

Jahresauswertung 2012  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.579  
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12535-L81806-P38809

Jahresauswertung 2012  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.579  
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12535-L81806-P38809

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n3-HUEFT-WECH/268					
<b>QI 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien</b>			92,7%	>= 86,2%	1.1
2012/17n3-HUEFT-WECH/270					
<b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			99,1%	>= 95,0%	1.4
<b>QI 3: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung</b>					
3a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878 bei allen Patienten			1,0%	nicht definiert	1.7
3b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,67	<= 4,13	1.10
<b>QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden</b>					
4a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221 bei allen Patienten			0,8%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,21	<= 2,90	1.14
<b>QI 5: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur</b>					
5a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/463 bei allen Patienten			2,2%	nicht definiert	1.16
5b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,18	<= 1,04	1.18
<b>QI 6: Endoprothesenluxation</b>					
6a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/465 bei allen Patienten			1,9%	nicht definiert	1.20
6b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,06	<= 5,23	1.22

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 7: Postoperative Wundinfektion</b>					
7a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/466 bei allen Patienten			5,4%	nicht definiert	1.24
7b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,33	nicht definiert	1.26
<b>QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen</b>					
8a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/468 bei allen Patienten			3,4%	nicht definiert	1.32
8b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,10	<= 4,58	1.35
<b>QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>					
9a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/469 bei allen Patienten			3,6%	nicht definiert	1.37
9b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,18	<= 2,82	1.40
<b>QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen</b>					
10a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/470 bei allen Patienten			8,0%	nicht definiert	1.42
10b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,16	<= 2,52	1.44
<b>QI 11: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>					
11a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/471 bei allen Patienten			26,0 Fälle	Sentinel Event	1.46
11b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,10	nicht definiert	1.49

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

### Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/268

**Referenzbereich:** >= 86,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit Belastungsschmerz			908 / 1.579	57,5%
Patienten mit Ruheschmerz			553 / 1.579	35,0%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			611 / 1.579	38,7%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			592 / 1.579	37,5%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			463 / 1.579	29,3%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			421 / 1.579	26,7%
Patienten mit Substanzverlust Femur			259 / 1.579	16,4%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			181 / 1.579	11,5%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			248 / 1.579	15,7%
<b>Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel</b> (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b)			513 / 1.579	32,5%
<b>Entzündungszeichen</b>				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			370 / 1.579	23,4%
Patienten mit Erregernachweis			189 / 1.579	12,0%
Patienten mit einer Prothesen(sub)- luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerz- kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungs- kriterium			1.463 / 1.579	92,7%
Vertrauensbereich				91,3% - 93,8%
Referenzbereich		>= 86,2%		>= 86,2%

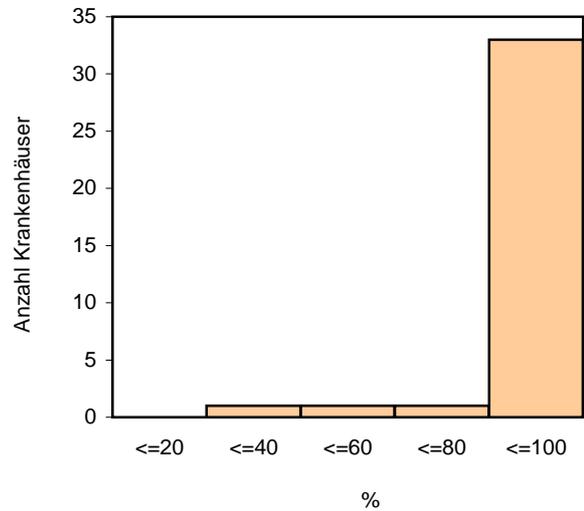
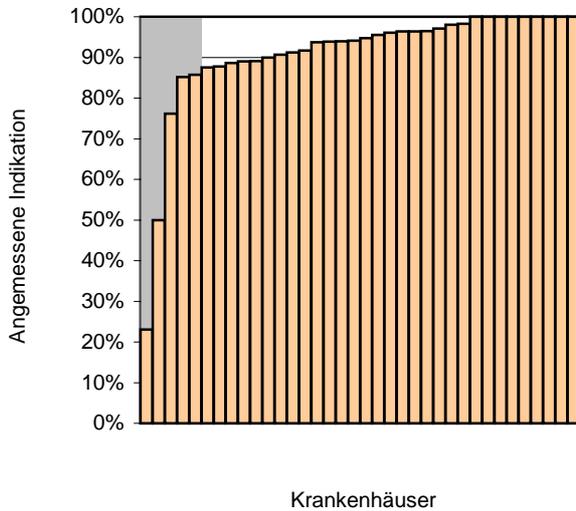
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Prothesen(sub)- luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerz- kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungs- kriterium Vertrauensbereich			1.418 / 1.547	91,7% 90,2% - 92,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/268]:**

**Anteil von Patienten mit einer Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

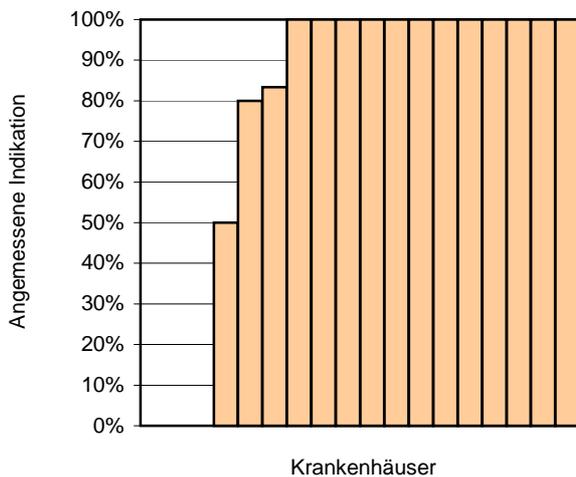
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,1	50,0	85,2	89,1	94,4	99,2	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

18 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	80,0	100,0	100,0	100,0		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

**Qualitätsziel:** Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patienten  
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min  
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2012/17n3-HUEFT-WECH/270

**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

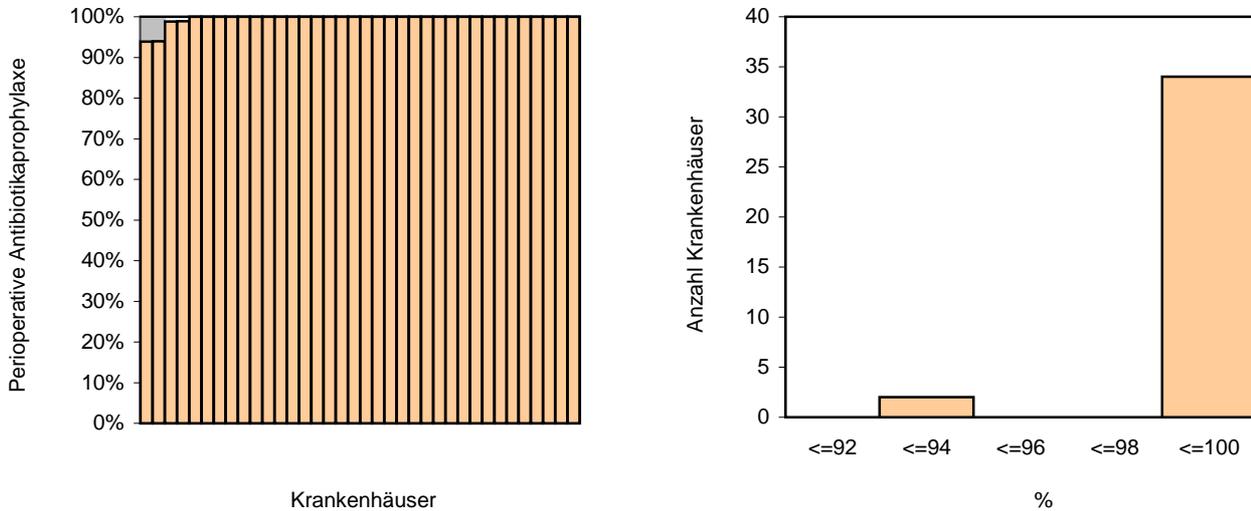
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	1.565 / 1.579	960 / 969	605 / 610
Vertrauensbereich	99,1%	99,1%	99,2%
Referenzbereich	98,5% - 99,5% >= 95,0%		
davon			
single shot	776 / 1.565 49,6%	502 / 960 52,3%	274 / 605 45,3%
Zweitgabe oder öfter	789 / 1.565 50,4%	458 / 960 47,7%	331 / 605 54,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	1.536 / 1.547 99,3% 98,7% - 99,6%	922 / 929 99,2%	614 / 618 99,4%

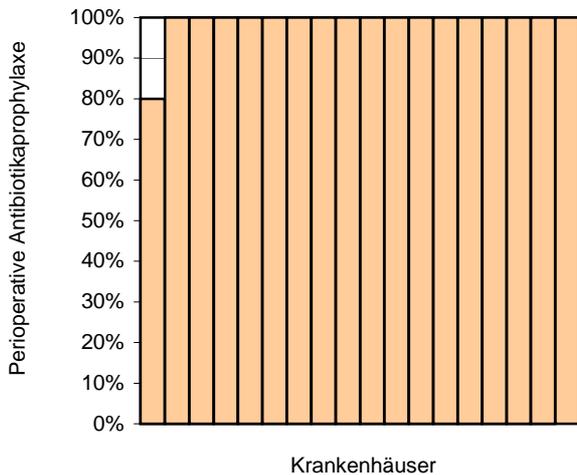
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/270]:  
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,9	93,9	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 3: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

**Qualitätsziel:** Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

#### Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

**Grundgesamtheit:** Patienten mit einem der Entlassungsgründe:  
 - 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 Tage<sup>1</sup>  
 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 Tage<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878

**Referenzbereich:** Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			1.439 / 1.479	97,3%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)			15 / 1.479	1,0%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			8 / 1.061	0,8%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			0 / 168	0,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			2 / 85	2,4%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			5 / 165	3,0%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

<sup>2</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung <sup>1</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			29 / 1.471	2,0% 1,4% - 2,8%

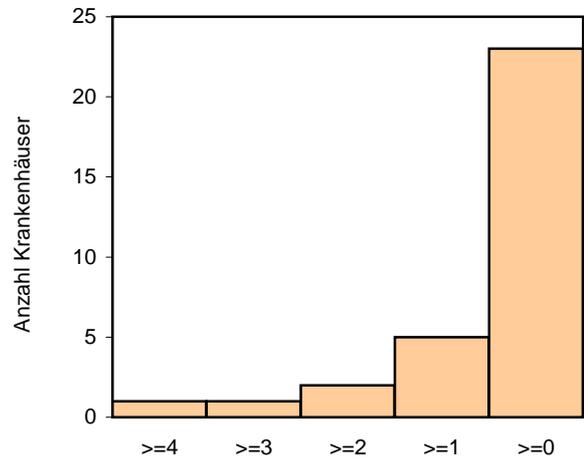
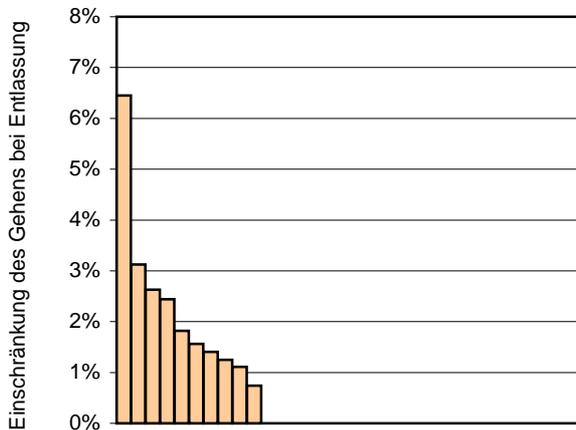
<sup>1</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878]:**

**Anteil von Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



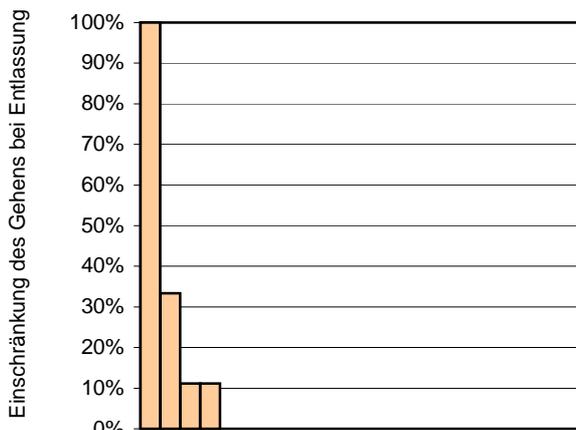
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	2,4	3,1	6,5

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

22 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	11,1	33,3	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung**

**Grundgesamtheit:** Patienten mit einem der Entlassungsgründe:  
 - Behandlung regulär beendet  
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954

**Referenzbereich:** <= 4,13 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		15 / 1.479 1,01%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		22,37 / 1.479 1,51%
O - E		-0,50%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 3b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		0,67
Vertrauensbereich		0,41 - 1,10
Referenzbereich	<= 4,13	<= 4,13

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

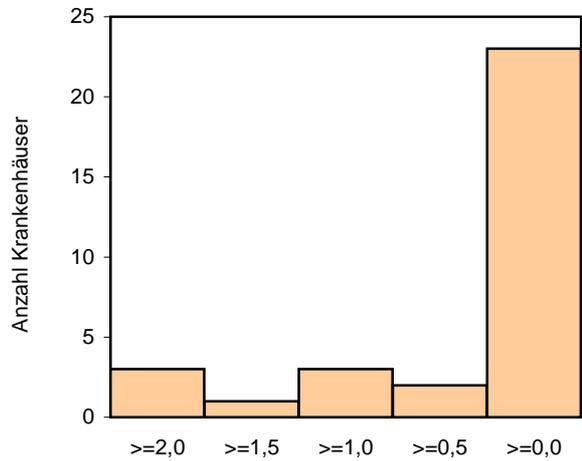
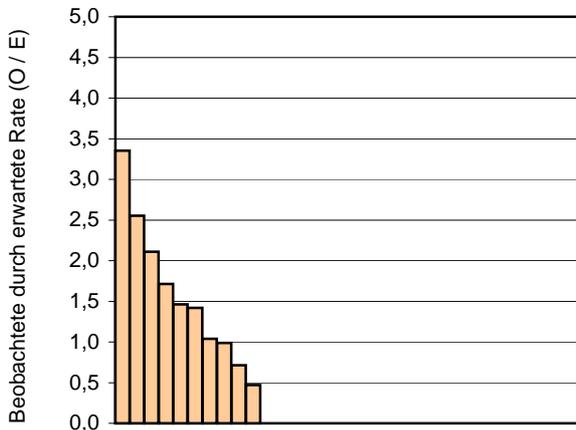
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		29 / 1.471 1,97%
vorhergesagt (E)		21,24 / 1.471 1,44%
O - E		0,53%
O / E		1,37
Vertrauensbereich		0,95 - 1,95

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung bei allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

32 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



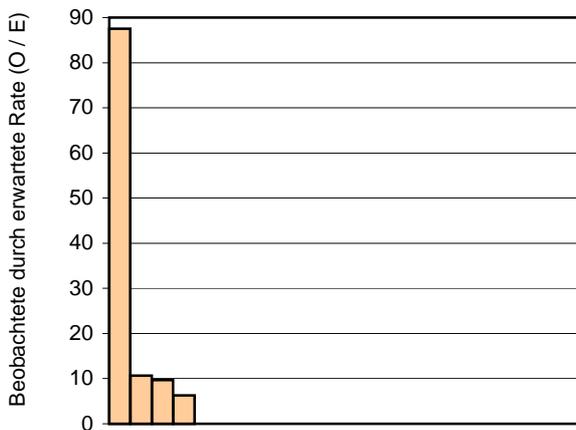
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,85	1,71	2,55	3,35

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

22 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,71	10,70	87,53

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 4: Gefäßläsion/Nervenschaden**

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

**Gefäßläsion/Nervenschaden**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221

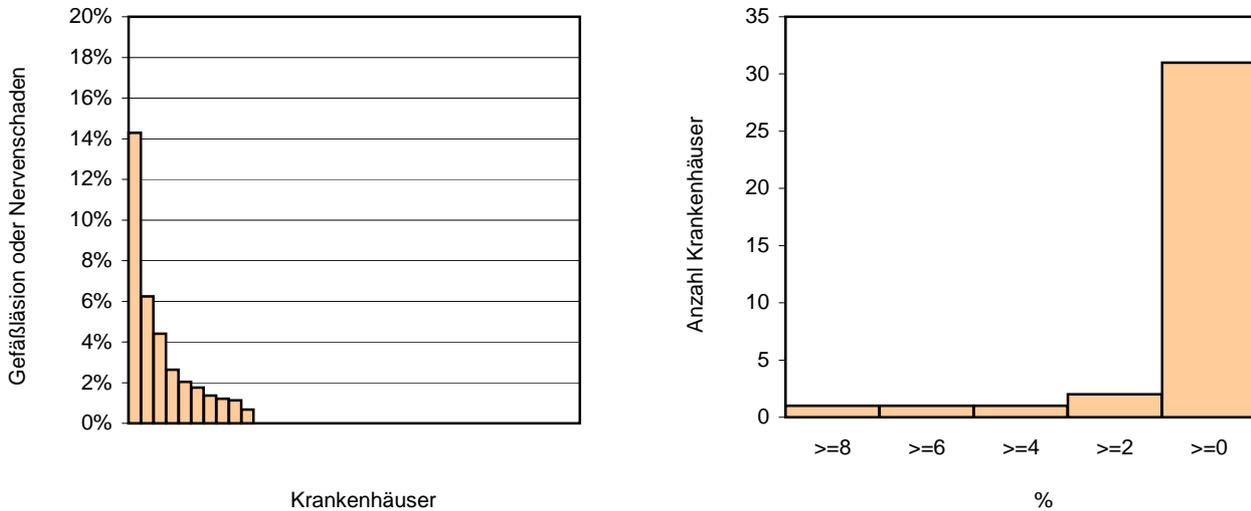
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			4 / 1.579	0,3%
Patienten mit Nervenschaden			9 / 1.579	0,6%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.579	0,8%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			13 / 1.547	0,8%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,4%

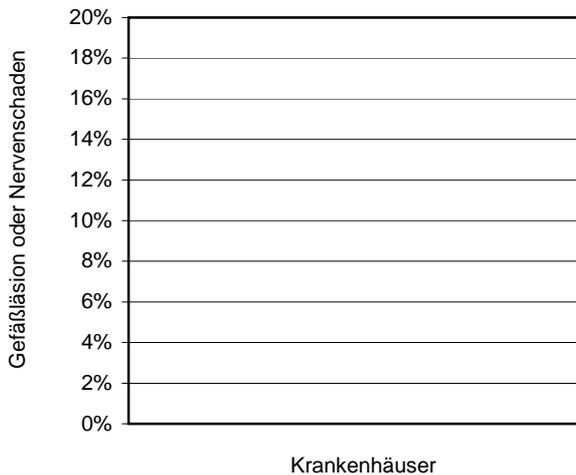
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221]:  
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische  
 Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 36 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	0,9	2,6	6,3	14,3

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 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	0,0	0,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959  
**Referenzbereich:** <= 2,90 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		13 / 1.579 0,82%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		10,77 / 1.579 0,68%
O - E		0,14%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFTWECH-Score 4b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,21
Vertrauensbereich		0,71 - 2,06
Referenzbereich	<= 2,90	<= 2,90

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 10% kleiner als erwartet.

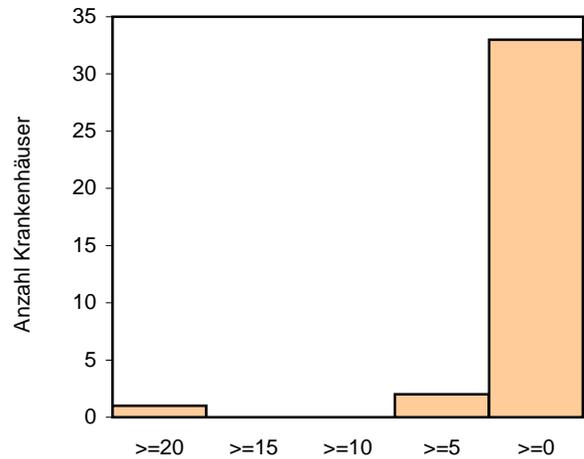
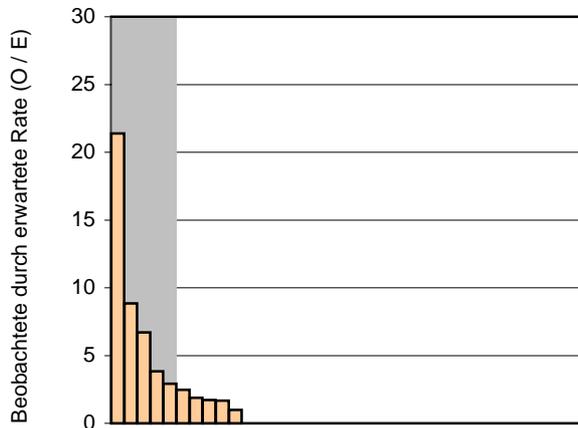
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		13 / 1.547 0,84%
vorhergesagt (E)		10,59 / 1.547 0,68%
O - E		0,16%
O / E		1,23
Vertrauensbereich		0,72 - 2,09

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



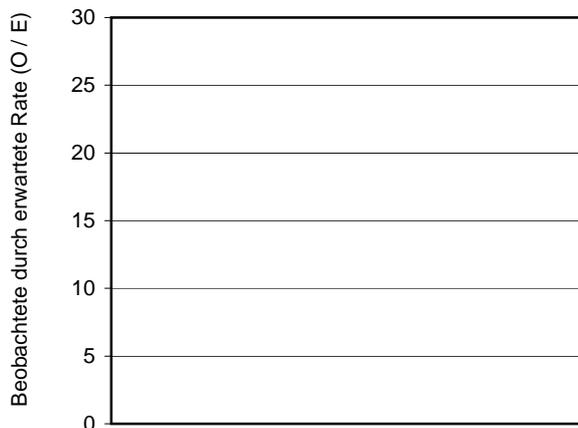
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,32	3,83	8,84	21,39

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

18 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

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

**Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/463

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			0 / 1.579	0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			6 / 1.579	0,4%
Patienten mit Fraktur			28 / 1.579	1,8%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			34 / 1.579	2,2%
Vertrauensbereich				1,5% - 3,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

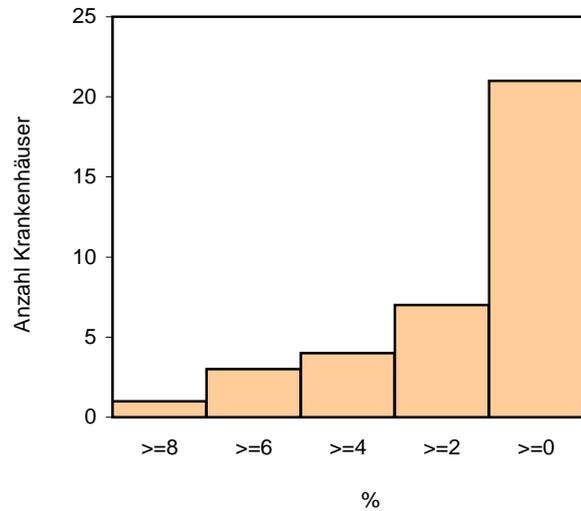
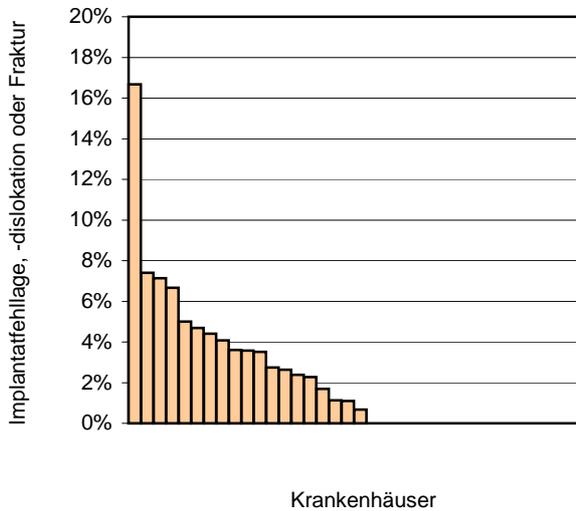
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			35 / 1.547	2,3%
Vertrauensbereich				1,6% - 3,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/463]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

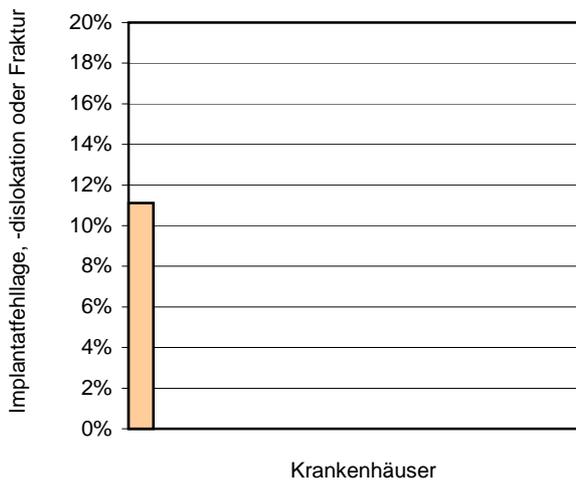
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	3,6	6,7	7,4	16,7

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

18 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		11,1

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964  
**Referenzbereich:** <= 1,04 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		34 / 1.579 2,15%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		28,72 / 1.579 1,82%
O - E		0,33%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 5b.

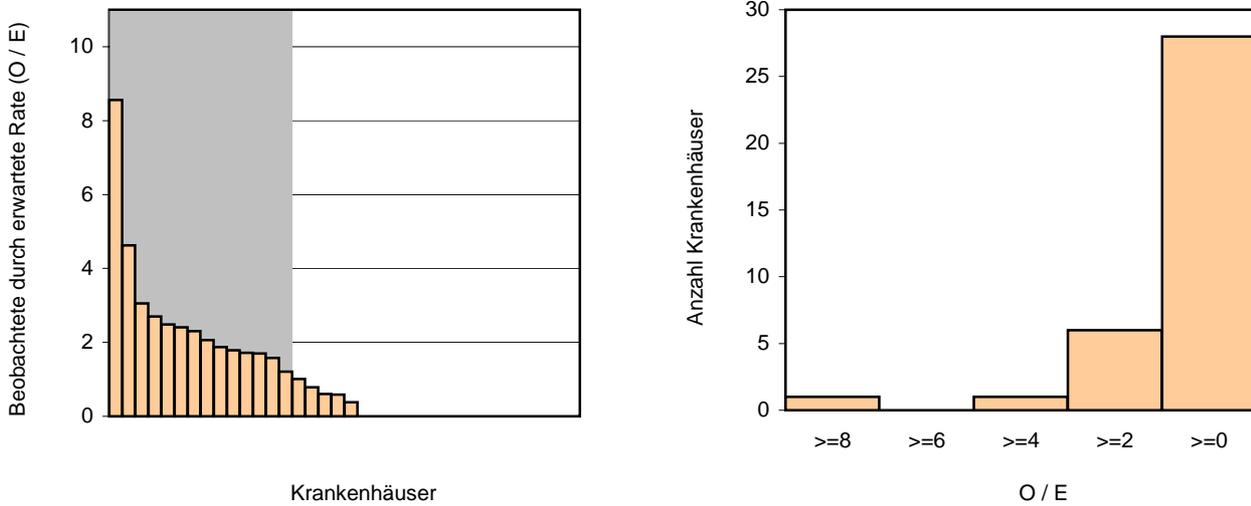
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,18
Vertrauensbereich		0,85 - 1,65
Referenzbereich	<= 1,04	<= 1,04

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		35 / 1.547 2,26%
vorhergesagt (E)		27,47 / 1.547 1,78%
O - E		0,49%
O / E		1,27
Vertrauensbereich		0,92 - 1,76

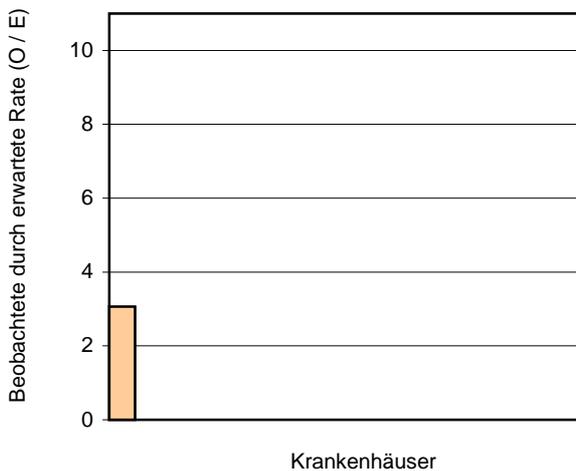
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-  
 lage, -dislokation oder Fraktur als  
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	1,83	2,70	4,63	8,56

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		3,07

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 6: Endoprothesenluxation**

**Qualitätsziel:** Selten Endoprothesenluxation

**Endoprothesenluxation**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/465

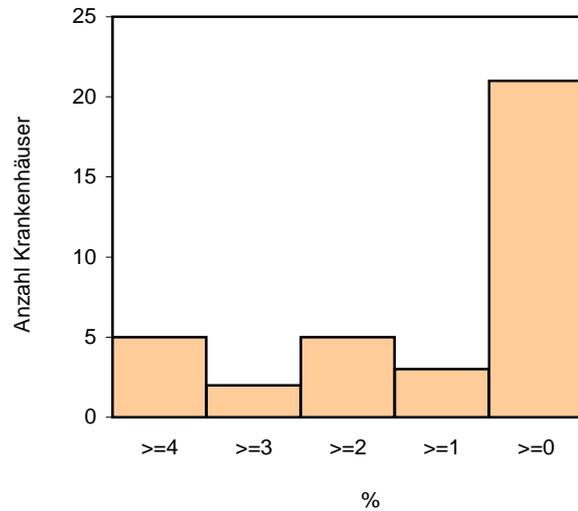
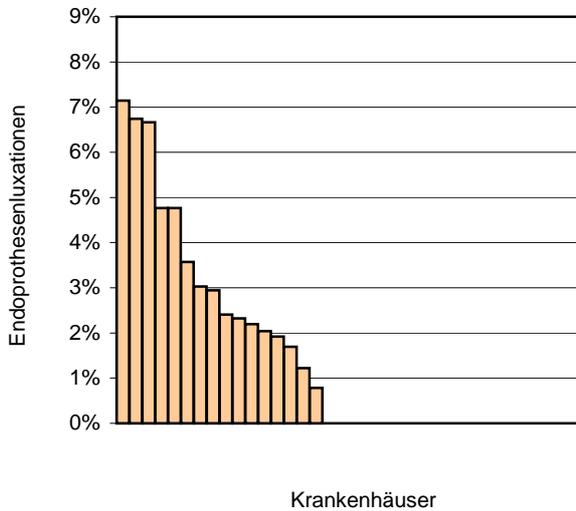
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			30 / 1.579	1,9%
Vertrauensbereich				1,3% - 2,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			34 / 1.547	2,2%
Vertrauensbereich				1,6% - 3,1%

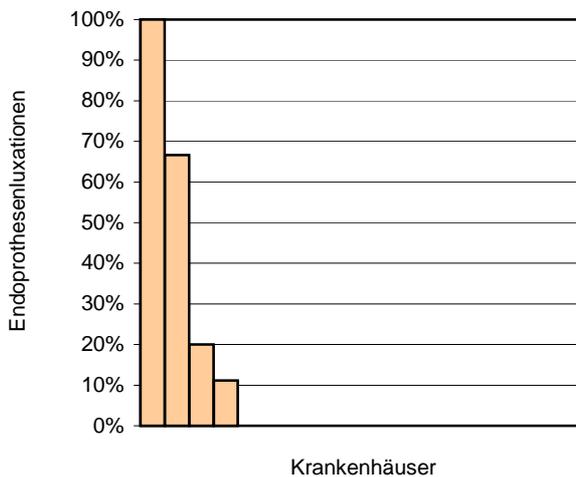
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/465]:  
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 36 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	2,4	4,8	6,7	7,1

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 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	66,7		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969  
**Referenzbereich:** <= 5,23 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		30 / 1.579 1,90%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		28,21 / 1.579 1,79%
O - E		0,11%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 6b.

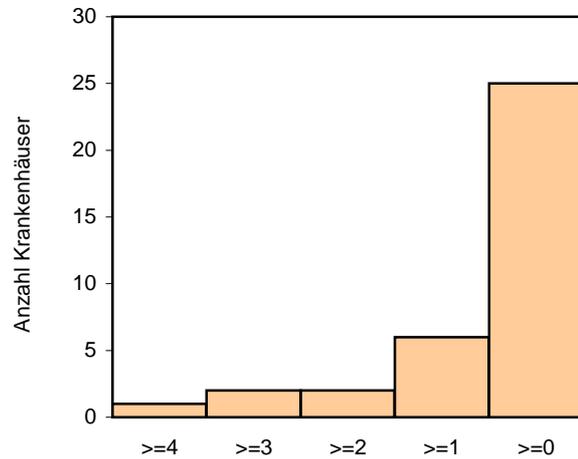
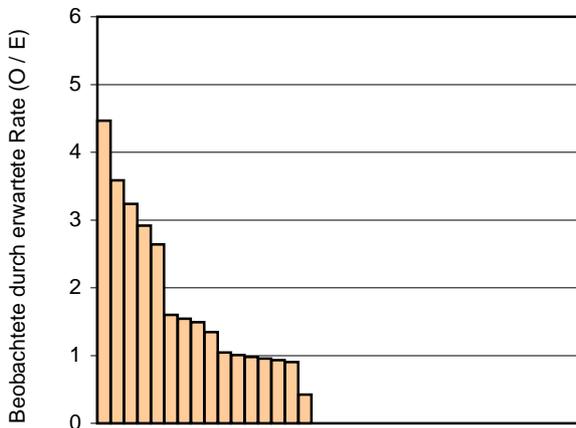
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,06
Vertrauensbereich		0,75 - 1,51
Referenzbereich	<= 5,23	<= 5,23

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		34 / 1.547 2,20%
vorhergesagt (E)		27,00 / 1.547 1,75%
O - E		0,45%
O / E		1,26
Vertrauensbereich		0,90 - 1,75

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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

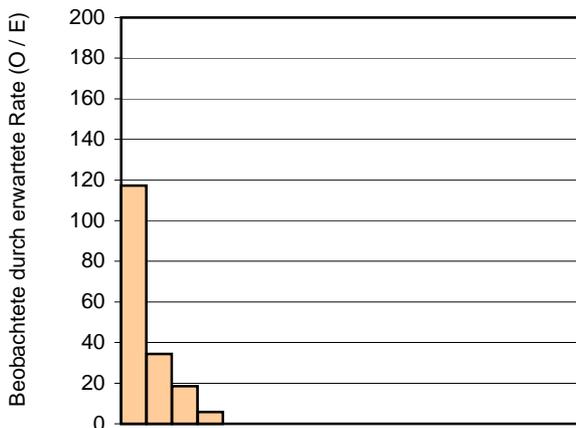


Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,20	2,92	3,58	4,46

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



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	34,42		117,27

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 7: Postoperative Wundinfektion**

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

**Postoperative Wundinfektion**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/466

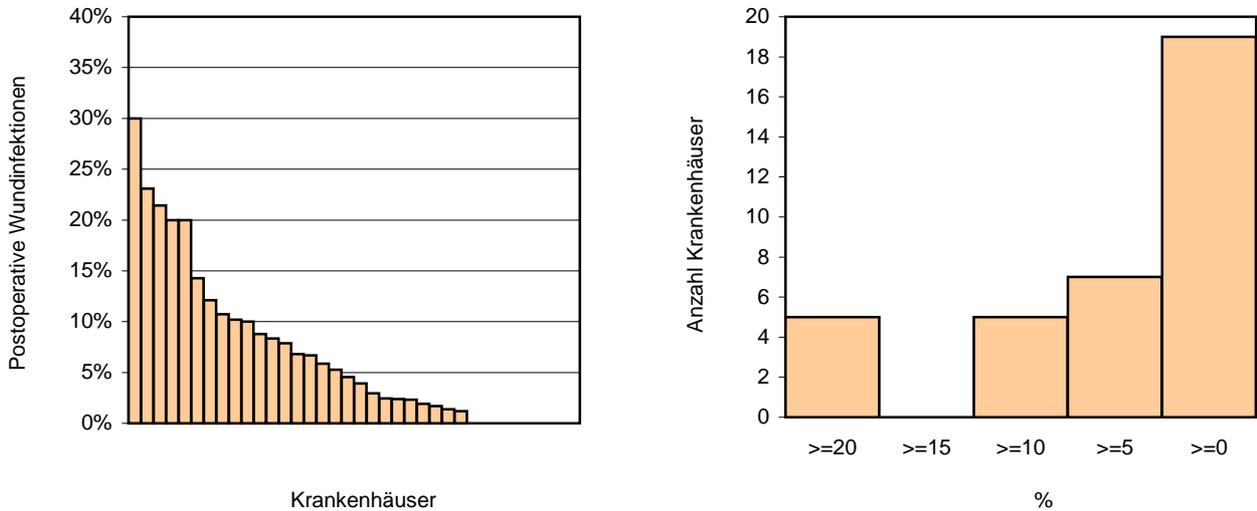
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			85 / 1.579	5,4%
Vertrauensbereich				4,4% - 6,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			14 / 1.579	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			71 / 1.579	4,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			87 / 1.547	5,6%
Vertrauensbereich				4,6% - 6,9%

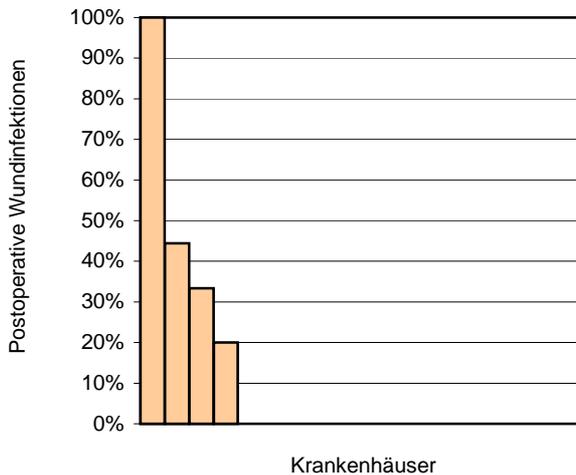
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/466]:  
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 36 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	0,6	4,2	10,1	20,0	23,1	30,0

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 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	44,4		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		85 / 1.579 5,38%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		63,86 / 1.579 4,04%
O - E		1,34%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 7b.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,33
Vertrauensbereich		1,08 - 1,63
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

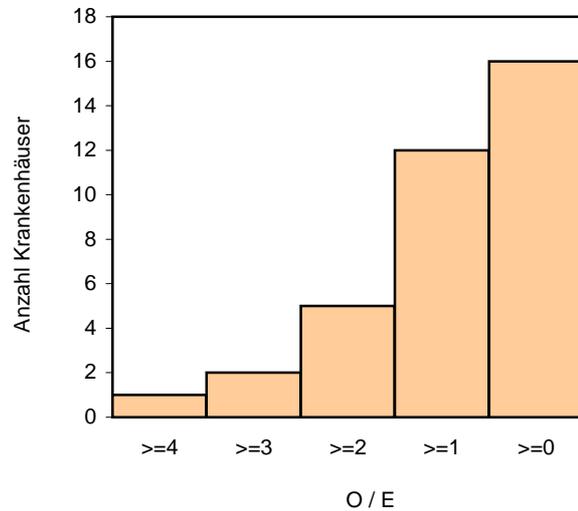
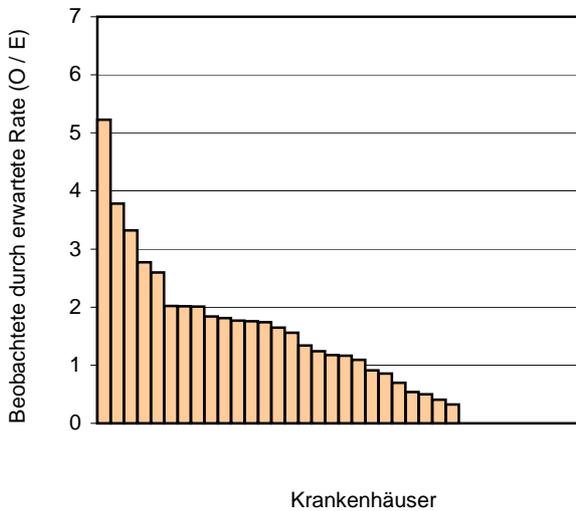
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		87 / 1.547 5,62%
vorhergesagt (E)		60,47 / 1.547 3,91%
O - E		1,72%
O / E		1,44
Vertrauensbereich		1,17 - 1,76

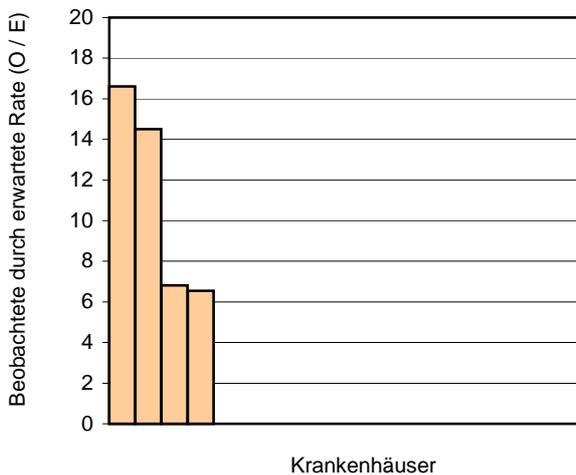
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,16	1,17	1,83	2,77	3,79	5,23

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	14,50		16,61

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 155 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

<sup>1</sup> 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 NNIS<sup>1</sup>

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			569 / 1.579	36,0%
Risikoklasse 1			701 / 1.579	44,4%
Risikoklasse 2			295 / 1.579	18,7%
Risikoklasse 3			14 / 1.579	0,9%

<sup>1</sup> 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 NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 0

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			13 / 569	2,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 569	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			10 / 569	1,8%

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 1

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			29 / 701	4,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 701	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			24 / 701	3,4%

<sup>1</sup> 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 NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 2

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			41 / 295	13,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 295	1,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			36 / 295	12,2%

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 3

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			2 / 14	14,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 14	7,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			1 / 14	7,1%

<sup>1</sup> 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)

**Qualitätsindikatorengruppe 8: Wundhämatome/Nachblutungen**

**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen

**Wundhämatome/Nachblutungen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/468

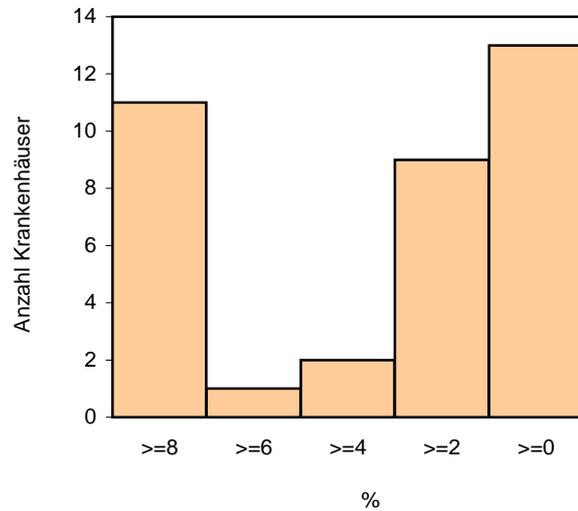
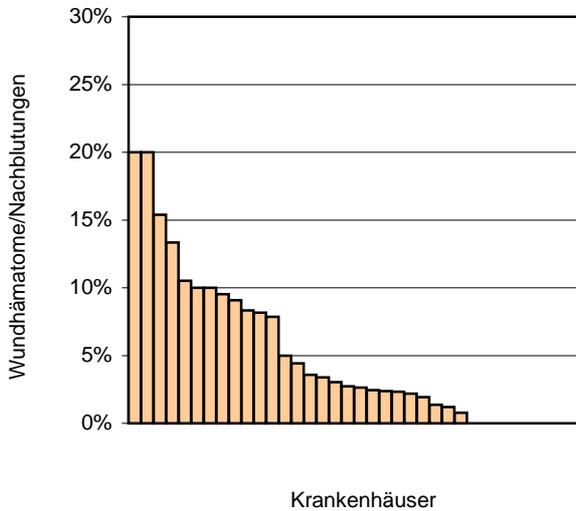
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich Referenzbereich		■ nicht definiert	54 / 1.579	■ 3,4% 2,6% - 4,4% nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich		■	43 / 1.547	■ 2,8% 2,1% - 3,7%

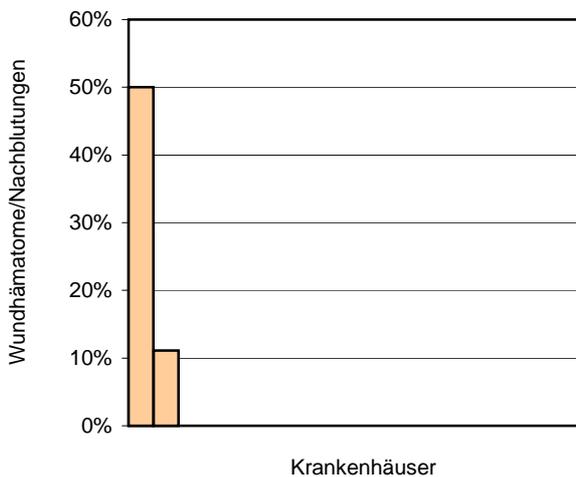
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/468]:  
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 36 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	0,4	2,7	8,7	13,3	20,0	20,0

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 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	11,1		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 2012				
	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 2012				
	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	31 / 969 3,2%	14 / 411 3,4%	4 / 138 2,9%	5 / 61 8,2%

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979  
**Referenzbereich:** <= 4,58 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		54 / 1.579 3,42%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		49,14 / 1.579 3,11%
O - E		0,31%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 8b.

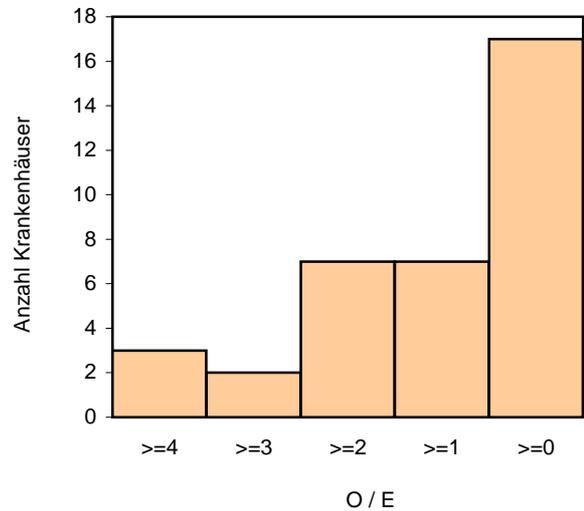
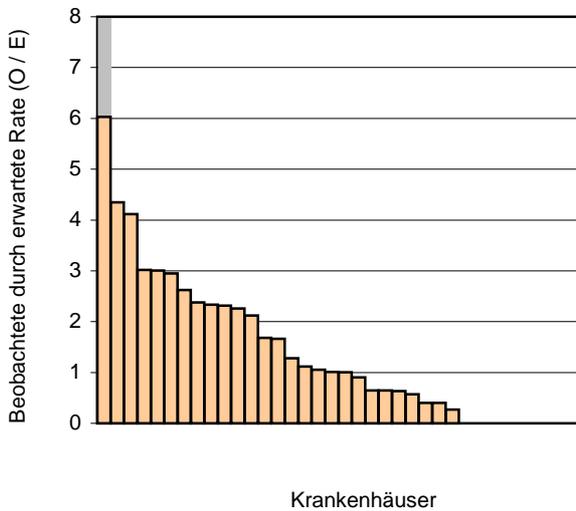
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,10
Vertrauensbereich		0,85 - 1,43
Referenzbereich	<= 4,58	<= 4,58

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		43 / 1.547 2,78%
vorhergesagt (E)		46,16 / 1.547 2,98%
O - E		-0,20%
O / E		0,93
Vertrauensbereich		0,69 - 1,25

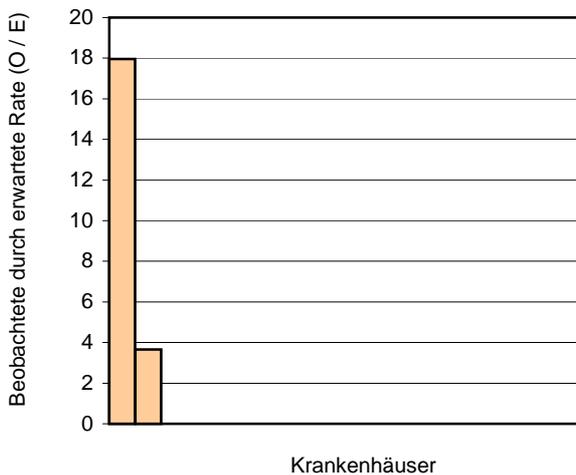
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,14	1,01	2,32	3,02	4,35	6,03

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	3,66		17,96

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 9: Allgemeine postoperative Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten allgemeine postoperative Komplikationen

**Allgemeine postoperative Komplikationen**

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

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2012/17n3-HUEFT-WECH/469

**Referenzbereich:** Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		
	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			nicht definiert

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	16 / 1.579 1,0%	0 / 719 0,0%	15 / 859 1,7%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	41 / 1.579 2,6%	6 / 719 0,8%	34 / 859 4,0%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	8 / 1.579 0,5%	4 / 719 0,6%	4 / 859 0,5%
Patienten mit Lungenembolie	4 / 1.579 0,3%	1 / 719 0,1%	2 / 859 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	84 / 1.579 5,3%	18 / 719 2,5%	66 / 859 7,7%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	57 / 1.579 3,6% 2,8% - 4,6%	10 / 719 1,4%	46 / 859 5,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	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			

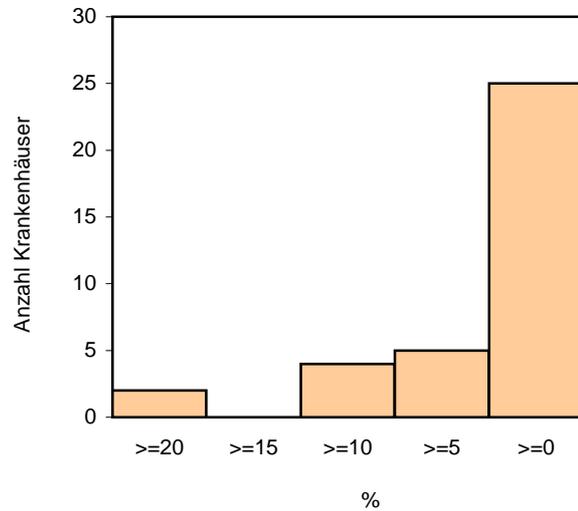
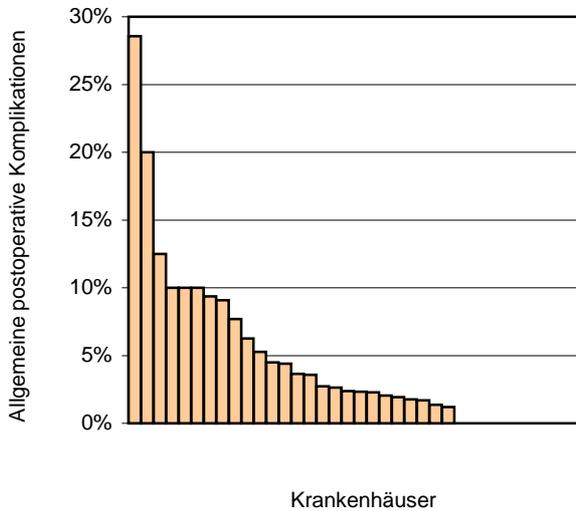
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	57 / 1.547 3,7% 2,9% - 4,7%	11 / 761 1,4%	46 / 786 5,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/469]:**

**Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

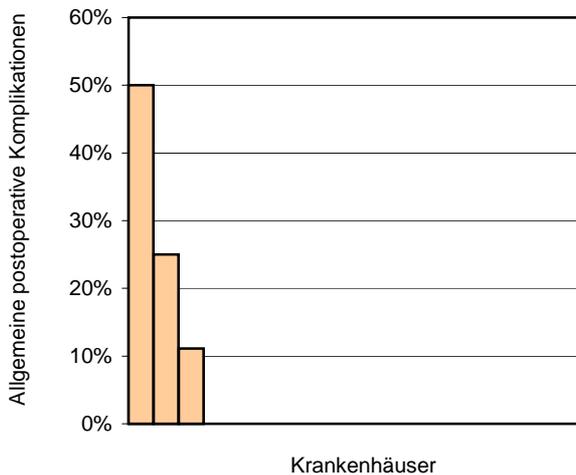
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	7,0	10,0	20,0	28,6

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

18 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	25,0		50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984  
**Referenzbereich:** <= 2,82 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		57 / 1.579 3,61%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		48,28 / 1.579 3,06%
O - E		0,55%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 9b.

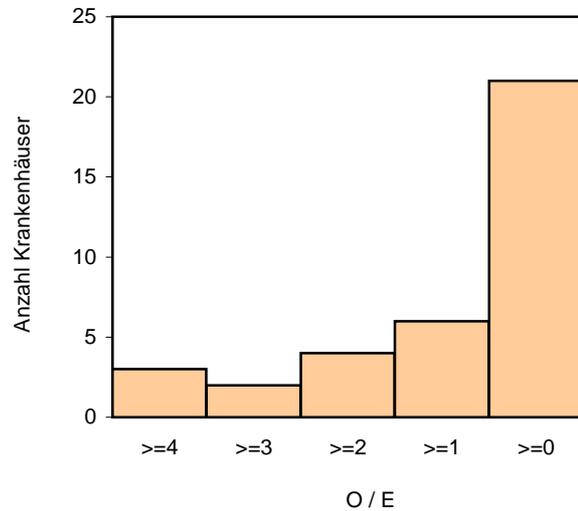
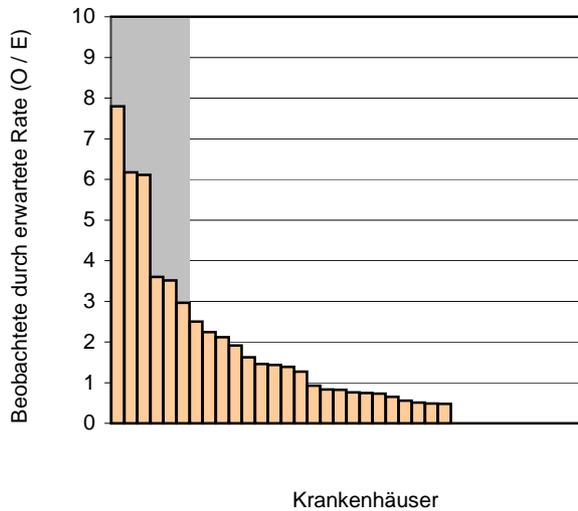
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,18
Vertrauensbereich		0,91 - 1,52
Referenzbereich	<= 2,82	<= 2,82

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		57 / 1.547 3,68%
vorhergesagt (E)		42,89 / 1.547 2,77%
O - E		0,91%
O / E		1,33
Vertrauensbereich		1,03 - 1,71

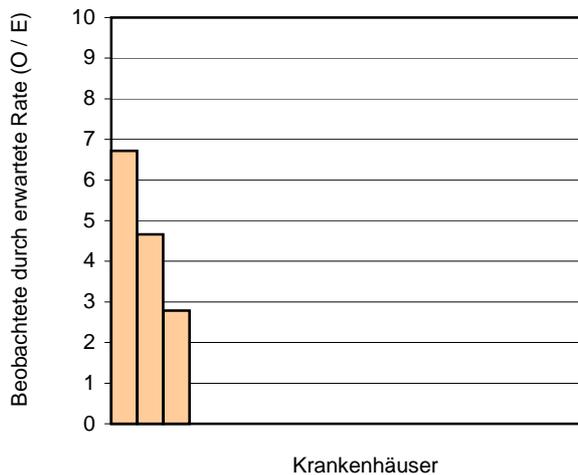
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	2,02	3,60	6,17	7,79

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	4,66		6,72

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

#### Reoperation aufgrund von Komplikationen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/470

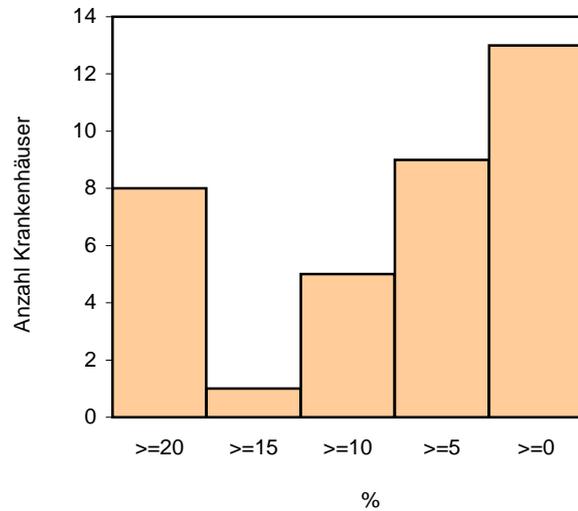
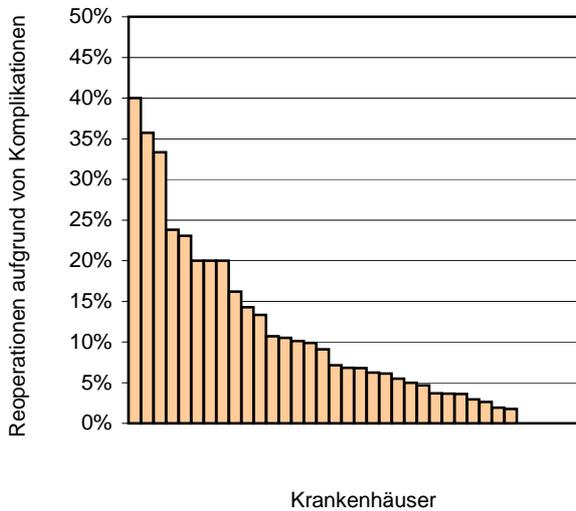
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	127 / 1.579	8,0% 6,8% - 9,5% nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich			133 / 1.547	8,6% 7,3% - 10,1%

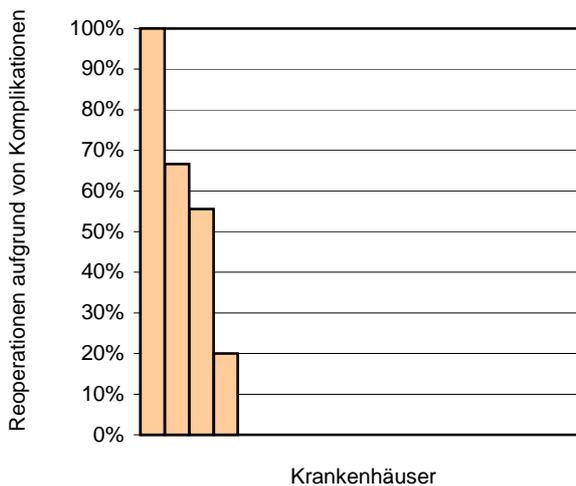
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/470]:  
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 36 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	3,3	6,8	15,2	23,8	35,7	40,0

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 18 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	66,7		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989  
**Referenzbereich:** <= 2,52 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		127 / 1.579 8,04%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		109,41 / 1.579 6,93%
O - E		1,11%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 10b.

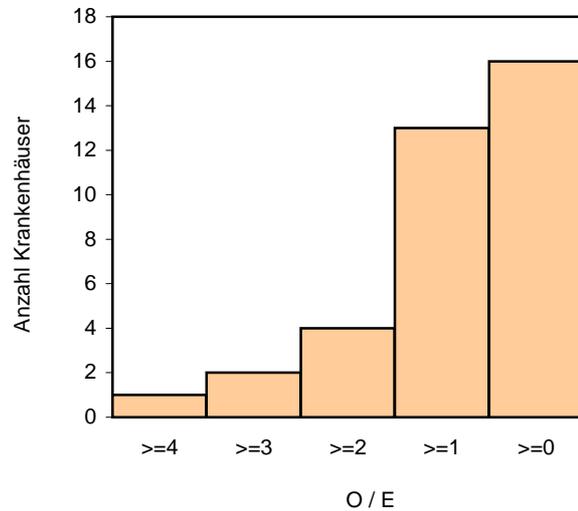
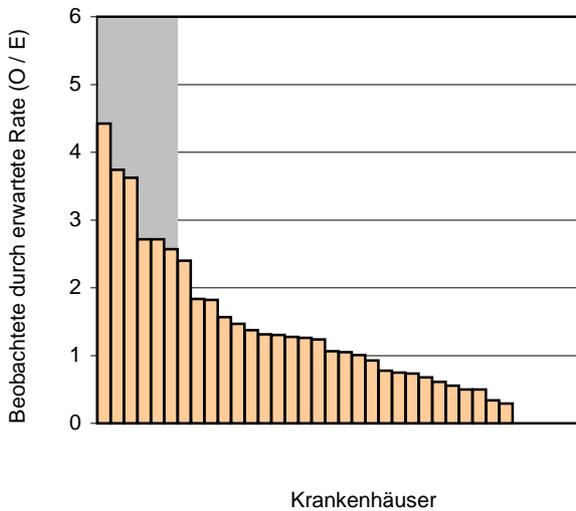
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,16
Vertrauensbereich		0,98 - 1,37
Referenzbereich	<= 2,52	<= 2,52

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		133 / 1.547 8,60%
vorhergesagt (E)		103,26 / 1.547 6,67%
O - E		1,92%
O / E		1,29
Vertrauensbereich		1,09 - 1,51

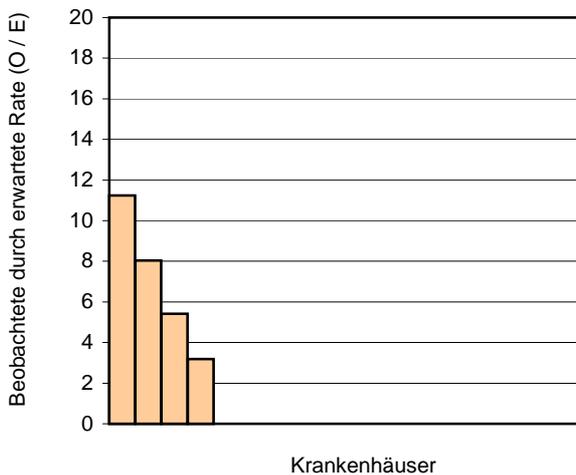
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen  
 Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,53	1,06	1,70	2,71	3,74	4,42

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	8,05		11,24

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus**

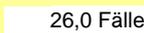
**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

**Sterblichkeit im Krankenhaus**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/471

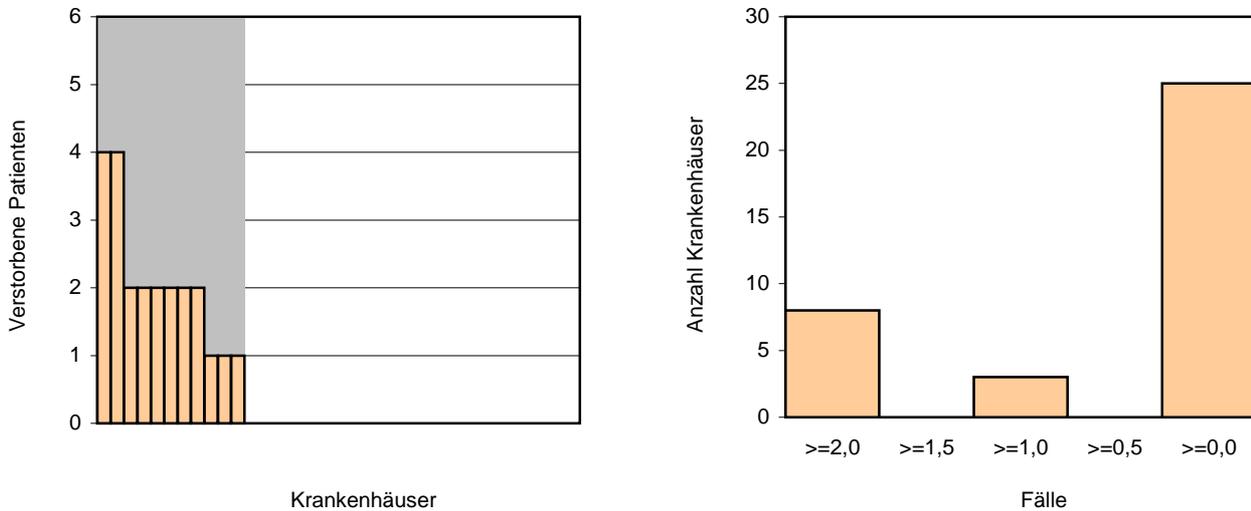
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	26 / 1.579	 26,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			21 / 1.547	 21,0 Fälle

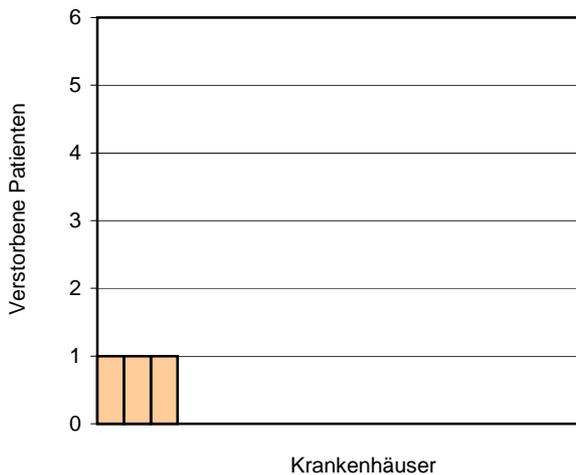
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/471]:  
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	4,0	4,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	1,0		1,0

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 2012			
	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 2012			
	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 / 719 0,1%	18 / 825 2,2%	6 / 34 17,6%	1 / 1 100,0%

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		26 / 1.579 1,65%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		23,62 / 1.579 1,50%
O - E		0,15%

<sup>1</sup> Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 11b.

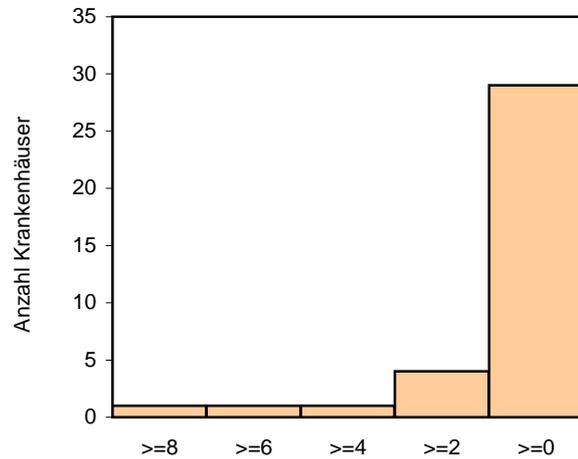
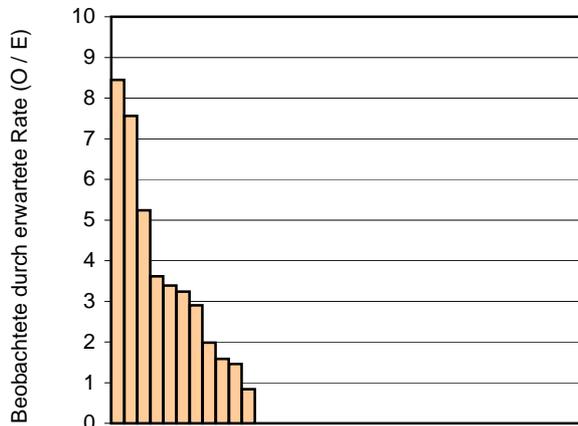
	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
O / E <sup>2</sup>		1,10
Vertrauensbereich		0,75 - 1,61
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		21 / 1.547 1,36%
vorhergesagt (E)		19,11 / 1.547 1,24%
O - E		0,12%
O / E		1,10
Vertrauensbereich		0,72 - 1,67

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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

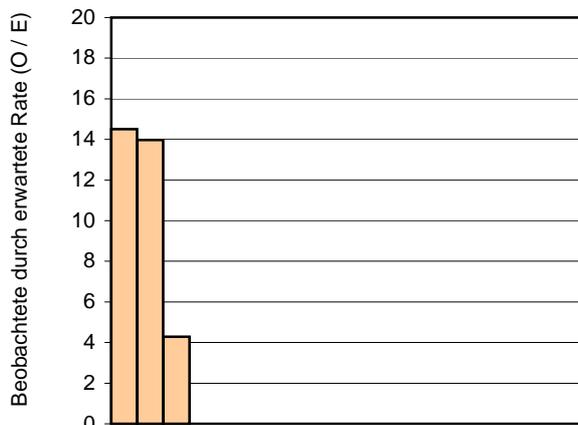


Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,52	3,62	7,56	8,44

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



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	13,96		14,51

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.579  
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12535-L81806-P38809

## Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			395	25,0	383	24,8
2. Quartal			423	26,8	392	25,3
3. Quartal			428	27,1	399	25,8
4. Quartal			333	21,1	373	24,1
Gesamt			1.579		1.547	

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.579		1.547	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			5,2		5,1
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.579		1.547	
Median			12,0		12,0
Mittelwert			16,2		16,0
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.579		1.547	
Median			15,0		15,0
Mittelwert			21,4		21,1

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				T84.0	1.134	71,8	T84.0	1.179	76,2
2				D62	594	37,6	D62	575	37,2
3				I10.00	530	33,6	I10.00	537	34,7
4				Z96.6	408	25,8	Z96.6	432	27,9
5				T84.5	292	18,5	T84.5	260	16,8
6				E11.90	177	11,2	E11.90	190	12,3
7				I10.90	152	9,6	I10.90	151	9,8
8				M16.1	84	5,3	E79.0	92	5,9

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

**OPS 2012<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
2	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
3	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk
5	5-821.18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes

**OPS 2012**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

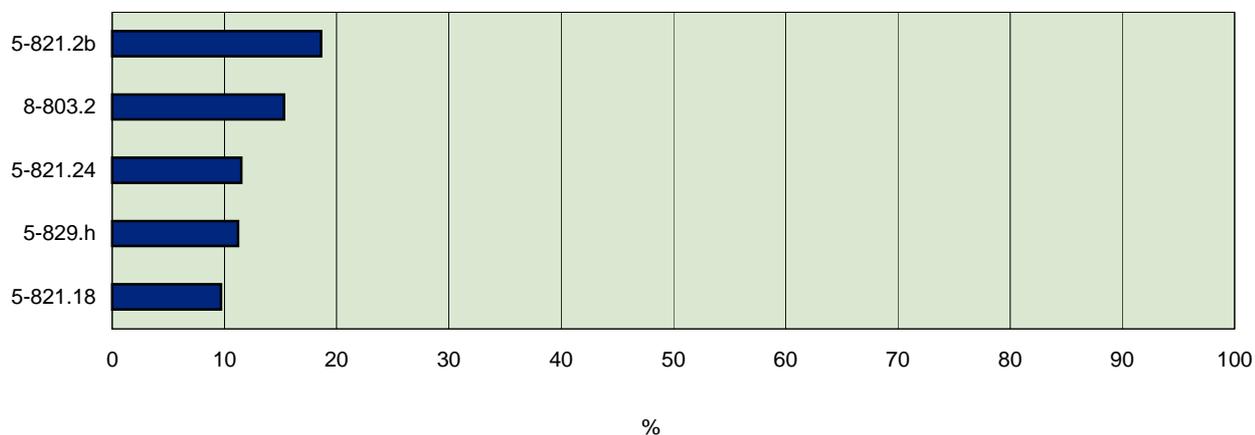
	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-821.2b	293	18,6	5-821.2b	298	19,3
2				8-803.2	242	15,3	8-803.2	262	16,9
3				5-821.24	182	11,5	8-800.c0	205	13,3
4				5-829.h	177	11,2	5-821.24	170	11,0
5				5-821.18	153	9,7	5-821.25	151	9,8

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

### OPS 2012 (Gesamt 2012)



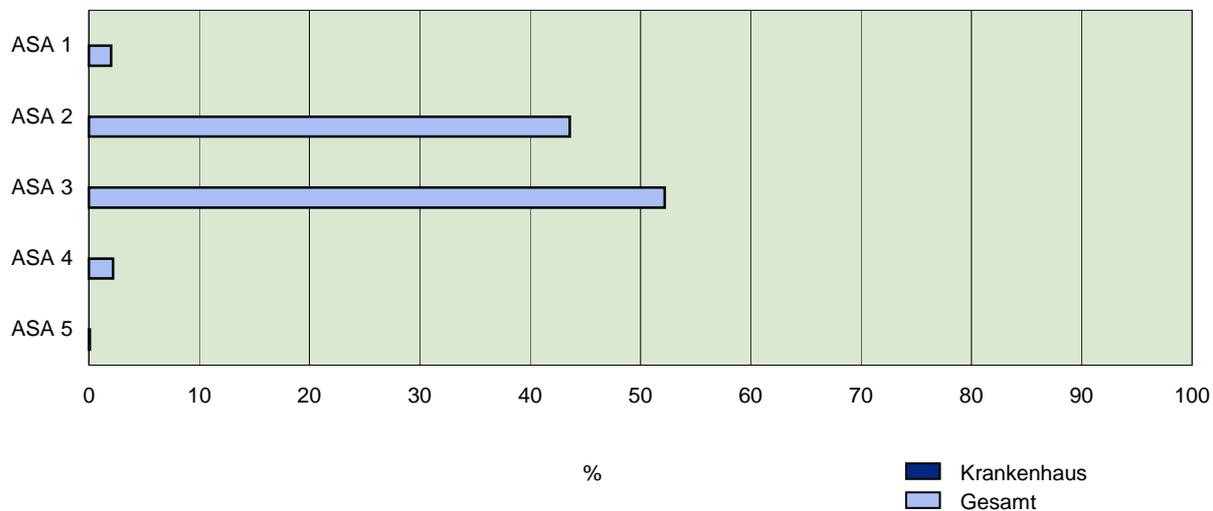
### Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			31 / 1.579	2,0	27 / 1.547	1,7
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 1.579	0,0	0 / 1.547	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 1.579	0,0	0 / 1.547	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 1.579	0,0	0 / 1.547	0,0

## Patienten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.579 / 1.579		1.547 / 1.547	
< 50 Jahre			48 / 1.579	3,0	33 / 1.547	2,1
50 - 59 Jahre			173 / 1.579	11,0	158 / 1.547	10,2
60 - 69 Jahre			285 / 1.579	18,0	328 / 1.547	21,2
70 - 79 Jahre			693 / 1.579	43,9	680 / 1.547	44,0
80 - 89 Jahre			344 / 1.579	21,8	308 / 1.547	19,9
>= 90 Jahre			36 / 1.579	2,3	40 / 1.547	2,6
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.579		1.547	
Median				74,0		73,0
Mittelwert				72,1		72,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			608	38,5	584	37,8
weiblich			971	61,5	963	62,2
<b>Simultaneingriff an der kontralateralen Seite</b>						
dokumentiert			22	1,4	10	0,6
nicht dokumentiert			11	0,7	6	0,4
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			31	2,0	40	2,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			688	43,6	721	46,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			825	52,2	767	49,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			34	2,2	19	1,2
5: moribunder Patient			1	0,1	0	0,0

### Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>						
Ruheschmerz			908	57,5	877	56,7
Belastungsschmerz			553	35,0	555	35,9
keine Schmerzen			118	7,5	115	7,4

### Labor

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)</b>			370	23,4	323	20,9
<b>Gelenkpunktion</b>			729	46,2	604	39,0
<b>Erregernachweis</b>						
nicht durchgeführt			531	33,6	673	43,5
durchgeführt, negativ			859	54,4	685	44,3
durchgeführt, positiv			189	12,0	189	12,2

## Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß</b>			611	38,7	594	38,4
<b>Lockerung Pfannen- Komponente</b>			592	37,5	624	40,3
<b>Lockerung Schaft- Komponente</b>			463	29,3	439	28,4
<b>Substanzverluste Pfanne</b>			421	26,7	421	27,2
<b>Substanzverluste Femur</b>			259	16,4	217	14,0
<b>periprothetische Fraktur</b>			181	11,5	173	11,2
<b>(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation</b>			248	15,7	236	15,3

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			1.323	83,8	1.324	85,6
bedingt aseptische Eingriffe			111	7,0	116	7,5
kontaminierte Eingriffe			52	3,3	28	1,8
septische Eingriffe			93	5,9	79	5,1

## Operation

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			1.579		1.547	
Median				107,0		110,0
Mittelwert				118,9		118,9
<b>Operationsdauer-Verteilung (min)</b>						
< 90 min			515	32,6	514	33,2
90 - 239 min			1.001	63,4	975	63,0
>= 240 min			63	4,0	58	3,7
<b>Zweizeitiger Wechsel<sup>1</sup></b>			129	8,2	-	-
<b>Perioperative Antibiotikaphylaxe</b>						
Anzahl Patienten			1.565	99,1	1.536	99,3
davon						
single shot			776 / 1.565	49,6	800 / 1.536	52,1
Zweitgabe			152 / 1.565	9,7	103 / 1.536	6,7
öfter			637 / 1.565	40,7	633 / 1.536	41,2

<sup>1</sup> Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

## Verlauf

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperatives Röntgenbild a/p</b>			1.571	99,5	1.537	99,4
<b>Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein</b>			1.187	75,2	1.171	75,7
<b>Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			153	9,7	157	10,1
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			0	0,0	3	0,2
Implantatdislokation			6	0,4	4	0,3
Endoprothesenluxation			30	1,9	34	2,2
Wundhämatom/Nachblutung			54	3,4	43	2,8
Gefäßläsion			4	0,3	3	0,2
Nervenschaden			9	0,6	10	0,6
Fraktur			28	1,8	28	1,8
Sonstige			38	2,4	43	2,8
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			85	5,4	87	5,6
A1 (oberflächliche Infektion)			14 / 85	16,5	19 / 87	21,8
A2 (tiefe Infektion)			65 / 85	76,5	57 / 87	65,5
A3 (Räume/Organe)			6 / 85	7,1	11 / 87	12,6
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>			127	8,0	133	8,6

**Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			128	8,1	118	7,6
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			16	1,0	8	0,5
kardiovaskuläre Komplikation(en)			41	2,6	41	2,7
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			8	0,5	5	0,3
Lungenembolie			4	0,3	5	0,3
Sonstige			84	5,3	71	4,6

## Entlassung I

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			1.488	95,8	1.450	95,0
Nein			65	4,2	76	5,0
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			23	35,4	42	55,3
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.468	94,5	1.439	94,3
Nein			85	5,5	87	5,7
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			25	29,4	31	35,6

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			782	49,5	781	50,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			34	2,2	41	2,7
03: aus sonstigen Gründen			4	0,3	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	5	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			35	2,2	27	1,7
07: Tod			26	1,6	21	1,4
08: Verlegung nach § 14			4	0,3	1	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			624	39,5	621	40,1
10: in Pflegeeinrichtung			62	3,9	43	2,8
11: in Hospiz			1	0,1	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,1	3	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,1	3	0,2
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,1	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			1	0,1	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			1	0,1	1	0,1
21: Wiederaufnahme			1	0,1	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> 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 Entgeltbereichen 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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag			305	19,3	265	17,1
Dienstag			240	15,2	273	17,6
Mittwoch			237	15,0	248	16,0
Donnerstag			266	16,8	250	16,2
Freitag			297	18,8	285	18,4
Samstag			149	9,4	139	9,0
Sonntag			85	5,4	87	5,6

# Hüft-Endoprothesenwechsel Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-WECH-Score

**Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter [www.sgg.de](http://www.sgg.de).**

**Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.**

Jahresauswertung 2012  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 54  
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.579  
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2013  
2012 - D12535-L81806-P38809

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n3-HUEFT-WECH/850204 <b>AK 1: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“</b>			93,0 Fälle	<= 2,0 Fälle	AK.1
2012/17n3-HUEFT-WECH/850205 <b>AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer</b>			55,6%	< 100,0%	AK.3

**Auffälligkeitskriterium 1: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahre  
**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/850204  
**Referenzbereich:** <= 2,0 Fälle  
**ID-Bezugskennzahl(en):** 268, 50974

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde Referenzbereich		<div style="background-color: yellow; width: 50px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <= 2,0 Fälle	93 / 1.579	<div style="background-color: yellow; width: 50px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> 93,0 Fälle <= 2,0 Fälle

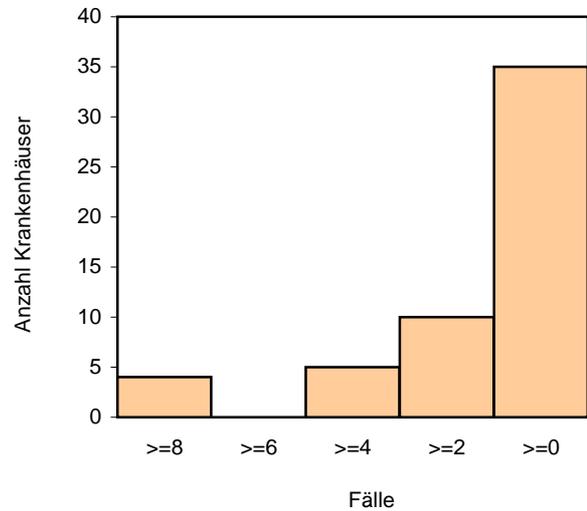
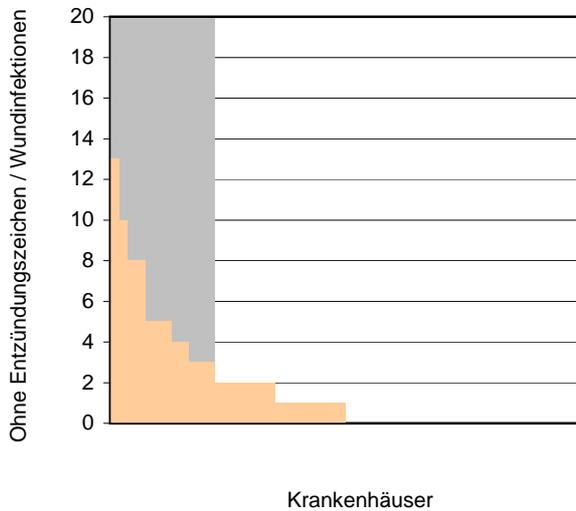
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde		<div style="background-color: yellow; width: 50px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	59 / 1.547	<div style="background-color: yellow; width: 50px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> 59,0 Fälle

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/850204]:**

**Anzahl der Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde von allen Patienten ab 20 Jahren**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

54 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,0	5,0	8,0	13,0

## Auffälligkeitskriterium 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahre mit einer postoperativen Verweildauer > 26 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55\*) abrechnen

**Indikator-ID:** 2012/17n3-HUEFT-WECH/850205

**Referenzbereich:** < 100,0%

**ID-Bezugskennzahl(en):** 50959, 50964, 50969, 50979, 50984

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			105 / 189	55,6%
Vertrauensbereich				48,4% - 62,5%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			90 / 163	55,2%
Vertrauensbereich				47,5% - 62,6%

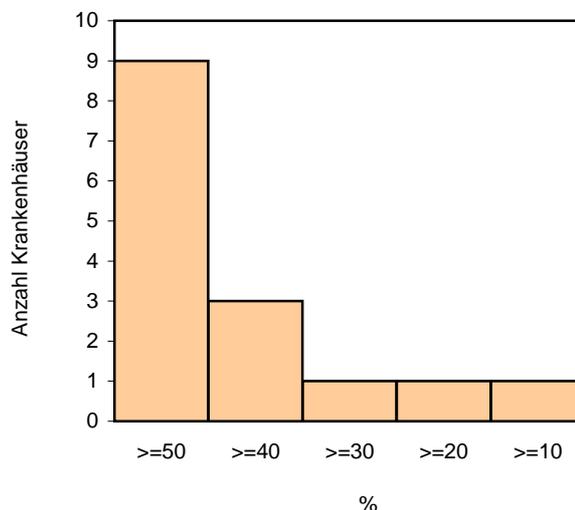
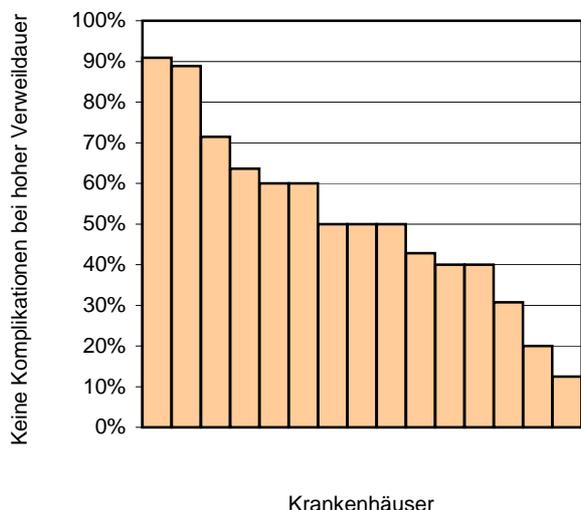
<sup>1</sup> Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2012 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2011 ab.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/850205]:**

**Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten ab 20 Jahren mit einer postoperativen Verweildauer > 26 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)**

**Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

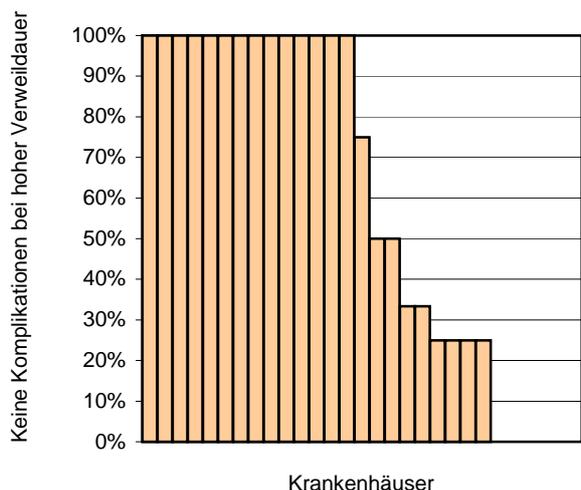
15 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,5		20,0	40,0	50,0	63,6	88,9		90,9

**Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

29 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## 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 Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für ein Qualitätsindikator 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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sqg.de](http://www.sqg.de)).

#### 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. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. 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 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (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 Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator 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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

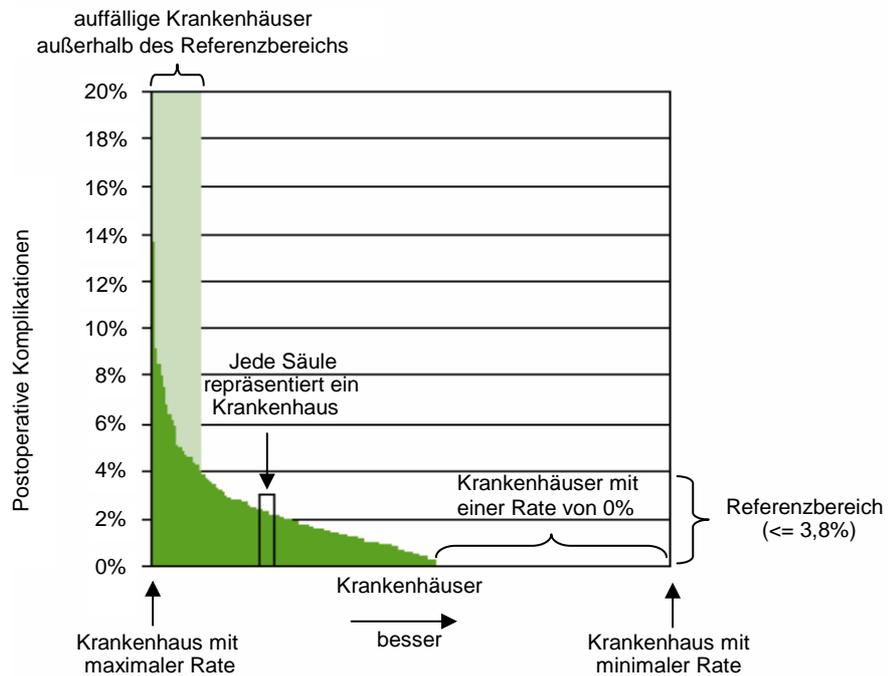
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 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 Krankhausergebnisse 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.

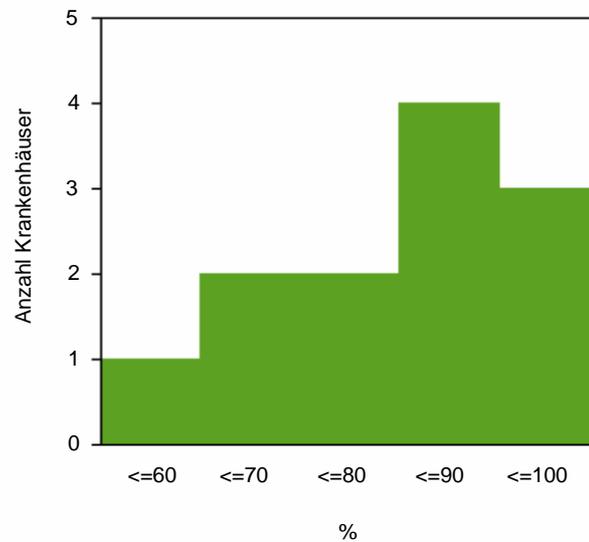
### Beispiel:

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

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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.

### Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

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

### 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 sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.