

Jahresauswertung 2005 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 45
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/3 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 20. April 2006
Nr. Gesamt-3142
2005 - D3999-L28189-P16803

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			91,0%	>= 70,6%	20,4%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe			99,0%	>= 95%	4,0%	1.4
QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung			96,9%	nicht definiert		1.7
QI 4: Gefäßläsion			0,1%	nicht definiert		1.11
QI 5: Nervenschaden			0,9%	nicht definiert		1.13
QI 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch			1,3%	nicht definiert		1.15
QI 7: Fraktur			1,6%	<= 10,5%	9,0%	1.17
QI 8: Endoprothesenluxation			2,5%	<= 10,0%	7,5%	1.19
QI 9: Postoperative Wundinfektion			2,6%	nicht definiert		1.21
QI 10: Wundhämatome/Nachblutungen			4,7%	<= 13,6%	8,9%	1.27
QI 11: Allgemeine postoperative Komplikationen			9,3%	<= 24,0%	14,7%	1.30
QI 12: Reinterventionen wegen Komplikation			5,9%	<= 16,4%	10,5%	1.33
QI 13: Letalität			1,4%	Sentinel Event		1.35

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Qualitätsindikator 1: Indikation

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

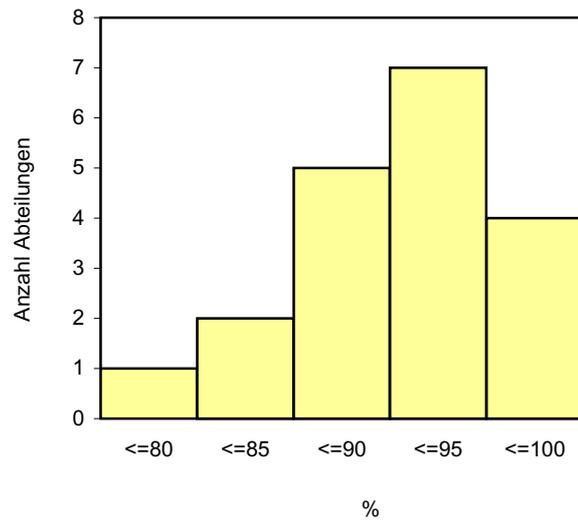
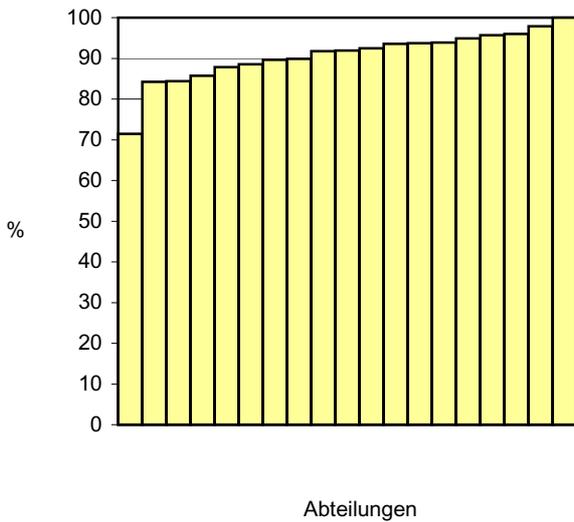
Referenzbereich: $\geq 70,6\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			965 / 1.021	94,5%
Patienten mit Schmerzen beim Treppensteigen			947 / 1.021	92,8%
Patienten mit Stauchungsschmerz			828 / 1.021	81,1%
Patienten mit Drehschmerz (Oberschenkel)			812 / 1.021	79,5%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Zunahme der Lockerungszeichen			671 / 1.021	65,7%
Patienten mit Implantatwanderung			453 / 1.021	44,4%
Patienten mit Lockerung der Pfanne			645 / 1.021	63,2%
Patienten mit Lockerung des Schaftes			469 / 1.021	45,9%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			468 / 1.021	45,8%
Patienten mit Substanzverlust Femur			280 / 1.021	27,4%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			198 / 1.021	19,4%
Patienten mit Erregernachweis			102 / 1.021	10,0%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			929 / 1.021	91,0%
Vertrauensbereich				89,06% - 92,67%
Referenzbereich		$\geq 70,6\%$		$\geq 70,6\%$

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			910 / 996	91,4% 89,44% - 93,04%

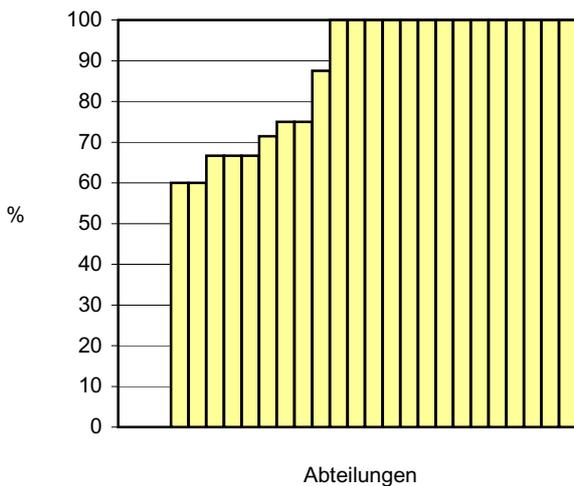
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1]:
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 71,4% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 91,9%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten¹
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min¹
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min¹

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95%

	Abteilung 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	99,0%		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
intraoperative Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	1.011 / 1.021 99,0%	577 / 584 98,8%	434 / 437 99,3%
Vertrauensbereich	98,20% - 99,53%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	530 / 1.011 52,4%	325 / 577 56,3%	205 / 434 47,2%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	481 / 1.011 47,6%	252 / 577 43,7%	229 / 434 52,8%

¹ beschränkt auf gültige OP-Dauer

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

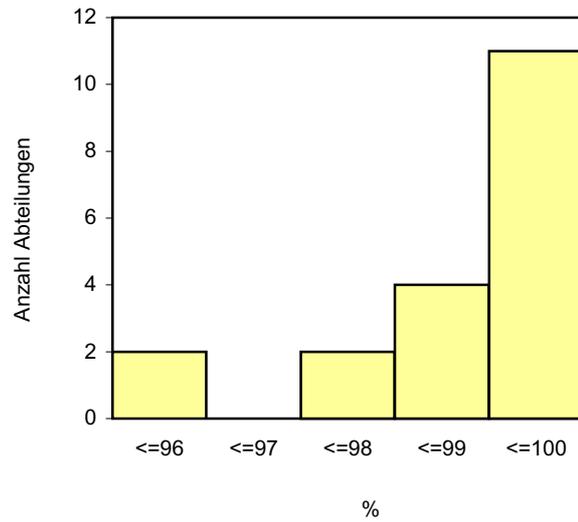
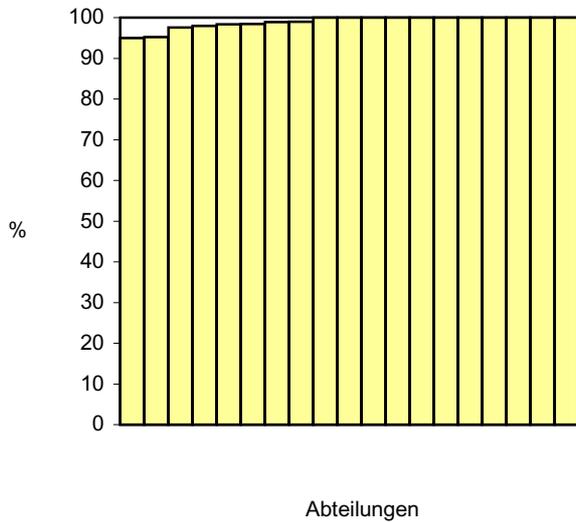
Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	988 / 996 99,2% 98,42% - 99,66%	539 / 543 99,3%	449 / 453 99,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:

Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

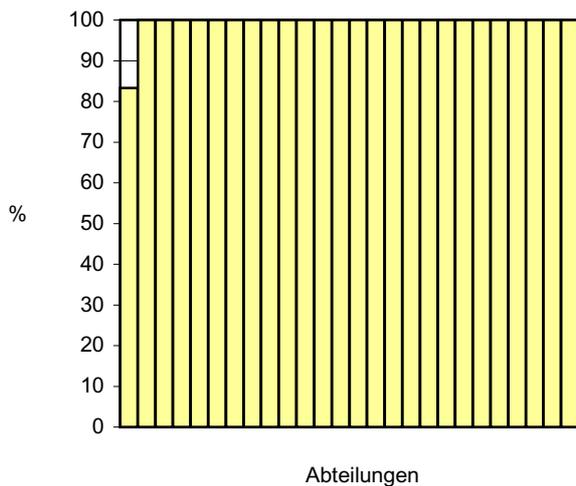
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 95,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 83,3% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 100,0%



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

Qualitätsindikator 3: 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.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist			960 / 991	96,9%
Vertrauensbereich				95,58% - 97,87%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt			3 / 31	9,7%
nicht operationsbedingt			28 / 31	90,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 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%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:

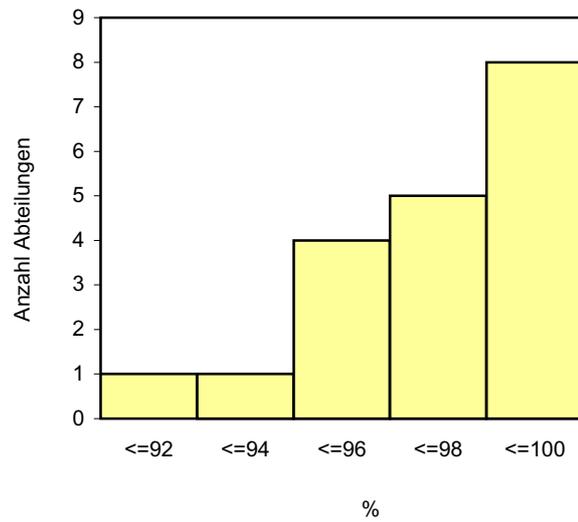
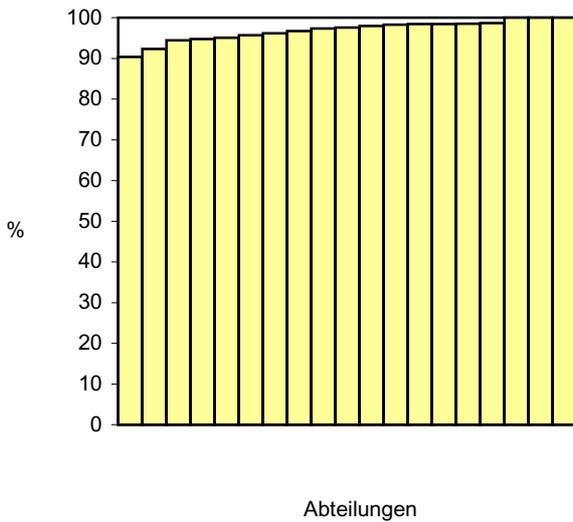
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,6%



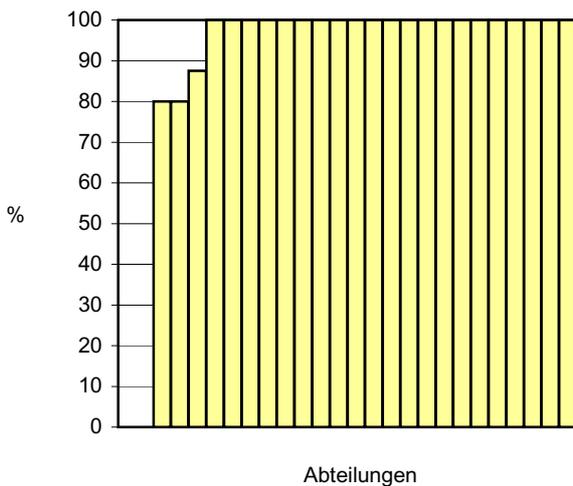
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 100,0%



26 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 postoperativer Verweildauer:
 Gruppe 1: <= 15 Tage¹
 Gruppe 2: 16 bis 20 Tage¹
 Gruppe 3: 21 bis 25 Tage¹
 Gruppe 4: > 25 Tage¹

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

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

	Gesamt 2005			
	Gruppe 1 ≤ 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	559 / 570 98,1%	196 / 200 98,0%	96 / 103 93,2%	109 / 118 92,4%
Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfe) NICHT möglich ist, davon				
operationsbedingt	0 / 11 0,0%	0 / 4 0,0%	0 / 7 0,0%	3 / 9 33,3%
nicht operationsbedingt	11 / 11 100,0%	4 / 4 100,0%	7 / 7 100,0%	6 / 9 66,7%

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 1.021	0,1%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,56%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4]:

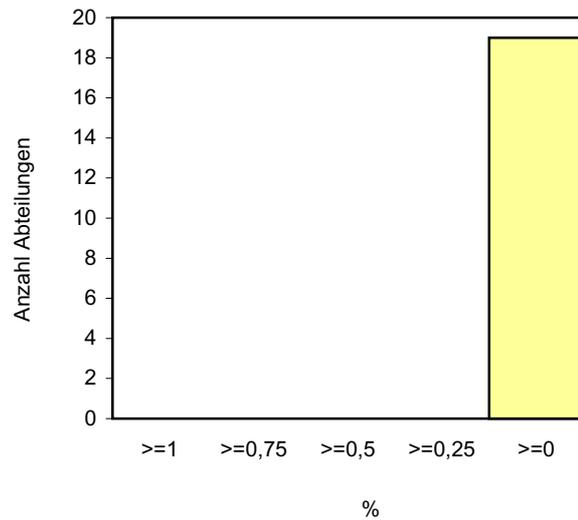
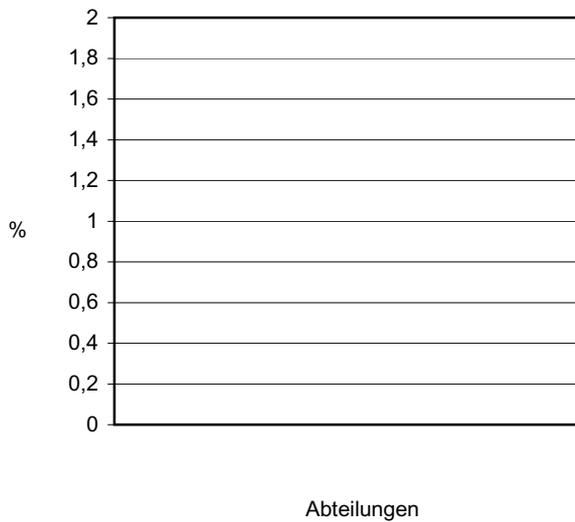
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



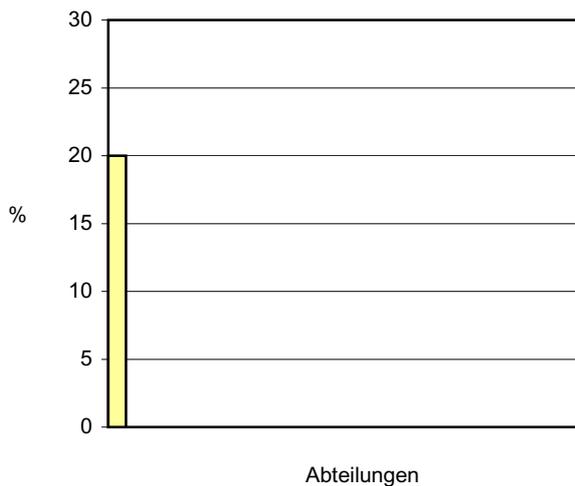
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



26 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 5: Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Nervenschaden			9 / 1.021	0,9%
Vertrauensbereich				0,40% - 1,67%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

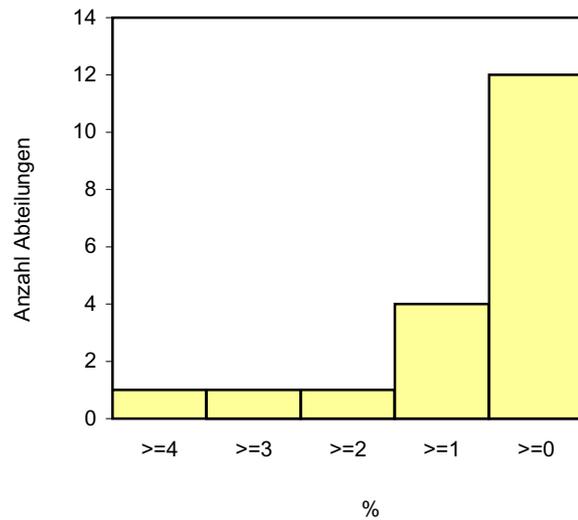
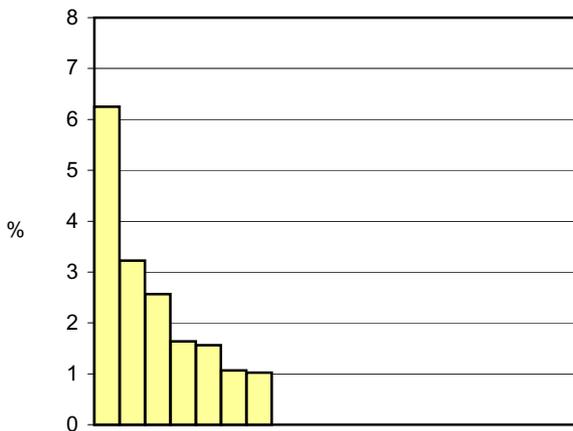
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5]:
 Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 6,3%

Median der Abteilungswerte: 0,0%

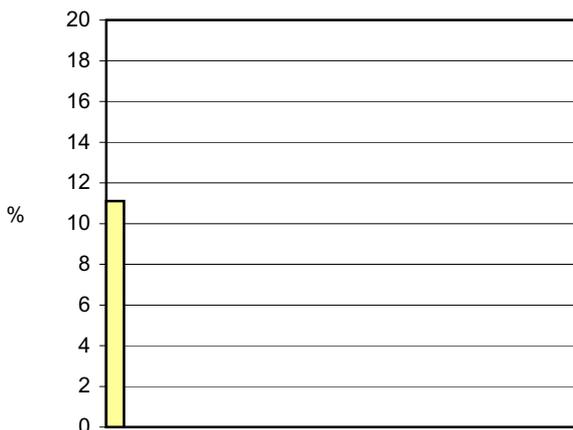


19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Qualitätsziel: Selten Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			6 / 1.021	0,6%
Patienten mit Implantatdislokation			9 / 1.021	0,9%
Patienten mit Implantatbruch			1 / 1.021	0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.021	1,3%
Vertrauensbereich				0,68% - 2,17%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			17 / 996	1,7%
Vertrauensbereich				0,99% - 2,72%

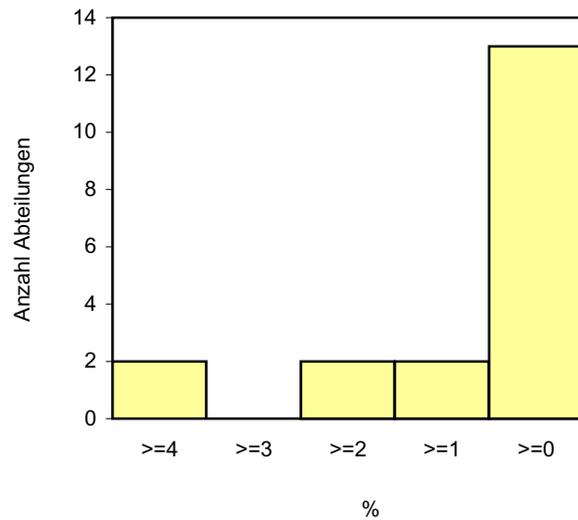
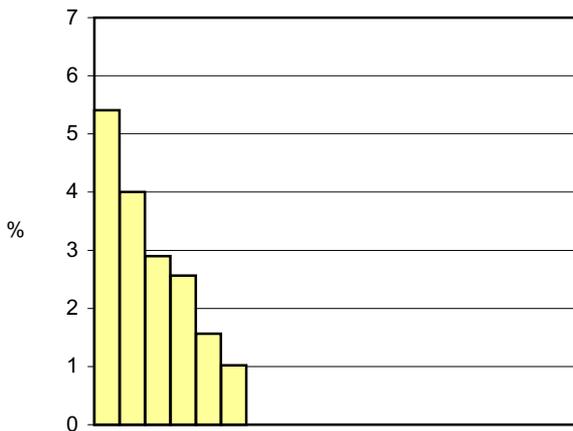
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Implantatbruch
 an allen Patienten**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%

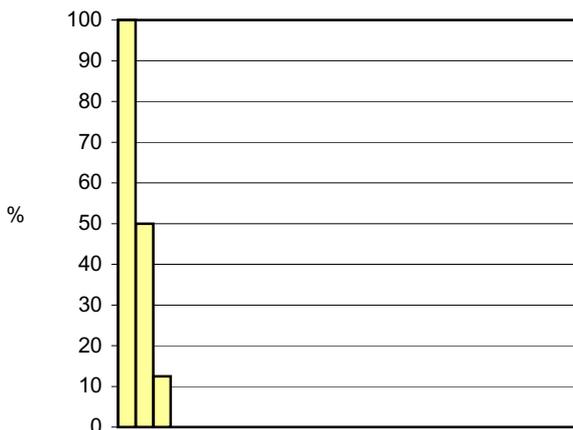


19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 7: Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: <= 10,5% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			16 / 1.021	1,6%
Vertrauensbereich				0,90% - 2,54%
Referenzbereich		<= 10,5%		<= 10,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Fraktur			18 / 996	1,8%
Vertrauensbereich				1,07% - 2,85%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7]:

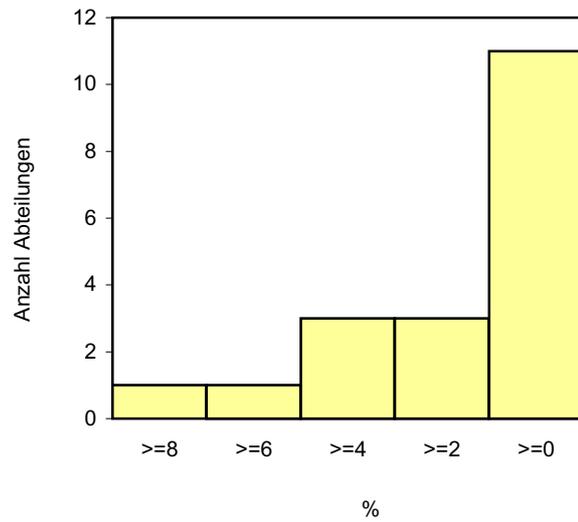
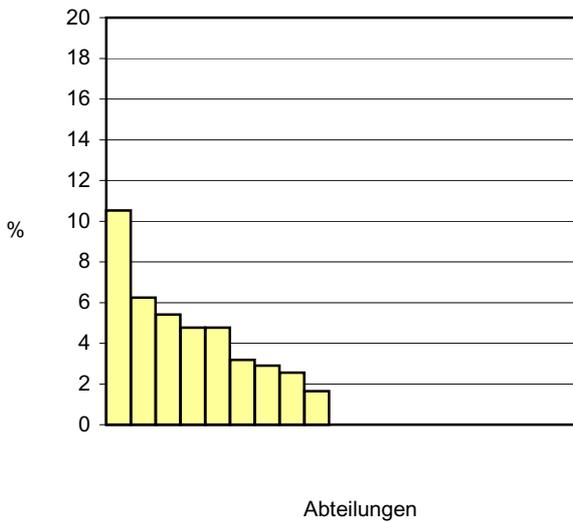
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 10,5%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



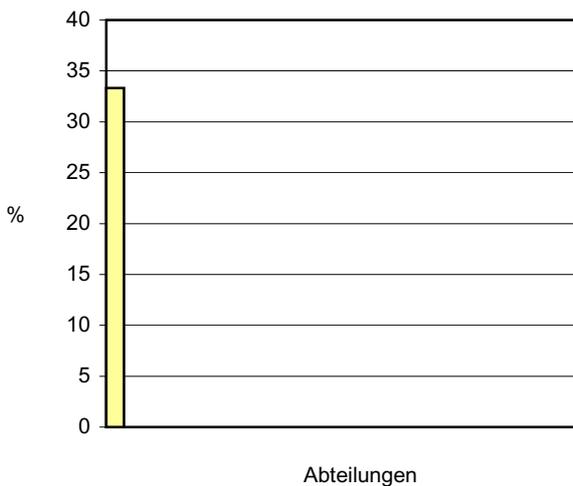
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



26 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 8: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

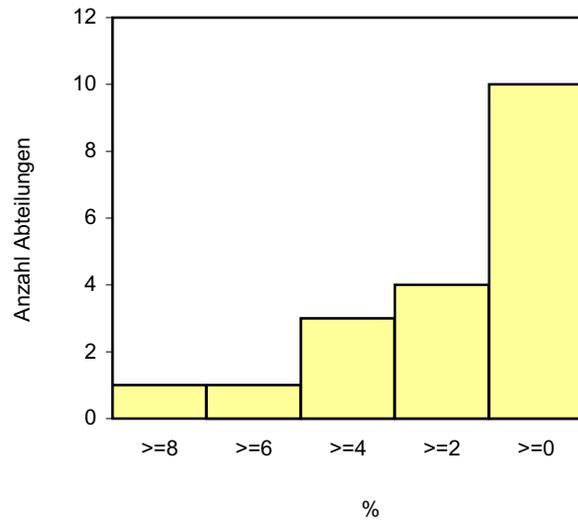
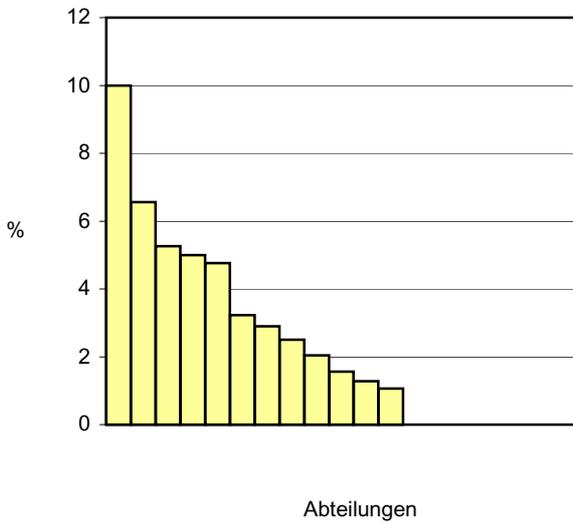
Referenzbereich: <= 10,0% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			26 / 1.021	2,5%
Vertrauensbereich				1,67% - 3,71%
Referenzbereich		<= 10,0%		<= 10,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			26 / 996	2,6%
Vertrauensbereich				1,71% - 3,81%

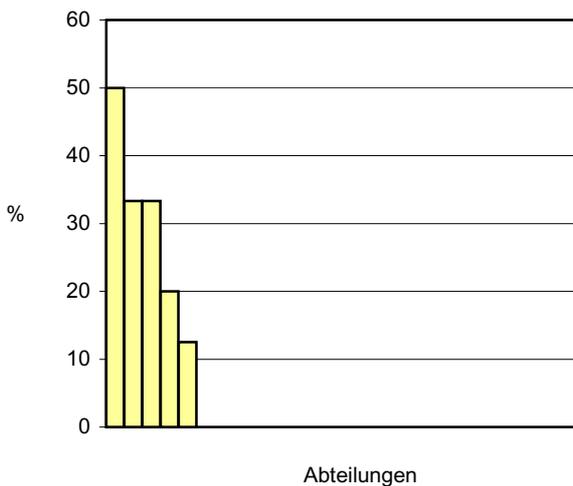
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 9: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

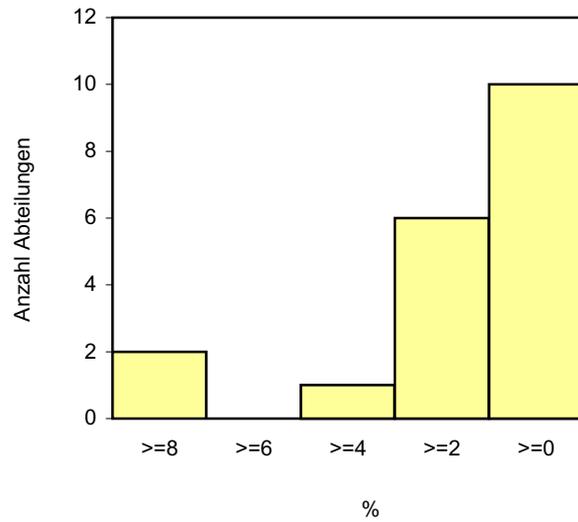
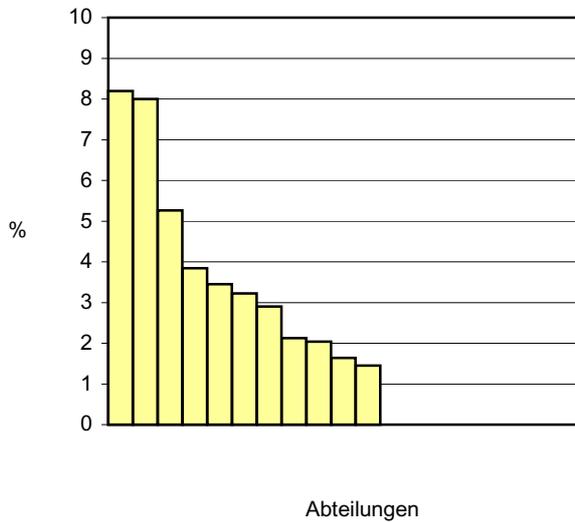
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			27 / 1.021	2,6%
Vertrauensbereich				1,75% - 3,83%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 1.021	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			22 / 1.021	2,2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			29 / 996	2,9%
Vertrauensbereich				1,96% - 4,16%

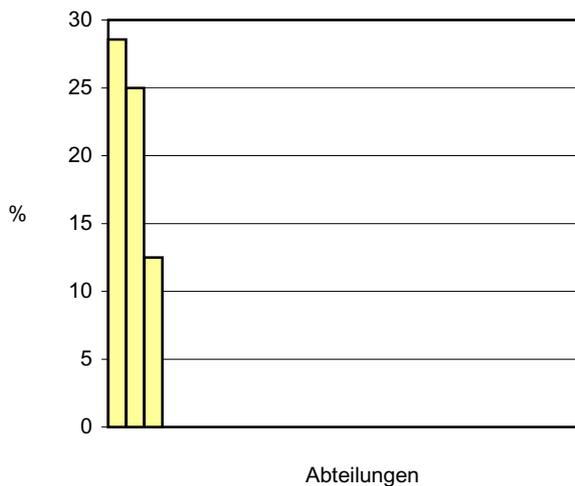
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 8,2%
 Median der Abteilungswerte: 1,6%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 28,6%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier > 164 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			381 / 1.021	37,3%
Risikoklasse 1			498 / 1.021	48,8%
Risikoklasse 2			138 / 1.021	13,5%
Risikoklasse 3			4 / 1.021	0,4%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class,
 Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 381	0,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 381	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			3 / 381	0,8%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			17 / 498	3,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 498	1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			12 / 498	2,4%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			7 / 138	5,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 138	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			7 / 138	5,1%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 4	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 4	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			0 / 4	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control
 Referenz: Culver et al: Surgical Wound Infection Rates By Wound Class, Operative Procedure, and Patient Risk Index
 Am J Med 91:152 (1991)

Qualitätsindikator 10: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

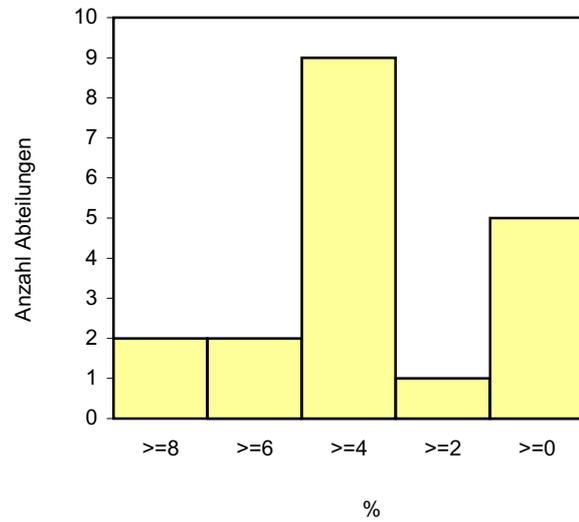
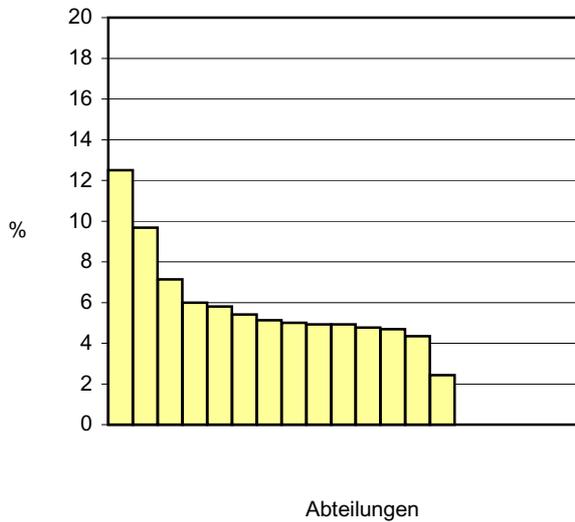
Referenzbereich: <= 13,6% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			48 / 1.021	4,7%
Vertrauensbereich				3,49% - 6,19%
Referenzbereich		<= 13,6%		<= 13,6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			38 / 996	3,8%
Vertrauensbereich				2,71% - 5,20%

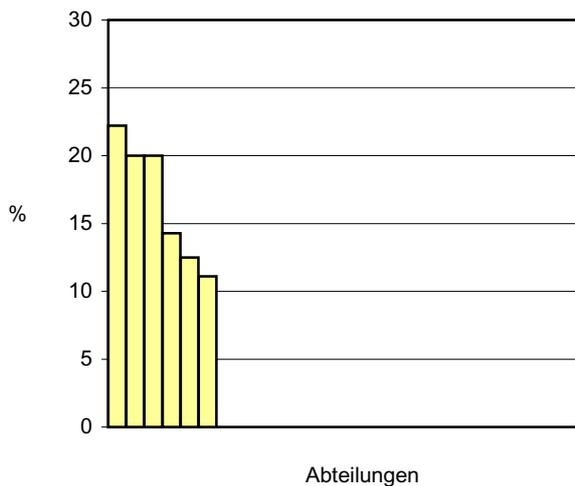
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 12,5%
 Median der Abteilungswerte: 4,9%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 22,2%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 120 min¹
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min¹
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min¹
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min¹

Abteilung 2005				
	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 Wund- hämatom/Nachblutung				
Gesamt 2005				
	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 Wund- hämatom/Nachblutung	27 / 584 4,6%	15 / 285 5,3%	5 / 125 4,0%	1 / 27 3,7%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 11: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 24,0% (95%-Bundesperzentile)

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

	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	4 / 1.021 0,4%	1 / 502 0,2%	3 / 518 0,6%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	21 / 1.021 2,1%	4 / 502 0,8%	16 / 518 3,1%
Patienten mit tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose	6 / 1.021 0,6%	3 / 502 0,6%	3 / 518 0,6%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 1.021 0,2%	1 / 502 0,2%	1 / 518 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	70 / 1.021 6,9%	7 / 502 1,4%	63 / 518 12,2%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	95 / 1.021 9,3%	15 / 502 3,0%	79 / 518 15,3%
Vertrauensbereich	7,59% - 11,26%		
Referenzbereich	<= 24,0%		

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

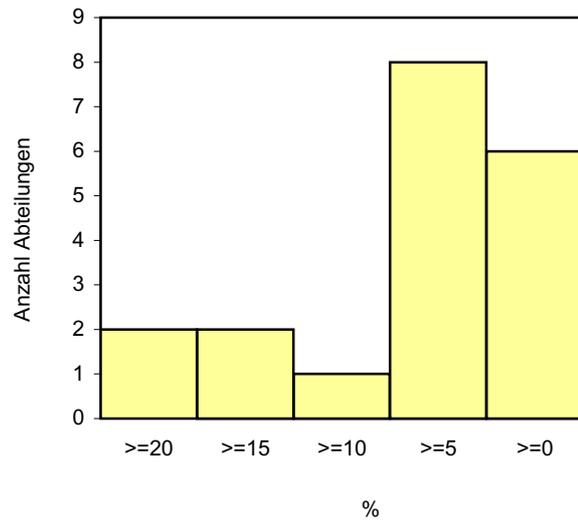
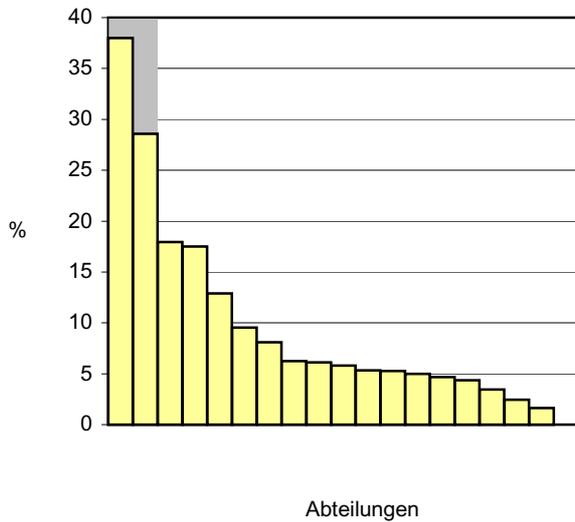
Vorjahresdaten	Gesamt 2004		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen	94 / 996 9,4%	33 / 538 6,1%	61 / 458 13,3%
Vertrauensbereich	7,69% - 11,43%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11]:

Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

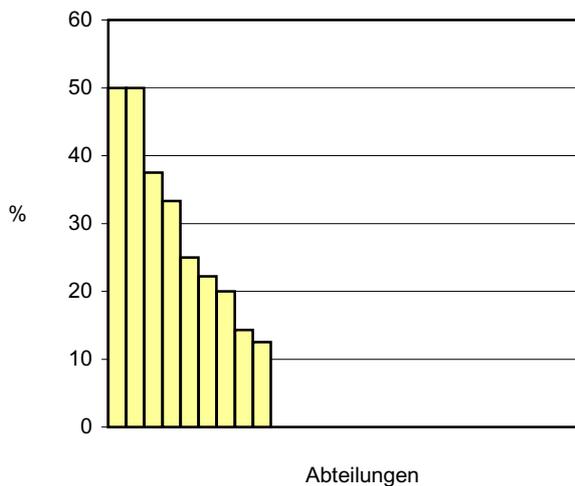
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 38,0%
 Median der Abteilungswerte: 5,8%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 12: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reintervention wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

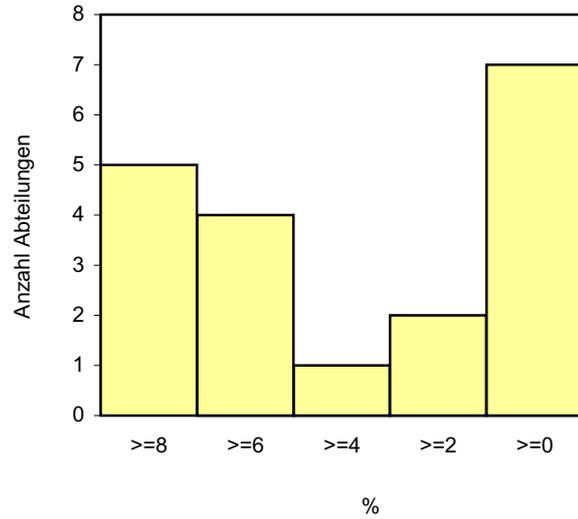
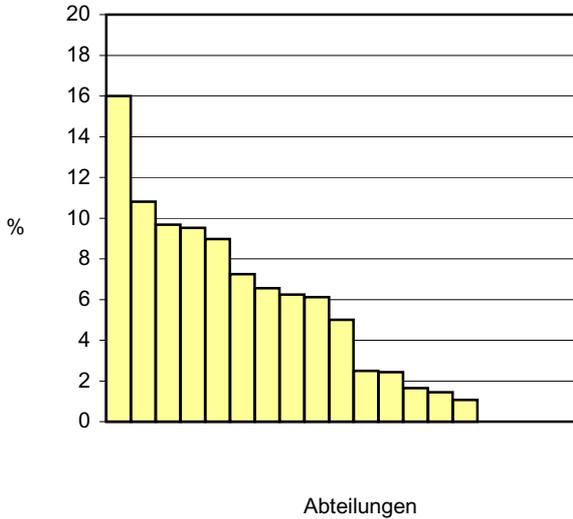
Referenzbereich: <= 16,4% (95%-Bundesperzentile)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			60 / 1.021	5,9%
Vertrauensbereich				4,51% - 7,50%
Referenzbereich		<= 16,4%		<= 16,4%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			47 / 996	4,7%
Vertrauensbereich				3,49% - 6,23%

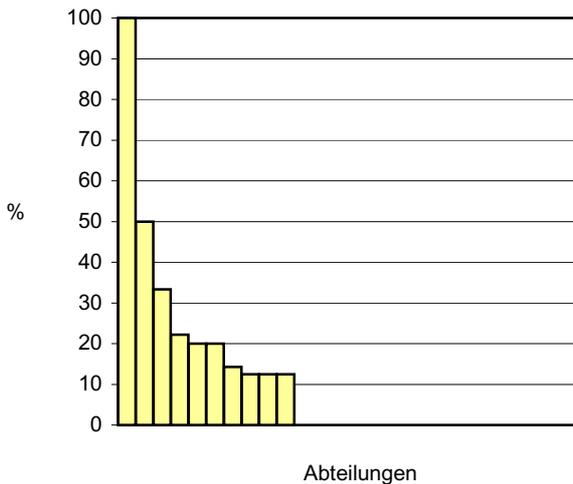
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 16,0%
 Median der Abteilungswerte: 5,0%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Qualitätsindikator 13: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 1.021	1,4%
Vertrauensbereich				0,75% - 2,30%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			13 / 996	1,3%
Vertrauensbereich				0,69% - 2,23%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 13]:

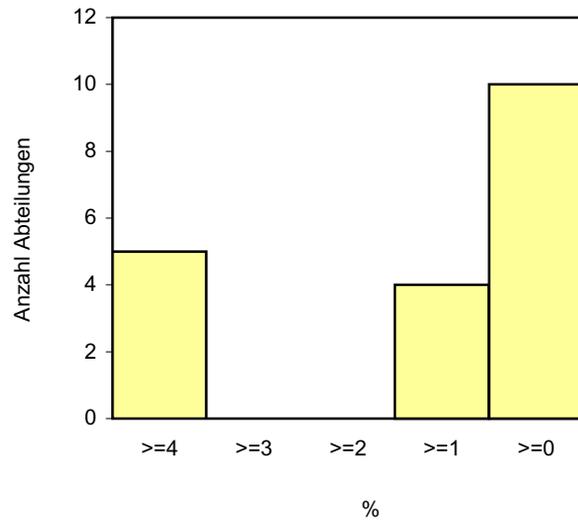
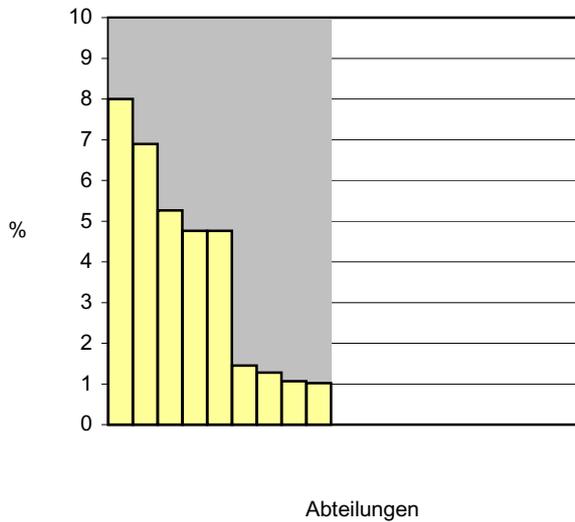
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



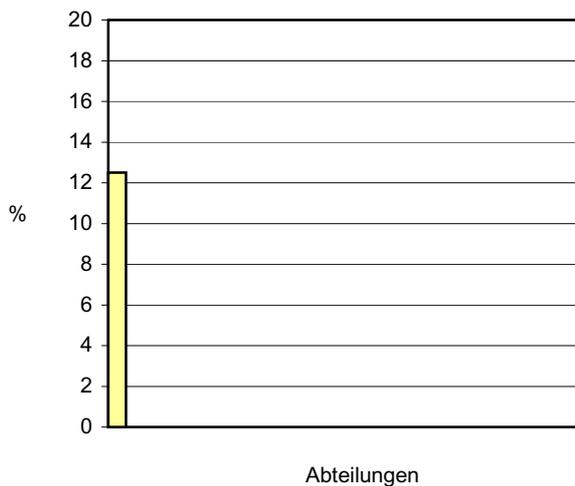
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



26 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

Abteilung 2005				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
Gesamt 2005				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	1 / 502 0,2%	8 / 491 1,6%	4 / 27 14,8%	1 / 1 100,0%

Jahresauswertung 2005 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 45
Auswertungsversion: 20. April 2006
Datensatzversion: 17/3 2005 8.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 20. April 2006
Nr. Gesamt-3142
2005 - D3999-L28189-P16803

Basisdaten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			267	26,2	203	20,4
2. Quartal			241	23,6	234	23,5
3. Quartal			271	26,5	275	27,6
4. Quartal			242	23,7	284	28,5
Gesamt			1.021		996	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.021		996	
Median				15,0		15,0
Mittelwert				17,9		18,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.021		996	
Median				17,0		18,0
Mittelwert				21,3		22,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
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	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2005

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	844	82,7	T84.0	824	82,7
2				D62	256	25,1	Z96.6	205	20,6
3				Z96.6	224	21,9	D62	113	11,3
4				I10.00	158	15,5	I10.00	94	9,4
5				I10.90	129	12,6	I10.90	77	7,7
6				T84.5	89	8,7	T84.5	58	5,8
7				E11.90	72	7,1	E66.0	47	4,7
8				E66.0	56	5,5	E11.90	38	3,8

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

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

OPS Version 2005¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2005

1	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
2	5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
3	8-390	Lagerungsbehandlung
4	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes

OPS Version 2005

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

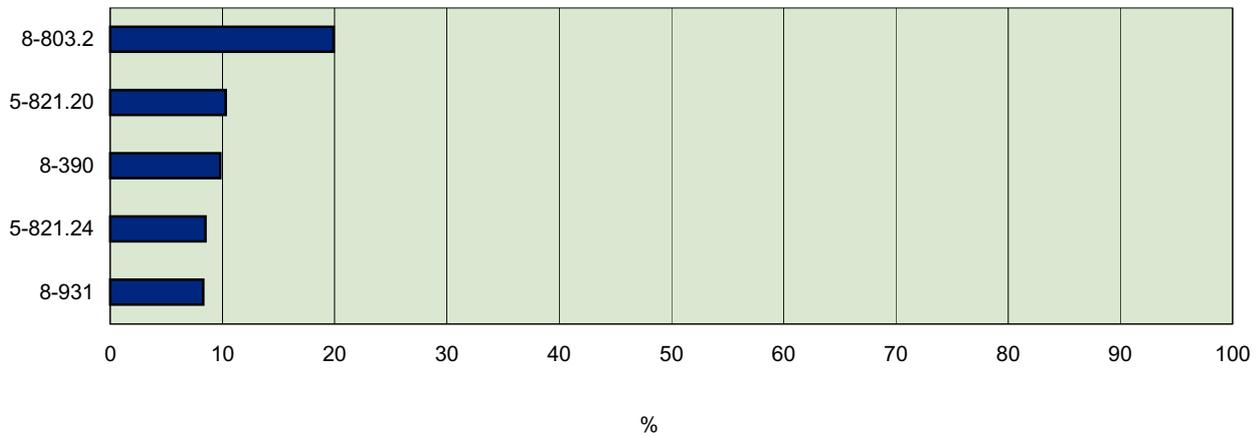
	Abteilung 2005			Gesamt 2005			Gesamt 2004		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				8-803.2	203	19,9	8-803.2	140	14,1
2				5-821.20	105	10,3	8-800.2	107	10,7
3				8-390	100	9,8	5-821.20	91	9,1
4				5-821.24	87	8,5	5-821.24	85	8,5
5				8-931	85	8,3	5-821.40	77	7,7

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen der OPS-301 Version 2004 und der OPS Version 2005 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS Version 2005 (Gesamt 2005)



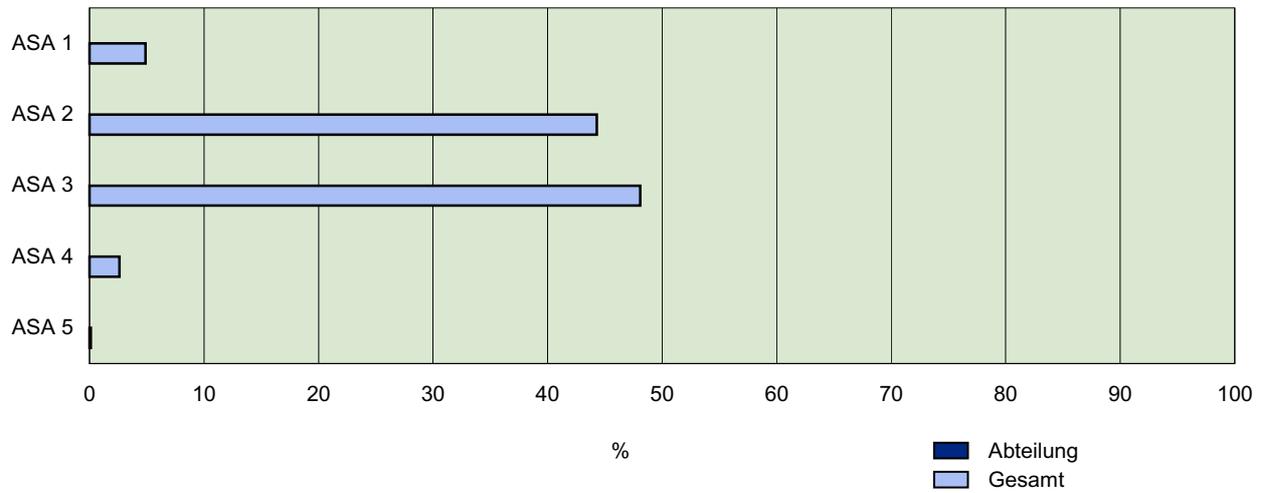
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			12 / 1.021	1,2	6 / 996	0,6
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 1.021	0,0	0 / 996	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 1.021	0,0	0 / 996	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 1.021	0,0	0 / 996	0,0

Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021 / 1.021		996 / 996	
< 40 Jahre			4 / 1.021	0,4	11 / 996	1,1
40 - 59 Jahre			105 / 1.021	10,3	116 / 996	11,6
60 - 79 Jahre			682 / 1.021	66,8	669 / 996	67,2
80 - 89 Jahre			217 / 1.021	21,3	185 / 996	18,6
>= 90 Jahre			13 / 1.021	1,3	15 / 996	1,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021		996	
Median				73,0		72,0
Geschlecht						
männlich			344	33,7	328	32,9
weiblich			677	66,3	668	67,1
Zu operierende Seite						
rechts			516	50,5	515	51,7
links			505	49,5	481	48,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			50	4,9	62	6,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			452	44,3	476	47,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			491	48,1	435	43,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	2,6	23	2,3
5: moribunder Patient			1	0,1	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Belastungsschmerz			965	94,5	940	94,4
Schmerzen beim Treppensteigen			947	92,8	921	92,5
Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			828	81,1	807	81,0
Drehschmerz (Oberschenkel)			812	79,5	796	79,9
Schmerz länger als 6 Monate			636	62,3	632	63,5

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt Anzahl der Patienten			785	76,9	807	81,0
Extension/Flexion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			785		802	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				2,3		2,8
Winkel Flexion (Grad)						
Median				85,0		85,0
Mittelwert				81,2		79,8

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Ab-/Adduktion Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			785		791	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				20,0		20,0
Mittelwert				20,3		19,4
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,2
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				13,1		13,6
Außen-/Innenrotation Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			785		796	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				15,0		15,0
Mittelwert				15,9		15,3
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,8		0,8
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				10,0		10,0
Mittelwert				9,8		9,1

Labor

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			198	19,4	170	17,1
Gelenkpunktion			229	22,4	196	19,7
Erregernachweis			102	10,0	75	7,5

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			453	44,4	434	43,6
Lockerung Pfannen-Komponente			645	63,2	648	65,1
Lockerung Schaft-Komponente			469	45,9	433	43,5
Substanzverluste Pfanne			468	45,8	435	43,7
Substanzverluste Femur			280	27,4	243	24,4
Zunahme der Lockerungszeichen			671	65,7	680	68,3

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			899	88,1	877	88,1
bedingt aseptische Eingriffe			77	7,5	82	8,2
kontaminierte Eingriffe			13	1,3	8	0,8
septische Eingriffe			32	3,1	29	2,9

Operation

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten			1.021		996	
Median				115,0		119,0
Mittelwert				125,6		130,3
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			261	25,6	214	21,5
90 - 239 min			719	70,4	729	73,2
>= 240 min			41	4,0	53	5,3

Operation (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schaft wurde zementiert						
Anzahl der Patienten			311	30,5	299	30,0
davon						
Vakuummischtechnik			142 / 311	45,7	121 / 299	40,5
Druckreinigung des Markraums			128 / 311	41,2	117 / 299	39,1
Verwendung eines Markraumperrers			167 / 311	53,7	146 / 299	48,8
Knochen transplantation						
Anzahl der Patienten			247	24,2	270	27,1
Osteosynthese						
Anzahl der Patienten			152	14,9	132	13,3
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			1.011	99,0	988	99,2
davon						
single shot			530 / 1.011	52,4	577 / 988	58,4
24 h			82 / 1.011	8,1	85 / 988	8,6
länger			399 / 1.011	39,5	326 / 988	33,0
Medikamentöse Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			1.002	98,1	986	99,0
Bluttransfusion						
Behandlungsfälle mit Bluttransfusion			656	64,3	610	61,2
davon						
Eigenblut			151 / 656	23,0	134 / 610	22,0
Fremdblut			547 / 656	83,4	519 / 610	85,1
Eigenblut:						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			151		107	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				1,8		1,9
Fremdblut:						
Patienten mit erhaltenen Transfusionseinheiten			547		463	
Median				2,0		2,0
Mittelwert				3,5		3,4
Verwendung eines Cell-Savers						
Anzahl der Patienten			517	50,6	486	48,8

Verlauf

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			1.019	99,8	992	99,6
Postoperatives Röntgenbild axial Anzahl der Patienten			604	59,2	577	57,9
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			99	9,7	103	10,3
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			6	0,6	2	0,2
Implantatdislokation			9	0,9	13	1,3
Implantatbruch			1	0,1	2	0,2
Endoprothesenluxation			26	2,5	26	2,6
Wundhämatom/Nachblutung			48	4,7	38	3,8
Gefäßläsion			1	0,1	3	0,3
Nervenschaden			9	0,9	11	1,1
Fraktur			16	1,6	18	1,8
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			60	5,9	47	4,7
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten			27	2,6	29	2,9
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			5 / 27	18,5	11 / 29	37,9
A2 (tiefe Infektion)			15 / 27	55,6	17 / 29	58,6
A3 (Räume/Organe)			7 / 27	25,9	1 / 29	3,4

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			95	9,3	94	9,4
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			4	0,4	5	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)			21	2,1	28	2,8
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			6	0,6	5	0,5
Lungenembolie			2	0,2	3	0,3
Sonstige			70	6,9	67	6,7

Entlassung I

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt						
Anzahl der Patienten			913	89,4	886	89,0
Extension/Flexion						
Anzahl der Patienten mit plausiblen Angaben			913		881	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,7		0,4
Winkel Flexion (Grad)						
Median				85,0		85,0
Mittelwert				81,3		81,1
Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)			867	84,9	885	88,9
Treppensteigen nicht möglich			154	15,1	111	11,1
davon						
operationsbedingt						
nicht möglich			27 / 154	17,5	16 / 111	14,4
Selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)			976	95,6	957	96,1
Selbständiges Gehen nicht möglich			45	4,4	39	3,9
davon						
operationsbedingt						
nicht möglich			4 / 45	8,9	8 / 39	20,5
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich			952	93,2	950	95,4
Selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene nicht möglich			69	6,8	46	4,6
davon						
operationsbedingt						
nicht möglich			6 / 69	8,7	8 / 46	17,4

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			562	55,0	595	59,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			14	1,4	26	2,6
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			12	1,2	22	2,2
07: Tod			14	1,4	13	1,3
08: Verlegung nach § 14			41	4,0	41	4,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			362	35,5	282	28,3
10: in Pflegeeinrichtung			7	0,7	14	1,4
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			5	0,5	3	0,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,1	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			2	0,2	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
Tod im Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Erkrankung (bezogen auf verstorbene Patienten)			1 / 14	7,1	2 / 13	15,4
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patienten)			1 / 14	7,1	3 / 13	23,1

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) | 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | |

Anhang: OPS Version 2005

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese nicht zementiert			50 / 1.021	4,9	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.			16 / 1.021	1,6	27 / 996	2,7
5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			31 / 1.021	3,0	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.			11 / 1.021	1,1	7 / 996	0,7
5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			5 / 1.021	0,5	4 / 996	0,4
5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			18 / 1.021	1,8	24 / 996	2,4
5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese			1 / 1.021	0,1	6 / 996	0,6

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige			7 / 1.021	0,7	6 / 996	0,6
5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert			105 / 1.021	10,3	91 / 996	9,1
5-821.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau			53 / 1.021	5,2	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.			28 / 1.021	2,7	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			36 / 1.021	3,5	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			87 / 1.021	8,5	85 / 996	8,5

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	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			54 / 1.021	5,3	52 / 996	5,2
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			7 / 1.021	0,7	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.			9 / 1.021	0,9	10 / 996	1,0
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			4 / 1.021	0,4	1 / 996	0,1
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			8 / 1.021	0,8	8 / 996	0,8
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige			20 / 1.021	2,0	17 / 996	1,7

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			69 / 1.021	6,8	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.			57 / 1.021	5,6	74 / 996	7,4
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			56 / 1.021	5,5	50 / 996	5,0
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			52 / 1.021	5,1	68 / 996	6,8
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige			15 / 1.021	1,5	12 / 996	1,2
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			73 / 1.021	7,1	77 / 996	7,7

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese zementiert und n.n.bez.			17 / 1.021	1,7	15 / 996	1,5
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			20 / 1.021	2,0	13 / 996	1,3
5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			36 / 1.021	3,5	41 / 996	4,1
5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige			12 / 1.021	1,2	6 / 996	0,6
5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese nicht zementiert			17 / 1.021	1,7	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.			11 / 1.021	1,1	5 / 996	0,5

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			18 / 1.021	1,8	14 / 996	1,4
5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese			12 / 1.021	1,2	6 / 996	0,6
5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige			4 / 1.021	0,4	3 / 996	0,3
5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert			4 / 1.021	0,4	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.			2 / 1.021	0,2	1 / 996	0,1
5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			3 / 1.021	0,3	2 / 996	0,2

OPS Version 2005 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			16 / 1.021	1,6	11 / 996	1,1
5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige			5 / 1.021	0,5	4 / 996	0,4

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 45
Datensatzversion: 17/3 2005 8.0
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 20. April 2006
Nr. Gesamt-3142
2005 - D3999-L28189-P16803

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung			2,3%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			3,5%	nicht definiert		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitus-status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
			26,7%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4						
			0,1%	Sentinel Event		P1.7

¹ Abweichung vom Referenzbereich

n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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

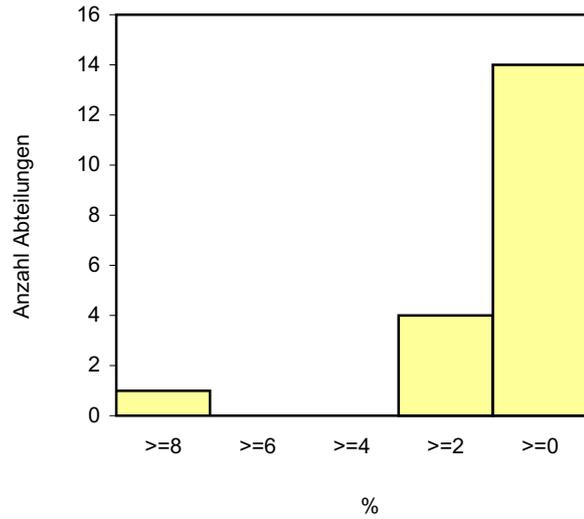
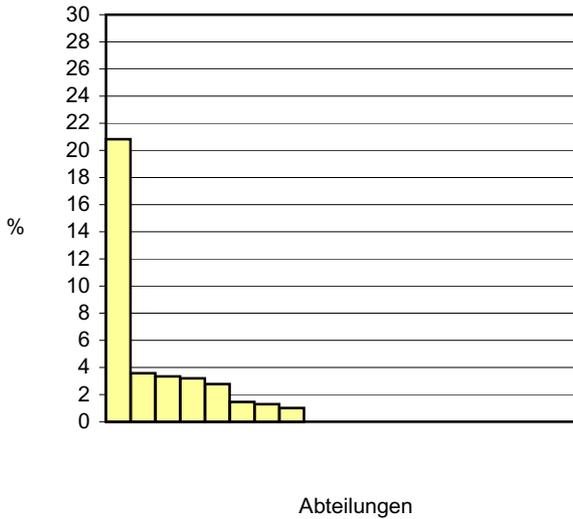
- Qualitätsziel:** Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
- Referenzbereich:**
- a) Für Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung:
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
 - b) Für alle Patienten mit Dekubitalulzera:
 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			23 / 1.006	2,3%
Vertrauensbereich				1,45% - 3,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			35 / 1.006	3,5%
Vertrauensbereich				2,43% - 4,81%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			12 / 35	34,3%
Grad 2			17 / 35	48,6%
Grad 3			5 / 35	14,3%
Grad 4			1 / 35	2,9%
keine Gradangabe			0 / 35	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			971 / 1.006	96,5%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			14 / 990	1,4% 0,77% - 2,37%
Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			26 / 990	2,6% 1,72% - 3,83%

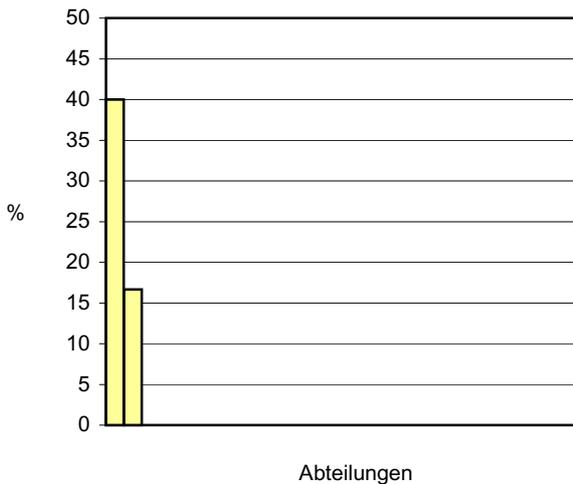
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1a]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung
an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 20,8%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 40,0%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1b]:

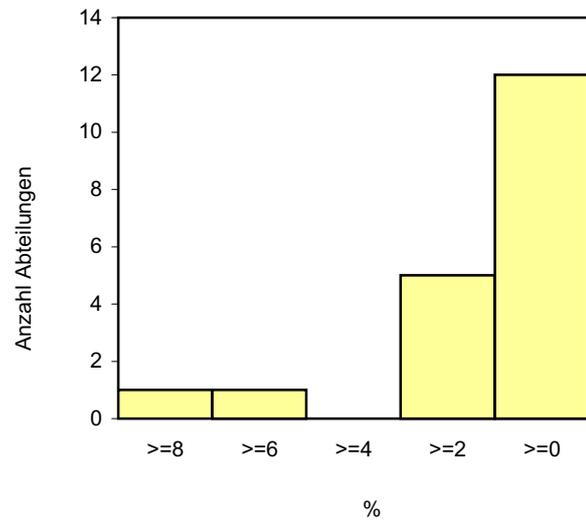
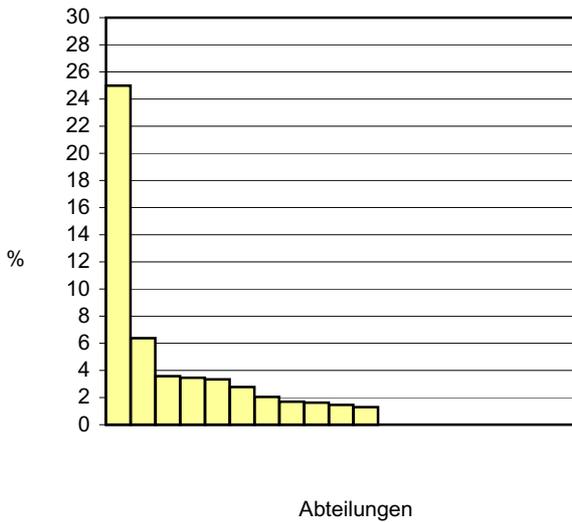
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 25,0%

Median der Abteilungswerte: 1,4%



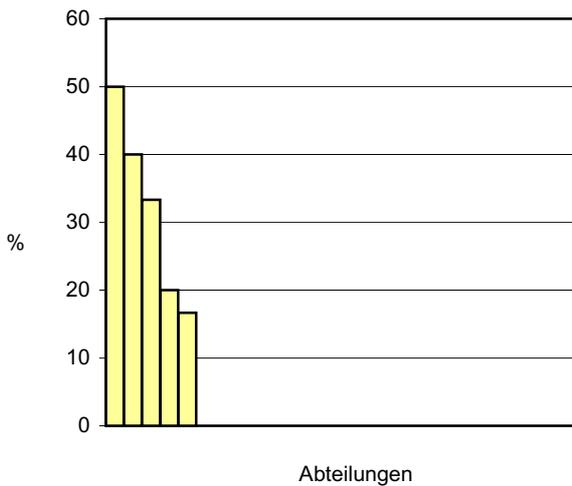
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



26 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 15	26,7%
Vertrauensbereich				7,70% - 55,20%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			3 / 4	75,0%
Grad 2			1 / 4	25,0%
Grad 3			0 / 4	0,0%
Grad 4			0 / 4	0,0%
keine Gradangabe			0 / 4	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			11 / 15	73,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			1 / 6	16,7%
Vertrauensbereich				0,40% - 64,20%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2]:

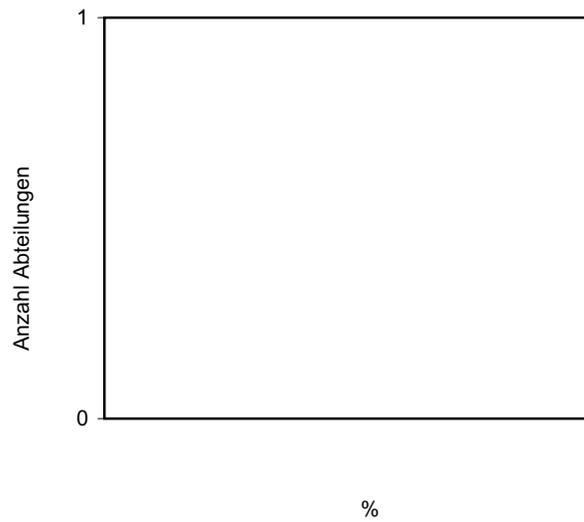
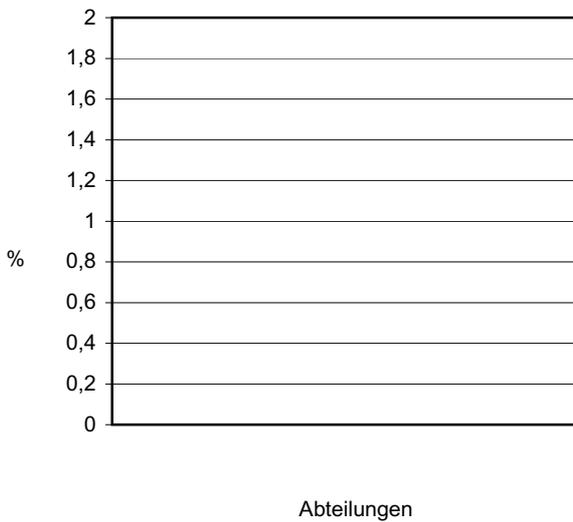
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

34 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte: nicht bestimmt

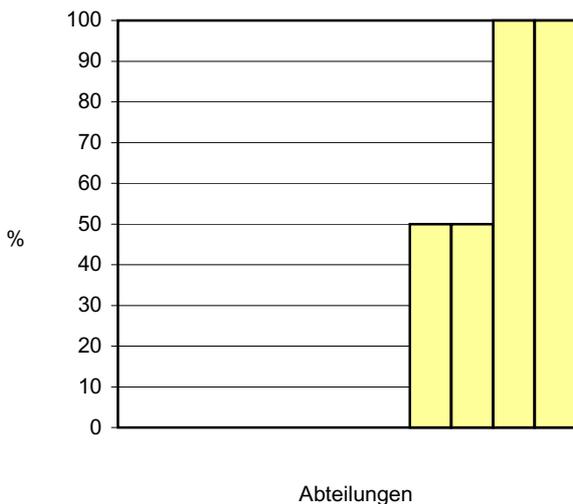


0 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Abteilungswerte: 0,0%



11 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

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

Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			1 / 1.006	0,1%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,57%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

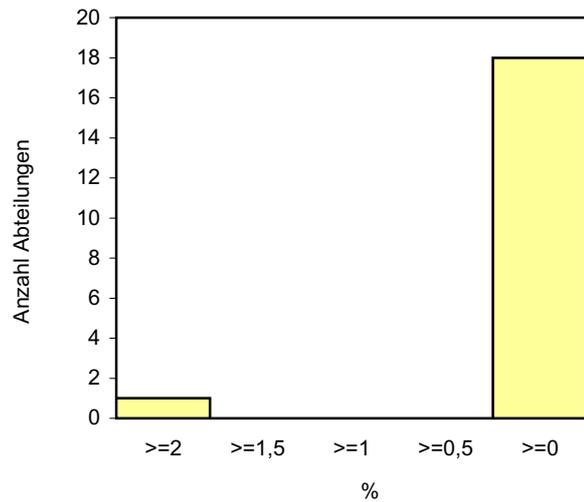
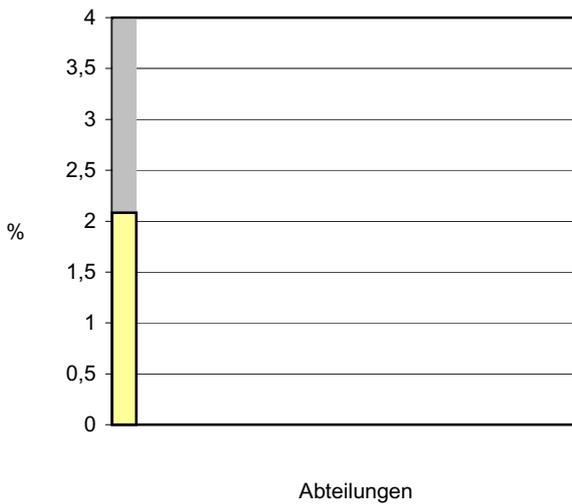
Vorjahresdaten	Abteilung 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 990	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,37%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3]:

Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
 0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

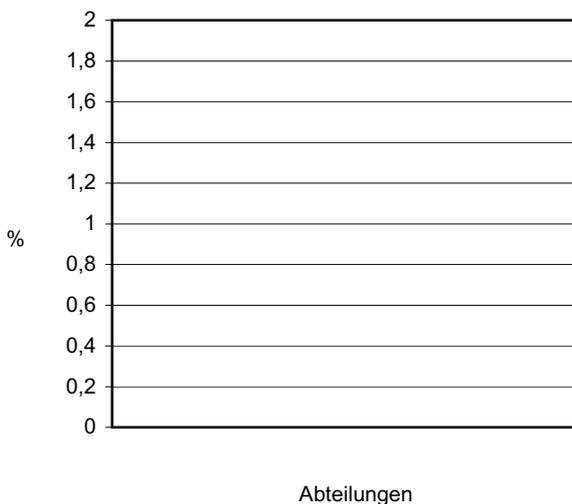
Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 2,1%
 Median der Abteilungswerte: 0,0%



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



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

Jahresauswertung 2005
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 45
Datensatzversion: 17/3 2005 8.0
Datenbankstand: 07. März 2006
Druckdatum: 20. April 2006
Nr. Gesamt-3142
2005 - D3999-L28189-P16803

Basisdaten

	Abteilung 2005	Gesamt 2005	Gesamt 2004
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		1.021	996

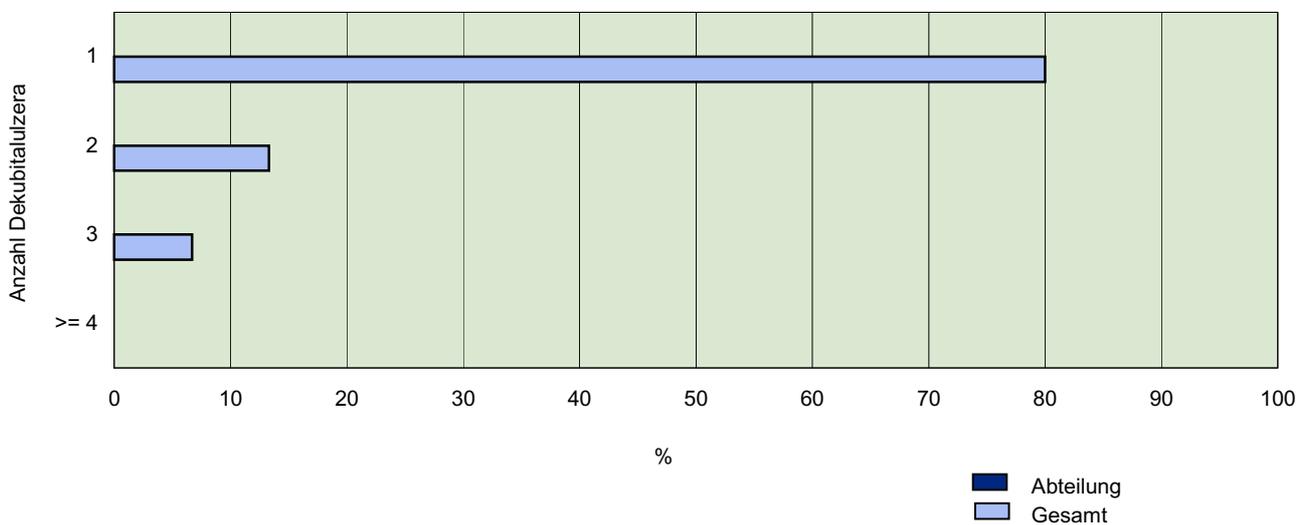
Patienten

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021 / 1.021		996 / 996	
< 20 Jahre			0 / 1.021	0,0	0 / 996	0,0
20 - 39 Jahre			4 / 1.021	0,4	11 / 996	1,1
40 - 59 Jahre			105 / 1.021	10,3	116 / 996	11,6
60 - 69 Jahre			237 / 1.021	23,2	255 / 996	25,6
70 - 79 Jahre			445 / 1.021	43,6	414 / 996	41,6
80 - 89 Jahre			217 / 1.021	21,3	185 / 996	18,6
>= 90 Jahre			13 / 1.021	1,3	15 / 996	1,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.021		996	
Median				73,0		72,0
Mittelwert				71,9		70,9
Geschlecht						
männlich			344	33,7	328	32,9
weiblich			677	66,3	668	67,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			50	4,9	62	6,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			452	44,3	476	47,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			491	48,1	435	43,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	2,6	23	2,3
5: moribunder Patient			1	0,1	0	0,0

Aufnahme

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			15	1,5	6	0,6
nein			1.006	98,5	990	99,4
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			19 / 15	1,27	6 / 6	1,00
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			6	40,0	3	50,0
Grad 2:			7	46,7	1	16,7
Grad 3:			1	6,7	1	16,7
Grad 4:			1	6,7	1	16,7

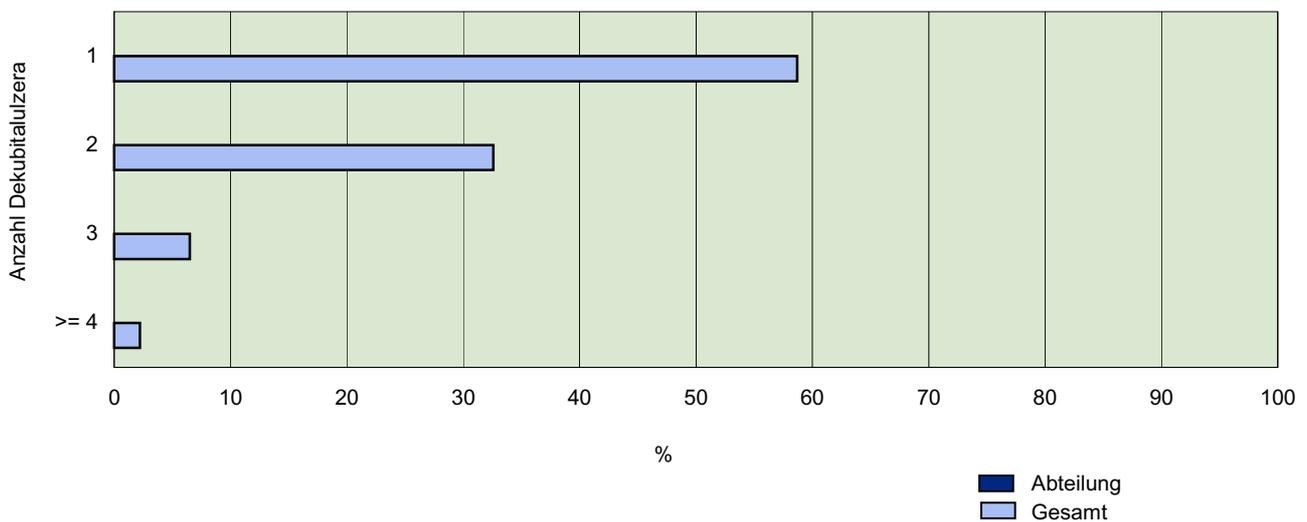
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			46	4,5	31	3,1
nein			975	95,5	965	96,9
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			70 / 46	1,52	35 / 31	1,13
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			15	32,6	14	45,2
Grad 2:			22	47,8	14	45,2
Grad 3:			8	17,4	2	6,5
Grad 4:			1	2,2	1	3,2

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			15	1,5	6	0,6
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			2 / 15	13,3	0 / 6	0,0
unveränderter Anzahl			8 / 15	53,3	5 / 6	83,3
reduzierter Anzahl			5 / 15	33,3	1 / 6	16,7
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹			-3 / 19	-0,16	-1 / 6	-0,17

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

	Abteilung 2005		Gesamt 2005		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			15	1,5	6	0,6
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera						
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			54 / 1.006	53,68	30 / 990	30,30
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			971 / 1.006	96,5	964 / 990	97,4
1			21 / 1.006	2,1	22 / 990	2,2
2			10 / 1.006	1,0	4 / 990	0,4
3			3 / 1.006	0,3	0 / 990	0,0
4 oder mehr			1 / 1.006	0,1	0 / 990	0,0
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus			35 / 1.006	3,5	26 / 990	2,6
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹			54 / 35	1,54	30 / 26	1,15

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

Beispiel: Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ 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 Landesdatenpools 2005.

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw.

"Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen,

dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2005 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2004 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Jahresauswertung 2004 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2005 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

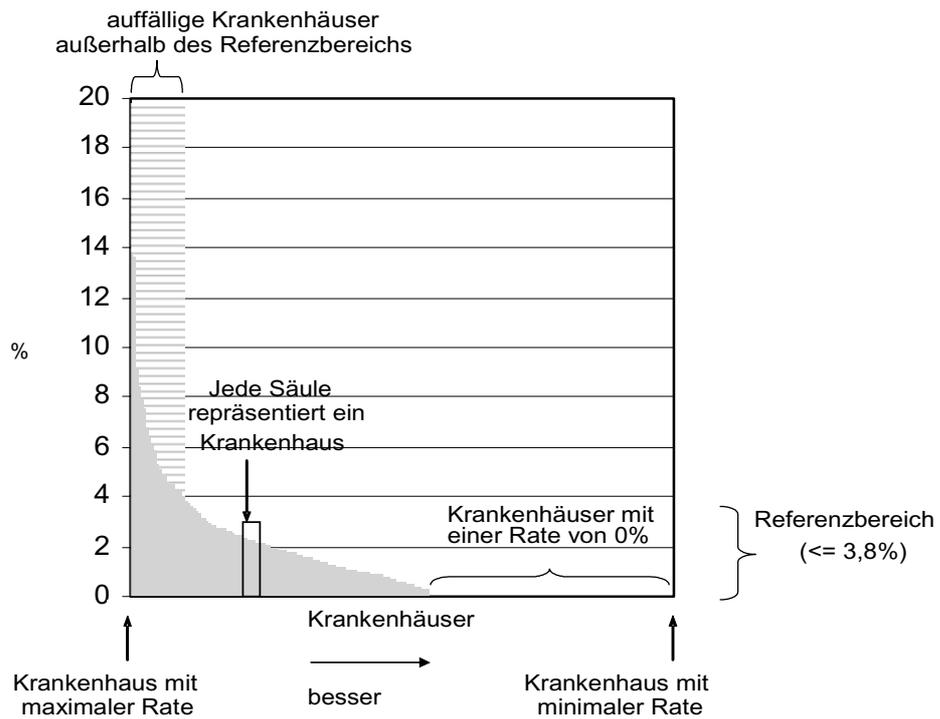
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

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

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

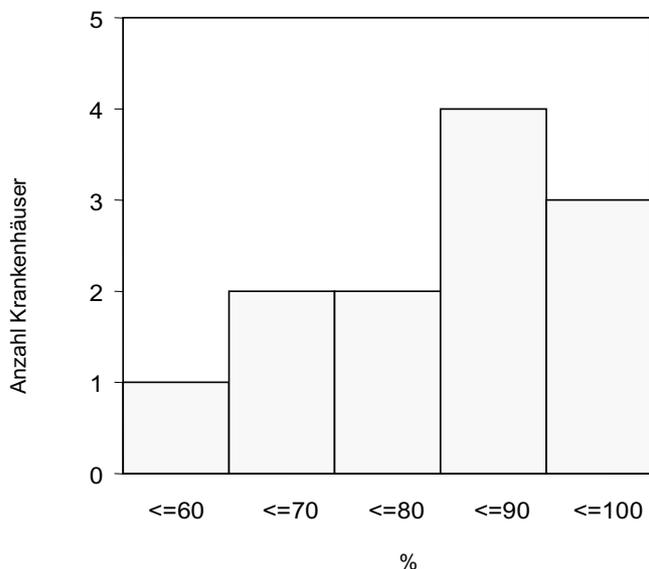
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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