

Jahresauswertung 2006 Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Jahresauswertung 2006 Hüft-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Indikation			92,9%	>= 78,9%	14,0%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,7%	>= 95%	4,7%	1.4
QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung			17,2%	nicht definiert		1.7
QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden			1,3%	<= 2%	0,7%	1.10
QI 5: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur			2,1%	<= 2%	-0,1%	1.12
QI 6: Endoprothesenluxation			2,5%	<= 10%	7,5%	1.14
QI 7: Postoperative Wundinfektion			3,3%	nicht definiert		1.16
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			3,2%	<= 13%	9,8%	1.22
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			3,6%	<= 9,7%	6,1%	1.26
QI 10: Reinterventionen wegen Komplikationen			7,2%	<= 16%	8,8%	1.28
QI 11: Letalität			1,1%	Sentinel Event		1.30

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

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46080

Referenzbereich: $\geq 78,9\%$ (5%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			956 / 1.003	95,3%
Patienten mit Ruheschmerz			765 / 1.003	76,3%
Patienten mit Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			782 / 1.003	78,0%
Patienten mit Drehschmerz (Oberschenkel)			773 / 1.003	77,1%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung			394 / 1.003	39,3%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			568 / 1.003	56,6%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			404 / 1.003	40,3%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			402 / 1.003	40,1%
Patienten mit Substanzverlust Femur			214 / 1.003	21,3%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			109 / 1.003	10,9%
Patienten mit Prothesen(sub)luxation			160 / 1.003	16,0%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			182 / 1.003	18,1%
Patienten mit Erregernachweis			78 / 1.003	7,8%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			932 / 1.003	92,9%
Vertrauensbereich				91,15% - 94,43%
Referenzbereich		$\geq 78,9\%$		$\geq 78,9\%$

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			927 / 1.021	90,8% 88,8% - 92,5%

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden aufgrund von Datensatzänderungen mit einer abweichenden Rechenregel berechnet und sind eingeschränkt mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46080]:

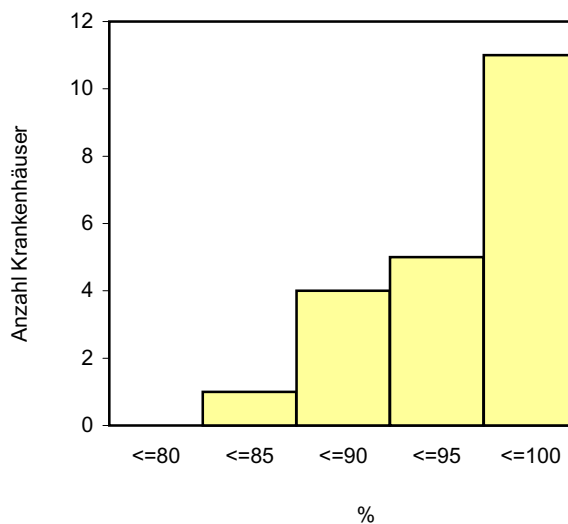
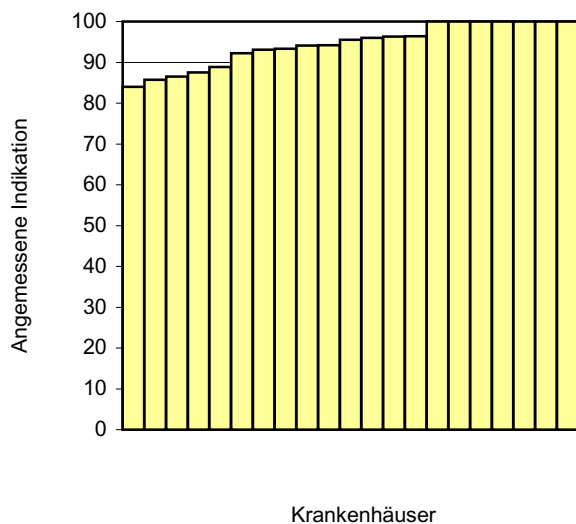
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 84,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 95,5%



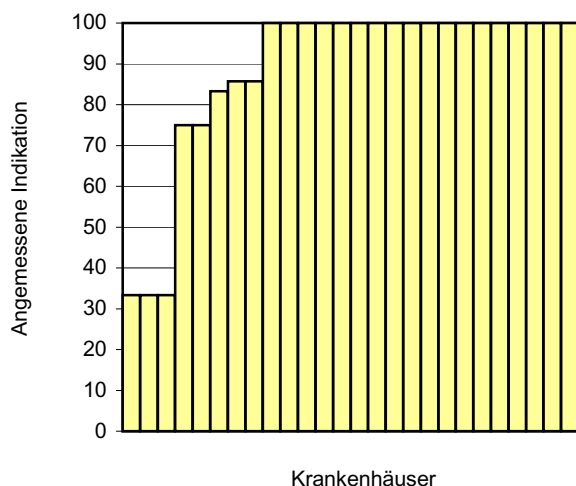
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 33,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46083

Referenzbereich: Gruppe 1: ≥ 95%

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

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich	1.000 / 1.003 99,7% 99,12% - 99,94% ≥ 95%	530 / 532 99,6%	470 / 471 99,8%
davon single shot	570 / 1.000 57,0%	344 / 530 64,9%	226 / 470 48,1%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	430 / 1.000 43,0%	186 / 530 35,1%	244 / 470 51,9%

¹ beschränkt auf gültige OP-Dauer

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2005		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	1.011 / 1.021 99,0% 98,20% - 99,53%	577 / 584 98,8%	434 / 437 99,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46083]:

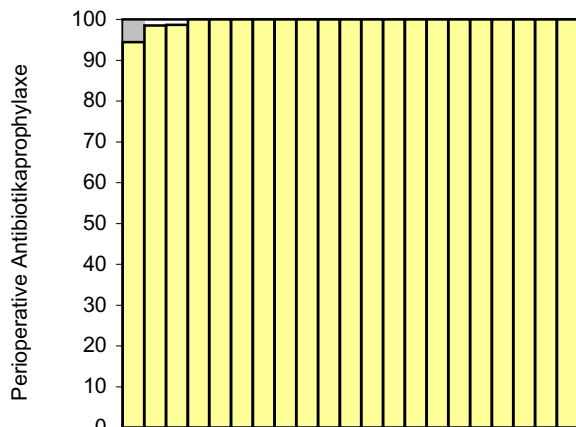
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

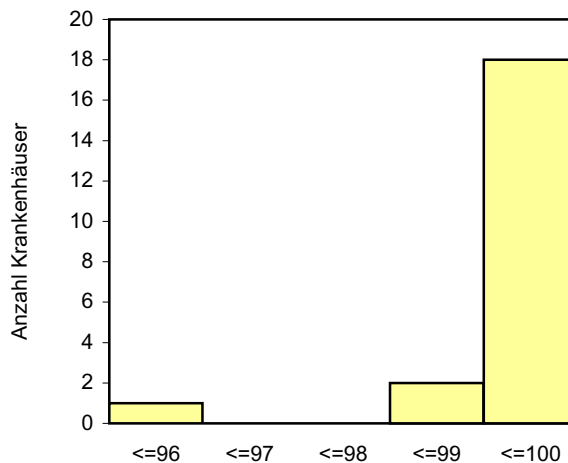
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 94,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser



%

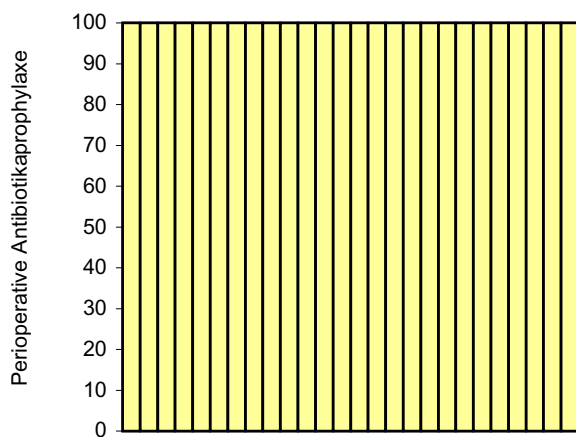
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



Krankenhäuser

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung

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

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46112

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			167 / 972	17,2%
Vertrauensbereich				14,86% - 19,70%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung			3 / 991	0,3%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,89%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46112]:

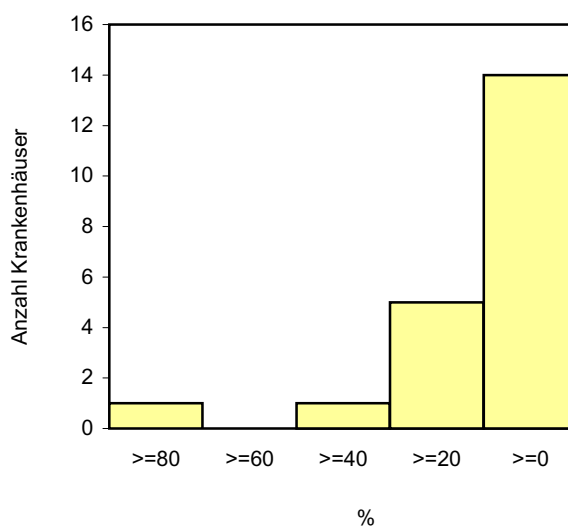
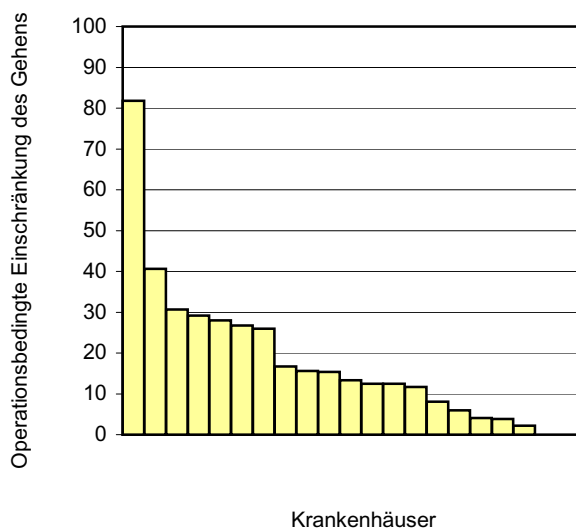
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den oben genannten Entlassungsgründen

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 81,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 13,3%



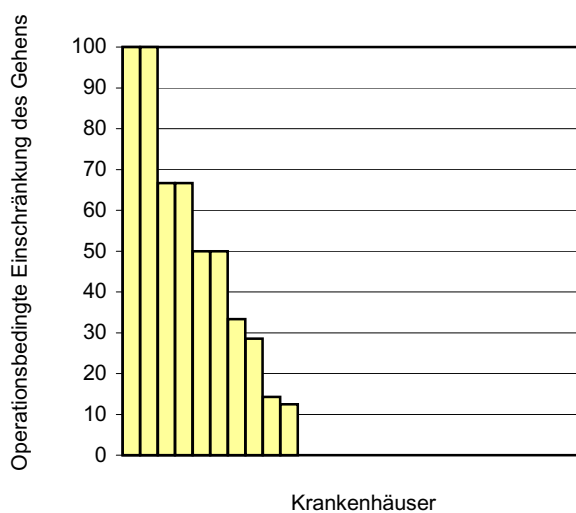
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



26 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 Tage¹
 Gruppe 2: 16 bis 20 Tage
 Gruppe 3: 21 bis 25 Tage
 Gruppe 4: > 25 Tage¹

	Krankenhaus 2006			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung				
Gesamt 2006				
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	106 / 624 17,0%	27 / 158 17,1%	13 / 86 15,1%	21 / 104 20,2%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/73838

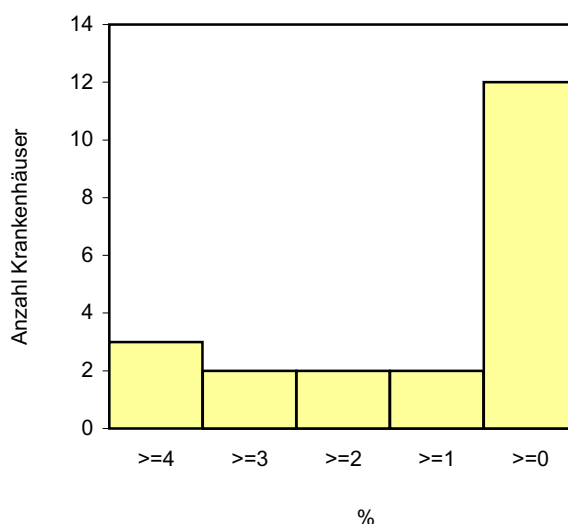
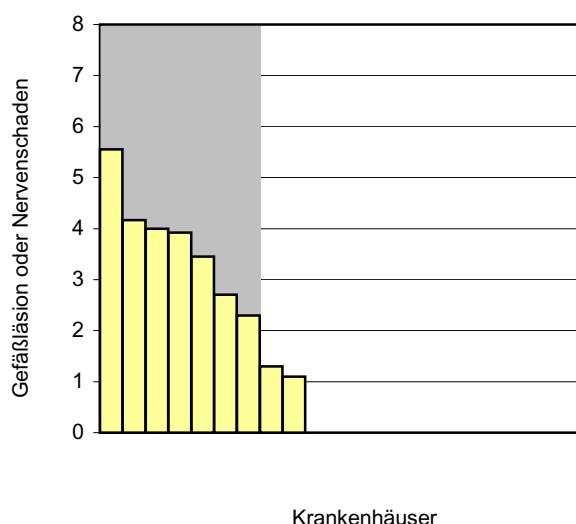
Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 1.003	0,1%
Patienten mit Nervenschaden			12 / 1.003	1,2%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.003	1,3%
Vertrauensbereich				0,69% - 2,21%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			10 / 1.021	1,0%
Vertrauensbereich				0,47% - 1,80%

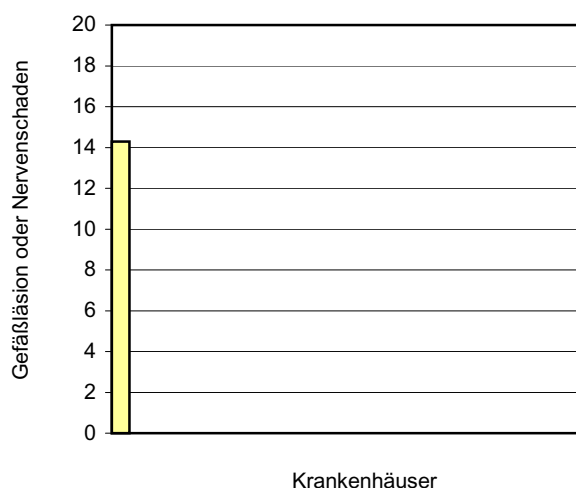
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/73838]:
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,6%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



21 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% - 14,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Qualitätsindikator 5: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46134

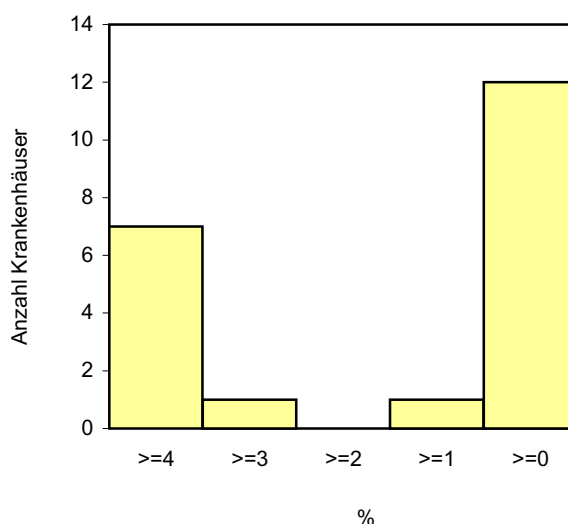
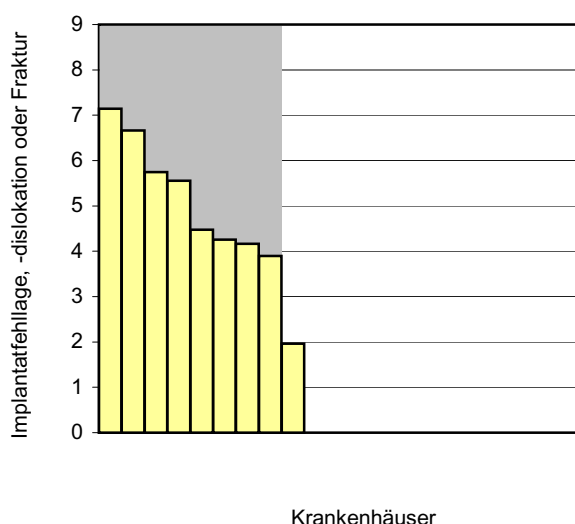
Referenzbereich: <= 2%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			3 / 1.003	0,3%
Patienten mit Implantatdislokation			2 / 1.003	0,2%
Patienten mit Fraktur			18 / 1.003	1,8%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			21 / 1.003	2,1%
Vertrauensbereich				1,30% - 3,19%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			26 / 1.021	2,5%
Vertrauensbereich				1,67% - 3,71%

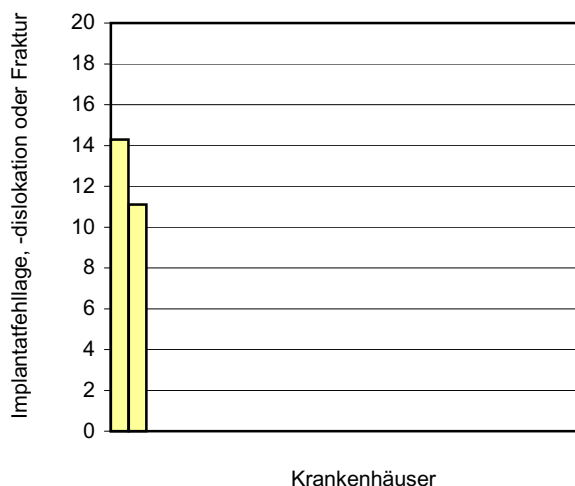
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46134]:
Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



21 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% - 14,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



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

Qualitätsindikator 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46136

Referenzbereich: <= 10%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			25 / 1.003	2,5%
Vertrauensbereich				1,62% - 3,66%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			26 / 1.021	2,5%
Vertrauensbereich				1,67% - 3,71%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46136]:

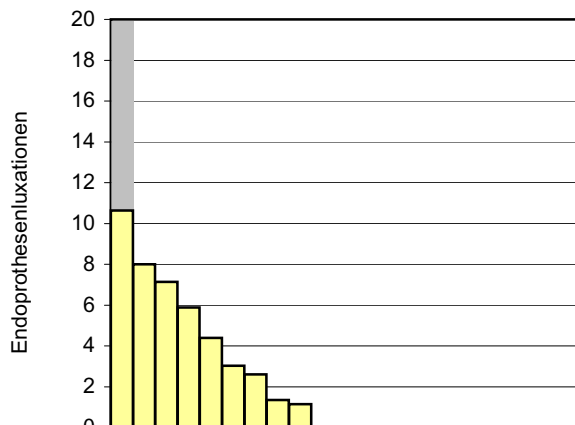
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

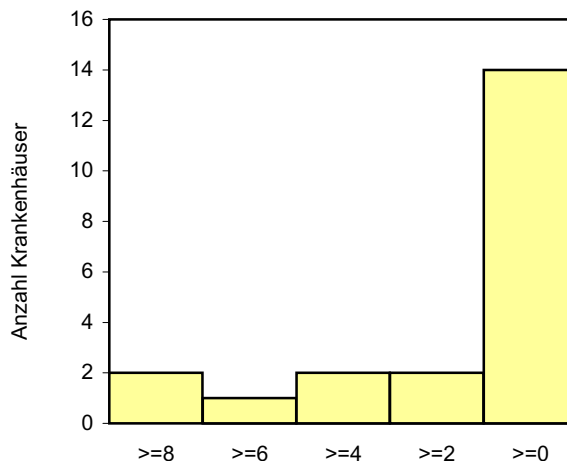
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



%

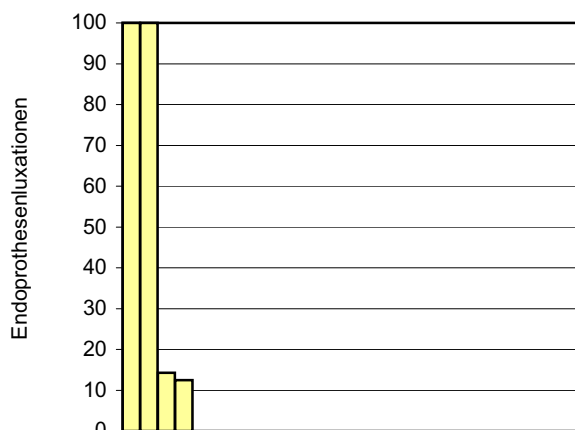
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel:	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit:	Alle Patienten
Kennzahl-ID:	2006/17n3-HÜFT-WECH/46137
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			33 / 1.003	3,3%
Vertrauensbereich				2,27% - 4,59%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			15 / 1.003	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			18 / 1.003	1,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			27 / 1.021	2,6%
Vertrauensbereich				1,75% - 3,83%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46137]:

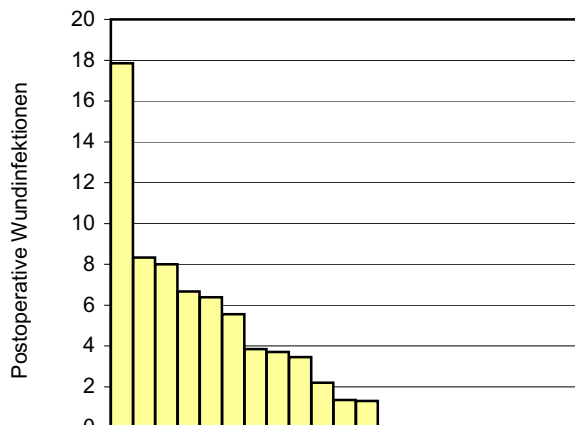
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

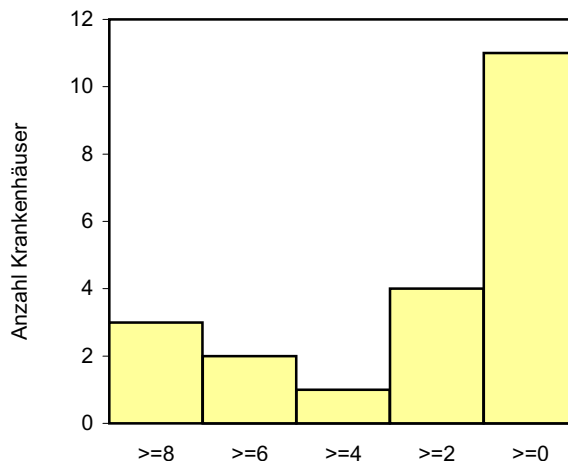
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 17,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



Krankenhäuser



%

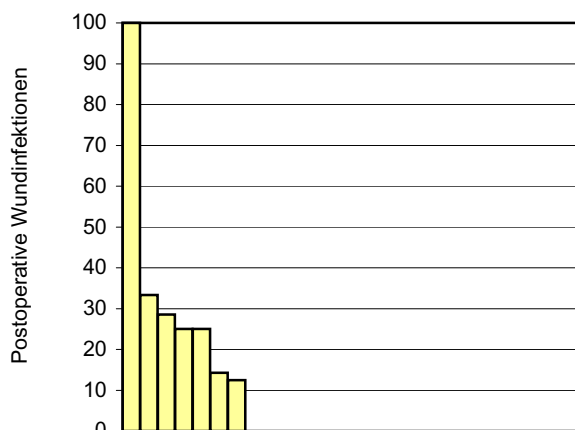
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentile der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 161 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			387 / 1.003	38,6%
Risikoklasse 1			450 / 1.003	44,9%
Risikoklasse 2			161 / 1.003	16,1%
Risikoklasse 3			5 / 1.003	0,5%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			7 / 387	1,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 387	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			5 / 387	1,3%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			21 / 450	4,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			12 / 450	2,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			9 / 450	2,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			5 / 161	3,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 161	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			4 / 161	2,5%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 5	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 5	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			0 / 5	0,0%

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

Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46161

Referenzbereich: <= 13%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			32 / 1.003	3,2%
Vertrauensbereich				2,19% - 4,48%
Referenzbereich		<= 13%		<= 13%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			48 / 1.021	4,7%
Vertrauensbereich				3,49% - 6,19%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46161]:

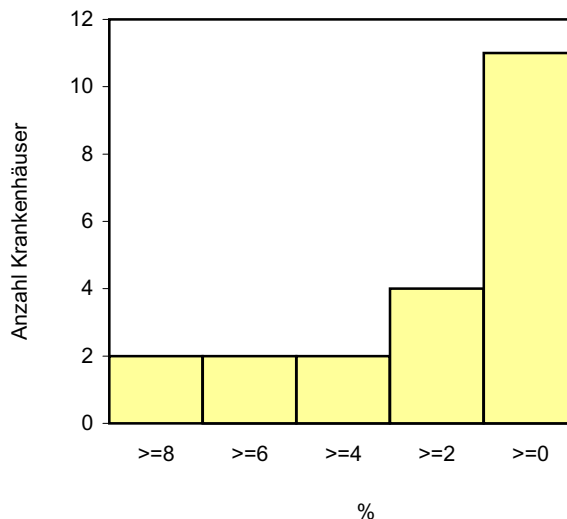
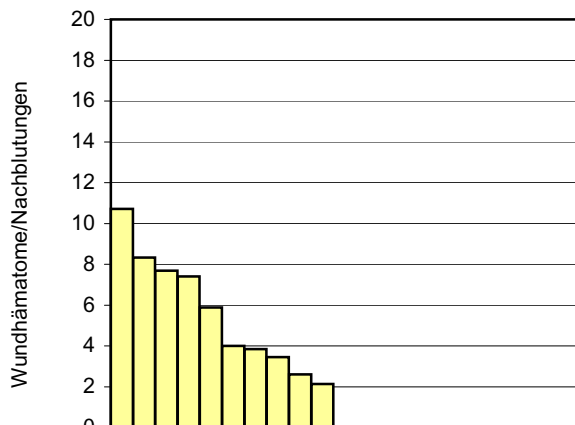
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



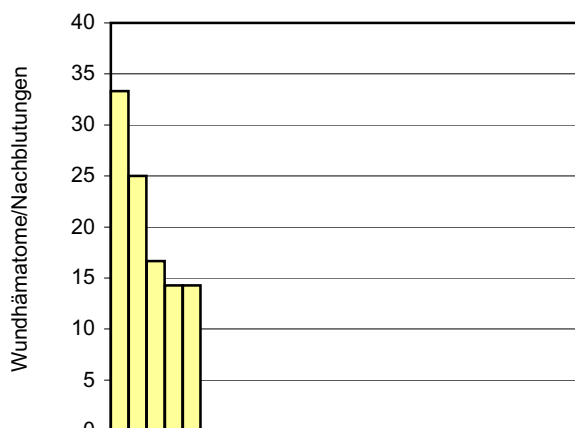
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



26 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 min¹

	Krankenhaus 2006			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer 181 - 240 min	OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				

	Gesamt 2006			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer 181 - 240 min	OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	16 / 532 3,0%	12 / 301 4,0%	4 / 134 3,0%	0 / 36 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 9: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit:

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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46181

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 9,7% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2006		
	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-/Becken- venenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			



<= 9,7%

	Gesamt 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	7 / 1.003 0,7%	1 / 499 0,2%	5 / 502 1,0%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	28 / 1.003 2,8%	4 / 499 0,8%	24 / 502 4,8%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	4 / 1.003 0,4%	0 / 499 0,0%	4 / 502 0,8%
Patienten mit Lungenembolie	4 / 1.003 0,4%	1 / 499 0,2%	3 / 502 0,6%
Patienten mit sonstiger Komplikation	54 / 1.003 5,4%	20 / 499 4,0%	34 / 502 6,8%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	36 / 1.003 3,6%	6 / 499 1,2%	29 / 502 5,8%
Vertrauensbereich	2,52% - 4,94%		
Referenzbereich	<= 9,7%		

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2005		
	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 (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2005		
	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 (außer sonstige Komplikationen)	33 / 1.021 3,2%	9 / 502 1,8%	23 / 518 4,4%
Vertrauensbereich	2,23% - 4,51%		

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46181]:

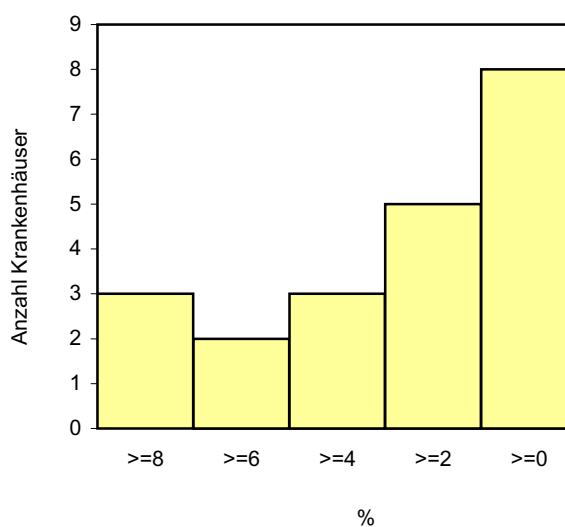
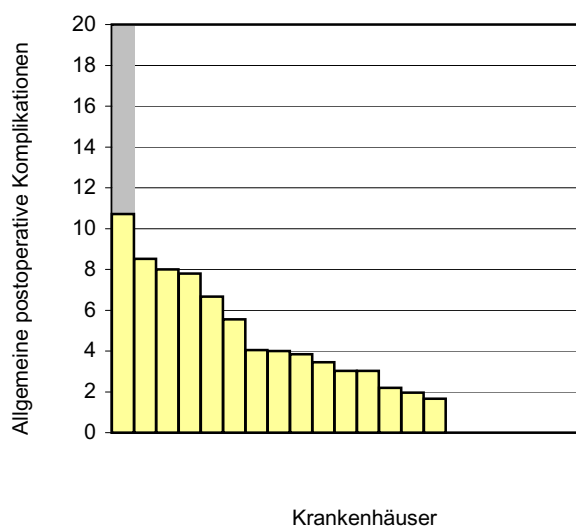
Anteil von Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,0%



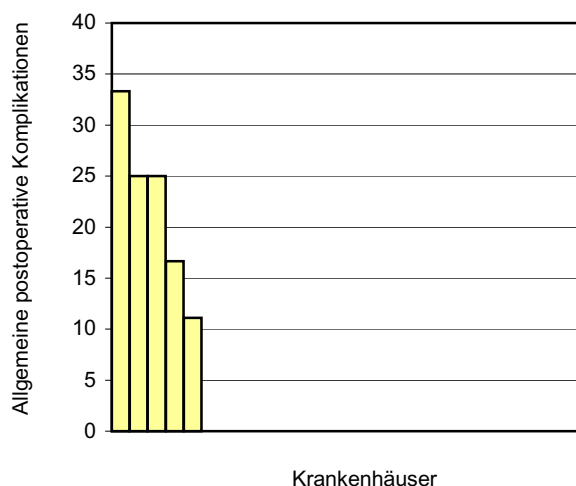
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 10: Reinterventionen wegen Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reintervention wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46184

Referenzbereich: <= 16%

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			72 / 1.003	7,2%
Vertrauensbereich				5,66% - 8,96%
Referenzbereich		<= 16%		<= 16%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			60 / 1.021	5,9%
Vertrauensbereich				4,51% - 7,50%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46184]:

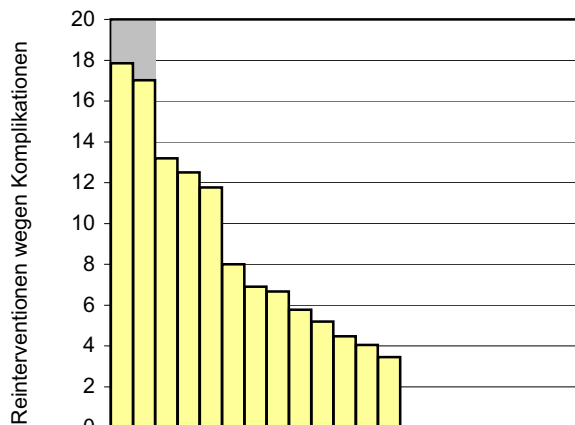
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikationen an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

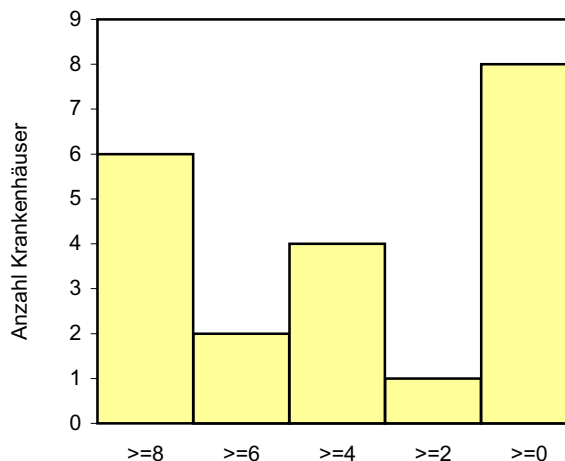
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 17,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 4,5%



Krankenhäuser



%

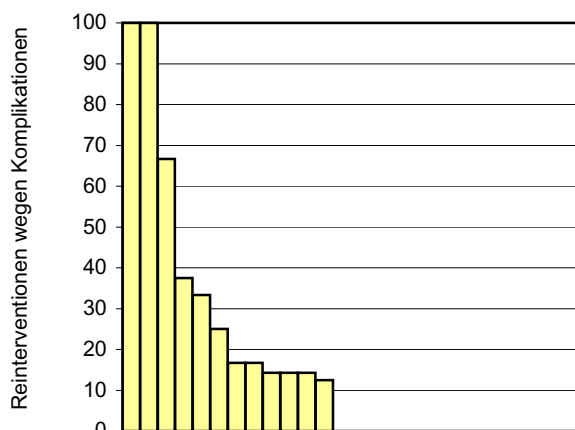
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 11: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2006/17n3-HÜFT-WECH/46185

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			11 / 1.003	1,1%
Vertrauensbereich				0,55% - 1,96%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 1.021	1,4%
Vertrauensbereich				0,75% - 2,30%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2006/17n3-HÜFT-WECH/46185]:

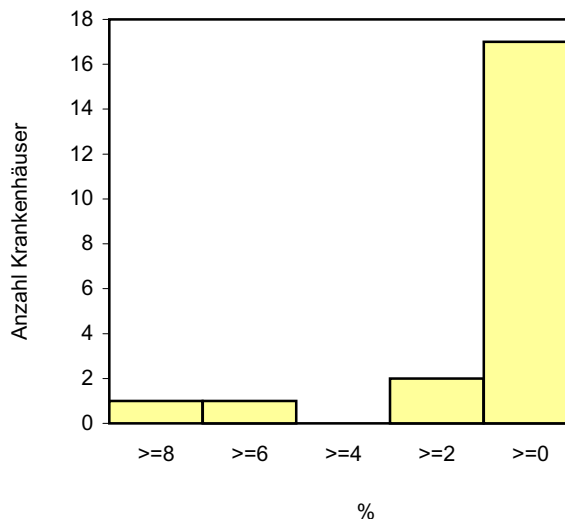
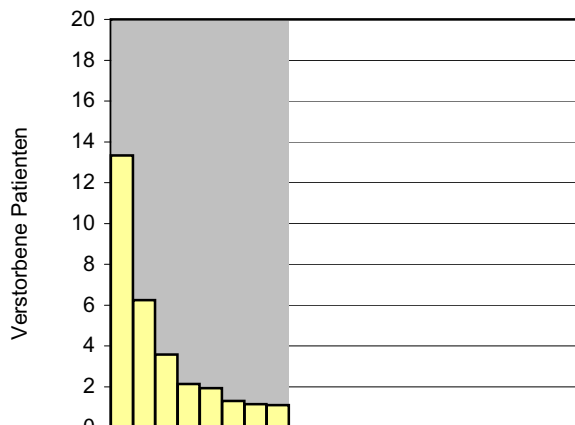
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



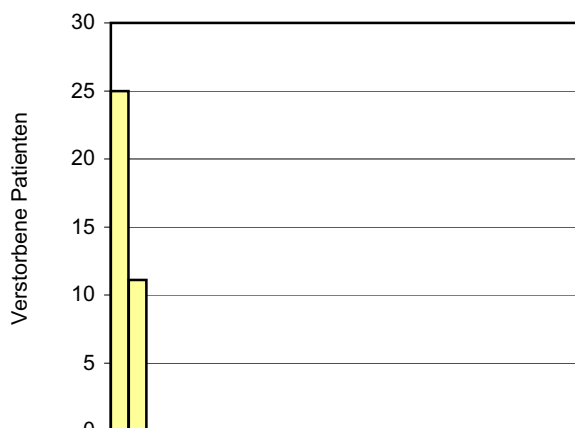
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 25,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



26 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 2006			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2006			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 499 0,0%	9 / 482 1,9%	1 / 20 5,0%	1 / 2 50,0%

Jahresauswertung 2006
Hüft-Totalendoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Basisdaten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			210	20,9	267	26,2
2. Quartal			261	26,0	241	23,6
3. Quartal			263	26,2	271	26,5
4. Quartal			269	26,8	242	23,7
Gesamt			1.003		1.021	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.003		1.021	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				17,3		17,9
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.003		1.021	
Median				16,0		17,0
Mittelwert				21,2		21,3

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2006¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2006

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 2006

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	828	82,6	T84.0	844	82,7
2				D62	302	30,1	D62	256	25,1
3				Z96.6	237	23,6	Z96.6	224	21,9
4				I10.00	163	16,3	I10.00	158	15,5
5				I10.90	135	13,5	I10.90	129	12,6
6				T84.5	79	7,9	T84.5	89	8,7
7				E11.90	71	7,1	E11.90	72	7,1
8				E66.0	56	5,6	E66.0	56	5,5

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

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

OPS 2006¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2006

1	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
2	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
3	5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
4	5-821.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5	8-800.7f	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE

OPS 2006

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

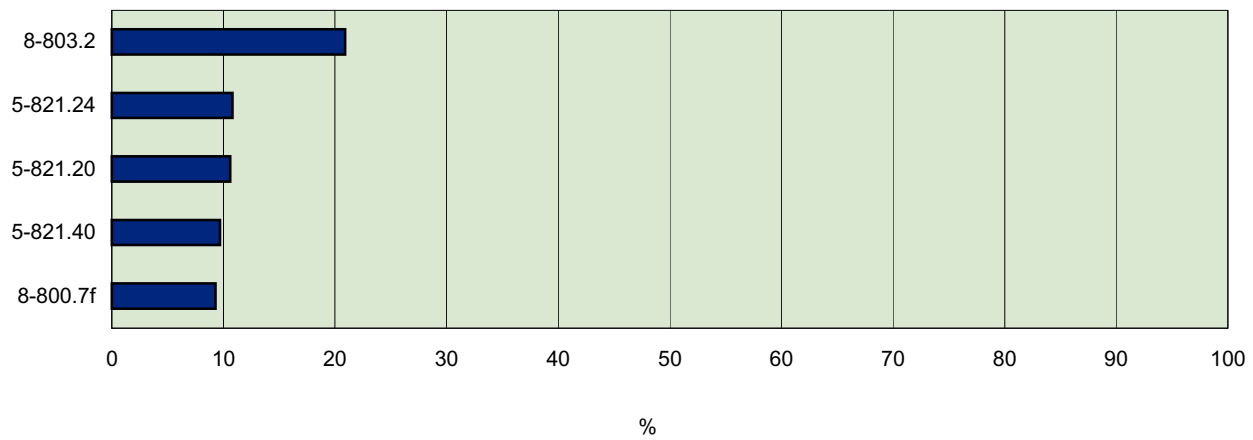
	Krankenhaus 2006			Gesamt 2006			Gesamt 2005		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				8-803.2	210	20,9	8-803.2	203	19,9
2				5-821.24	108	10,8	5-821.20	105	10,3
3				5-821.20	106	10,6	8-390	100	9,8
4				5-821.40	97	9,7	5-821.24	87	8,5
5				8-800.7f	93	9,3	8-931	85	8,3

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

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2006 (Gesamt 2006)



Zusatz-OPS-Kodes

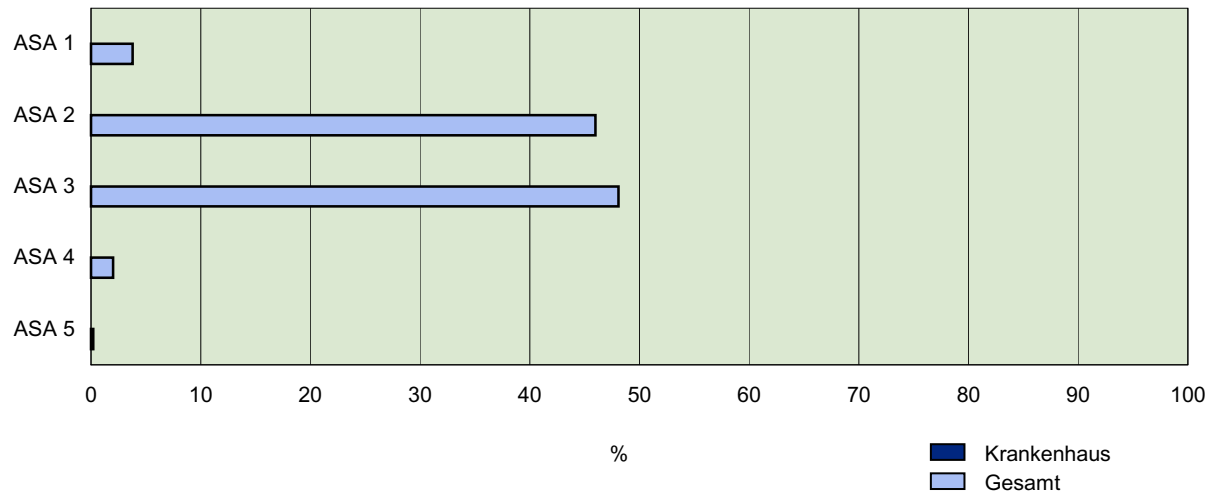
	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			5 / 1.003	0,5	12 / 1.021	1,2
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 1.003	0,0	0 / 1.021	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 1.003	0,0	0 / 1.021	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 1.003	0,0	0 / 1.021	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.003 / 1.003		1.021 / 1.021	
< 40 Jahre			4 / 1.003	0,4	4 / 1.021	0,4
40 - 59 Jahre			135 / 1.003	13,5	105 / 1.021	10,3
60 - 79 Jahre			658 / 1.003	65,6	682 / 1.021	66,8
80 - 89 Jahre			187 / 1.003	18,6	217 / 1.021	21,3
>= 90 Jahre			19 / 1.003	1,9	13 / 1.021	1,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.003		1.021	
Median				72,0		73,0
Geschlecht						
männlich			314	31,3	344	33,7
weiblich			689	68,7	677	66,3
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert ¹			11	1,1	-	-
nicht dokumentiert ¹			0	0,0	-	-
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			38	3,8	50	4,9
2: mit leichter Allgemein-erkrankung			461	46,0	452	44,3
3: mit schwerer Allgemein-erkrankung und Leistungseinschränkung			482	48,1	491	48,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	2,0	27	2,6
5: moribunder Patient			2	0,2	1	0,1

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ruheschmerz¹			765	76,3	-	-
Belastungsschmerz			956	95,3	965	94,5
Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			782	78,0	828	81,1
Drehschmerz (Oberschenkel)			773	77,1	812	79,5

Labor

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			182	18,1	198	19,4
Gelenkpunktion			304	30,3	229	22,4
Erregernachweis			78	7,8	102	10,0

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			394	39,3	453	44,4
Lockerung Pfannen-Komponente			568	56,6	645	63,2
Lockerung Schaft-Komponente			404	40,3	469	45,9
Substanzverluste Pfanne			402	40,1	468	45,8
Substanzverluste Femur			214	21,3	280	27,4
periprothetische Fraktur¹			109	10,9	-	-
Prothesen(sub)luxation¹			160	16,0	-	-

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			898	89,5	899	88,1
bedingt aseptische Eingriffe			73	7,3	77	7,5
kontaminierte Eingriffe			10	1,0	13	1,3
septische Eingriffe			22	2,2	32	3,1

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Operation

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten			1.003		1.021	
Median				120,0		115,0
Mittelwert				129,6		125,6
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			249	24,8	261	25,6
90 - 239 min			702	70,0	719	70,4
>= 240 min			52	5,2	41	4,0
Perioperative						
Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			1.000	99,7	1.011	99,0
davon						
single shot			570 / 1.000	57,0	530 / 1.011	52,4
24 h			84 / 1.000	8,4	82 / 1.011	8,1
länger			346 / 1.000	34,6	399 / 1.011	39,5
Medikamentöse						
Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			992	98,9	1.002	98,1

Verlauf

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			998	99,5	1.019	99,8
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein Anzahl der Patienten			577	57,5	604	59,2
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			105	10,5	99	9,7
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			3	0,3	6	0,6
Implantatdislokation			2	0,2	9	0,9
Endoprothesenluxation			25	2,5	26	2,5
Wundhämatom/Nachblutung			32	3,2	48	4,7
Gefäßläsion			1	0,1	1	0,1
Nervenschaden			12	1,2	9	0,9
Fraktur			18	1,8	16	1,6
Sonstige ¹			25	2,5	-	-
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten davon			33	3,3	27	2,6
A1 (oberflächliche Infektion)			15 / 33	45,5	5 / 27	18,5
A2 (tiefe Infektion)			12 / 33	36,4	15 / 27	55,6
A3 (Räume/Organe)			6 / 33	18,2	7 / 27	25,9
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			72	7,2	60	5,9

¹ Datenfelder 2005 noch nicht in Datensatz

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			85	8,5	95	9,3
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			7	0,7	4	0,4
kardiovaskuläre Komplikation(en)			28	2,8	21	2,1
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			4	0,4	6	0,6
Lungenembolie			4	0,4	2	0,2
Sonstige			54	5,4	70	6,9

Entlassung I

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
operationsbedingte Einschränkung des selbständigen Gehens (mit Gehhilfen)¹ Anzahl der Patienten			180	17,9	4	0,4
operationsbedingte Einschränkung der selbständigen Versorgung in der täglichen Hygiene (Toilettengang, Waschen)¹ Anzahl der Patienten			91	9,1	6	0,6

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

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			522	52,0	562	55,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			28	2,8	14	1,4
03: aus sonstigen Gründen			1	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,2	1	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			18	1,8	12	1,2
07: Tod			11	1,1	14	1,4
08: Verlegung nach § 14			46	4,6	41	4,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			358	35,7	362	35,5
10: in Pflegeeinrichtung			15	1,5	7	0,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			2	0,2	5	0,5
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			0	0,0	1	0,1
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	2	0,2
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme

Anhang: OPS 2006

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert			55 / 1.003	5,5	50 / 1.021	4,9
5-821.11 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert und n.n.bez.			9 / 1.003	0,9	16 / 1.021	1,6
5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			20 / 1.003	2,0	31 / 1.021	3,0
5-821.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			13 / 1.003	1,3	11 / 1.021	1,1
5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			5 / 1.003	0,5	5 / 1.021	0,5
5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			21 / 1.003	2,1	18 / 1.021	1,8
5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese			2 / 1.003	0,2	1 / 1.021	0,1

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige			5 / 1.003	0,5	7 / 1.021	0,7
5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert			106 / 1.003	10,6	105 / 1.021	10,3
5-821.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau			44 / 1.003	4,4	53 / 1.021	5,2
5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez.			22 / 1.003	2,2	28 / 1.021	2,7
5-821.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez., mit Pfannenbodenaufbau			32 / 1.003	3,2	36 / 1.021	3,5
5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes			108 / 1.003	10,8	87 / 1.021	8,5

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	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			62 / 1.003	6,2	54 / 1.021	5,3
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			7 / 1.003	0,7	7 / 1.021	0,7
5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			1 / 1.003	0,1	9 / 1.021	0,9
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			3 / 1.003	0,3	4 / 1.021	0,4
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			11 / 1.003	1,1	8 / 1.021	0,8
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige			29 / 1.003	2,9	20 / 1.021	2,0

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			65 / 1.003	6,5	69 / 1.021	6,8
5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			28 / 1.003	2,8	57 / 1.021	5,6
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			43 / 1.003	4,3	56 / 1.021	5,5
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			61 / 1.003	6,1	52 / 1.021	5,1
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige			9 / 1.003	0,9	15 / 1.021	1,5
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			97 / 1.003	9,7	73 / 1.021	7,1

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	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.			13 / 1.003	1,3	17 / 1.021	1,7
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			18 / 1.003	1,8	20 / 1.021	2,0
5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			43 / 1.003	4,3	36 / 1.021	3,5
5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige			16 / 1.003	1,6	12 / 1.021	1,2
5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert			19 / 1.003	1,9	17 / 1.021	1,7
5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			5 / 1.003	0,5	11 / 1.021	1,1

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			13 / 1.003	1,3	18 / 1.021	1,8
5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese			13 / 1.003	1,3	12 / 1.021	1,2
5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige			3 / 1.003	0,3	4 / 1.021	0,4
5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			6 / 1.003	0,6	4 / 1.021	0,4
5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			3 / 1.003	0,3	2 / 1.021	0,2
5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			3 / 1.003	0,3	3 / 1.021	0,3

OPS 2006 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			18 / 1.003	1,8	16 / 1.021	1,6
5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige			9 / 1.003	0,9	5 / 1.021	0,5

Jahresauswertung 2006
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Jahresauswertung 2006
Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung ¹	Seite
QI 1: Veränderung des Dekubitus- status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden						
Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung			1,9%	nicht definiert		P1.1
Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung			3,2%	nicht definiert		P1.1
QI 2: Veränderung des Dekubitus- status während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen wurden						
			30,0%	nicht definiert		P1.5
QI 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4						
			0,0%	Sentinel Event		P1.7

¹ Abweichung vom Referenzbereich
n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

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

Qualitätsziel:	Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen
Grundgesamtheit:	Alle Patienten ohne dokumentierten Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahl-ID:	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/50656 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48915
Referenzbereich:	- Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert. - Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			19 / 993	1,9%
Vertrauensbereich				1,15% - 2,98%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			32 / 993	3,2%
Vertrauensbereich				2,21% - 4,52%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Entlassung (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			13 / 32	40,6%
Grad 2			17 / 32	53,1%
Grad 3			2 / 32	6,3%
Grad 4			0 / 32	0,0%
keine Gradangabe			0 / 32	0,0%
Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden			961 / 993	96,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1. Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			23 / 1.006	2,3% 1,45% - 3,42%
2. Patienten mit Dekubitus bei Entlassung, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden Vertrauensbereich			35 / 1.006	3,5% 2,43% - 4,81%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/50656]:

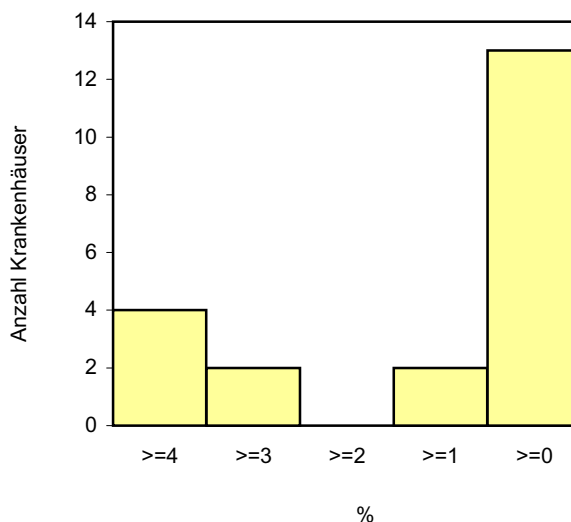
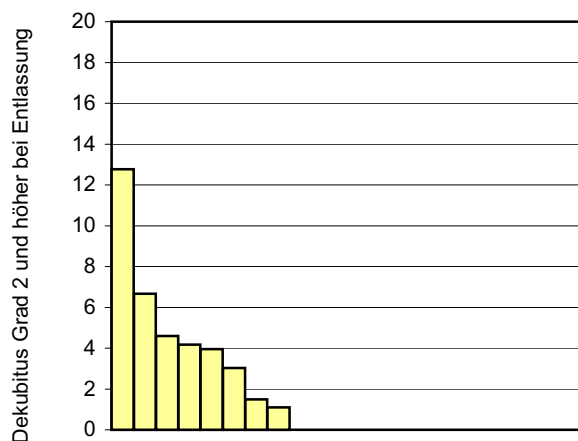
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 2 oder höher bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



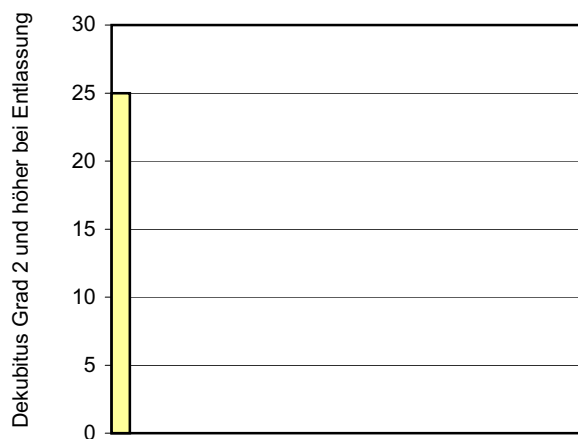
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 25,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1b, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48915]:

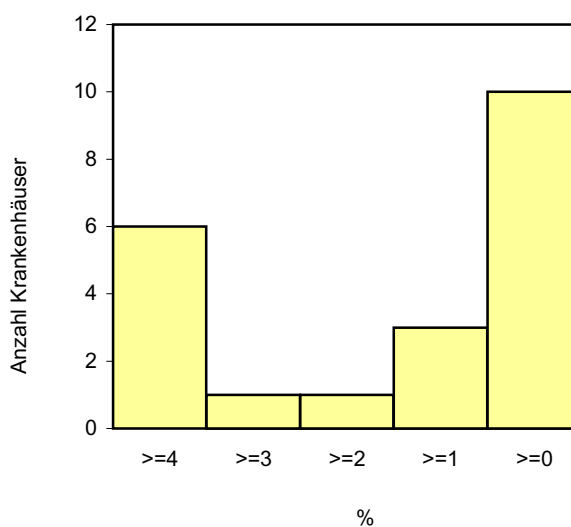
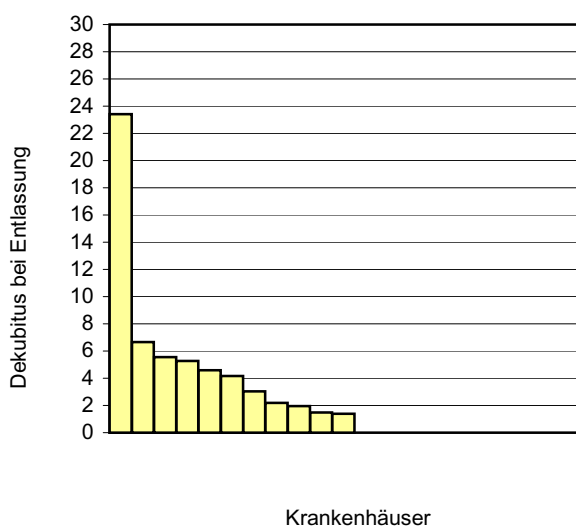
Anteil von Patienten mit Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 23,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,4%



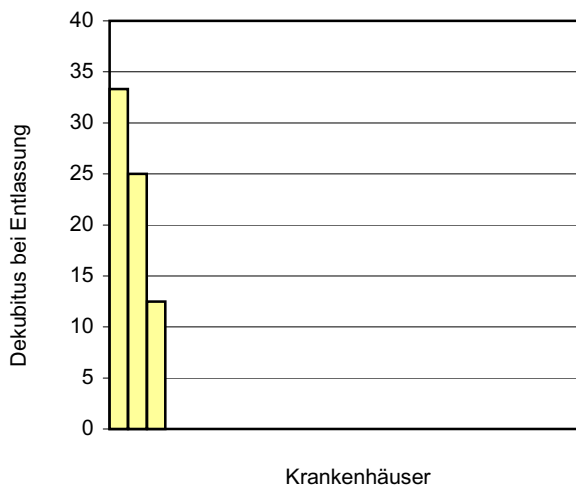
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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% - 33,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Qualitätsziel:	Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden
Grundgesamtheit:	Alle Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahl-ID:	2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48922
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			3 / 10	30,0%
Vertrauensbereich				6,60% - 65,30%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
davon:				
Dekubitusgrad bei Aufnahme (bei Mehrfachangaben höchster Grad)				
Grad 1			1 / 3	33,3%
Grad 2			1 / 3	33,3%
Grad 3			0 / 3	0,0%
Grad 4			1 / 3	33,3%
keine Gradangabe			0 / 3	0,0%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die mit Dekubitus entlassen wurden			7 / 10	70,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme, die ohne Dekubitus entlassen wurden			4 / 15	26,7%
Vertrauensbereich				7,70% - 55,20%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/48922]:

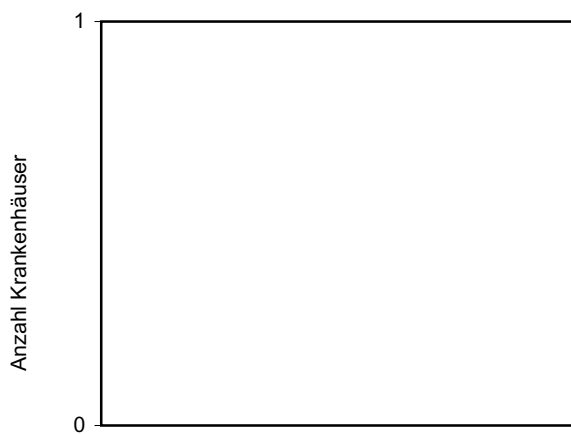
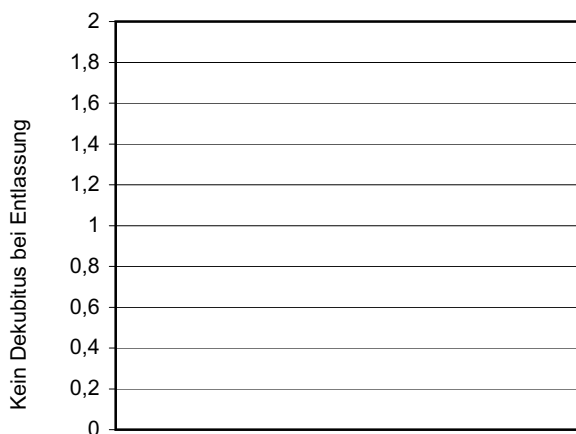
Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung an allen Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

39 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: -

Median der Krankenhausergebnisse: nicht bestimmt



Krankenhäuser

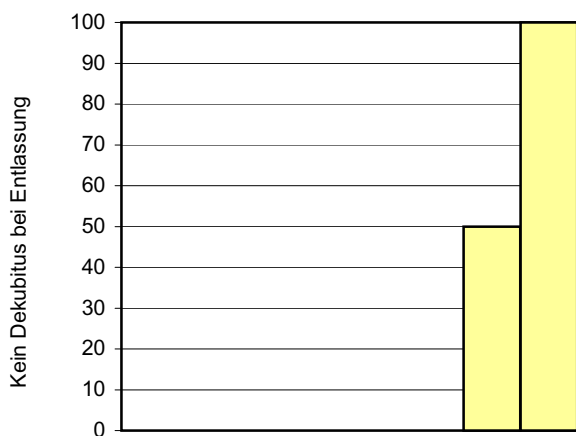
%

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

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Qualitätsindikator 3: Neu aufgetretene Dekubitalulzera Grad 4

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

Grundgesamtheit: Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme

Kennzahl-ID: 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/70310

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			0 / 993	0,0%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,37%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

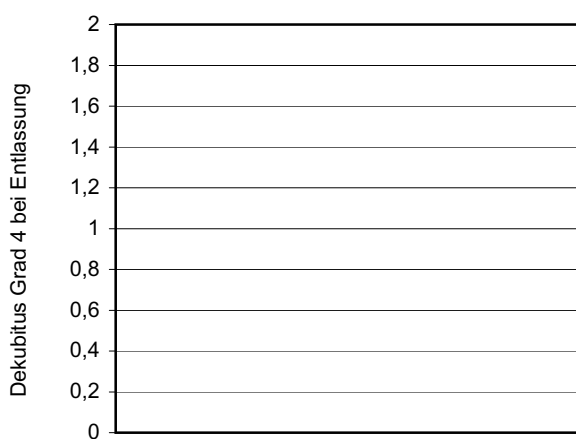
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2005		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung			1 / 1.006	0,1%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,57%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2006/DEK-17n3-HÜFT-WECH/70310]:
Anteil von Patienten mit Dekubitus Grad 4 bei Entlassung an allen Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

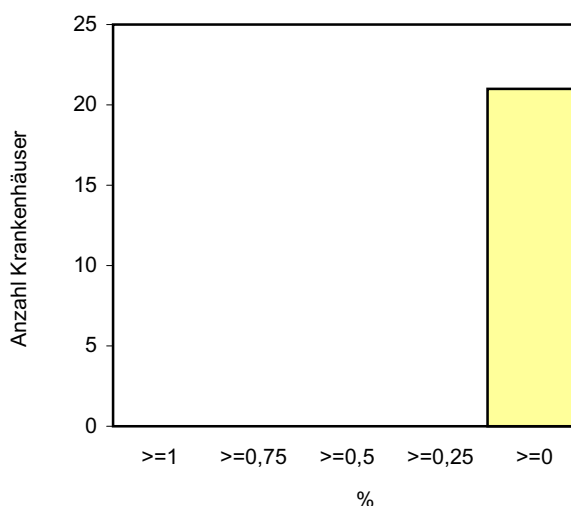
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



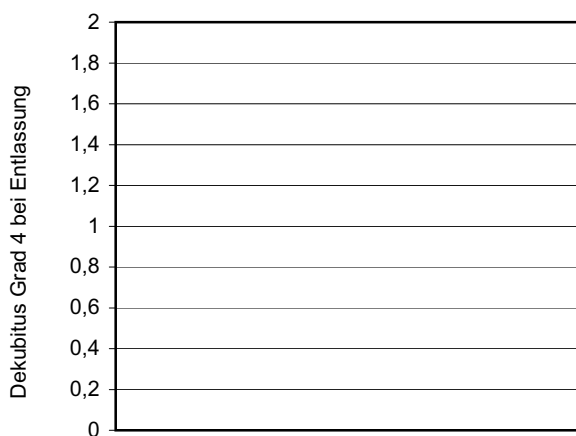
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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%



Krankenhäuser

25 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2006
Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 47
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.003
Auswertungsversion: 25. April 2007
Datensatzversion: 17/3 2006 9.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2007
Druckdatum: 26. April 2007
Nr. Gesamt-3690
2006 - D5002-L38213-P19837

Basisdaten

	Krankenhaus 2006	Gesamt 2006	Gesamt 2005
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten		1.003	1.021

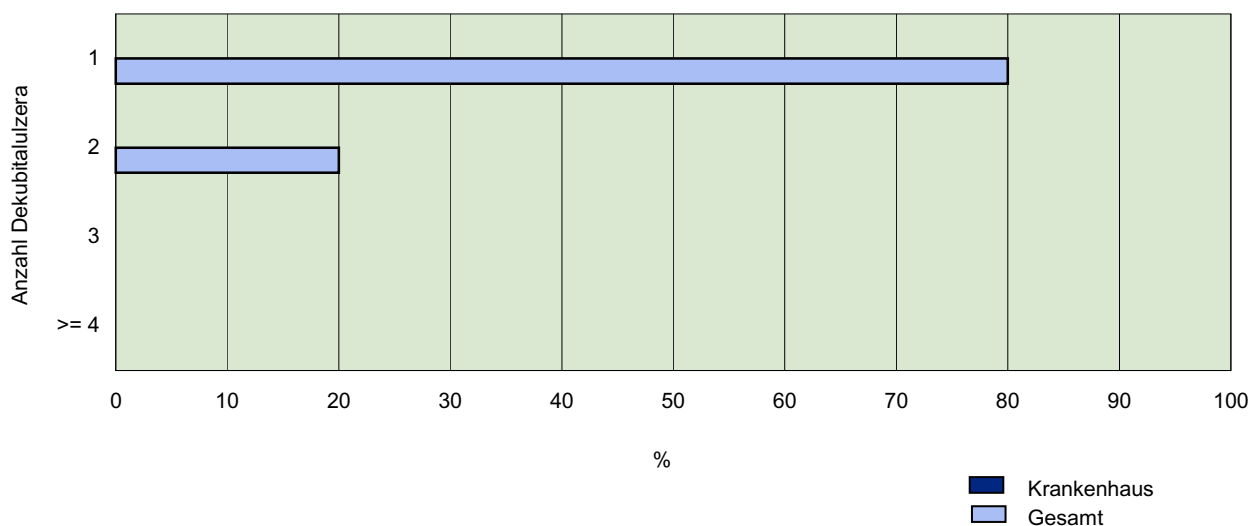
Patienten

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.003 / 1.003		1.021 / 1.021	
< 20 Jahre			0 / 1.003	0,0	0 / 1.021	0,0
20 - 39 Jahre			4 / 1.003	0,4	4 / 1.021	0,4
40 - 59 Jahre			135 / 1.003	13,5	105 / 1.021	10,3
60 - 69 Jahre			231 / 1.003	23,0	237 / 1.021	23,2
70 - 79 Jahre			427 / 1.003	42,6	445 / 1.021	43,6
80 - 89 Jahre			187 / 1.003	18,6	217 / 1.021	21,3
>= 90 Jahre			19 / 1.003	1,9	13 / 1.021	1,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.003		1.021	
Median				72,0		73,0
Mittelwert				71,2		71,9
Geschlecht						
männlich			314	31,3	344	33,7
weiblich			689	68,7	677	66,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			38	3,8	50	4,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			461	46,0	452	44,3
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			482	48,1	491	48,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	2,0	27	2,6
5: moribunder Patient			2	0,2	1	0,1

Aufnahme

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja			10	1,0	15	1,5
nein			993	99,0	1.006	98,5
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			12 / 10	1,20	19 / 15	1,27
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			2	20,0	6	40,0
Grad 2:			6	60,0	7	46,7
Grad 3:			1	10,0	1	6,7
Grad 4:			1	10,0	1	6,7

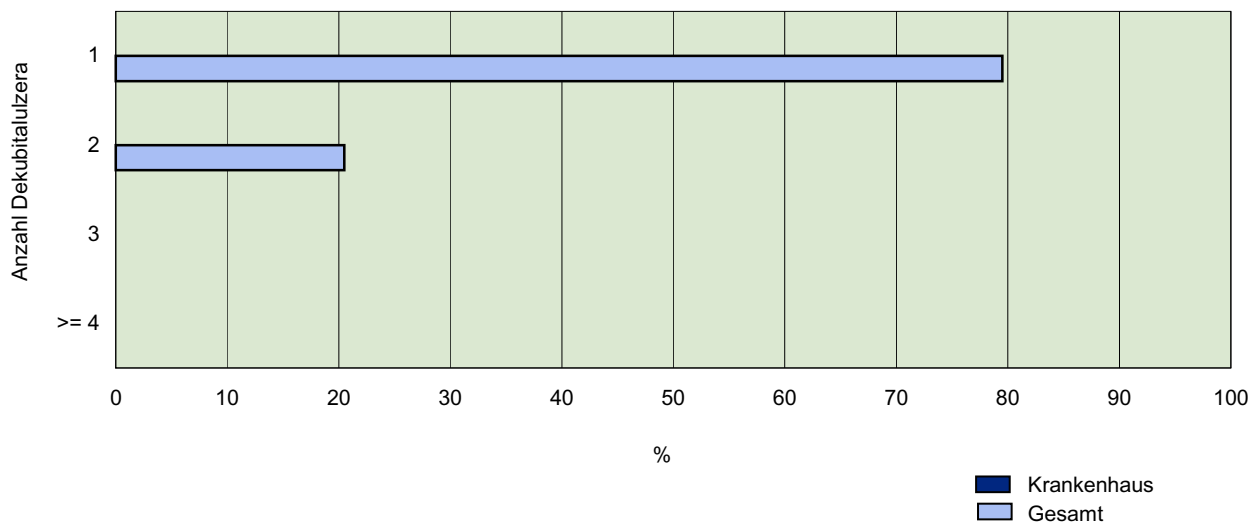
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja			39	3,9	46	4,5
nein			964	96,1	975	95,5
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)			47 / 39	1,21	70 / 46	1,52
Wenn ja: Gradeinteilung des höchst- gradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:			15	38,5	15	32,6
Grad 2:			22	56,4	22	47,8
Grad 3:			2	5,1	8	17,4
Grad 4:			0	0,0	1	2,2

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			10	1,0	15	1,5
davon:						
Patienten mit höherer Anzahl			0 / 10	0,0	2 / 15	13,3
unveränderter Anzahl			7 / 10	70,0	8 / 15	53,3
reduzierter Anzahl			3 / 10	30,0	5 / 15	33,3
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert) ¹			-4 / 12	-0,33	-3 / 19	-0,16

¹ In der Prozenspalte steht:

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

Die Werte der Spalte Anzahl stellen dar:

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

	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006		Gesamt 2005	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme			10	1,0	15	1,5
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera						
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)			39 / 993	39,27	54 / 1.006	53,68
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera			961 / 993	96,8	971 / 1.006	96,5
1			25 / 993	2,5	21 / 1.006	2,1
2			7 / 993	0,7	10 / 1.006	1,0
3			0 / 993	0,0	3 / 1.006	0,3
4 oder mehr			0 / 993	0,0	1 / 1.006	0,1
mindestens ein neu-entwickeltes Dekubitalulkus			32 / 993	3,2	35 / 1.006	3,5
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient ¹			39 / 32	1,22	54 / 35	1,54

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

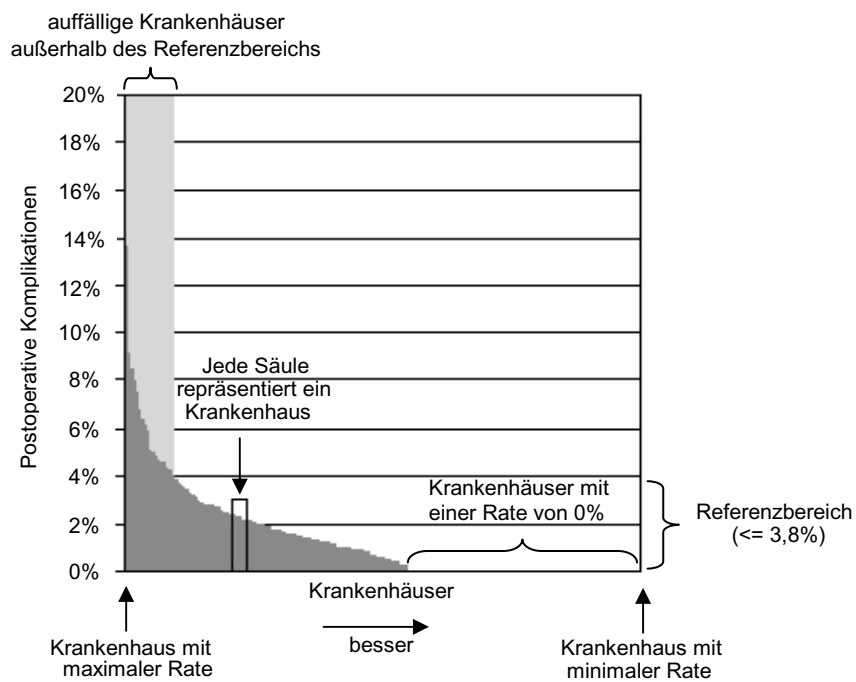
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

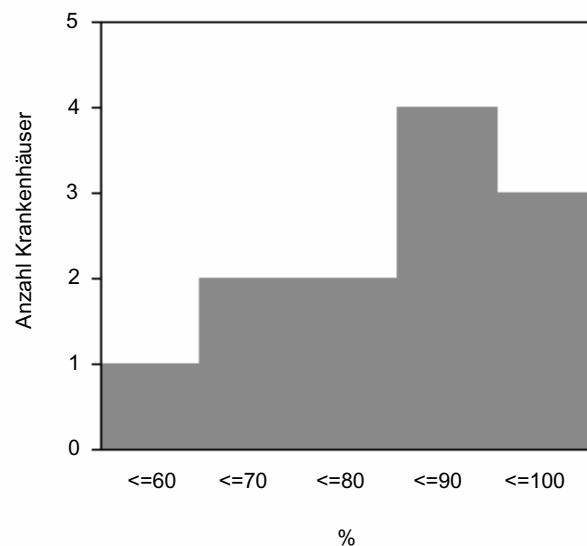
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

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

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentile der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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