

Jahresauswertung 2008 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 56
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.786
Datensatzversion: 17/2 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7605-L57006-P26221

Jahresauswertung 2008 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 56
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.786
Datensatzversion: 17/2 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7605-L57006-P26221

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation			94,6%	>= 90%	1.2
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,5%	>= 95%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70			97,5%	>= 95%	1.7
nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			98,6%	>= 95%	1.8
QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			0,3%	<= 2,3%	1.12
QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,4%	<= 2%	1.15
QI 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur			0,7%	<= 2%	1.17
QI 7: Endoprothesenluxation			0,3%	<= 5%	1.19
QI 8: Postoperative Wundinfektion			0,8%	<= 3%	1.21
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen			1,2%	<= 8%	1.27
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen			1,1%	<= 5,0%	1.30
QI 11: Reoperationen wegen Komplikation			1,8%	<= 9%	1.33
QI 12: Letalität			0,1%	Sentinel Event	1.35

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet.

Qualitätsindikator 1: Indikation

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/68817

Referenzbereich: >= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1 0 Punkte			14 / 8.781	0,2%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			29 / 8.781	0,3%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			416 / 8.781	4,7%
Gruppe 4 5 - 9 Punkte			6.512 / 8.781	74,2%
Gruppe 5 10 Punkte			1.810 / 8.781	20,6%
Gruppe 6 5 - 10 Punkte			8.322 / 8.781	94,8%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			2.698 / 8.781	30,7%
Patienten mit Ruheschmerz			6.016 / 8.781	68,5%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			4.861 / 8.781	55,4%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			4.675 / 8.781	53,2%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			4.331 / 8.781	49,3%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			6.599 / 8.781	75,2%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			8.310 / 8.781	94,6%
Vertrauensbereich				94,1% - 95,1%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			7.850 / 8.761	89,6%
Vertrauensbereich				88,9% - 90,2%

¹ Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad
² Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

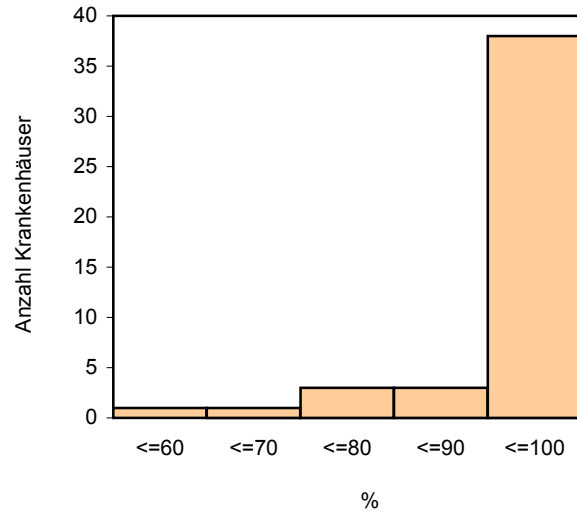
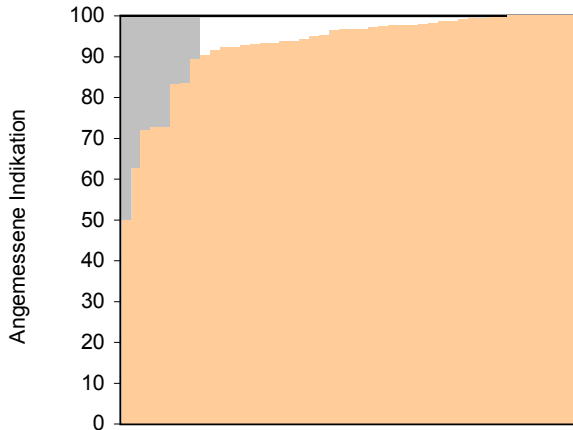
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/68817]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 96,6%



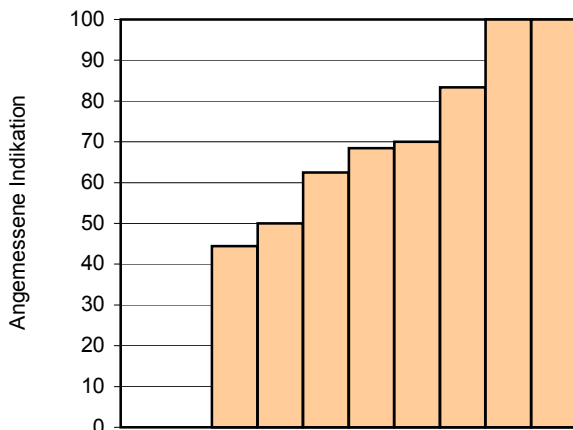
Krankenhäuser

46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 65,5%




Krankenhäuser

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer ¹	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min ¹	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min ¹	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2008/17n2-HÜFT-TEP/44535	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich	>= 95%		
Referenzbereich			
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	8.738 / 8.781 99,5%	8.188 / 8.229 99,5%	550 / 552 99,6%
Vertrauensbereich	99,3% - 99,6%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	7.589 / 8.738 86,9%	7.222 / 8.188 88,2%	367 / 550 66,7%
Zweitgabe oder öfter	1.149 / 8.738 13,1%	966 / 8.188 11,8%	183 / 550 33,3%

¹ Angaben eingeschränkt auf Werte zwischen 0 und 5000 min

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

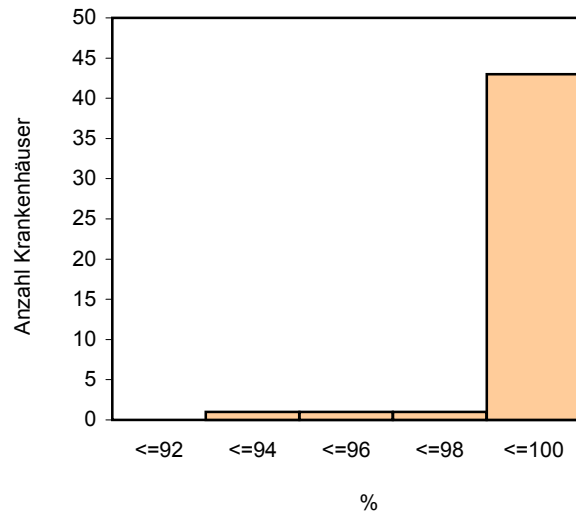
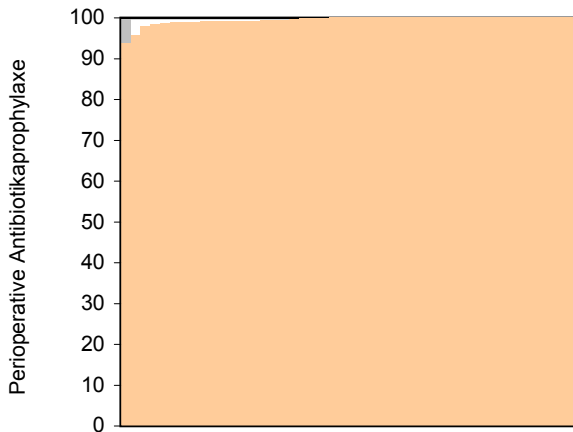
Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	8.709 / 8.761 99,4% 99,2% - 99,6%	8.109 / 8.152 99,5%	600 / 609 98,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/44535]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 93,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

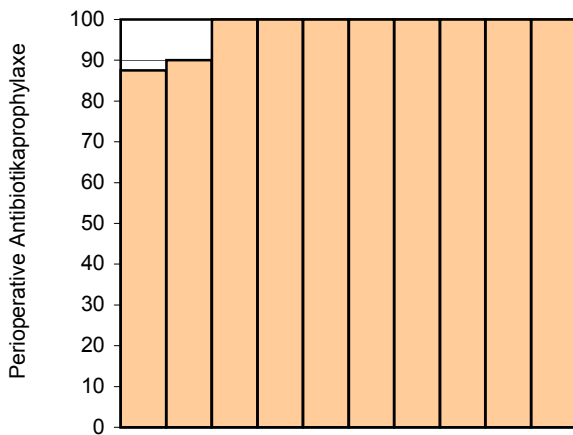


46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

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


Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/44977


Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			8.448 / 8.661	97,5% 97,2% - 97,9% >= 95%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			8.512 / 8.661	98,3%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			8.586 / 8.661	99,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			8.138 / 8.480	96,0% 95,5% - 96,4%

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/44413
Referenzbereich: >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			8.661 / 8.781	98,6%
Vertrauensbereich				98,4% - 98,9%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			8.480 / 8.761	96,8%
Vertrauensbereich				96,4% - 97,2%

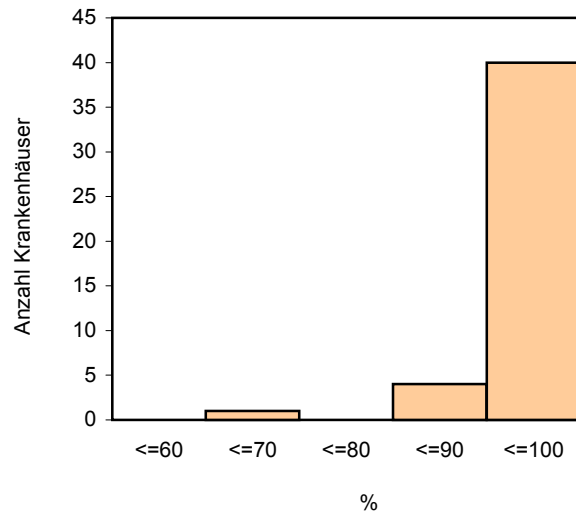
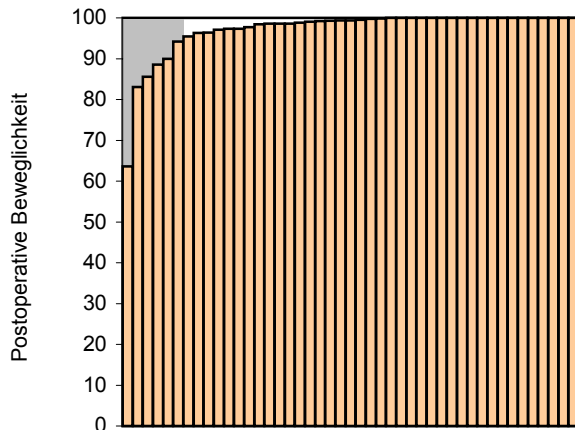
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/44977]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 63,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,4%

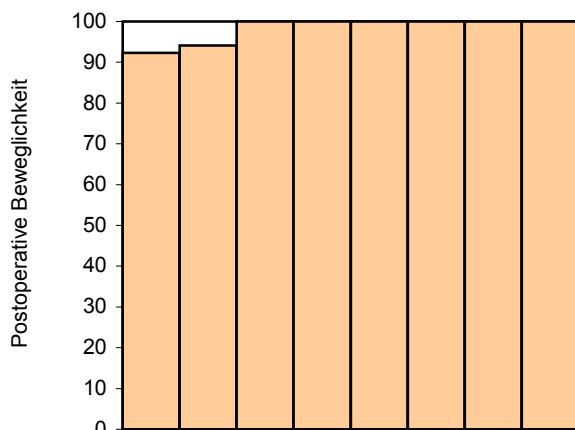


45 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 92,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



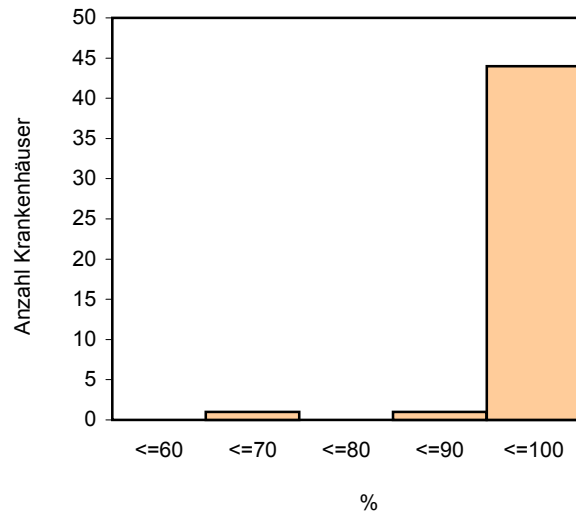
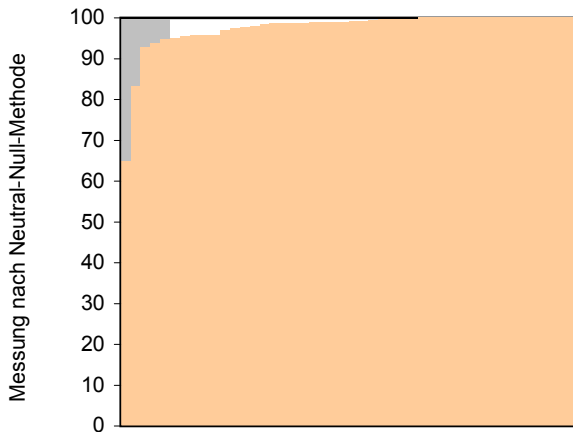
8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/44413]:
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

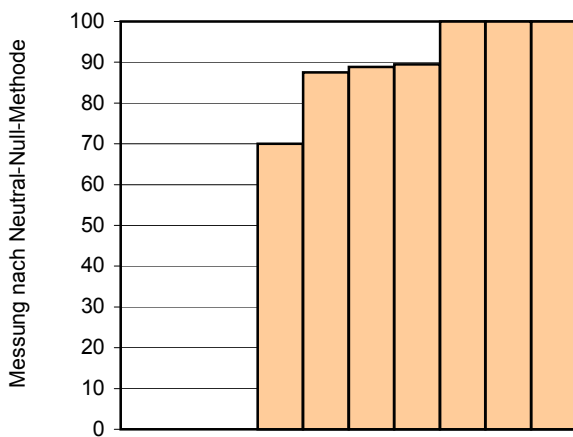
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 64,7% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 99,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und

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

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2008			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	7.877 / 8.068 97,6%	303 / 315 96,2%	104 / 108 96,3%	164 / 170 96,5%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten operationsbedingte 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
 und
 Gruppe 1: alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2008/17n2-HÜFT-TEP/81459

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 2,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			8.687 / 8.728	99,5%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			23 / 8.728	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,4%
Referenzbereich		<= 2,3%		<= 2,3%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			17 / 8.120	0,2%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			1 / 323	0,3%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 108	0,9%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			4 / 177	2,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

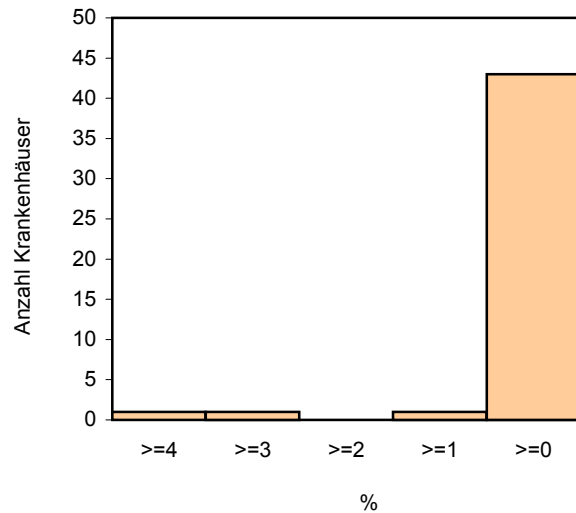
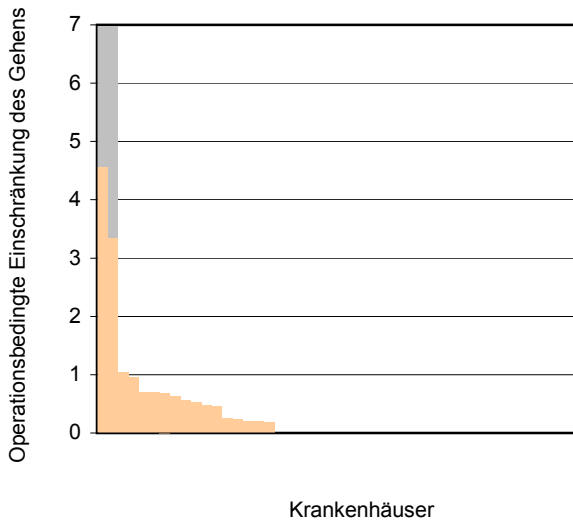
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹ Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			30 / 8.706	0,3% 0,2% - 0,5%

¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/81459]:
 Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den
 Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

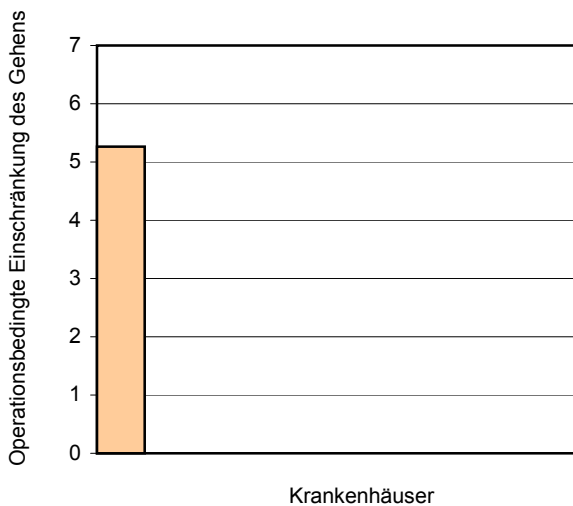
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,5%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/73838

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			3 / 8.781	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			36 / 8.781	0,4%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			39 / 8.781	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,6%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			38 / 8.761	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,6%

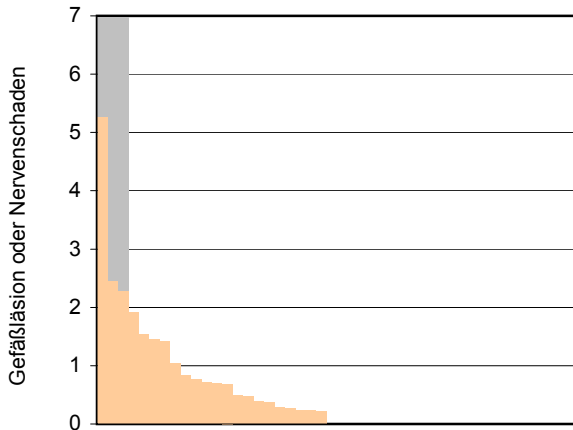
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/73838]:

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

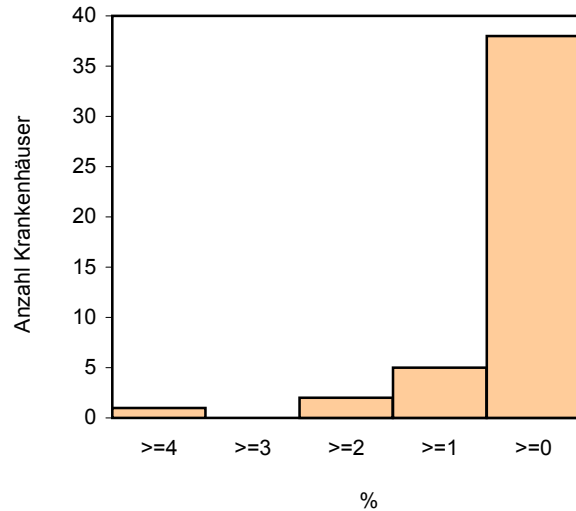
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

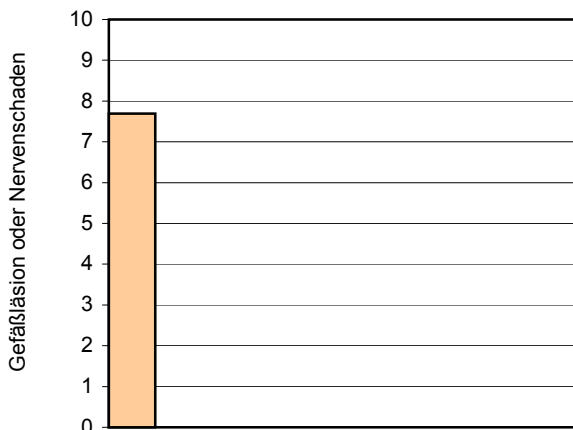


46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45106

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

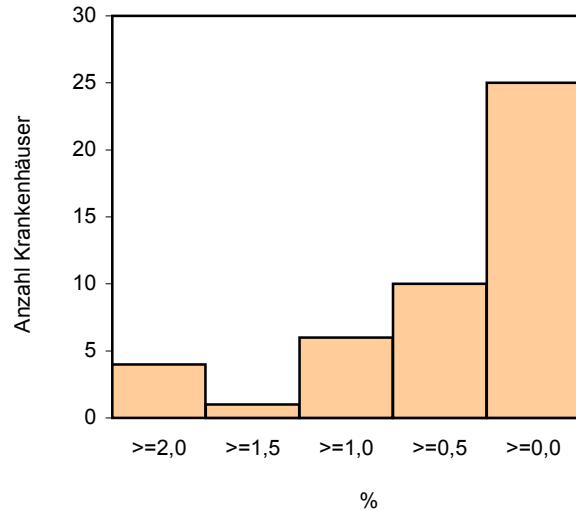
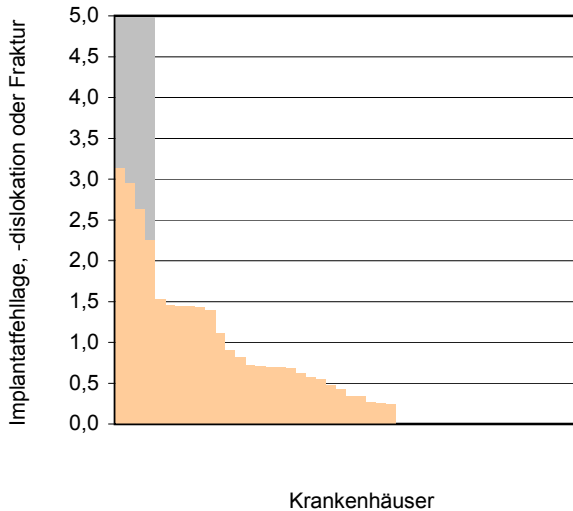
	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 8.781	0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			9 / 8.781	0,1%
Patienten mit Fraktur			47 / 8.781	0,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			58 / 8.781	0,7%
Vertrauensbereich				0,5% - 0,9%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			76 / 8.761	0,9%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45106]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

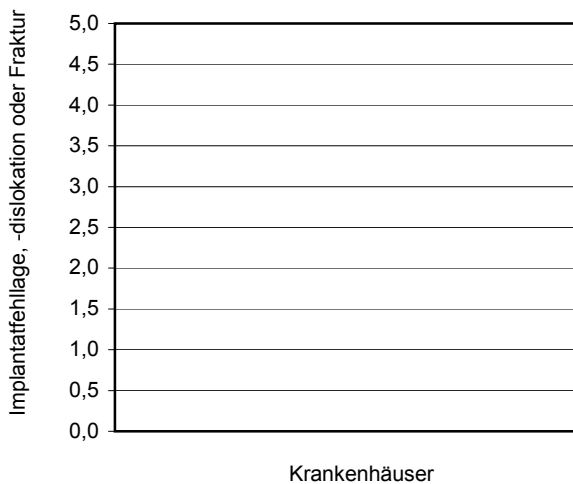
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 3,1%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,4%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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







10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45013
Referenzbereich: <= 5% (Toleranzbereich)

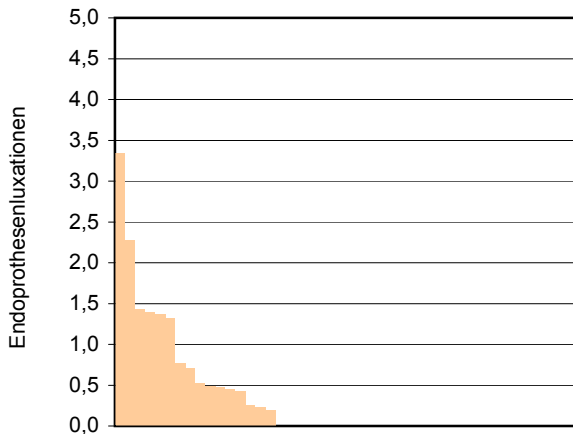
	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			24 / 8.781	 0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,4%
Referenzbereich		<= 5%		<= 5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			39 / 8.761	 0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,6%

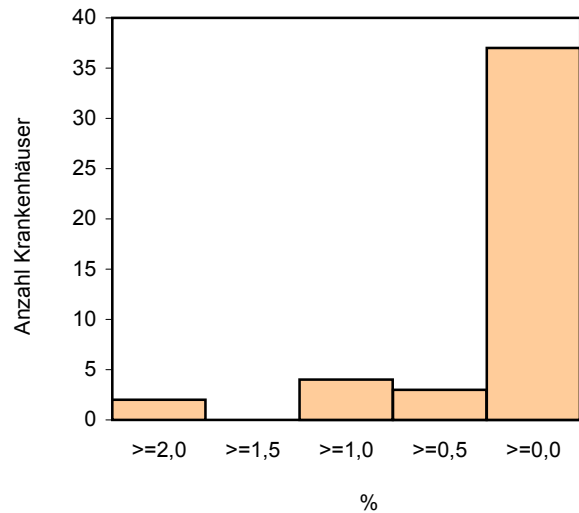
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45013]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



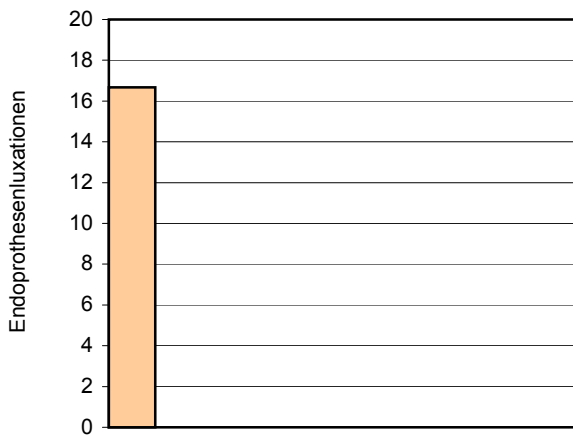
Krankenhäuser



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Krankenhäuser

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45108

Referenzbereich: <= 3% (Toleranzbereich)

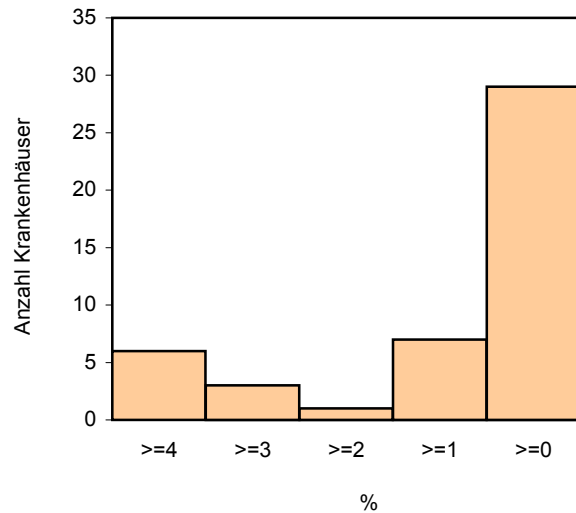
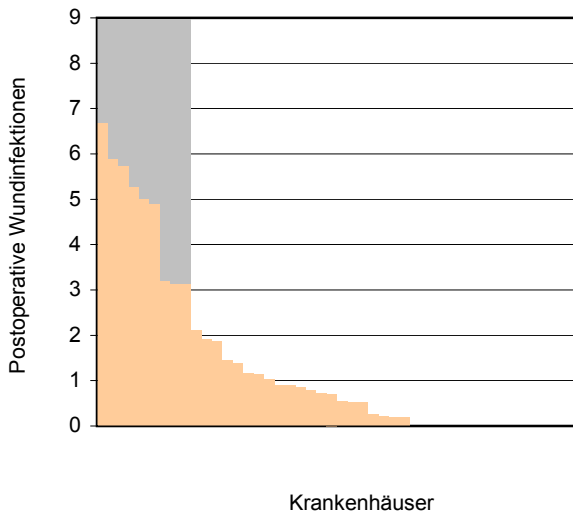
	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			73 / 8.781	0,8%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,0%
Referenzbereich		<= 3%		<= 3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			35 / 8.781	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			38 / 8.781	0,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			66 / 8.761	0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45108]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

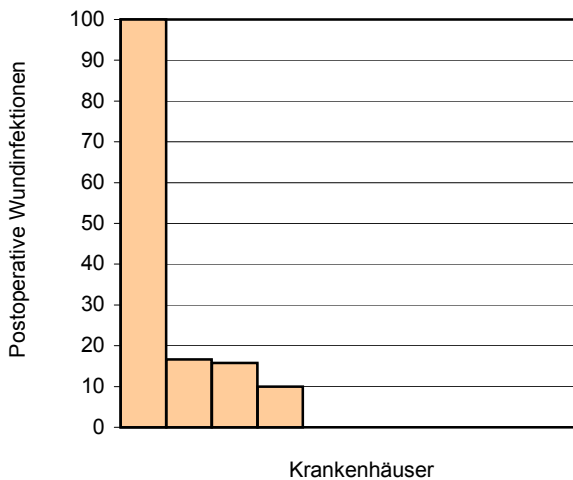
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,6%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 95 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 of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.702 / 8.781	53,5%
Risikoklasse 1			3.319 / 8.781	37,8%
Risikoklasse 2			760 / 8.781	8,7%
Risikoklasse 3			0 / 8.781	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			22 / 4.702	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			12 / 4.702	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			10 / 4.702	0,2%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			41 / 3.319	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			18 / 3.319	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			23 / 3.319	0,7%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance of the 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 mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			10 / 760	1,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 760	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			5 / 760	0,7%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 0	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 0	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 0	

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

Qualitätsindikator 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45036
Referenzbereich: <= 8% (Toleranzbereich)

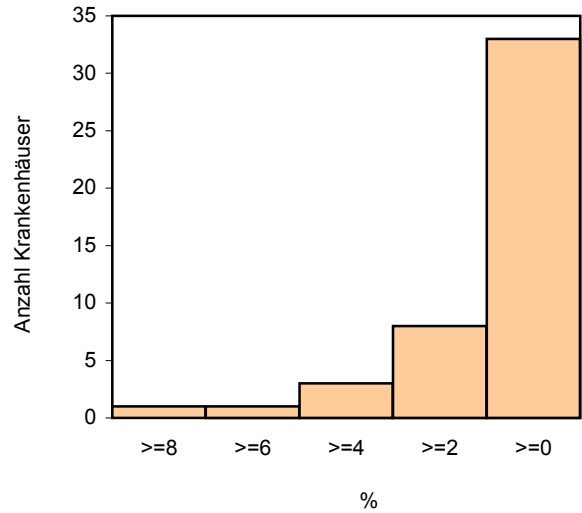
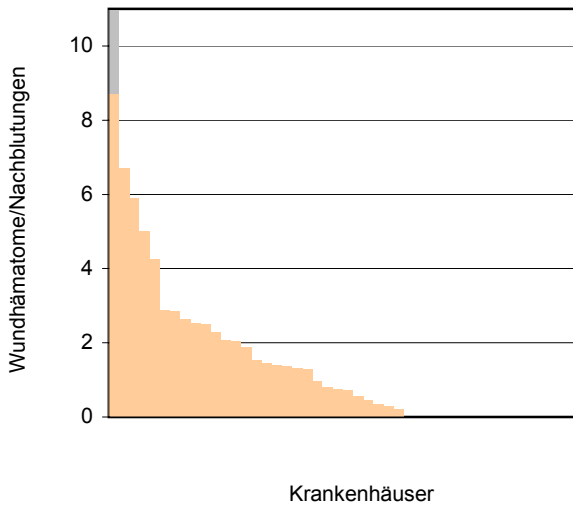
	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			102 / 8.781	1,2%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,4%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			111 / 8.761	1,3%
Vertrauensbereich				1,0% - 1,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45036]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

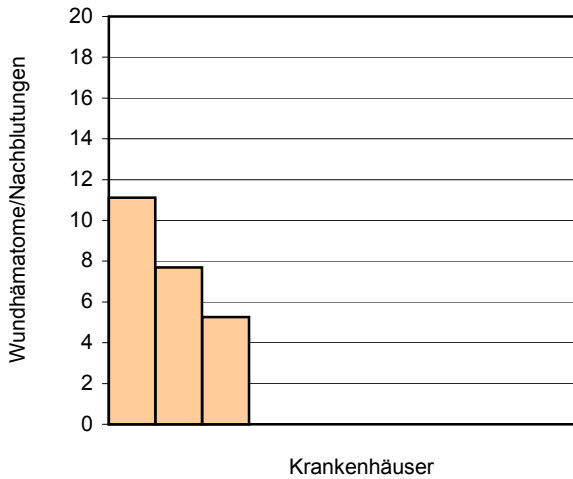
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,7%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2008			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung				
	Gesamt 2008			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	OP-Dauer 1 - 60 min	OP-Dauer 61 - 120 min	OP-Dauer 121 - 180 min	OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	15 / 2.018 0,7%	77 / 6.211 1,2%	7 / 507 1,4%	3 / 45 6,7%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45138

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2008		
	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 (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			

	Gesamt 2008		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	16 / 8.781 0,2%	3 / 5.990 0,1%	13 / 2.791 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	56 / 8.781 0,6%	12 / 5.990 0,2%	44 / 2.791 1,6%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	24 / 8.781 0,3%	12 / 5.990 0,2%	12 / 2.791 0,4%
Patienten mit Lungenembolie	7 / 8.781 0,1%	3 / 5.990 0,1%	4 / 2.791 0,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	161 / 8.781 1,8%	72 / 5.990 1,2%	89 / 2.791 3,2%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	95 / 8.781 1,1%	28 / 5.990 0,5%	67 / 2.791 2,4%
Vertrauensbereich	0,9% - 1,3%		
Referenzbereich	<= 5,0%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2007		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	132 / 8.761 1,5%	51 / 6.050 0,8%	81 / 2.710 3,0%
Vertrauensbereich	1,3% - 1,8%		

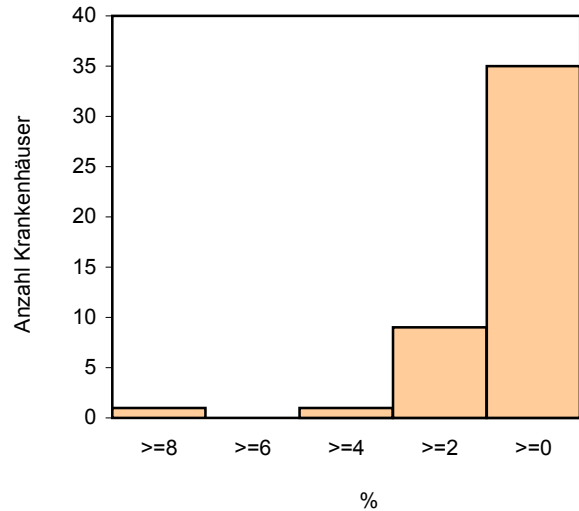
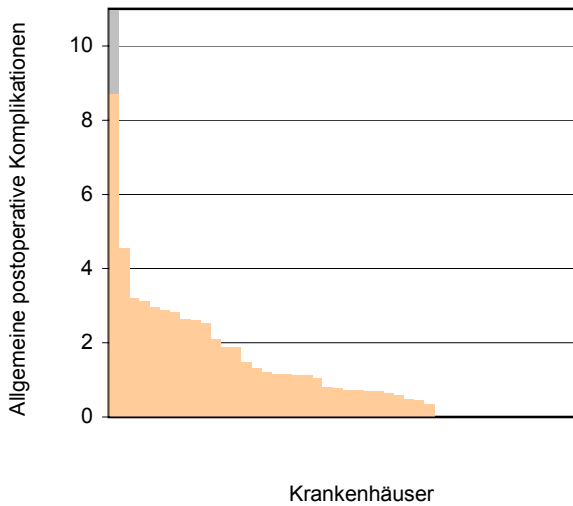
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45138]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,7%

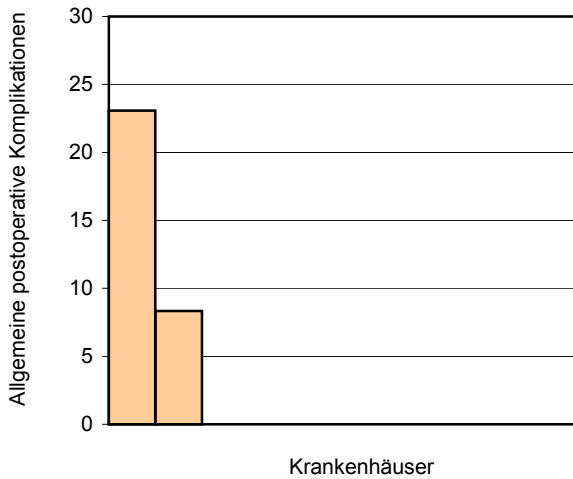


46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 23,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Reoperationen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45059

Referenzbereich: <= 9% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			155 / 8.781	1,8%
Vertrauensbereich				1,5% - 2,1%
Referenzbereich		<= 9%		<= 9%

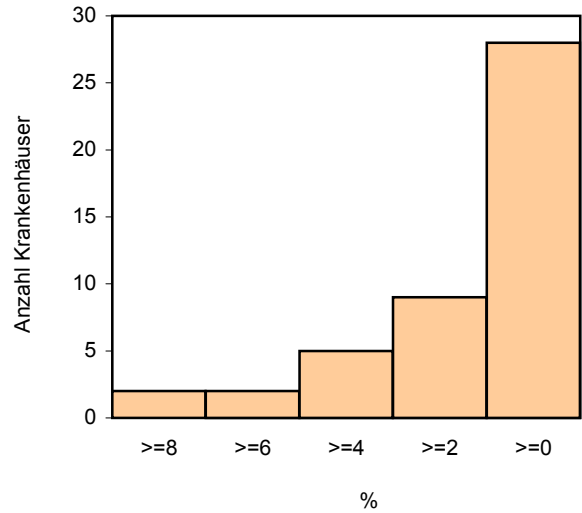
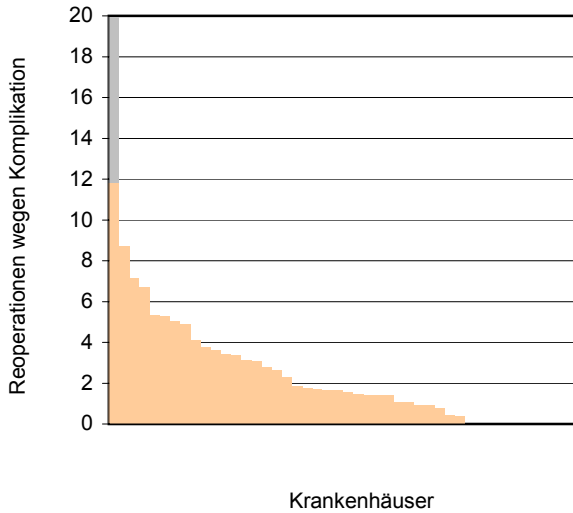
Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			187 / 8.761	2,1%
Vertrauensbereich				1,8% - 2,5%

¹ Die Ergebnisse sind aufgrund der geänderten Datenfeldbezeichnung nur eingeschränkt vergleichbar (2007: „Reintervention“, 2008: „Reoperation“).

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45059]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

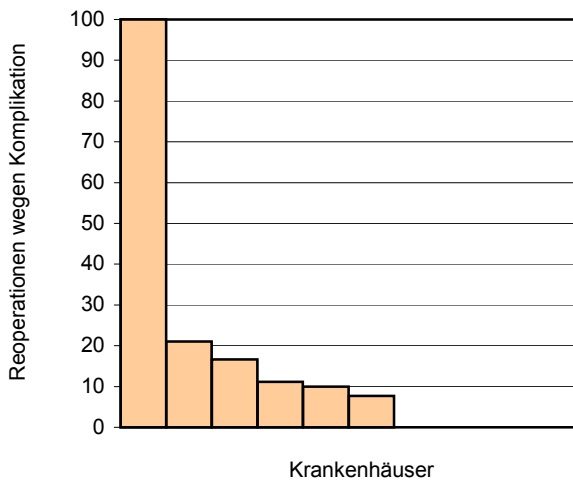
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%



46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 8,8%



10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2008/17n2-HÜFT-TEP/45060
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			8 / 8.781	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

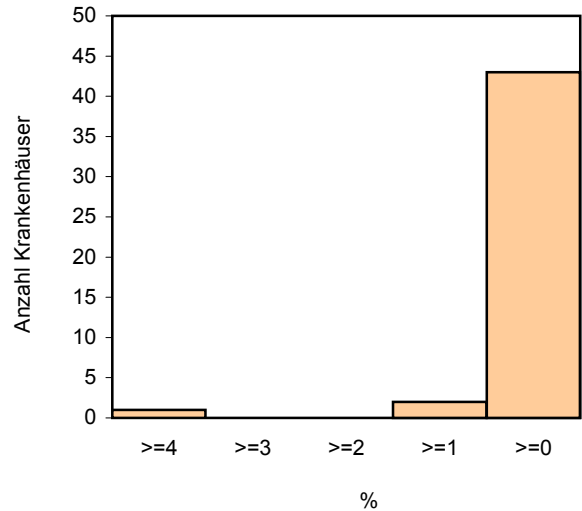
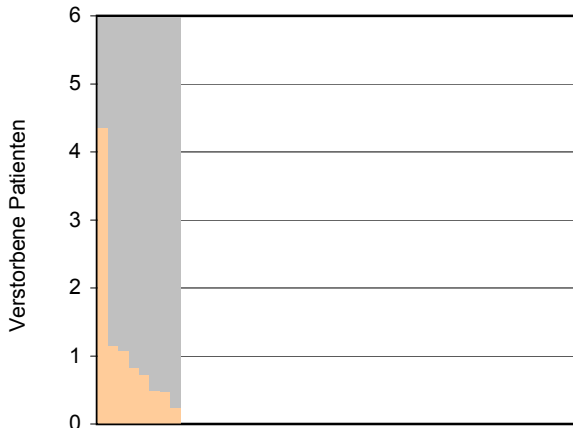
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			6 / 8.761	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2008/17n2-HÜFT-TEP/45060]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 4,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



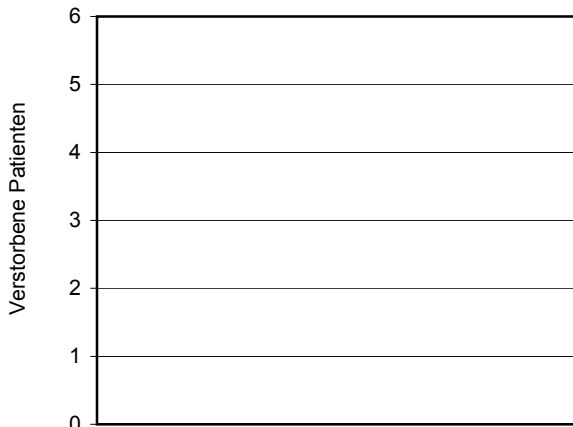
Krankenhäuser

46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2008			
	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 2008			
	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 / 5.990 0,0%	7 / 2.741 0,3%	0 / 50 0,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2008 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 56
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.786
Datensatzversion: 17/2 2008 11.0
Datenbankstand: 28. Februar 2009
2008 - D7605-L57006-P26221

Basisdaten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.382	27,1	2.494	28,5
2. Quartal			2.225	25,3	2.126	24,3
3. Quartal			2.141	24,4	2.091	23,9
4. Quartal			2.038	23,2	2.052	23,4
Gesamt			8.786		8.763	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.786		8.763	
Median				11,0		12,0
Mittelwert				11,8		12,1
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.786		8.763	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				13,1		13,5

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2008

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
6	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2008

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	5.584	63,6	M16.1	5.558	63,4
2				I10.00	2.152	24,5	I10.00	1.902	21,7
3				D62	2.016	22,9	D62	1.779	20,3
4				I10.90	1.443	16,4	I10.90	1.642	18,7
5				Z96.6	1.265	14,4	Z96.6	1.182	13,5
6				M16.9	1.083	12,3	E66.0	858	9,8
7				E11.90	913	10,4	M16.9	854	9,7
8				M16.3	694	7,9	E11.90	794	9,1

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2007 und ICD-10-GM 2008 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 2008¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2008

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

OPS 2008

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2008			Gesamt 2008			Gesamt 2007		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	5.164	58,8	5-820.00	5.232	59,7
2				5-820.02	1.801	20,5	5-820.02	1.704	19,4
3				5-820.01	1.397	15,9	5-820.01	1.433	16,4
4				8-803.2	1.284	14,6	8-803.2	1.431	16,3
5				8-930	592	6,7	8-930	578	6,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2007 und OPS 2008 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

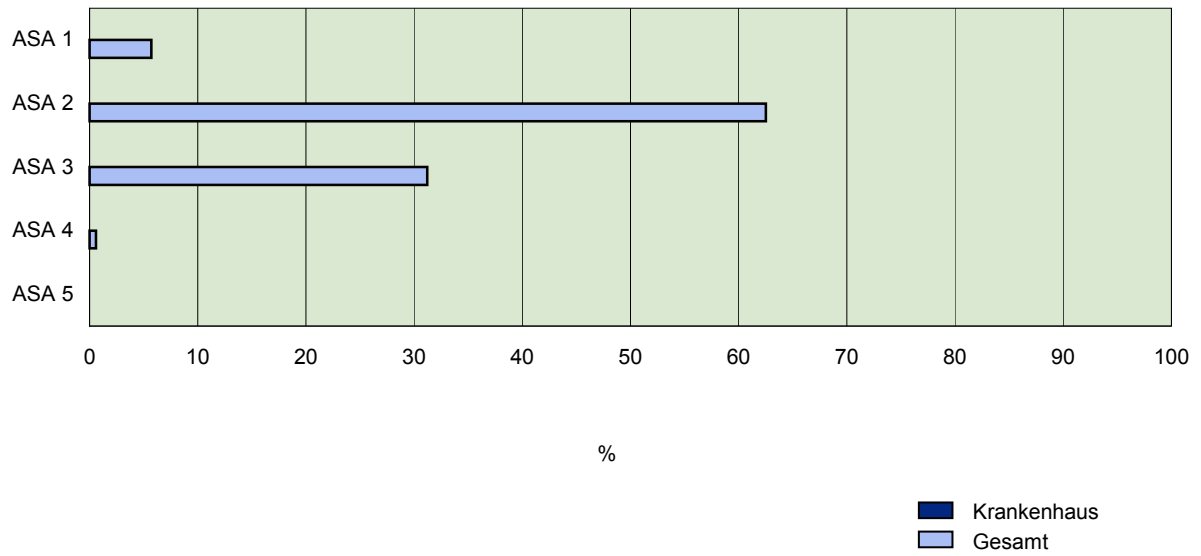
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			39 / 8.786	0,4	22 / 8.763	0,3
5-986 Minimalinvasive Technik			262 / 8.786	3,0	281 / 8.763	3,2
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.786	0,0	0 / 8.763	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			32 / 8.786	0,4	59 / 8.763	0,7

Patienten

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.786 / 8.786		8.763 / 8.763	
< 40 Jahre			69 / 8.786	0,8	79 / 8.763	0,9
40 - 59 Jahre			1.774 / 8.786	20,2	1.688 / 8.763	19,3
60 - 79 Jahre			5.824 / 8.786	66,3	6.062 / 8.763	69,2
80 - 89 Jahre			1.093 / 8.786	12,4	908 / 8.763	10,4
>= 90 Jahre			26 / 8.786	0,3	26 / 8.763	0,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.786		8.763	
Median				70,0		70,0
Geschlecht						
männlich			3.454	39,3	3.498	39,9
weiblich			5.332	60,7	5.265	60,1
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			111	1,3	157	1,8
nicht dokumentiert			10	0,1	11	0,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			500	5,7	591	6,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.494	62,5	5.460	62,3
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.742	31,2	2.675	30,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			50	0,6	36	0,4
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen¹						
Ruhschmerz			6.020	68,5	-	-
Belastungsschmerz			2.699	30,7	-	-
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			528	6,0	502	5,7

¹ Datenfeld in dieser Form erstmals 2008 im Datensatz

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			8.102	92,2	7.942	90,6
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.102		7.942	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,3		0,5
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				3,3		3,3
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				84,2		85,0
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.102		7.942	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,0		20,0
Mittelwert				16,2		16,8
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,2
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,0		10,0
Mittelwert				11,4		11,2

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008	Gesamt 2008	Gesamt 2007
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben		8.102	7.942
Winkel			
Außenrotation (Grad)			
Median		10,0	10,0
Mittelwert		12,5	12,6
Neutral-Null-Wert (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		1,4	1,2
Winkel			
Innenrotation (Grad)			
Median		5,0	5,0
Mittelwert		6,3	6,2

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			212	2,4	399	4,6
eindeutig			4.393	50,0	5.258	60,0
große			4.181	47,6	3.106	35,4
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			44	0,5	66	0,8
eindeutig verschmälert			1.015	11,6	1.553	17,7
fortgeschritten verschmälert			4.138	47,1	4.447	50,7
aufgehoben			3.589	40,8	2.697	30,8
Sklerose						
keine Sklerose			28	0,3	75	0,9
leichte Sklerose			1.000	11,4	1.596	18,2
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.849	43,8	3.689	42,1
Sklerose mit Zysten			3.909	44,5	3.403	38,8
Deformierung						
keine Deformierung			255	2,9	592	6,8
leichte Deformierung			3.364	38,3	3.385	38,6
deutliche Deformierung			5.167	58,8	4.786	54,6
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.747	99,6	8.721	99,5
bedingt aseptische Eingriffe			33	0,4	36	0,4
kontaminierte Eingriffe			0	0,0	1	0,0
septische Eingriffe			6	0,1	5	0,1

Operation

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.781		8.761	
Median				78,0		80,0
Mittelwert				81,1		82,2
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			8.743	99,5	8.711	99,4
davon						
single shot			7.593 / 8.743	86,8	7.670 / 8.711	88,0
Zweitgabe			241 / 8.743	2,8	178 / 8.711	2,0
öfter			909 / 8.743	10,4	863 / 8.711	9,9

Verlauf

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p			8.767	99,8	8.742	99,8
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			5.258	59,8	5.050	57,6
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			266	3,0	313	3,6
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,0	11	0,1
Implantatdislokation			9	0,1	13	0,1
Endoprothesenluxation			24	0,3	39	0,4
Wundhämaton/Nachblutung			102	1,2	111	1,3
Gefäßläsion			3	0,0	2	0,0
Nervenschaden			36	0,4	37	0,4
Fraktur			47	0,5	58	0,7
Sonstige			53	0,6	64	0,7
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			73	0,8	66	0,8
A1 (oberflächliche Infektion)			35 / 73	47,9	25 / 66	37,9
A2 (tiefe Infektion)			32 / 73	43,8	39 / 66	59,1
A3 (Räume/Organe)			6 / 73	8,2	2 / 66	3,0
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			156	1,8	187	2,1

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			248	2,8	293	3,3
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			16	0,2	15	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			56	0,6	87	1,0
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			24	0,3	31	0,4
Lungenembolie			7	0,1	11	0,1
Sonstige			161	1,8	174	2,0

Entlassung I

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			8.665	98,6	8.482	96,8
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.665		8.482	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,2
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				88,9		87,7

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) wenn nein:			8.735	99,4	8.711	99,4
selbständiges Gehen präoperativ			31	60,8	37	71,2
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) wenn nein:			8.727	99,3	8.692	99,2
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene präoperativ			25	42,4	35	49,3

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.801	43,3	3.413	38,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			140	1,6	125	1,4
03: aus sonstigen Gründen			2	0,0	3	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			8	0,1	5	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			48	0,5	42	0,5
07: Tod			8	0,1	6	0,1
08: Verlegung nach § 14			16	0,2	201	2,3
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.728	53,8	4.927	56,2
10: in Pflegeeinrichtung			17	0,2	19	0,2
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			11	0,1	17	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	4	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			4	0,0	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			1	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss ²			0	0,0	-	-

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 BPfIV 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 BPfIV 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 BPfIV) | 21 | Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |
| 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | | |

² Entlassungsgrund 22 (Fallabschluss) wird erst seit 01.01.2008 erhoben.

Anhang: OPS 2008

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			5.164 / 8.786	58,8	5.232 / 8.763	59,7
5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.397 / 8.786	15,9	1.433 / 8.763	16,4
5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			1.801 / 8.786	20,5	1.704 / 8.763	19,4
5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			92 / 8.786	1,0	101 / 8.763	1,2
5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			21 / 8.786	0,2	24 / 8.763	0,3
5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			39 / 8.786	0,4	84 / 8.763	1,0
5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			1 / 8.786	0,0	0 / 8.763	0,0
5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			5 / 8.786	0,1	4 / 8.763	0,0
5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			17 / 8.786	0,2	19 / 8.763	0,2

OPS 2008 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			22 / 8.786	0,3	21 / 8.763	0,2
5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			3 / 8.786	0,0	18 / 8.763	0,2
5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			5 / 8.786	0,1	6 / 8.763	0,1
5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			2 / 8.786	0,0	3 / 8.763	0,0
5-820.80 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert			1 / 8.786	0,0	4 / 8.763	0,0
5-820.81 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert			8 / 8.786	0,1	4 / 8.763	0,0
5-820.82 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)			196 / 8.786	2,2	119 / 8.763	1,4
5-820.90¹ Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsehaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Nicht zementiert			18 / 8.786	0,2	-	-
5-820.91¹ Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsehaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Zementiert			0 / 8.786	0,0	-	-

¹ OP-Schlüssel 2007 noch nicht im Datensatz

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. 2.4) 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 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier "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".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt. Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet. Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

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 (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert. Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2007.

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.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis anscheinend im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt anscheinend außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2008 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2007 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 2008. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2007 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2008 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.

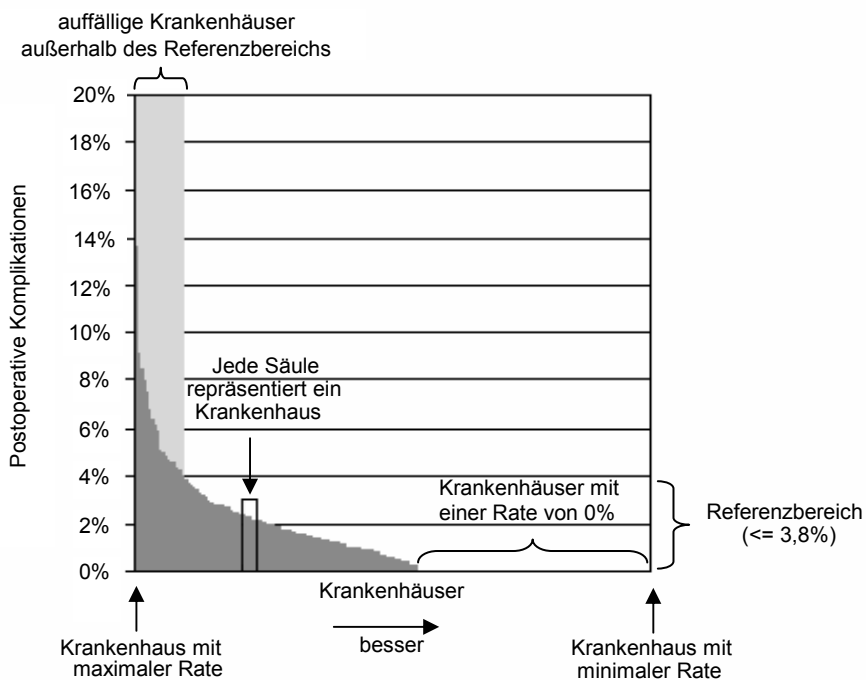
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

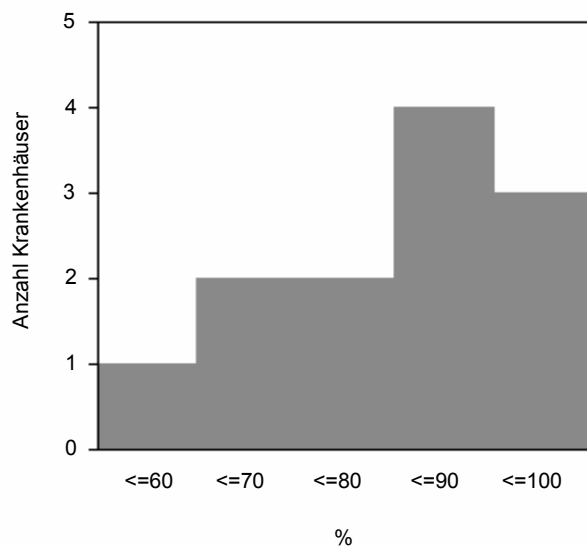
Beispiel:

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 2008/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2008. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) 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.

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund 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 Bund.

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.