

Jahresauswertung 2010
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.417
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10545-L70700-P33254

Jahresauswertung 2010
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.417
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10545-L70700-P33254

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n3-HUEFT-WECH/268 QI 1: Indikation			92,3%	>= 79,3%	1.1
2010/17n3-HUEFT-WECH/270 QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,4%	>= 95%	1.4
2010/17n3-HUEFT-WECH/10878 QI 3: Gefährigkeit bei Entlassung			1,7%	<= 5,3%	1.7
2010/17n3-HUEFT-WECH/2221 QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,9%	<= 2%	1.10
2010/17n3-HUEFT-WECH/463 QI 5: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur			3,2%	<= 2%	1.12
2010/17n3-HUEFT-WECH/465 QI 6: Endoprothesenluxation			1,3%	<= 10%	1.14
2010/17n3-HUEFT-WECH/466 QI 7: Postoperative Wundinfektion			4,1%	nicht definiert	1.16
2010/17n3-HUEFT-WECH/468 QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen			2,5%	<= 13%	1.22
2010/17n3-HUEFT-WECH/469 QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen			2,7%	<= 10,9%	1.25
2010/17n3-HUEFT-WECH/470 QI 10: Reoperationen wegen Komplikation			6,9%	<= 16%	1.28
2010/17n3-HUEFT-WECH/471 QI 11: Letalität			1,1%	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: 2010/17n3-HUEFT-WECH/268

Referenzbereich: >= 79,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

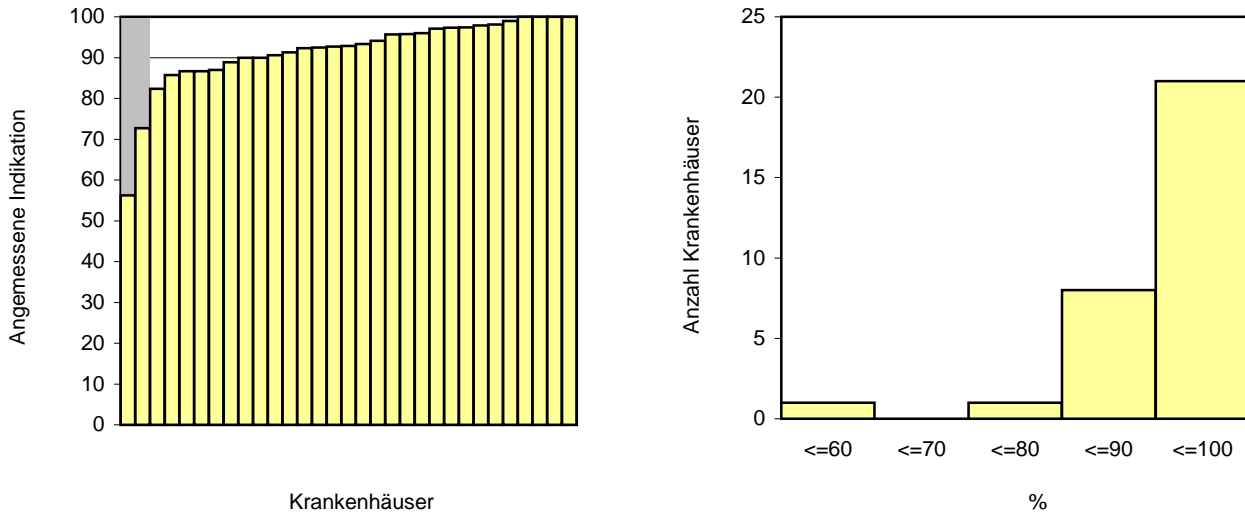
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			780 / 1.417	55,0%
Patienten mit Ruheschmerz			555 / 1.417	39,2%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			587 / 1.417	41,4%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			630 / 1.417	44,5%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			458 / 1.417	32,3%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			419 / 1.417	29,6%
Patienten mit Substanzverlust Femur			232 / 1.417	16,4%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			154 / 1.417	10,9%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			205 / 1.417	14,5%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			283 / 1.417	20,0%
Patienten mit Erregernachweis			133 / 1.417	9,4%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium			1.308 / 1.417	92,3%
Vertrauensbereich				90,8% - 93,6%
Referenzbereich		>= 79,3%		>= 79,3%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich			1.237 / 1.328	93,1% 91,7% - 94,4%

¹ Die Vorjahresergebnisse sind aufgrund einer geänderten Definition des Feldes „Implantatwanderung/-versagen“ eingeschränkt vergleichbar.

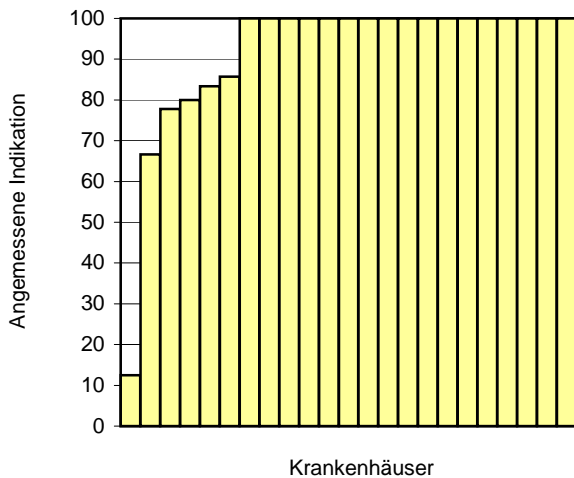
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/268]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder
 Entzündungskriterium an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	56,3	72,7	85,7	88,9	92,9	97,4	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,5	66,7	77,8	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/17n3-HUEFT-WECH/270	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2010		
	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			
Zweitgabe oder öfter			

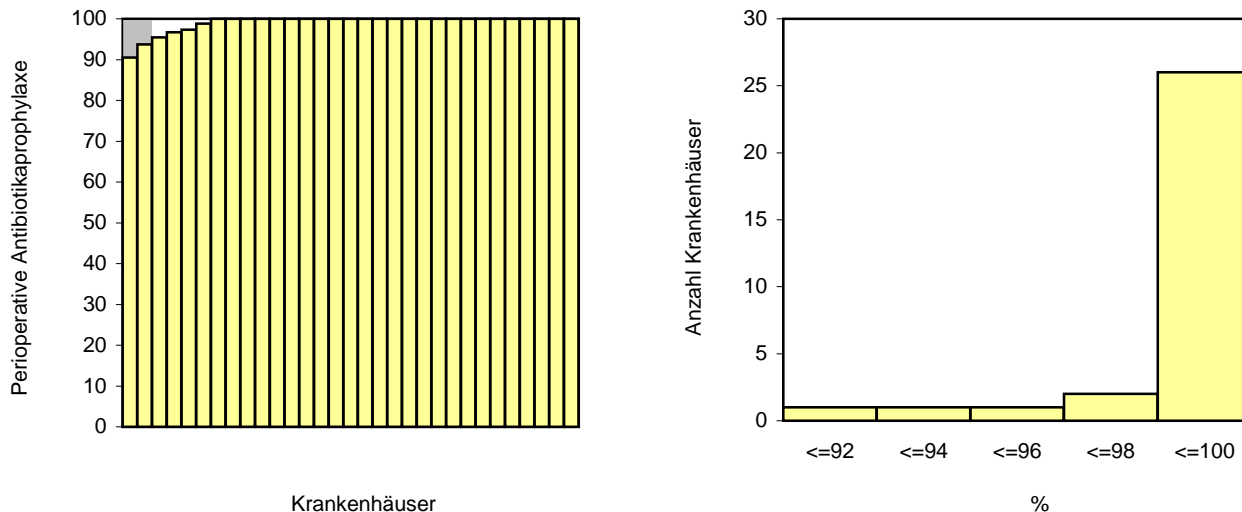
	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	1.409 / 1.417	897 / 903	512 / 514
Vertrauensbereich	99,4%	99,3%	99,6%
Referenzbereich	98,9% - 99,8% >= 95%		
davon			
single shot	711 / 1.409 50,5%	453 / 897 50,5%	258 / 512 50,4%
Zweitgabe oder öfter	698 / 1.409 49,5%	444 / 897 49,5%	254 / 512 49,6%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	1.324 / 1.328 99,7% 99,2% - 99,9%	755 / 757 99,7%	569 / 571 99,6%

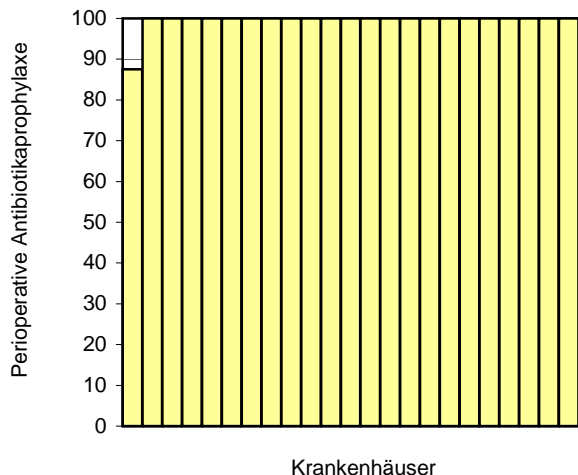
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/270]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,5	93,8	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 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: 2010/17n3-HUEFT-WECH/10878

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			1.309 / 1.354	96,7%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			23 / 1.354	1,7%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,5%
Referenzbereich		<= 5,3%		<= 5,3%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			7 / 984	0,7%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			2 / 150	1,3%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			2 / 83	2,4%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			12 / 137	8,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

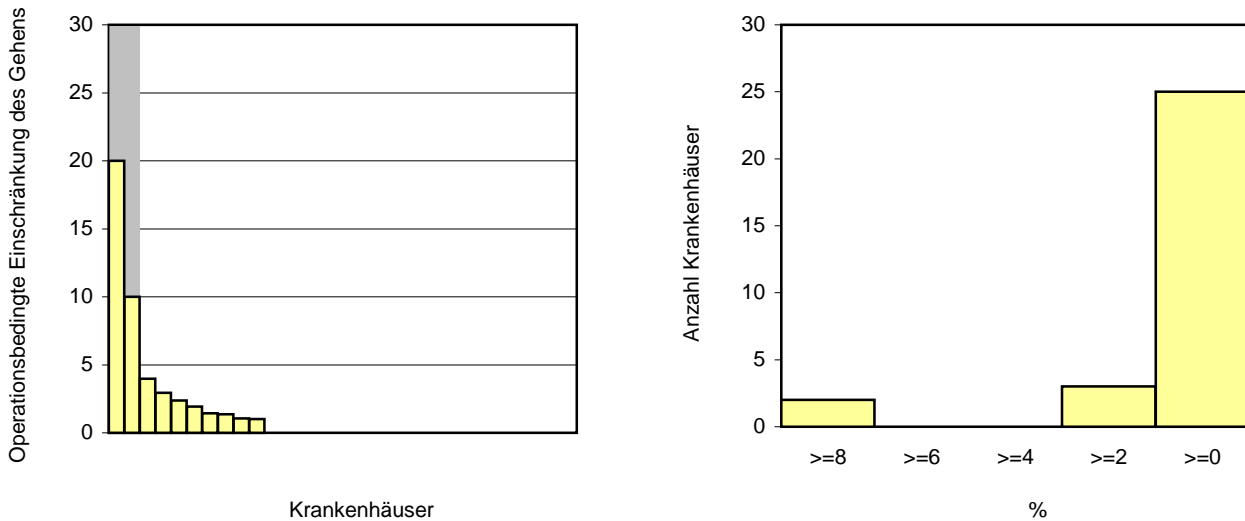
² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			20 / 1.278	1,6% 1,0% - 2,4%

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

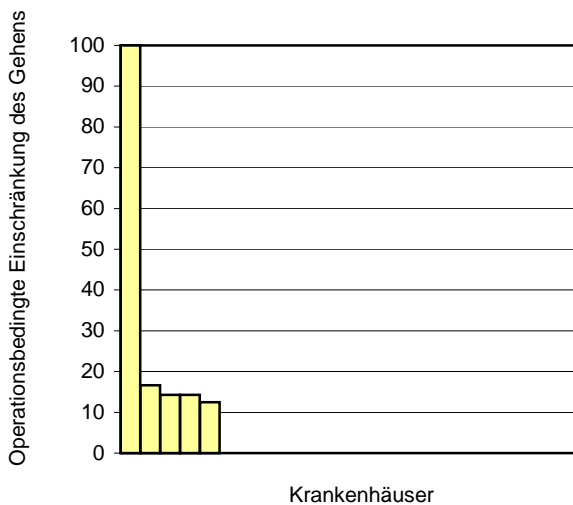
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/10878]:
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 30 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	3,5	10,0	20,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	16,7	100,0

1 Krankenhaus hat 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: 2010/17n3-HUEFT-WECH/2221

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			3 / 1.417	0,2%
Patienten mit Nervenschaden			10 / 1.417	0,7%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.417	0,9%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,6%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

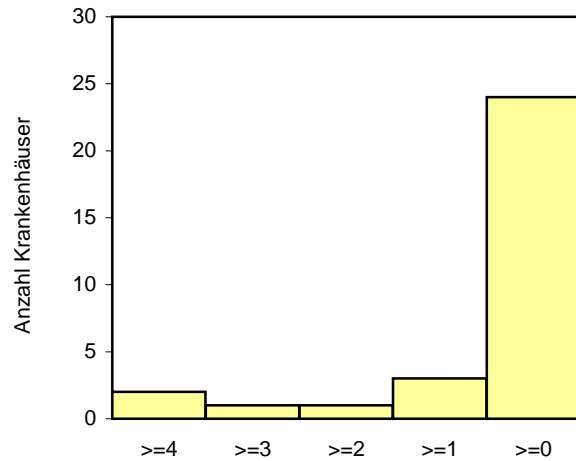
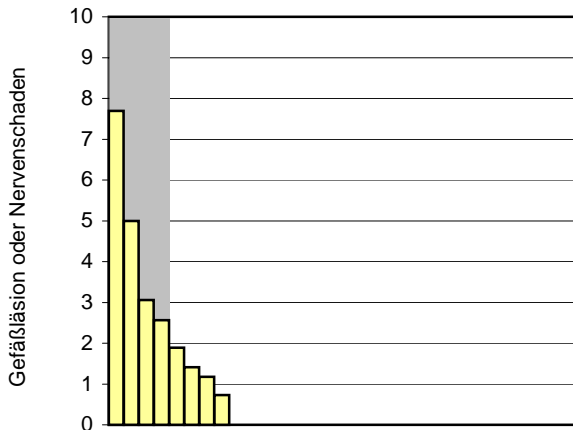
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			16 / 1.328	1,2%
Vertrauensbereich				0,7% - 2,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/2221]:

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:

31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



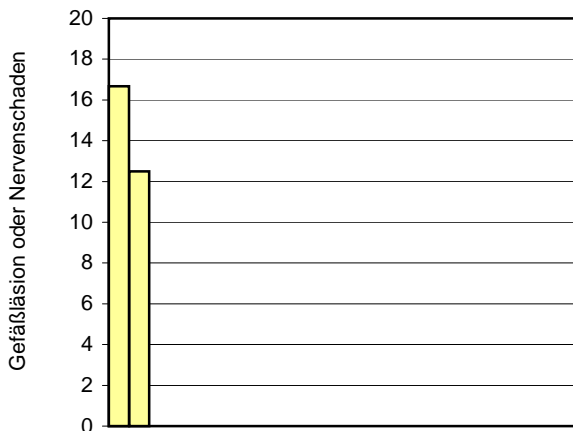
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,6	5,0	7,7

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	16,7

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: 2010/17n3-HUEFT-WECH/463

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			3 / 1.417	0,2%
Patienten mit Implantatdislokation			9 / 1.417	0,6%
Patienten mit Fraktur			36 / 1.417	2,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			46 / 1.417	3,2%
Vertrauensbereich				2,4% - 4,3%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

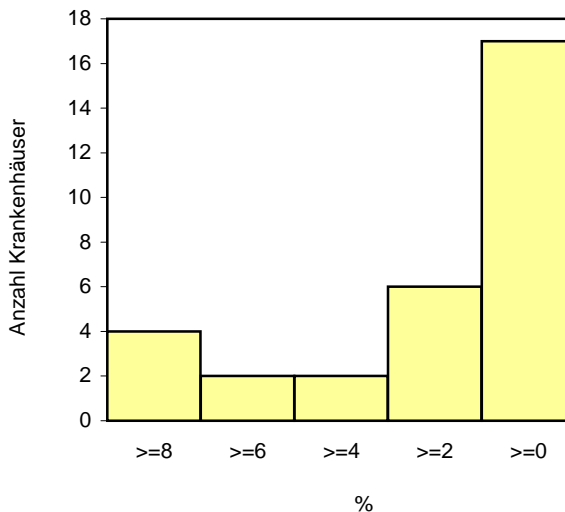
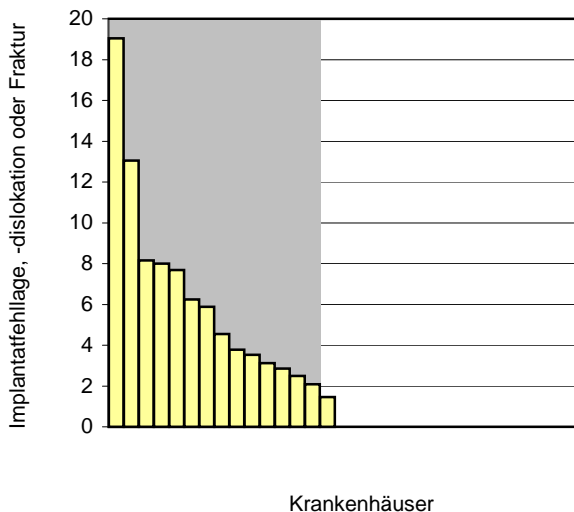
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			26 / 1.328	2,0%
Vertrauensbereich				1,3% - 2,9%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/463]:

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:

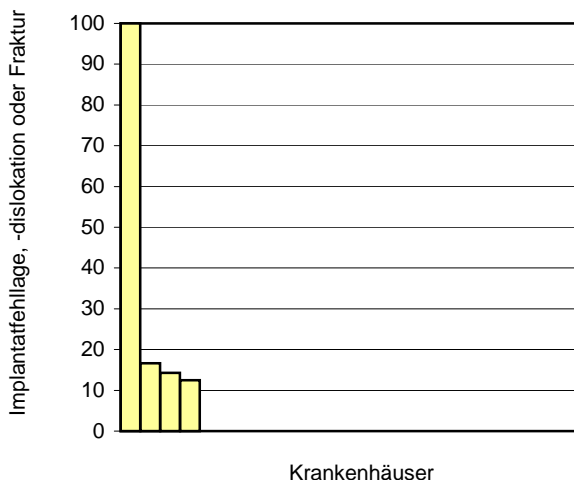
31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	8,0	13,0	19,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	16,7	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Endoprothesenluxation

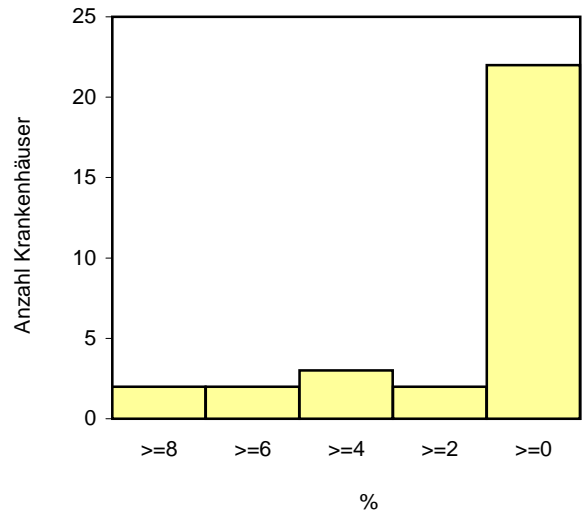
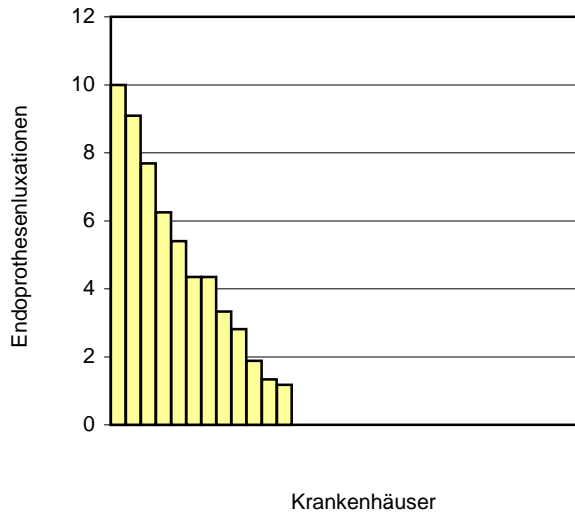
Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n3-HUEFT-WECH/465
Referenzbereich: <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			19 / 1.417	1,3%
Vertrauensbereich				0,8% - 2,1%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			19 / 1.328	1,4%
Vertrauensbereich				0,9% - 2,2%

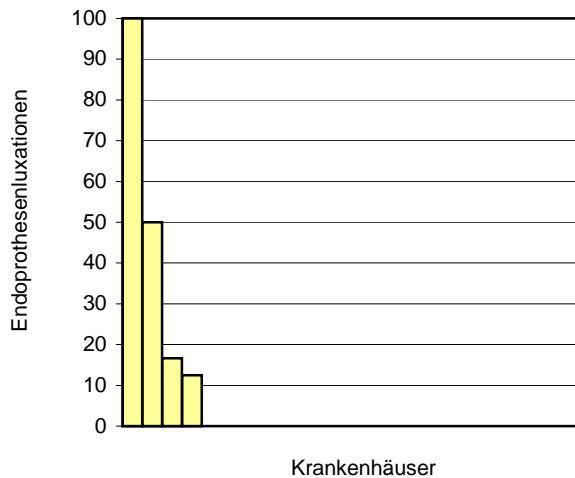
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/465]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	6,3	9,1	10,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

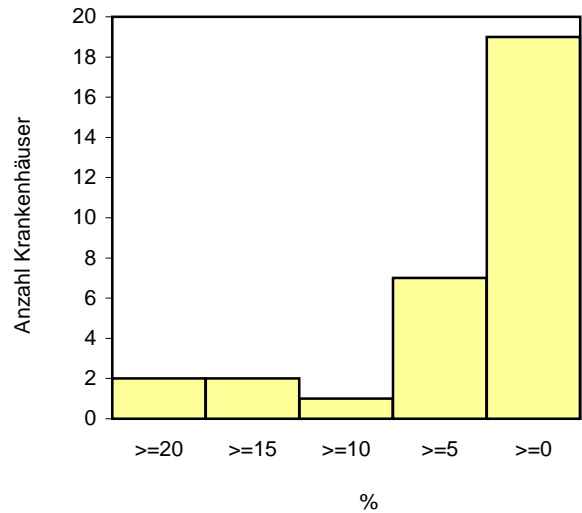
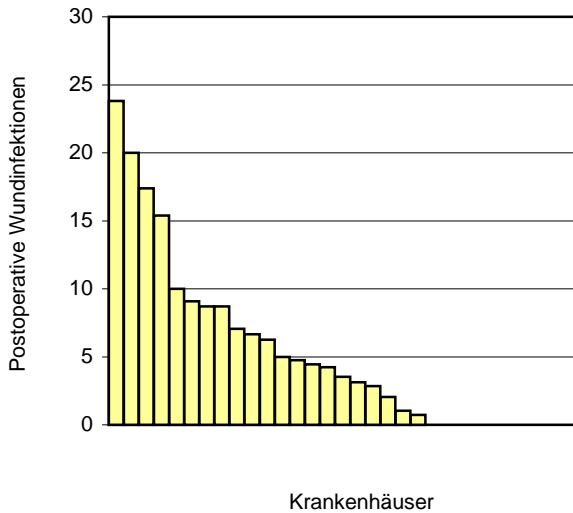
Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n3-HUEFT-WECH/466
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	58 / 1.417	4,1% 3,1% - 5,3% nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			13 / 1.417	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			45 / 1.417	3,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich			53 / 1.328	4,0% 3,0% - 5,2%

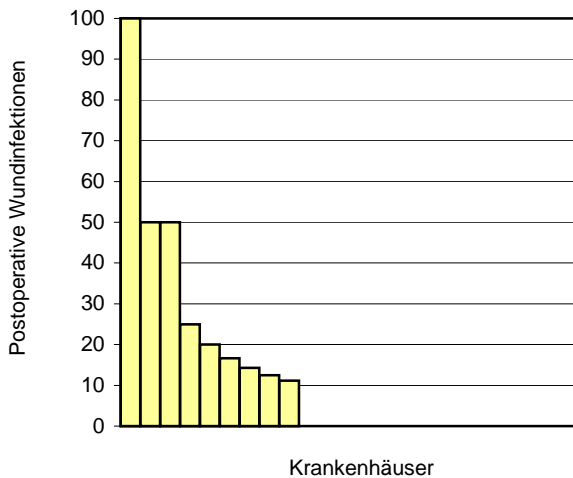
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/466]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	8,7	15,4	20,0	23,8

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	50,0	100,0

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: > 154 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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			550 / 1.417	38,8%
Risikoklasse 1			660 / 1.417	46,6%
Risikoklasse 2			203 / 1.417	14,3%
Risikoklasse 3			4 / 1.417	0,3%

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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			8 / 550	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 550	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			6 / 550	1,1%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			37 / 660	5,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			8 / 660	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			29 / 660	4,4%

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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			13 / 203	6,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 203	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			10 / 203	4,9%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3



Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3



	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 4	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 4	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			0 / 4	0,0%

¹ National Nosocomial Infections Surveillance 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 8: Wundhämatome/Nachblutungen

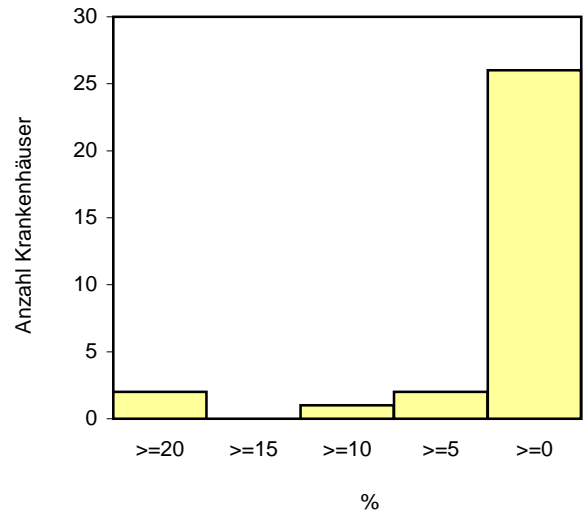
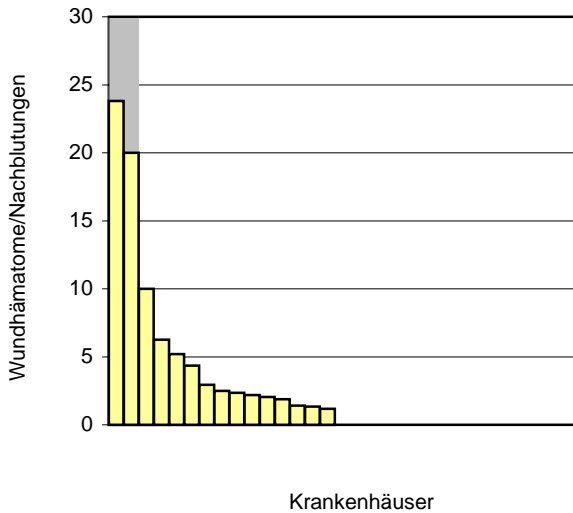
Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n3-HUEFT-WECH/468
Referenzbereich: <= 13% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			35 / 1.417	 2,5%
Vertrauensbereich				1,7% - 3,4%
Referenzbereich		<= 13%		<= 13%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung			34 / 1.328	 2,6%
Vertrauensbereich				1,8% - 3,6%

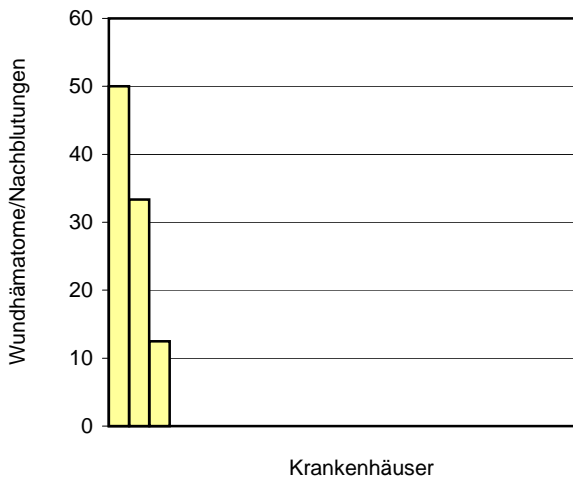
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/468]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	6,3	20,0	23,8

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	33,3	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 20 - 120 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min

Krankenhaus 2010				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
Gesamt 2010				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	22 / 903 2,4%	5 / 340 1,5%	7 / 136 5,1%	1 / 38 2,6%

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:	2010/17n3-HUEFT-WECH/469
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 10,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		
	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 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	9 / 1.417 0,6%	0 / 738 0,0%	9 / 679 1,3%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	26 / 1.417 1,8%	2 / 738 0,3%	24 / 679 3,5%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	4 / 1.417 0,3%	1 / 738 0,1%	3 / 679 0,4%
Patienten mit Lungenembolie	6 / 1.417 0,4%	3 / 738 0,4%	3 / 679 0,4%
Patienten mit sonstiger Komplikation	66 / 1.417 4,7%	10 / 738 1,4%	56 / 679 8,2%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	38 / 1.417 2,7% 1,9% - 3,7% <= 10,9%	5 / 738 0,7%	33 / 679 4,9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	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			

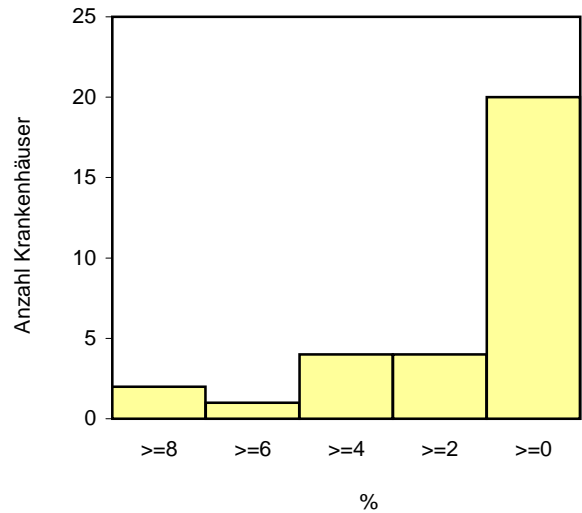
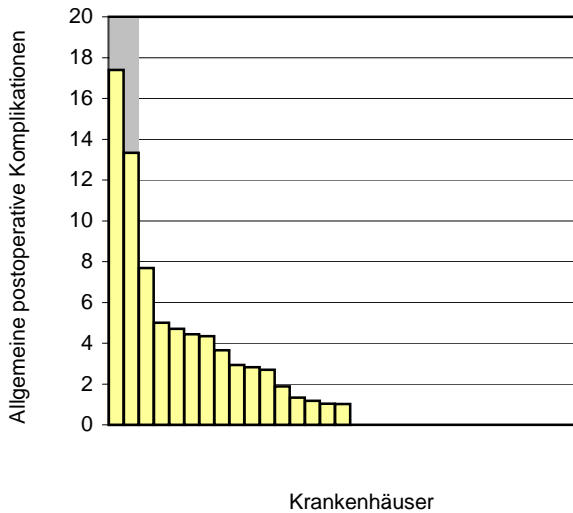
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	41 / 1.328 3,1% 2,2% - 4,2%	4 / 663 0,6%	36 / 664 5,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/469]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

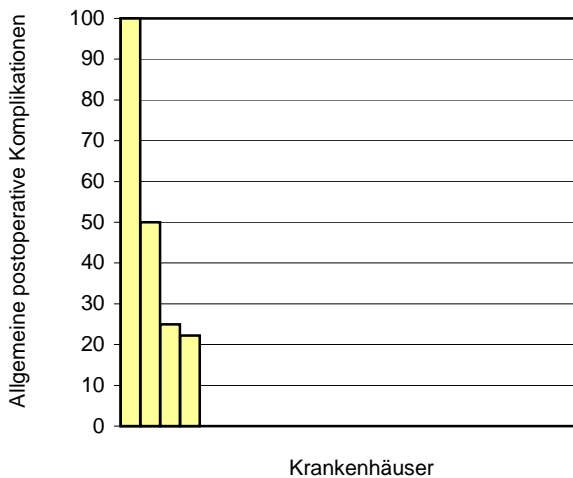
31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,6	5,0	13,3	17,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Reoperationen wegen Komplikation

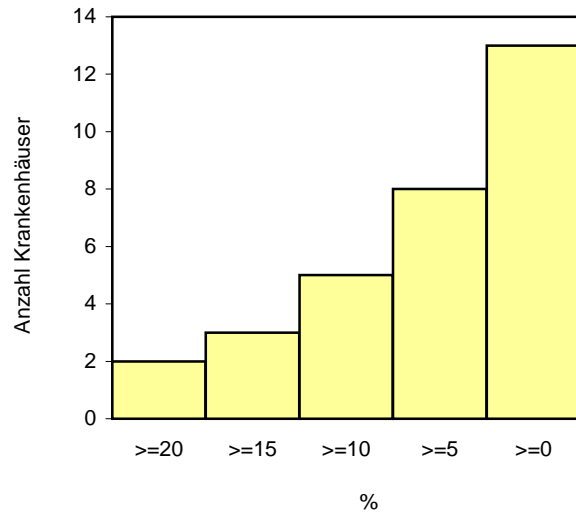
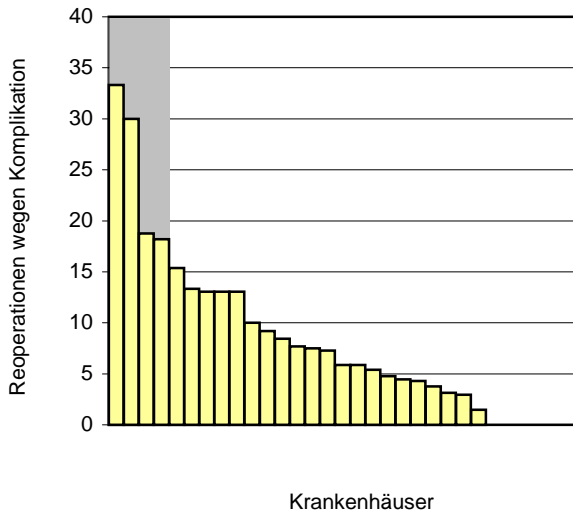
Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n3-HUEFT-WECH/470
Referenzbereich: <= 16% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			98 / 1.417	 6,9%
Vertrauensbereich				5,6% - 8,4%
Referenzbereich		<= 16%		<= 16%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			91 / 1.328	 6,9%
Vertrauensbereich				5,6% - 8,3%

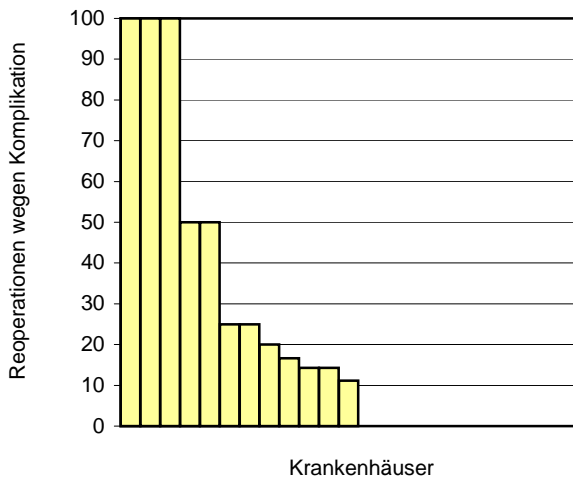
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/470]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	2,9	5,9	13,0	18,2	30,0	33,3

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	25,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Letalität

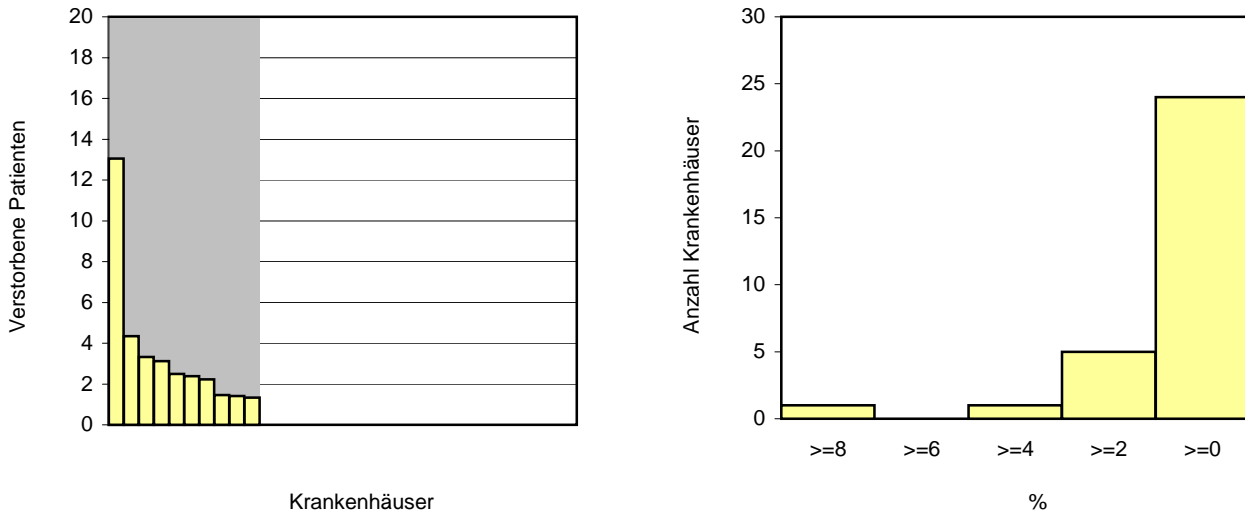
Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n3-HUEFT-WECH/471
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			15 / 1.417	1,1%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,7%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			12 / 1.328	0,9%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,6%

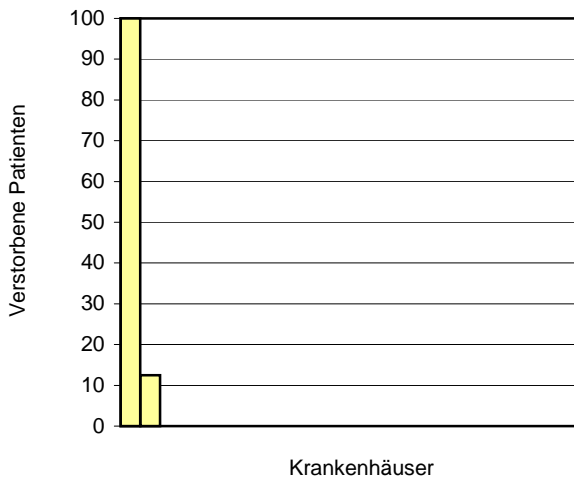
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/471]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 31 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,1	4,3	13,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 23 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	100,0

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 2010			
	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 2010			
	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 / 738 0,1%	12 / 659 1,8%	2 / 20 10,0%	0 / 0

Jahresauswertung 2010
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.417
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0
Datenbankstand: 28. Februar 2011
2010 - D10545-L70700-P33254

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			348	24,6	330	24,8
2. Quartal			387	27,3	352	26,5
3. Quartal			344	24,3	337	25,4
4. Quartal			338	23,9	309	23,3
Gesamt			1.417		1.328	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.417		1.328	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			4,5		4,2
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.417		1.328	
Median			13,0		13,0
Mittelwert			15,9		15,6
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.417		1.328	
Median			15,0		15,0
Mittelwert			20,3		19,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	1.100	77,6	T84.0	1.036	78,0
2				D62	467	33,0	D62	472	35,5
3				I10.00	430	30,3	Z96.6	438	33,0
4				Z96.6	414	29,2	I10.00	345	26,0
5				T84.5	198	14,0	I10.90	204	15,4
6				I10.90	197	13,9	T84.5	177	13,3
7				E11.90	156	11,0	E11.90	115	8,7
8				M16.1	77	5,4	I25.9	52	3,9

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 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 2010¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2010

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	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
5	5-821.18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes

OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

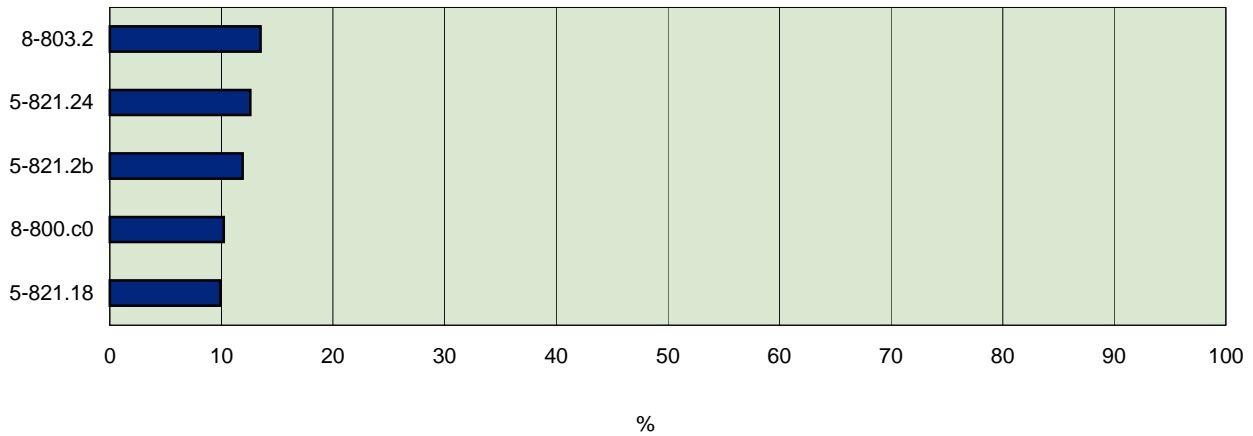
	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				8-803.2	191	13,5	8-803.2	219	16,5
2				5-821.24	179	12,6	5-821.2a	165	12,4
3				5-821.2b	168	11,9	5-821.18	135	10,2
4				8-800.c0	145	10,2	5-821.20	117	8,8
5				5-821.18	140	9,9	8-800.7f	111	8,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 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 2010 (Gesamt 2010)



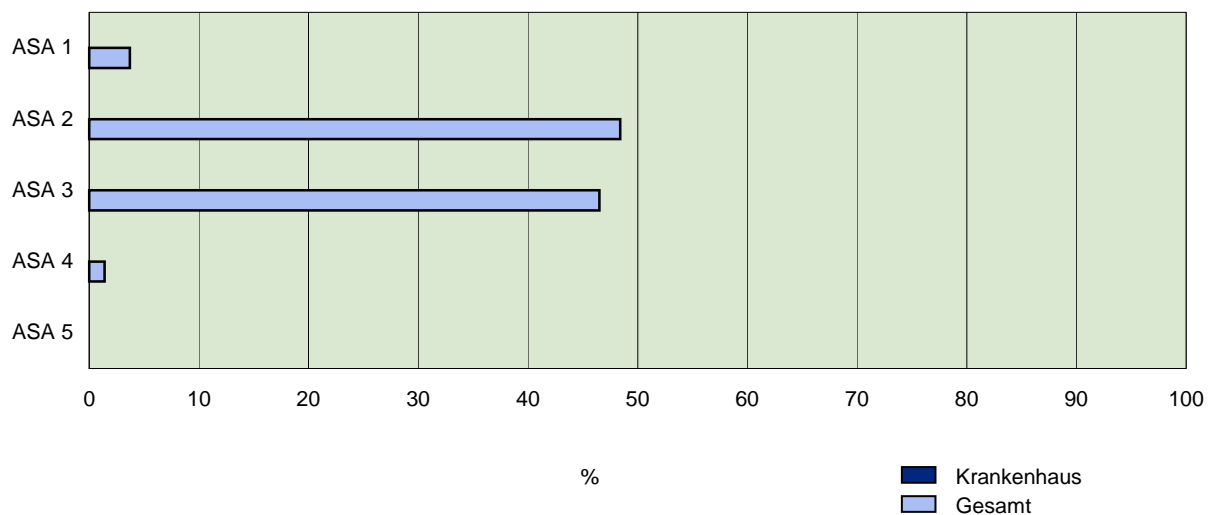
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			51 / 1.417	3,6	20 / 1.328	1,5
5-986 Minimalinvasive Technik			21 / 1.417	1,5	24 / 1.328	1,8
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.417 / 1.417		1.328 / 1.328	
< 50 Jahre			47 / 1.417	3,3	45 / 1.328	3,4
50 - 59 Jahre			150 / 1.417	10,6	124 / 1.328	9,3
60 - 69 Jahre			271 / 1.417	19,1	287 / 1.328	21,6
70 - 79 Jahre			619 / 1.417	43,7	589 / 1.328	44,4
80 - 89 Jahre			307 / 1.417	21,7	271 / 1.328	20,4
>= 90 Jahre			23 / 1.417	1,6	12 / 1.328	0,9
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.417		1.328	
Median				73,0		73,0
Mittelwert				71,8		71,7
Geschlecht						
männlich			519	36,6	469	35,3
weiblich			898	63,4	859	64,7
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			11	0,8	10	0,8
nicht dokumentiert			3	0,2	1	0,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			52	3,7	29	2,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			686	48,4	634	47,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			659	46,5	638	48,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	1,4	26	2,0
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,1

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			780	55,0	751	56,6
Belastungsschmerz			555	39,2	522	39,3
keine Schmerzen			82	5,8	55	4,1

Labor

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			283	20,0	254	19,1
Gelenkpunktion			635	44,8	591	44,5
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			579	40,9	462	34,8
durchgeführt, negativ			705	49,8	720	54,2
durchgeführt, positiv			133	9,4	146	11,0

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß¹			587	41,4	465	35,0
Lockerung Pfannen- Komponente			630	44,5	649	48,9
Lockerung Schaft- Komponente			458	32,3	442	33,3
Substanzverluste Pfanne			419	29,6	451	34,0
Substanzverluste Femur			232	16,4	227	17,1
periprothetische Fraktur			154	10,9	130	9,8
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation			205	14,5	192	14,5

¹ Die Vergleichbarkeit mit Ergebnissen 2009 ist aufgrund einer geänderten Felddefinition eingeschränkt.

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			1.232	86,9	1.193	89,8
bedingt aseptische Eingriffe			95	6,7	60	4,5
kontaminierte Eingriffe			30	2,1	28	2,1
septische Eingriffe			60	4,2	47	3,5

Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			1.417		1.328	
Median				105,0		111,0
Mittelwert				116,8		122,3
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			493	34,8	397	29,9
90 - 239 min			878	62,0	883	66,5
>= 240 min			46	3,2	48	3,6
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			1.409	99,4	1.324	99,7
davon						
single shot			711 / 1.409	50,5	674 / 1.324	50,9
Zweitgabe			116 / 1.409	8,2	103 / 1.324	7,8
öfter			582 / 1.409	41,3	547 / 1.324	41,3

Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			1.412	99,6	1.320	99,4
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			1.060	74,8	895	67,4
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			130	9,2	111	8,4
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			3	0,2	1	0,1
Implantatdislokation			9	0,6	5	0,4
Endoprothesenluxation			19	1,3	19	1,4
Wundhämatom/Nachblutung			35	2,5	34	2,6
Gefäßläsion			3	0,2	2	0,2
Nervenschaden			10	0,7	14	1,1
Fraktur			36	2,5	21	1,6
Sonstige			27	1,9	27	2,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			58	4,1	53	4,0
A1 (oberflächliche Infektion)			13 / 58	22,4	13 / 53	24,5
A2 (tiefe Infektion)			40 / 58	69,0	36 / 53	67,9
A3 (Räume/Organe)			5 / 58	8,6	4 / 53	7,5
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			98	6,9	91	6,9

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			94	6,6	106	8,0
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			9	0,6	6	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)			26	1,8	25	1,9
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			4	0,3	9	0,7
Lungenembolie			6	0,4	3	0,2
Sonstige			66	4,7	74	5,6

Entlassung I

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			1.340	95,6	1.261	95,8
Nein			62	4,4	55	4,2
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			28	45,2	27	49,1
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.328	94,7	1.254	95,3
Nein			74	5,3	62	4,7
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			27	36,5	20	32,3

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			723	51,0	704	53,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			26	1,8	56	4,2
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	2	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,2	2	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			33	2,3	25	1,9
07: Tod			15	1,1	12	0,9
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	3	0,2
09: in Rehabilitationseinrichtung			571	40,3	490	36,9
10: in Pflegeeinrichtung			40	2,8	28	2,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			4	0,3	6	0,5
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	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	

Entlassung III

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			249	17,6	219	16,5
Dienstag			256	18,1	291	21,9
Mittwoch			236	16,7	197	14,8
Donnerstag			228	16,1	204	15,4
Freitag			224	15,8	217	16,3
Samstag			114	8,0	128	9,6
Sonntag			110	7,8	72	5,4

Anhang: OPS 2010

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert			59 / 1.417	4,2	60 / 1.328	4,5
5-821.11 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.			16 / 1.417	1,1	7 / 1.328	0,5
5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			26 / 1.417	1,8	21 / 1.328	1,6
5-821.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			4 / 1.417	0,3	3 / 1.328	0,2
5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			4 / 1.417	0,3	7 / 1.328	0,5
5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			51 / 1.417	3,6	39 / 1.328	2,9
5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese			4 / 1.417	0,3	1 / 1.328	0,1

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.18 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes			140 / 1.417	9,9	135 / 1.328	10,2
5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige			3 / 1.417	0,2	4 / 1.328	0,3
5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert			81 / 1.417	5,7	117 / 1.328	8,8
5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.			54 / 1.417	3,8	37 / 1.328	2,8
5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes			179 / 1.417	12,6	108 / 1.328	8,1
5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes			134 / 1.417	9,5	92 / 1.328	6,9

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			8 / 1.417	0,6	10 / 1.328	0,8
5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			4 / 1.417	0,3	10 / 1.328	0,8
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			4 / 1.417	0,3	2 / 1.328	0,2
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			13 / 1.417	0,9	11 / 1.328	0,8
5-821.2a Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel			86 / 1.417	6,1	165 / 1.328	12,4
5-821.2b Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes			168 / 1.417	11,9	0 / 1.328	0,0
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige			5 / 1.417	0,4	8 / 1.328	0,6

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			25 / 1.417	1,8	37 / 1.328	2,8
5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			47 / 1.417	3,3	46 / 1.328	3,5
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			12 / 1.417	0,8	27 / 1.328	2,0
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			82 / 1.417	5,8	59 / 1.328	4,4
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige			4 / 1.417	0,3	4 / 1.328	0,3
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			89 / 1.417	6,3	97 / 1.328	7,3
5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			27 / 1.417	1,9	30 / 1.328	2,3

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			22 / 1.417	1,6	35 / 1.328	2,6
5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			80 / 1.417	5,6	77 / 1.328	5,8
5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige			2 / 1.417	0,1	5 / 1.328	0,4
5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert			10 / 1.417	0,7	13 / 1.328	1,0
5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			4 / 1.417	0,3	8 / 1.328	0,6
5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			16 / 1.417	1,1	13 / 1.328	1,0

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese			24 / 1.417	1,7	25 / 1.328	1,9
5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige			4 / 1.417	0,3	3 / 1.328	0,2
5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			9 / 1.417	0,6	9 / 1.328	0,7
5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			2 / 1.417	0,1	3 / 1.328	0,2
5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)			4 / 1.417	0,3	3 / 1.328	0,2
5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			20 / 1.417	1,4	28 / 1.328	2,1

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige			2 / 1.417	0,1	4 / 1.328	0,3
5-821.f0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert			4 / 1.417	0,3	4 / 1.328	0,3
5-821.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.			5 / 1.417	0,4	3 / 1.328	0,2
5-821.f2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			5 / 1.417	0,4	3 / 1.328	0,2
5-821.f3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.			8 / 1.417	0,6	8 / 1.328	0,6
5-821.f4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			3 / 1.417	0,2	6 / 1.328	0,5
5-821.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige			3 / 1.417	0,2	6 / 1.328	0,5

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.g0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.g1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.g2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, Hybrid (teilzementiert)			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.g3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert			8 / 1.417	0,6	0 / 1.328	0,0
5-821.g4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.g5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.gx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0

Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.j0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert			4 / 1.417	0,3	3 / 1.328	0,2
5-821.j1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.j2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0
5-821.jx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Sonstige			0 / 1.417	0,0	0 / 1.328	0,0

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 Bundesdatenpools 2010.

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 scheinbar 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 scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 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 des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2010 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

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.

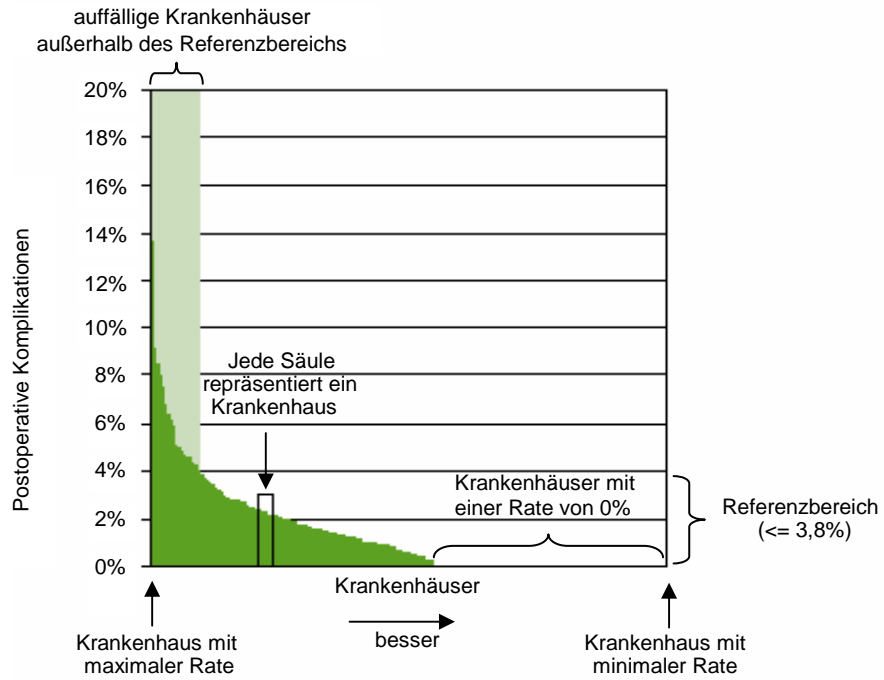
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

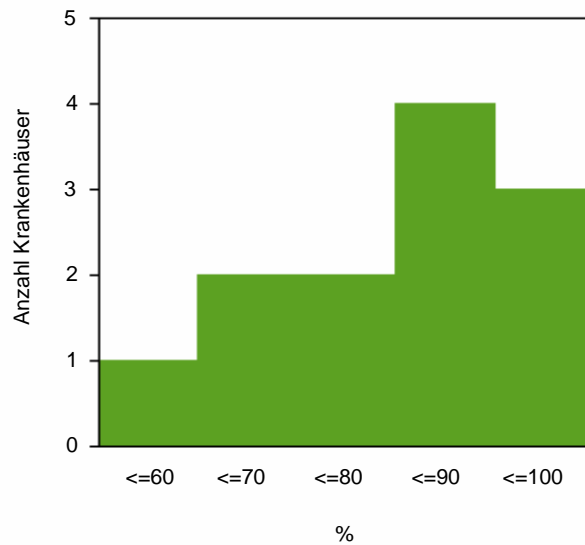
Beispiel:

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 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

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.