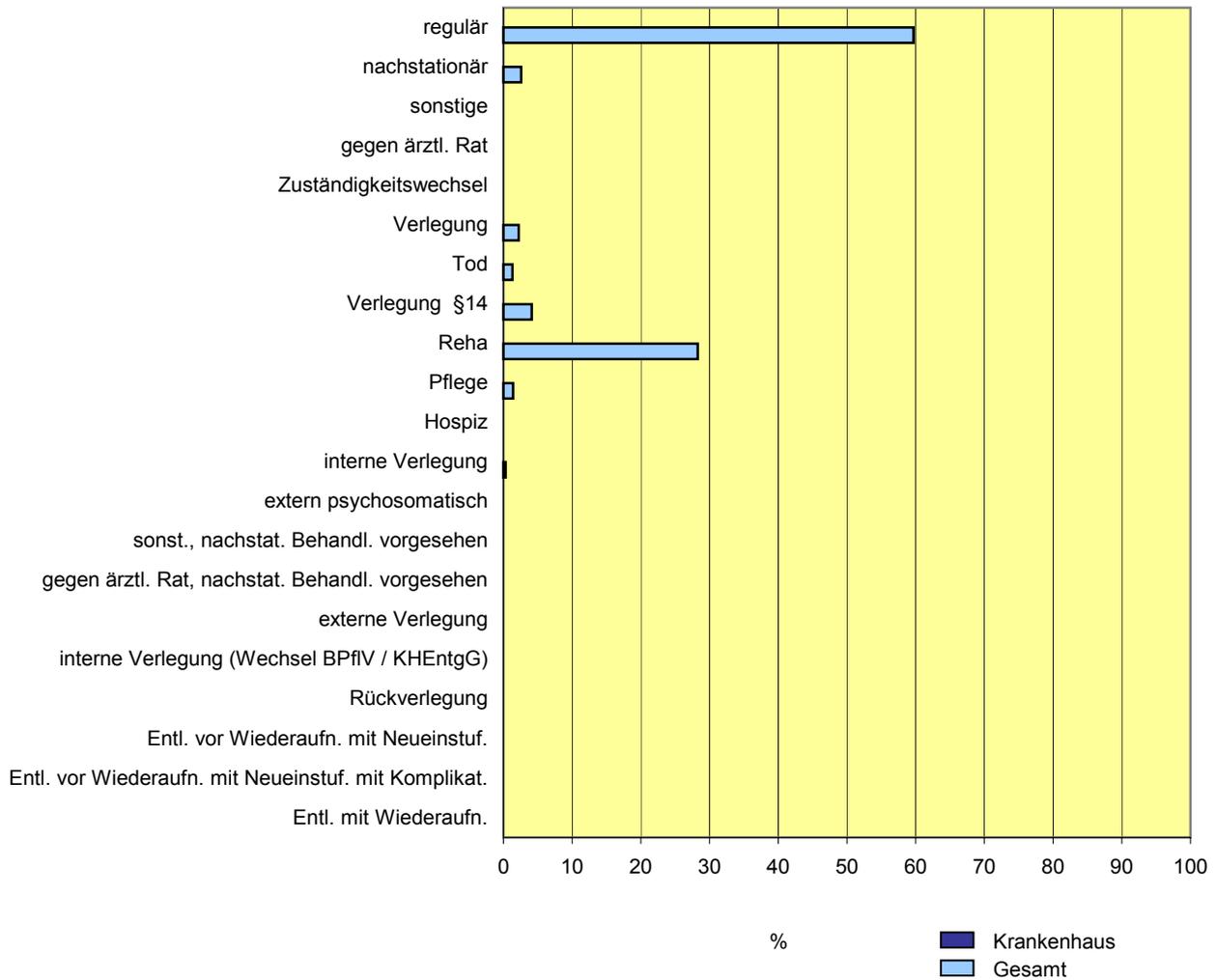
Entlassung I

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmass passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			886	89,0	408	83,1
Extension/Flexion						
Anzahl der Pat. mit plausiblen Angaben			881		405	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,5
Winkel Flexion (Grad)						
Median				85,0		85,0
Mittelwert				81,1		81,7
Treppensteigen möglich (mit Gehstützen)			885	88,9	421	85,7
Treppensteigen nicht möglich			111	11,1	70	14,3
davon operationsbedingt nicht möglich			16 / 111	14,4	8 / 70	11,4
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehstützen)			957	96,1	467	95,1
Selbständiges Gehen nicht möglich			39	3,9	24	4,9
davon operationsbedingt nicht möglich			8 / 39	20,5	3 / 24	12,5
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich			950	95,4	469	95,5
Selbständige Versorgung in der tgl. Hygiene nicht möglich			46	4,6	22	4,5
davon operationsbedingt nicht möglich			8 / 46	17,4	1 / 22	4,5

Entlassung II

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entlassungsgrund						
1: Behandlung regulär beendet			595	59,7	327	66,6
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen			26	2,6	3	0,6
3: Beh. aus sonst. Gründen beendet			0	0,0	7	1,4
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			0	0,0	1	0,2
5: Zuständigkeitswechsel der Leistungsträger			0	0,0	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenh.			22	2,2	14	2,9
7: Tod			13	1,3	4	0,8
8: Verlegung in ein anderes Krankenh. im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV/95)			41	4,1	19	3,9
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung			282	28,3	110	22,4
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			14	1,4	3	0,6
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: Interne Verlegung			3	0,3	3	0,6
13: Externe Verlegung zur psycho- somatischen Betreuung			0	0,0	0	0,0
14: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
15: Beh. gegen ärztl. Rat beendet, nachstat. Beh. vorgesehen			0	0,0	0	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
17: Interne Verlegung mit Wechsel zw. den Geltungsbereichen der BPfIV u. des KHEntgG			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bez. auf verstorbene Pat.)			2 / 13	15,4	3 / 4	75,0
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			3 / 13	23,1	0 / 4	0,0

Verteilung der Entlassungsgründe



Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 41
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2504
2004 - D3248-L19486-P13619

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			1,4%	-		P1.1
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme			2,6%	-		P1.1
Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme			16,7%	-		P1.4

* Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

QI 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.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			14 / 990	1,4%
Vertrauensbereich				0,77% - 2,37%
Referenzbereich		-		-
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			26 / 990	2,6%
Vertrauensbereich				1,72% - 3,83%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			12 / 26	46,2%
Grad 2			13 / 26	50,0%
Grad 3			1 / 26	3,8%
Grad 4			0 / 26	0,0%
keine Gradangabe			0 / 26	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			964 / 990	97,4%

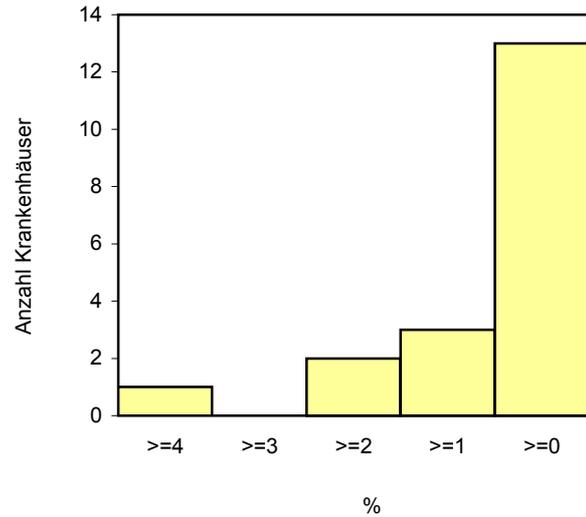
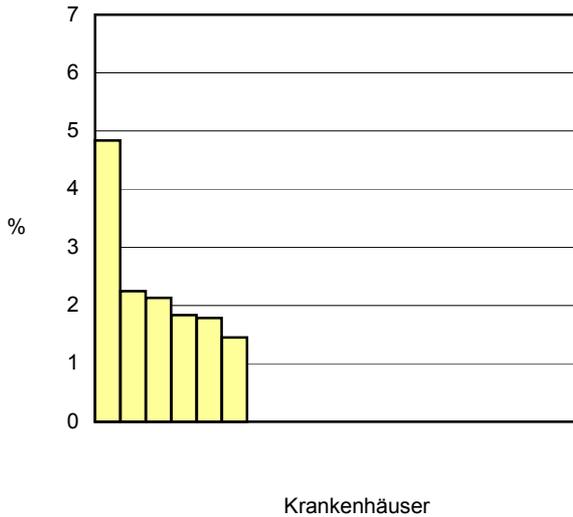
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1a]:
 Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung
 an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



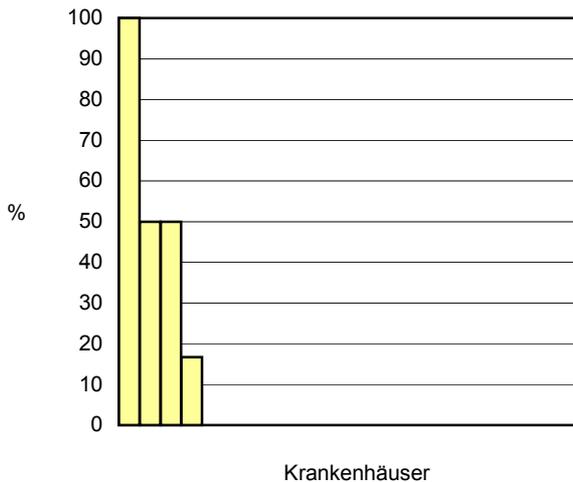
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr. 1b]:

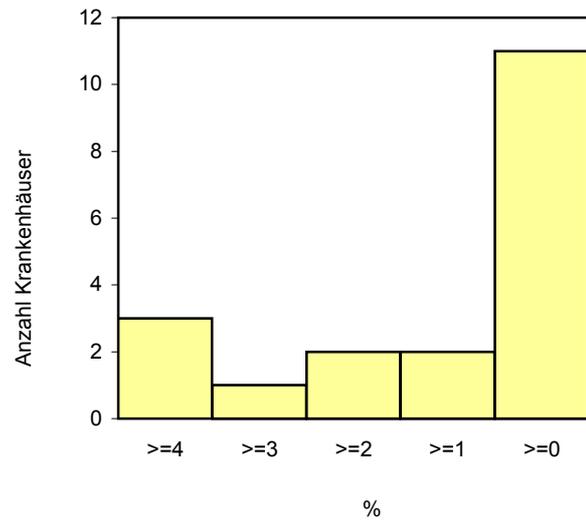
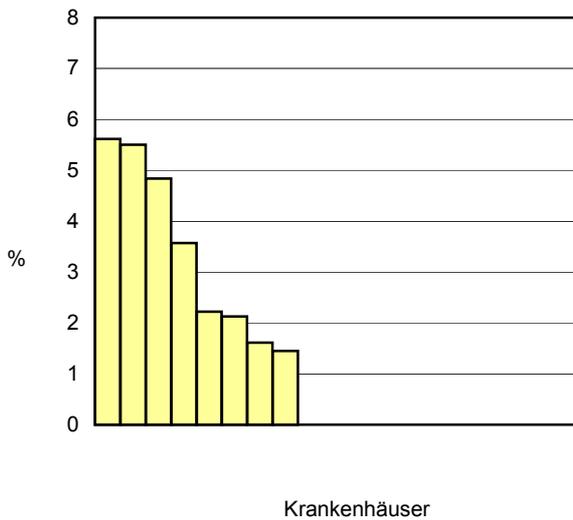
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



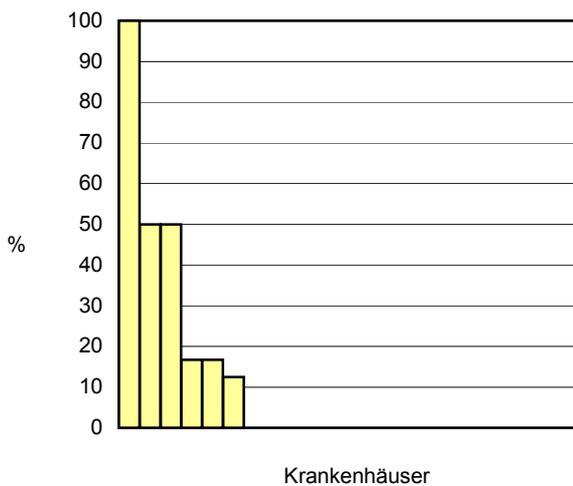
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**QI 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.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			1 / 6	16,7%
Vertrauensbereich				0,40% - 64,20%
Referenzbereich		-		-
davon: Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			1 / 1	100,0%
Grad 2			0 / 1	0,0%
Grad 3			0 / 1	0,0%
Grad 4			0 / 1	0,0%
keine Gradangabe			0 / 1	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			5 / 6	83,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:

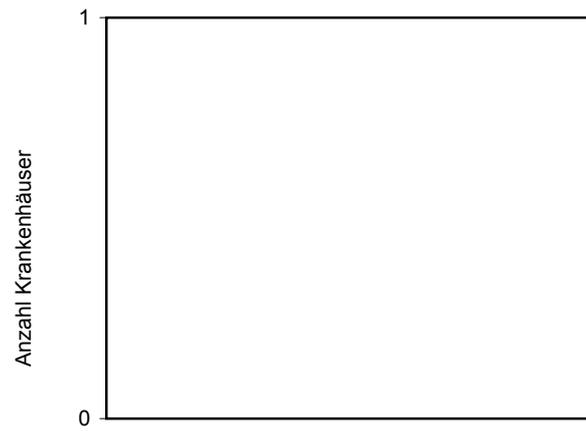
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

35 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse:



Krankenhäuser

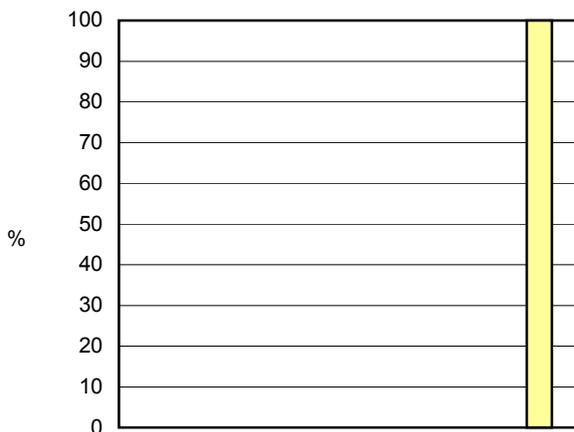
%

0 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 41
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Datenbankstand: 01. März 2005
Druckdatum: 11. Mai 2005
Nr. Gesamt-2504
2004 - D3248-L19486-P13619

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten			996	

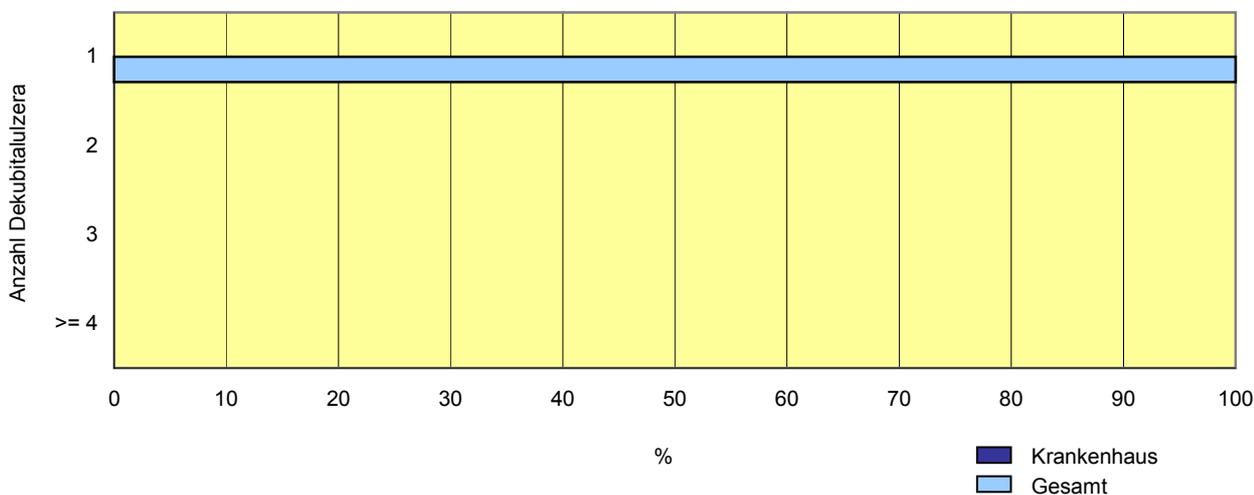
Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren) gültige Altersangabe			996	100,0
< 20			0	0,0
20 - 39			11	1,1
40 - 59			116	11,6
60 - 69			255	25,6
70 - 79			414	41,6
80 - 89			185	18,6
>= 90			15	1,5
Alter (Jahre)				
Median			996	72,0
Mittelwert				70,9
Geschlecht				
männlich			328	32,9
weiblich			668	67,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			62	6,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			476	47,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			435	43,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			23	2,3
5: moribunder Patient			0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja			6	0,6
nein			990	99,4
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			6 / 6	1,00
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			3	50,0
Grad 2:			1	16,7
Grad 3:			1	16,7
Grad 4:			1	16,7

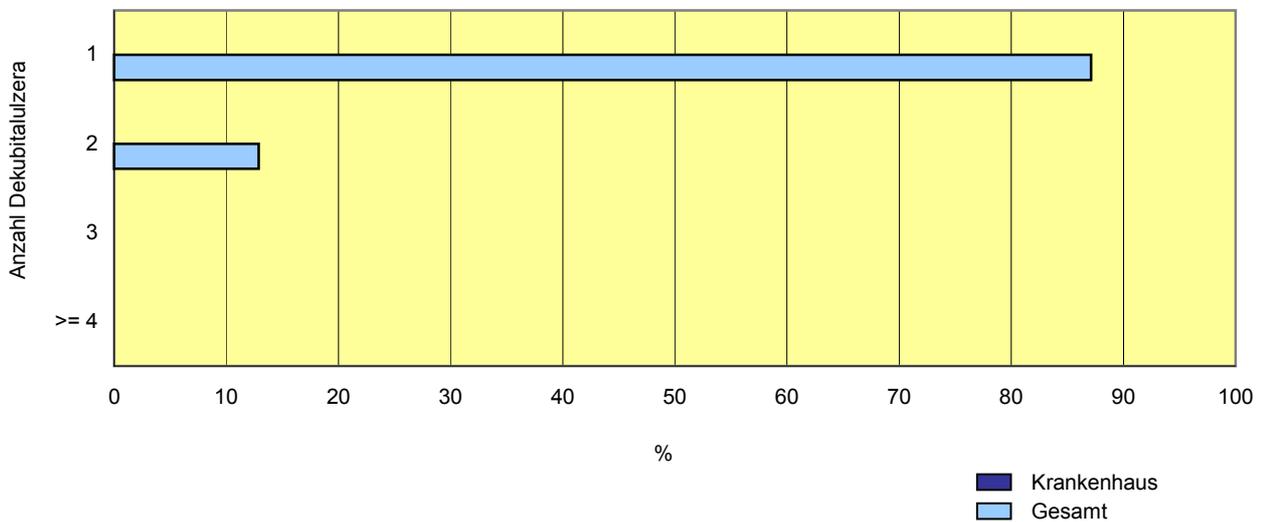
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja			31	3,1
nein			965	96,9
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			35 / 31	1,13
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:			14	45,2
Grad 2:			14	45,2
Grad 3:			2	6,5
Grad 4:			1	3,2

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			6	0,6
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl			0 / 6	0,0
unveränderter Anzahl			5 / 6	83,3
reduzierter Anzahl			1 / 6	16,7
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)			-1 / 6	-0,17

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			6	0,6
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			30 / 990	30,3
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			964 / 990	97,4
1			22 / 990	2,2
2			4 / 990	0,4
3			0 / 990	0,0
4 oder mehr			0 / 990	0,0
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus			26 / 990	2,6
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient			30 / 26	1,15