

Jahresauswertung 2007
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.134
Datensatzversion: 17/3 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6151-L47741-P22435

Jahresauswertung 2007
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.134
Datensatzversion: 17/3 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6151-L47741-P22435

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation			92,8%	>= 75,5%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,4%	>= 95%	1.4
QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung			1,8%	<= 7,4%	1.7
QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden			1,1%	<= 2%	1.10
QI 5: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur			2,7%	<= 2%	1.12
QI 6: Endoprothesenluxation			1,8%	<= 10%	1.14
QI 7: Postoperative Wundinfektion			2,9%	nicht definiert	1.16
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			3,0%	<= 13%	1.22
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			3,4%	<= 10,0%	1.25
QI 10: Reinterventionen wegen Komplikation			5,7%	<= 16%	1.28
QI 11: Letalität			1,2%	Sentinel Event	1.30

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

Qualitätsindikator 1: Indikation

Qualitätsziel:	Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen
Grundgesamtheit:	Alle Patienten
Kennzahl-ID:	2007/17n3-HÜFT-WECH/46080
Referenzbereich:	>= 75,5% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			1.060 / 1.134	93,5%
Patienten mit Ruheschmerz			869 / 1.134	76,6%
Patienten mit Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			865 / 1.134	76,3%
Patienten mit Drehschmerz (Oberschenkel)			850 / 1.134	75,0%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung			468 / 1.134	41,3%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			617 / 1.134	54,4%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			448 / 1.134	39,5%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			444 / 1.134	39,2%
Patienten mit Substanzverlust Femur			250 / 1.134	22,0%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			131 / 1.134	11,6%
Patienten mit Prothesen(sub)luxation			190 / 1.134	16,8%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			229 / 1.134	20,2%
Patienten mit Erregernachweis			100 / 1.134	8,8%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			1.052 / 1.134	92,8%
Vertrauensbereich				91,1% - 94,2%
Referenzbereich		>= 75,5%		>= 75,5%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			932 / 1.003	92,9% 91,2% - 94,4%

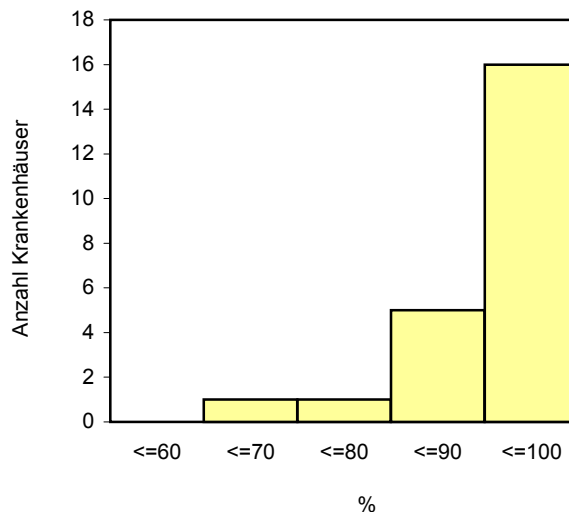
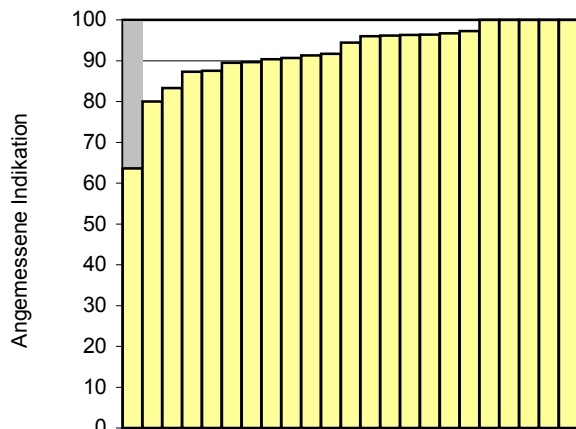
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46080]:
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 94,4%



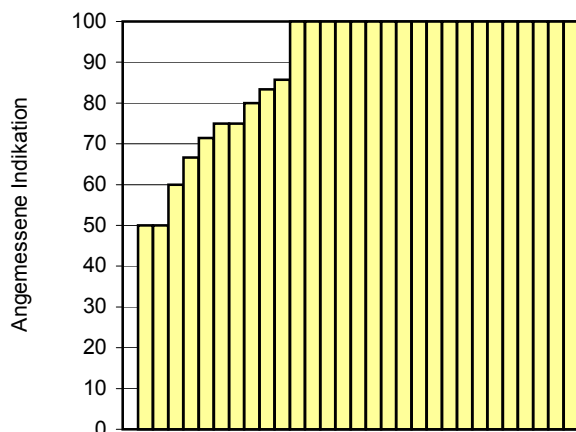
Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46083

Referenzbereich: Gruppe 1: ≥ 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2007		
	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 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	1.127 / 1.134	634 / 637	493 / 497
Vertrauensbereich	99,4%	99,5%	99,2%
Referenzbereich	98,7% - 99,8% ≥ 95%		
davon single shot	624 / 1.127 55,4%	380 / 634 59,9%	244 / 493 49,5%
intraoperative Zweitgabe oder öfter	503 / 1.127 44,6%	254 / 634 40,1%	249 / 493 50,5%

¹ beschränkt auf gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2006		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	1.000 / 1.003 99,7% 99,1% - 99,9%	530 / 532 99,6%	470 / 471 99,8%

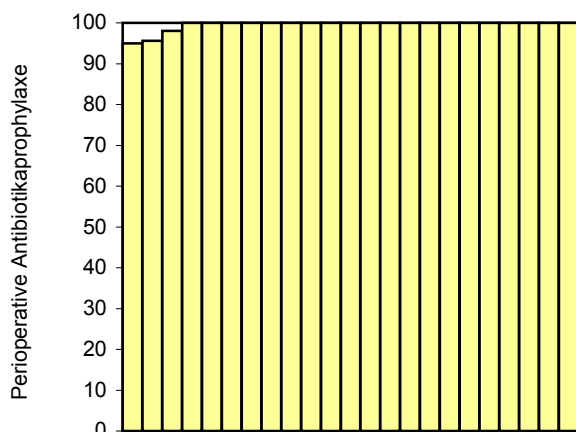
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten ≥ 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46083]:
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten

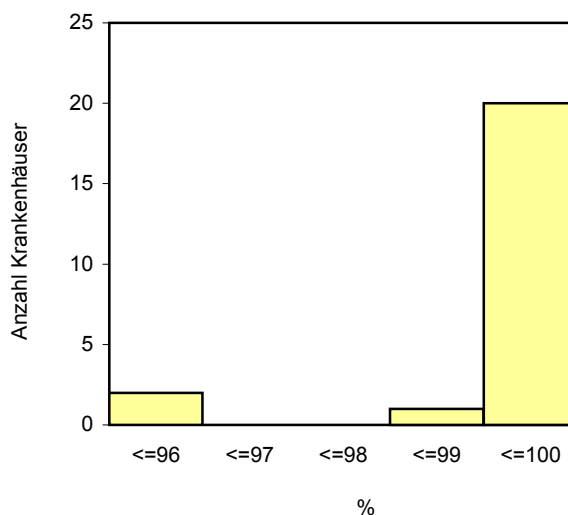
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 95,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

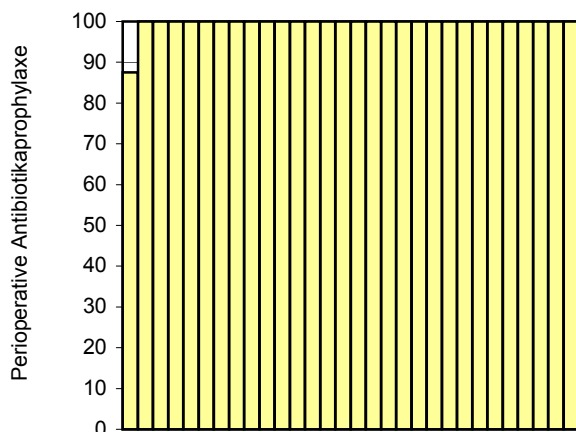


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: 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: 2007/17n3-HÜFT-WECH/81459

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 7,4% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			1.051 / 1.093	96,2%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			20 / 1.093	1,8%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,8%
Referenzbereich		<= 7,4%		<= 7,4%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			8 / 741	1,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			4 / 172	2,3%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			3 / 89	3,4%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			5 / 91	5,5%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung				
Gruppe 1 (alle Patienten)	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

¹ Vorjahresergebnisse werden aufgrund von Datensatzänderungen nicht dargestellt.

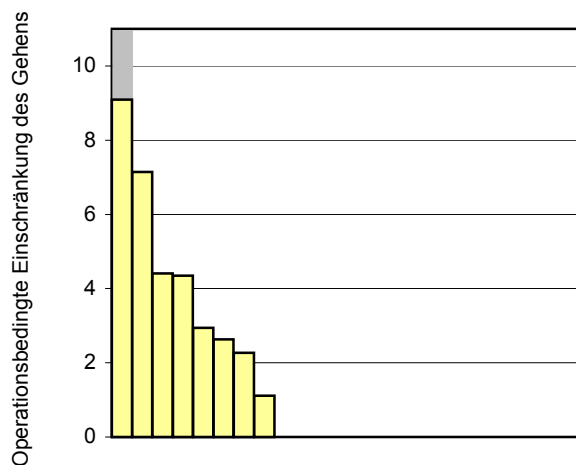
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/81459]:

Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

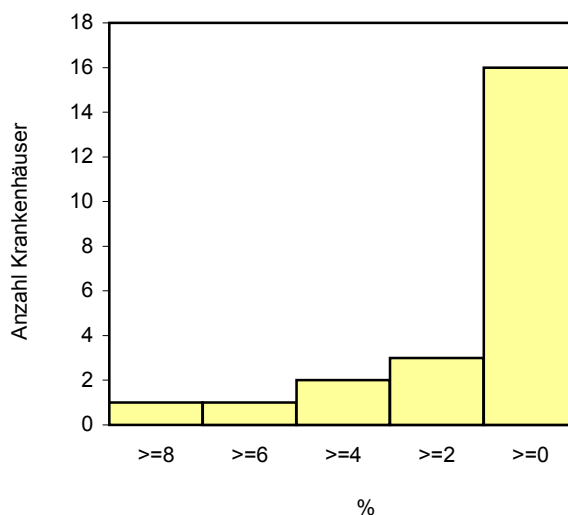
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

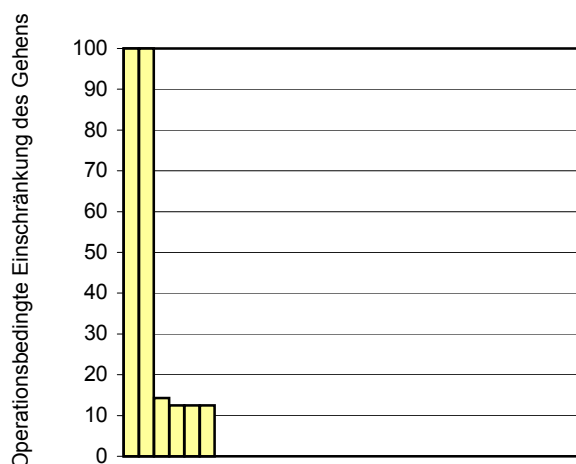


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/17n3-HÜFT-WECH/73838

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 1.134	0,1%
Patienten mit Nervenschaden			11 / 1.134	1,0%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			12 / 1.134	1,1%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,8%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.003	1,3%
Vertrauensbereich				0,7% - 2,2%

¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

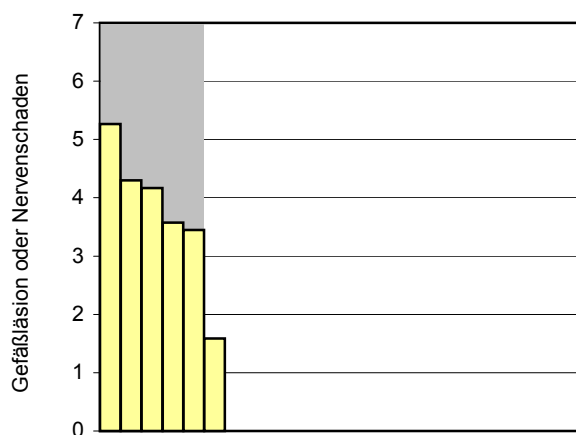
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/73838]:

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

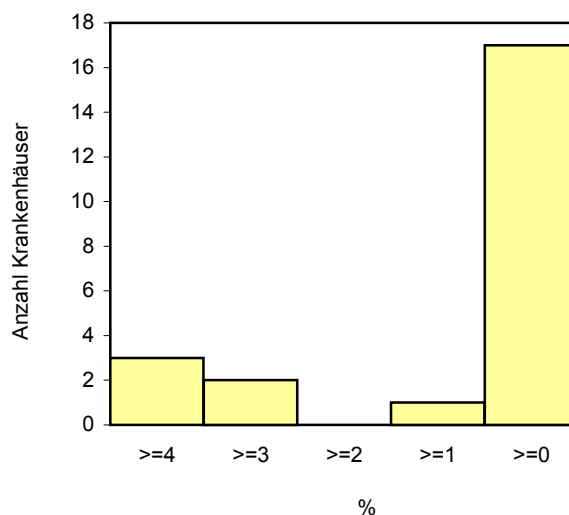
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

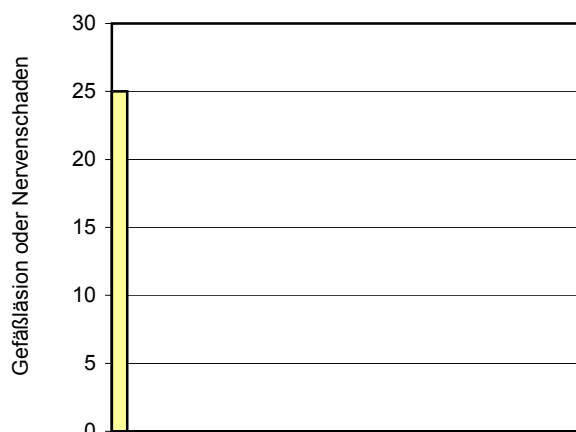


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46134

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 1.134	0,2%
Patienten mit Implantatdislokation			4 / 1.134	0,4%
Patienten mit Fraktur			26 / 1.134	2,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			31 / 1.134	2,7%
Vertrauensbereich				1,9% - 3,9%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			21 / 1.003	2,1%
Vertrauensbereich				1,3% - 3,2%

¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

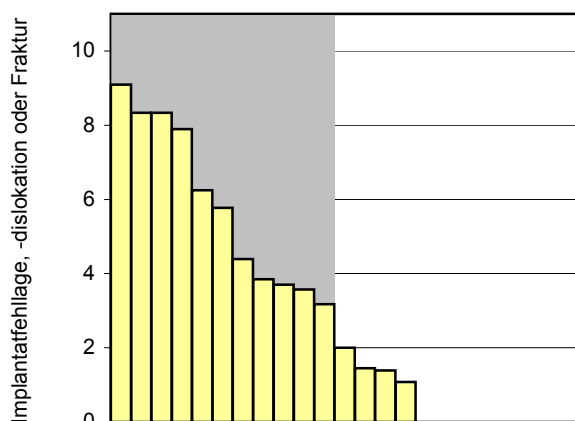
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46134]:

Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

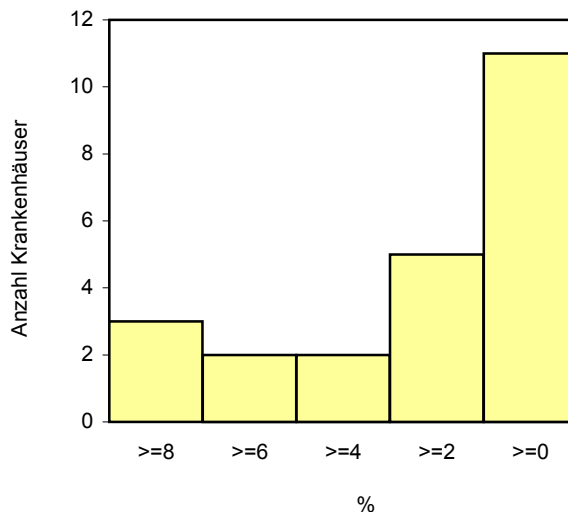
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

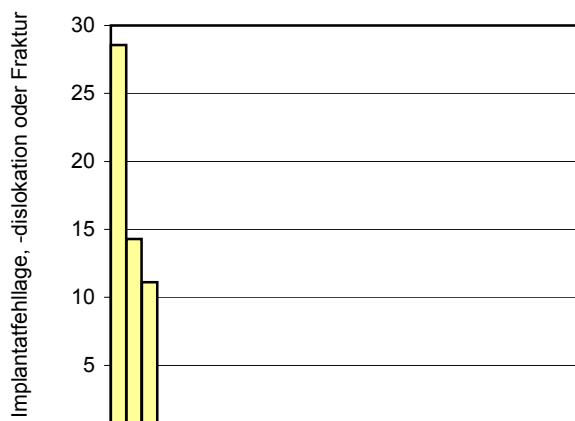


%

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 28,6%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46136

Referenzbereich: <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			20 / 1.134	1,8%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,7%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			25 / 1.003	2,5%
Vertrauensbereich				1,6% - 3,7%

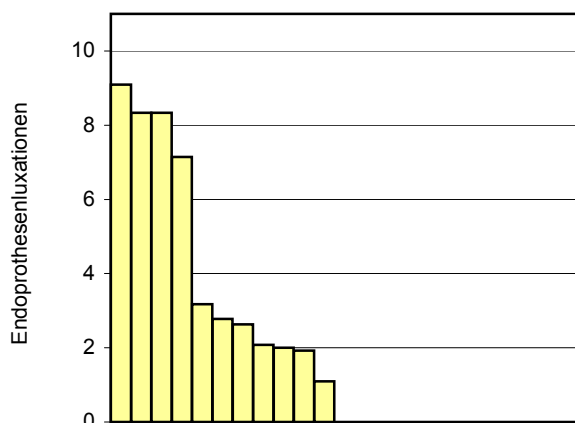
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46136]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

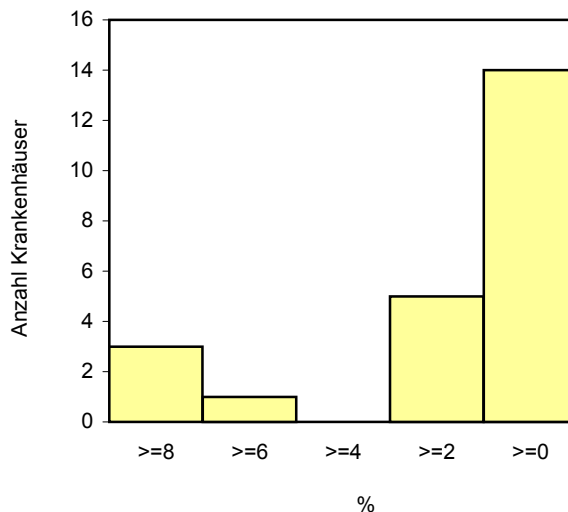
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

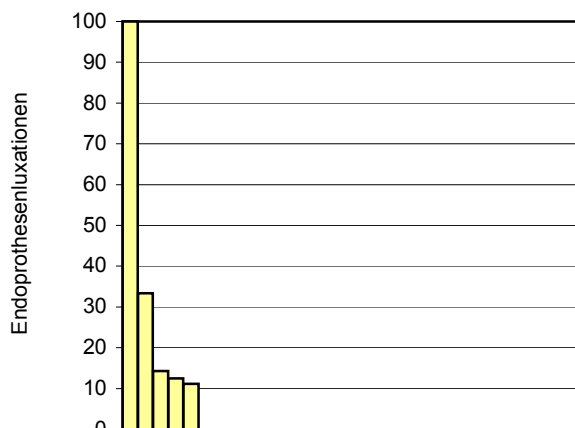


%

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel:	Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit:	Alle Patienten
Kennzahl-ID:	2007/17n3-HÜFT-WECH/46137
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			33 / 1.134	2,9%
Vertrauensbereich				2,0% - 4,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			10 / 1.134	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			23 / 1.134	2,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			33 / 1.003	3,3%
Vertrauensbereich				2,3% - 4,6%

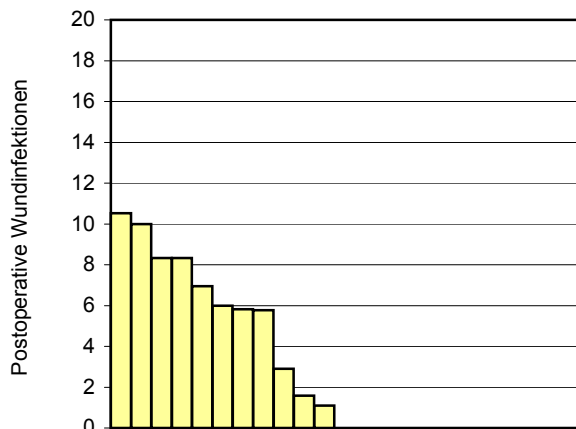
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46137]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

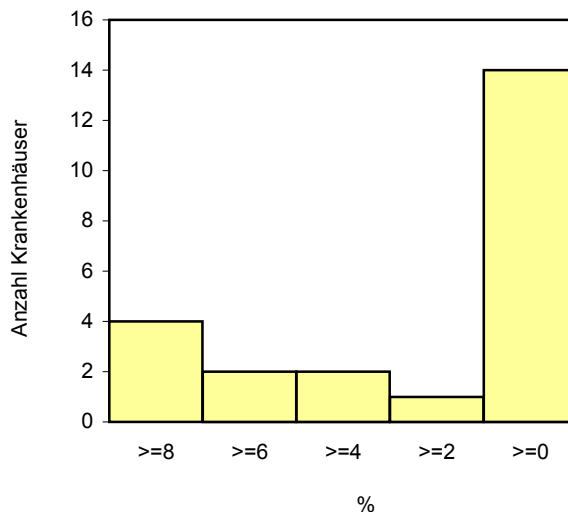
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

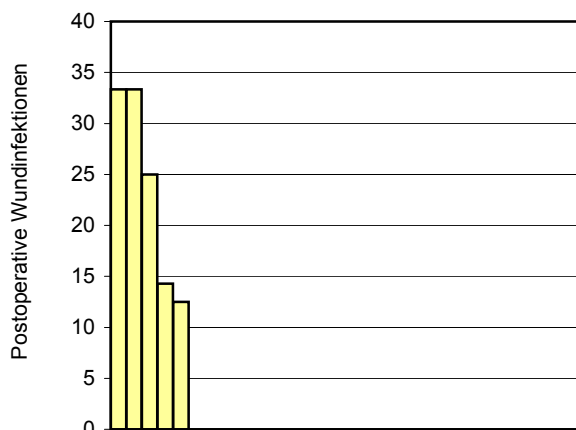


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 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 $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 159 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 mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			433 / 1.134	38,2%
Risikoklasse 1			520 / 1.134	45,9%
Risikoklasse 2			176 / 1.134	15,5%
Risikoklasse 3			5 / 1.134	0,4%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			5 / 433	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 433	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			2 / 433	0,5%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			15 / 520	2,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 520	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			13 / 520	2,5%

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 mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			11 / 176	6,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			4 / 176	2,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			7 / 176	4,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			2 / 5	40,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 5	20,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			1 / 5	20,0%

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: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46161

Referenzbereich: <= 13% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			34 / 1.134	3,0%
Vertrauensbereich				2,1% - 4,2%
Referenzbereich		<= 13%		<= 13%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			32 / 1.003	3,2%
Vertrauensbereich				2,2% - 4,5%

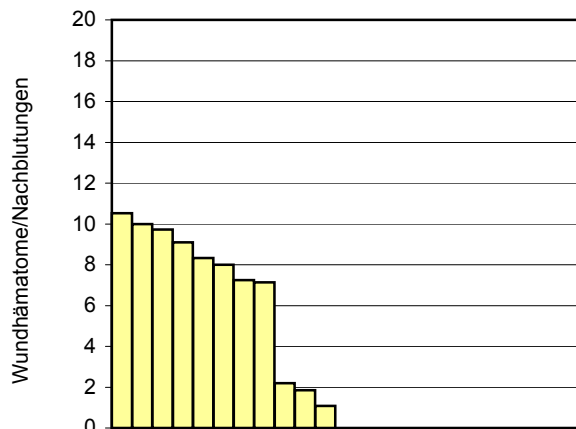
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46161]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

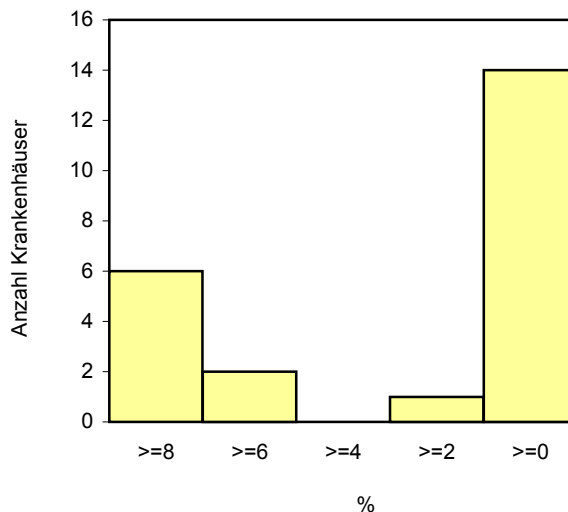
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 10,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

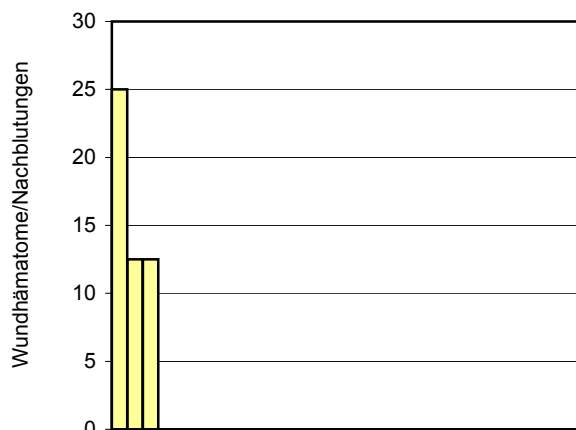


%

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2007			
	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 2007			
	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	17 / 637 2,7%	8 / 340 2,4%	9 / 126 7,1%	0 / 31 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:	2007/17n3-HÜFT-WECH/46181
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 10,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2007		
	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	<= 10,0%		

	Gesamt 2007		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	7 / 1.134 0,6%	2 / 555 0,4%	5 / 578 0,9%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	32 / 1.134 2,8%	7 / 555 1,3%	25 / 578 4,3%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	2 / 1.134 0,2%	1 / 555 0,2%	1 / 578 0,2%
Patienten mit Lungenembolie	5 / 1.134 0,4%	2 / 555 0,4%	3 / 578 0,5%
Patienten mit sonstiger Komplikation	52 / 1.134 4,6%	17 / 555 3,1%	35 / 578 6,1%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	39 / 1.134 3,4%	10 / 555 1,8%	29 / 578 5,0%
Vertrauensbereich	2,5% - 4,7%		
Referenzbereich	<= 10,0%		

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		
	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 2006		
	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)	36 / 1.003 3,6%	6 / 499 1,2%	29 / 502 5,8%
Vertrauensbereich	2,5% - 4,9%		

¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

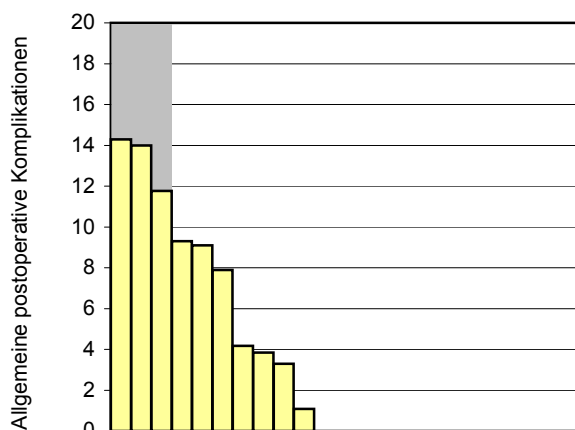
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46181]:

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

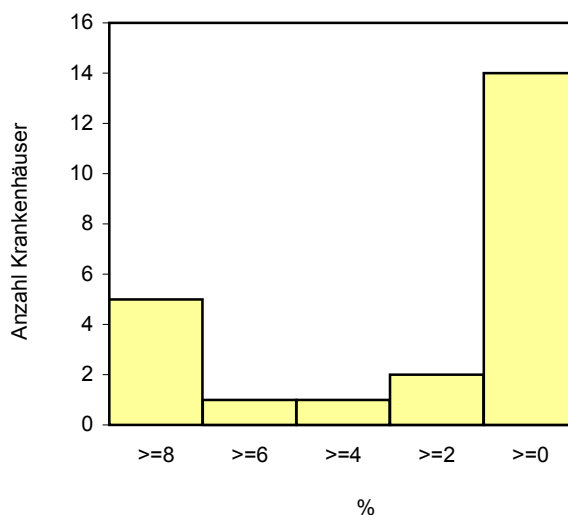
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 14,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

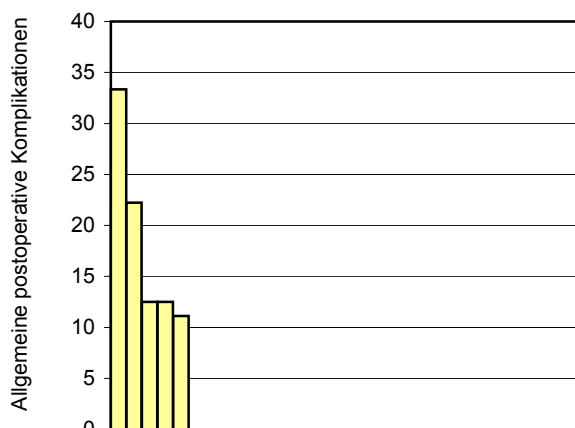


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Reinterventionen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reintervention wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46184

Referenzbereich: <= 16% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			65 / 1.134	5,7%
Vertrauensbereich				4,5% - 7,3%
Referenzbereich		<= 16%		<= 16%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation			72 / 1.003	7,2%
Vertrauensbereich				5,7% - 9,0%

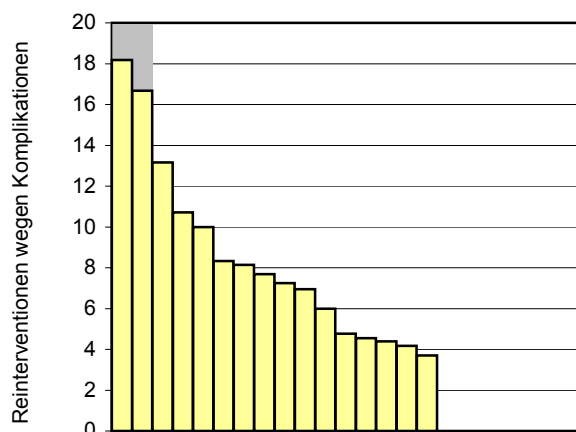
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46184]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten

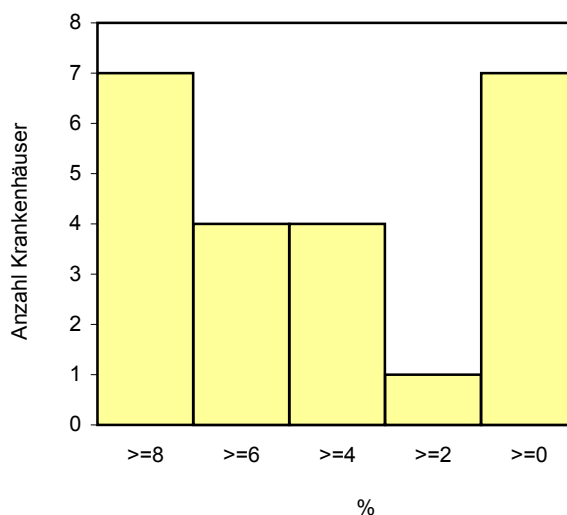
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 4,8%



Krankenhäuser

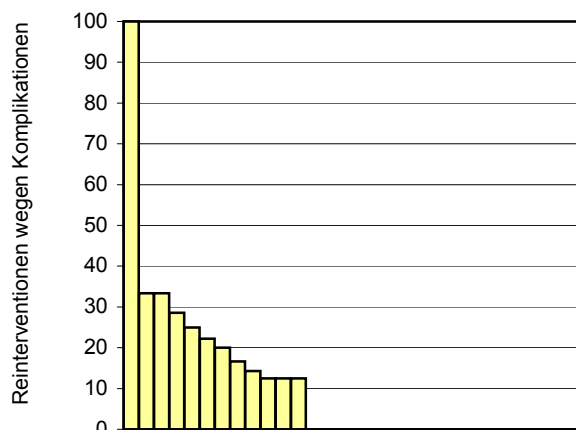


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2007/17n3-HÜFT-WECH/46185

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 1.134	1,2%
Vertrauensbereich				0,7% - 2,1%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2006		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			11 / 1.003	1,1%
Vertrauensbereich				0,5% - 2,0%

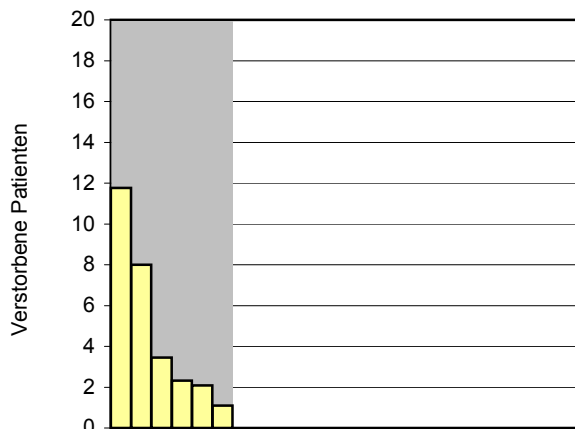
¹ Die neu berechneten Vorjahresergebnisse beziehen sich nur auf Patienten >= 20 Jahre und können daher von der Auswertung 2006, in die alle Patienten einbezogen wurden, abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2007/17n3-HÜFT-WECH/46185]:
Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten

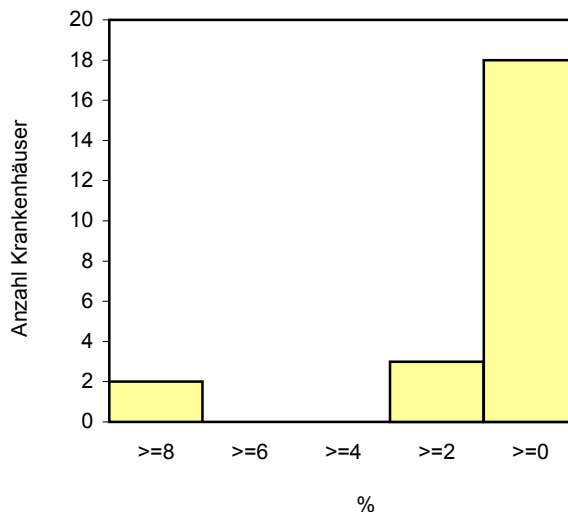
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

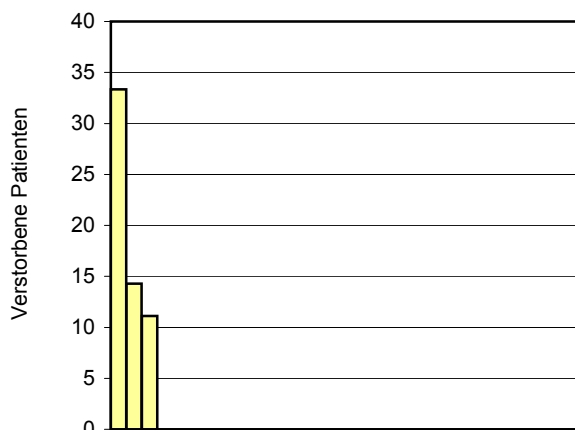


23 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

30 Krankenhäuser haben weniger als 10 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 2007			
	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 2007			
	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 / 555 0,0%	8 / 552 1,4%	6 / 26 23,1%	0 / 1 0,0%

Jahresauswertung 2007
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.134
Datensatzversion: 17/3 2007 10.0
Datenbankstand: 01. März 2008
2007 - D6151-L47741-P22435

Basisdaten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			237	20,9	210	20,9
2. Quartal			306	27,0	261	26,0
3. Quartal			305	26,9	263	26,2
4. Quartal			286	25,2	269	26,8
Gesamt			1.134		1.003	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.134		1.003	
Median				13,0		14,0
Mittelwert				16,4		17,3
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			1.134		1.003	
Median				16,0		16,0
Mittelwert				20,2		21,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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	E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2007

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	912	80,4	T84.0	828	82,6
2				D62	374	33,0	D62	302	30,1
3				Z96.6	312	27,5	Z96.6	237	23,6
4				I10.00	261	23,0	I10.00	163	16,3
5				I10.90	175	15,4	I10.90	135	13,5
6				T84.5	114	10,1	T84.5	79	7,9
7				E66.0	112	9,9	E11.90	71	7,1
8				E11.90	90	7,9	E66.0	56	5,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2006 und ICD-10-GM 2007 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 2007¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2007

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	5-821.2a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel
4	5-784.7d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogenen: Becken
5	5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert

OPS 2007

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

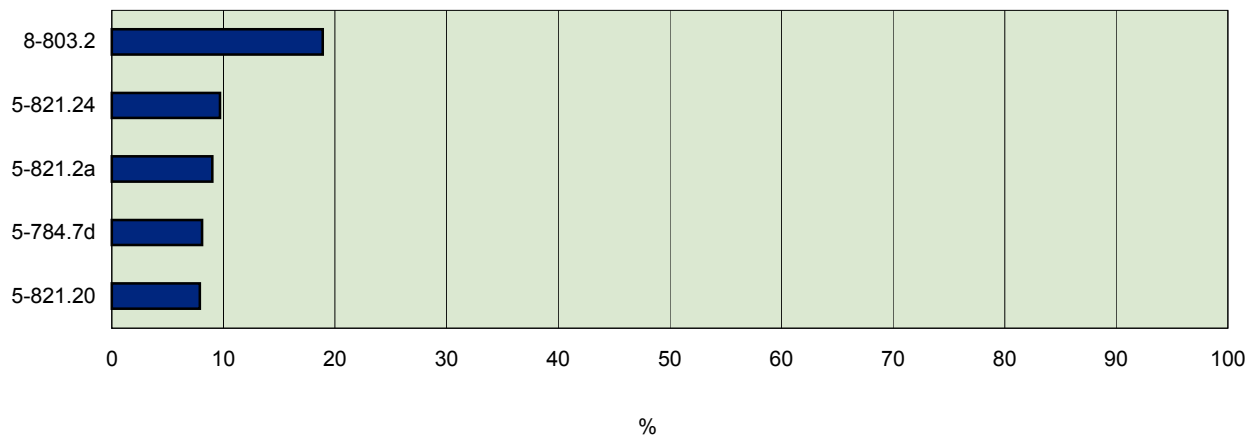
	Krankenhaus 2007			Gesamt 2007			Gesamt 2006		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				8-803.2	214	18,9	8-803.2	210	20,9
2				5-821.24	110	9,7	5-821.24	108	10,8
3				5-821.2a	102	9,0	5-821.20	106	10,6
4				5-784.7d	92	8,1	5-821.40	97	9,7
5				5-821.20	90	7,9	8-800.7f	93	9,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2006 und OPS 2007 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 2007 (Gesamt 2007)



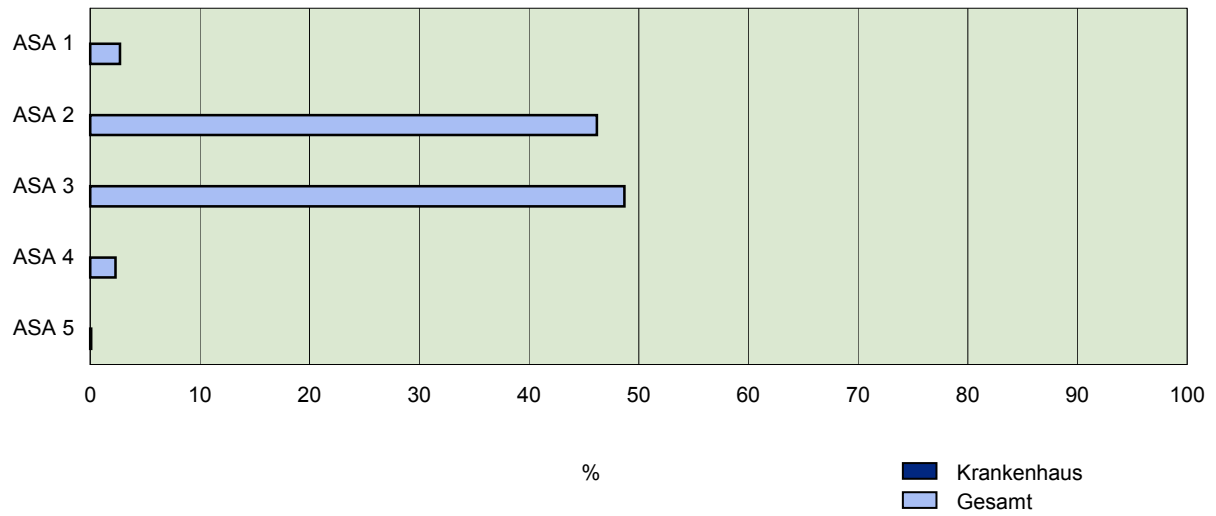
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			15 / 1.134	1,3	5 / 1.003	0,5
5-986 Minimalinvasive Technik			11 / 1.134	1,0	0 / 1.003	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 1.134	0,0	0 / 1.003	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 1.134	0,0	0 / 1.003	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.134 / 1.134		1.003 / 1.003	
< 40 Jahre			8 / 1.134	0,7	4 / 1.003	0,4
40 - 59 Jahre			159 / 1.134	14,0	135 / 1.003	13,5
60 - 79 Jahre			727 / 1.134	64,1	658 / 1.003	65,6
80 - 89 Jahre			219 / 1.134	19,3	187 / 1.003	18,6
>= 90 Jahre			21 / 1.134	1,9	19 / 1.003	1,9
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.134		1.003	
Median				72,0		72,0
Geschlecht						
männlich			414	36,5	314	31,3
weiblich			720	63,5	689	68,7
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			9	0,8	11	1,1
nicht dokumentiert			1	0,1	0	0,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			31	2,7	38	3,8
2: mit leichter Allgemein-erkrankung			524	46,2	461	46,0
3: mit schwerer Allgemein-erkrankung und Leistungseinschränkung			552	48,7	482	48,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			26	2,3	20	2,0
5: moribunder Patient			1	0,1	2	0,2

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ruheschmerz			869	76,6	765	76,3
Belastungsschmerz			1.060	93,5	956	95,3
Stauchungsschmerz (Gesäß, Leiste)			865	76,3	782	78,0
Drehschmerz (Oberschenkel)			850	75,0	773	77,1

Labor

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			229	20,2	182	18,1
Gelenkpunktion			410	36,2	304	30,3
Erregernachweis			100	8,8	78	7,8

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung			468	41,3	394	39,3
Lockerung Pfannen-Komponente			617	54,4	568	56,6
Lockerung Schaft-Komponente			448	39,5	404	40,3
Substanzverluste Pfanne			444	39,2	402	40,1
Substanzverluste Femur			250	22,0	214	21,3
periprothetische Fraktur			131	11,6	109	10,9
Prothesen(sub)luxation			190	16,8	160	16,0

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			987	87,0	898	89,5
bedingt aseptische Eingriffe			92	8,1	73	7,3
kontaminierte Eingriffe			23	2,0	10	1,0
septische Eingriffe			32	2,8	22	2,2

Operation

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl der Patienten			1.134		1.003	
Median				115,0		120,0
Mittelwert				125,0		129,6
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			301	26,5	249	24,8
90 - 239 min			791	69,8	702	70,0
>= 240 min			42	3,7	52	5,2
Perioperative						
Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl der Patienten			1.127	99,4	1.000	99,7
davon						
single shot			624 / 1.127	55,4	570 / 1.000	57,0
24 h			85 / 1.127	7,5	84 / 1.000	8,4
länger			418 / 1.127	37,1	346 / 1.000	34,6
Medikamentöse						
Thromboseprophylaxe						
Anzahl der Patienten			1.130	99,6	992	98,9

Verlauf

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p Anzahl der Patienten			1.126	99,3	998	99,5
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein Anzahl der Patienten			641	56,5	577	57,5
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			105	9,3	105	10,5
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			2	0,2	3	0,3
Implantatdislokation			4	0,4	2	0,2
Endoprothesenluxation			20	1,8	25	2,5
Wundhämatom/Nachblutung			34	3,0	32	3,2
Gefäßläsion			1	0,1	1	0,1
Nervenschaden			11	1,0	12	1,2
Fraktur			26	2,3	18	1,8
Sonstige			20	1,8	25	2,5
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl der Patienten davon			33	2,9	33	3,3
A1 (oberflächliche Infektion)			10 / 33	30,3	15 / 33	45,5
A2 (tiefe Infektion)			21 / 33	63,6	12 / 33	36,4
A3 (Räume/Organe)			2 / 33	6,1	6 / 33	18,2
Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich			65	5,7	72	7,2

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation			83	7,3	85	8,5
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			7	0,6	7	0,7
kardiovaskuläre Komplikation(en)			32	2,8	28	2,8
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			2	0,2	4	0,4
Lungenembolie			5	0,4	4	0,4
Sonstige			52	4,6	54	5,4

Entlassung I

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich¹ (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) wenn nein:			1.069	94,3	-	-
selbständiges Gehen präoperativ ¹			29	44,6	-	-
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich¹ (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) wenn nein:			1.057	93,2	-	-
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene präoperativ ¹			28	36,4	-	-

¹ Datenfelder 2006 noch nicht im Datensatz

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			558	49,2	522	52,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			24	2,1	28	2,8
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	2	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			10	0,9	18	1,8
07: Tod			14	1,2	11	1,1
08: Verlegung nach § 14			16	1,4	46	4,6
09: in Rehabilitationseinrichtung			485	42,8	358	35,7
10: in Pflegeeinrichtung			15	1,3	15	1,5
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			10	0,9	2	0,2
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	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	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 Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,1	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 2007

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert			37 / 1.134	3,3	55 / 1.003	5,5
5-821.11 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert und n.n.bez.			14 / 1.134	1,2	9 / 1.003	0,9
5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			15 / 1.134	1,3	20 / 1.003	2,0
5-821.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			5 / 1.134	0,4	13 / 1.003	1,3
5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			5 / 1.134	0,4	5 / 1.003	0,5
5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			48 / 1.134	4,2	21 / 1.003	2,1
5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese			3 / 1.134	0,3	2 / 1.003	0,2

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige			1 / 1.134	0,1	5 / 1.003	0,5
5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert			90 / 1.134	7,9	106 / 1.003	10,6
5-821.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau			53 / 1.134	4,7	44 / 1.003	4,4
5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez.			38 / 1.134	3,4	22 / 1.003	2,2
5-821.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert und n.n.bez., mit Pfannenbodenaufbau			32 / 1.134	2,8	32 / 1.003	3,2
5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes			110 / 1.134	9,7	108 / 1.003	10,8

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	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			49 / 1.134	4,3	62 / 1.003	6,2
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			5 / 1.134	0,4	7 / 1.003	0,7
5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			5 / 1.134	0,4	1 / 1.003	0,1
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			1 / 1.134	0,1	3 / 1.003	0,3
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			20 / 1.134	1,8	11 / 1.003	1,1
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige			8 / 1.134	0,7	29 / 1.003	2,9

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			47 / 1.134	4,1	65 / 1.003	6,5
5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			45 / 1.134	4,0	28 / 1.003	2,8
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			44 / 1.134	3,9	43 / 1.003	4,3
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			87 / 1.134	7,7	61 / 1.003	6,1
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige			1 / 1.134	0,1	9 / 1.003	0,9
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			72 / 1.134	6,3	97 / 1.003	9,7

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	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.			26 / 1.134	2,3	13 / 1.003	1,3
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			28 / 1.134	2,5	18 / 1.003	1,8
5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			52 / 1.134	4,6	43 / 1.003	4,3
5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige			6 / 1.134	0,5	16 / 1.003	1,6
5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert			13 / 1.134	1,1	19 / 1.003	1,9
5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			8 / 1.134	0,7	5 / 1.003	0,5

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			12 / 1.134	1,1	13 / 1.003	1,3
5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese			16 / 1.134	1,4	13 / 1.003	1,3
5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige			2 / 1.134	0,2	3 / 1.003	0,3
5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			4 / 1.134	0,4	6 / 1.003	0,6
5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert und n.n.bez.			2 / 1.134	0,2	3 / 1.003	0,3
5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			3 / 1.134	0,3	3 / 1.003	0,3

Anhang: OPS 2007 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007		Gesamt 2006	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			17 / 1.134	1,5	18 / 1.003	1,8
5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige			5 / 1.134	0,4	9 / 1.003	0,9

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 Referenzbereich

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 "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 2007 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2006 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 2007. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Landesauswertung 2006 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2007 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.

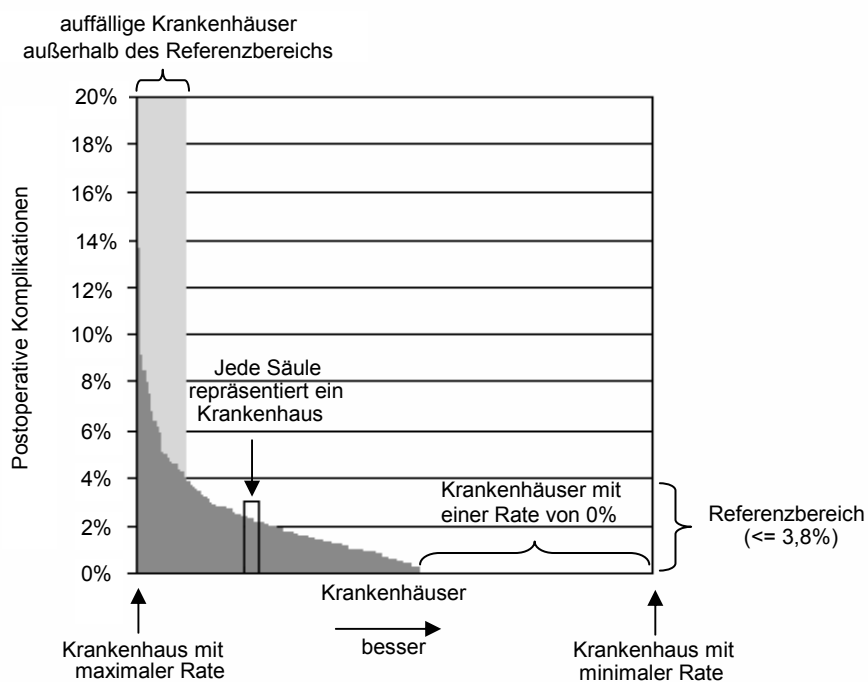
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

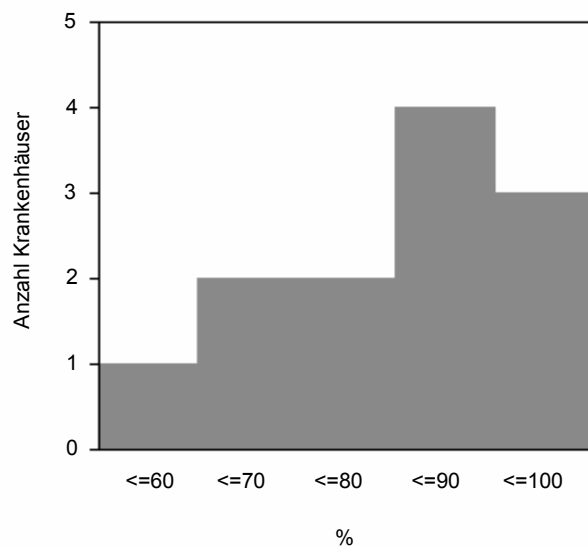
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

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 2007/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators "Intraoperatives Präparatröntgen" im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2007. 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.