

Jahresauswertung 2009
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

St.-Josef-Stift
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 261
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.277
Datensatzversion: 17/3 2009 12.0
Datenbankstand: 01. März 2010
2009 - D9533-L66090-P30813

Jahresauswertung 2009
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren

St.-Josef-Stift
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 261
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.277
Datensatzversion: 17/3 2009 12.0
Datenbankstand: 01. März 2010
2009 - D9533-L66090-P30813

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Indikation	78 / 86	90,7%	93,1%	>= 81,3%	1.1
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	86 / 86	100,0%	99,7%	>= 95%	1.4
QI 3: Gefährigkeit bei Entlassung	0 / 86	0,0%	1,3%	<= 5,9%	1.7
QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden	0 / 86	0,0%	0,6%	<= 2%	1.10
QI 5: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur	0 / 86	0,0%	2,0%	<= 2%	1.12
QI 6: Endoprothesenluxation	1 / 86	1,2%	1,9%	<= 10%	1.14
QI 7: Postoperative Wundinfektion	0 / 86	0,0%	2,6%	nicht definiert	1.16
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen	0 / 86	0,0%	2,2%	<= 13%	1.22
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen	0 / 86	0,0%	3,1%	<= 9,4%	1.25
QI 10: Reoperationen wegen Komplikation	1 / 86	1,2%	5,4%	<= 16%	1.28
QI 11: Letalität	0 / 86	0,0%	1,3%	Sentinel Event	1.30

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

Berechnungsgrundlagen

Die Berechnungen der Kennzahlen, die auf einer Alterseinschränkung beruhen, beziehen sich auf die Angaben im Datensatzfeld ALTER, das durch die Erfassungssoftware auf Basis von Aufnahmedatum und Geburtsdatum tagesgenau berechnet werden kann.

Dadurch kann es bei den Vorjahresergebnissen zu Abweichungen gegenüber der Auswertung 2008 kommen.

Qualitätsindikator 1: Indikation

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46080

Referenzbereich: >= 81,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

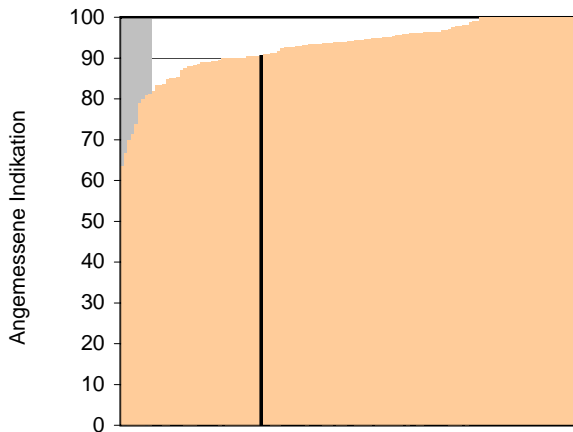
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz	37 / 86	43,0%	3.113 / 5.271	59,1%
Patienten mit Ruheschmerz	43 / 86	50,0%	1.914 / 5.271	36,3%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/-versagen	61 / 86	70,9%	2.161 / 5.271	41,0%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente	54 / 86	62,8%	2.522 / 5.271	47,8%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente	19 / 86	22,1%	1.874 / 5.271	35,6%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne	47 / 86	54,7%	1.941 / 5.271	36,8%
Patienten mit Substanzverlust Femur	14 / 86	16,3%	1.078 / 5.271	20,5%
Patienten mit periprothetischer Fraktur	6 / 86	7,0%	666 / 5.271	12,6%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation	17 / 86	19,8%	998 / 5.271	18,9%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor	9 / 86	10,5%	673 / 5.271	12,8%
Patienten mit Erregernachweis	1 / 86	1,2%	339 / 5.271	6,4%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium	78 / 86	90,7%	4.907 / 5.271	93,1%
Vertrauensbereich		82,4% - 95,9%		92,4% - 93,8%
Referenzbereich		>= 81,3%		>= 81,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich	80 / 82	97,6% 91,3% - 99,8%	4.737 / 5.100	92,9% 92,1% - 93,6%

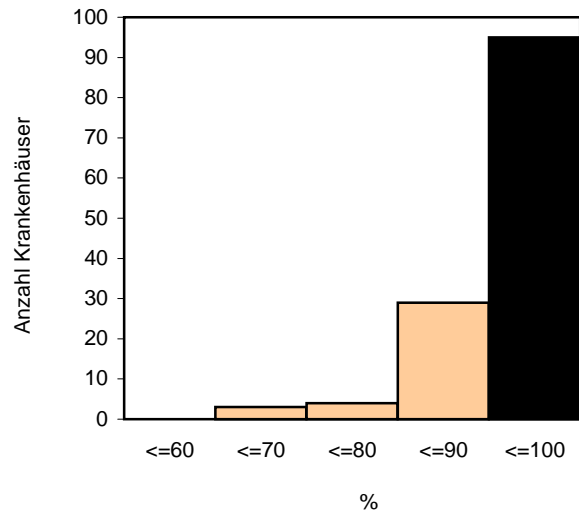
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46080]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder
 Entzündungskriterium an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 63,6% - 100,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 94,1%



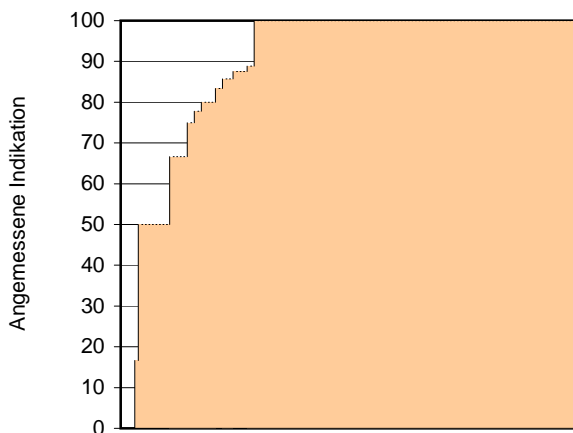
Krankenhäuser



131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten ¹	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min ¹	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min ¹	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/17n3-HÜFT-WECH/46083	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	86 / 86 100,0%	43 / 43 100,0%	43 / 43 100,0%
Vertrauensbereich	95,8% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	15 / 86 17,4%	9 / 43 20,9%	6 / 43 14,0%
Zweitgabe oder öfter	71 / 86 82,6%	34 / 43 79,1%	37 / 43 86,0%

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	5.255 / 5.271 99,7%	2.691 / 2.701 99,6%	2.564 / 2.570 99,8%
Vertrauensbereich	99,5% - 99,8%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	2.258 / 5.255 43,0%	1.362 / 2.691 50,6%	896 / 2.564 34,9%
Zweitgabe oder öfter	2.997 / 5.255 57,0%	1.329 / 2.691 49,4%	1.668 / 2.564 65,1%

¹ beschränkt auf gültige OP-Dauer

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	82 / 82 100,0% 95,6% - 100,0%	50 / 50 100,0%	32 / 32 100,0%

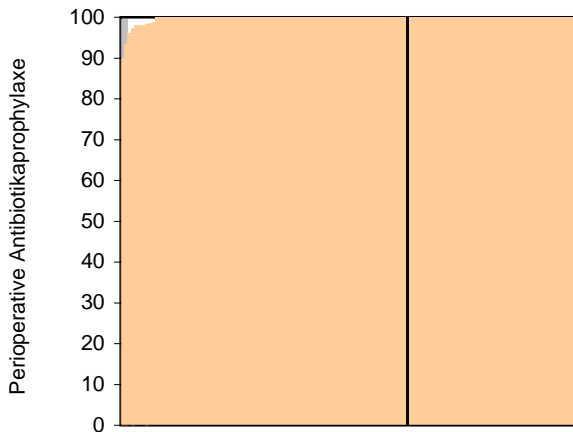
Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	5.089 / 5.100 99,8% 99,6% - 99,9%	2.568 / 2.573 99,8%	2.521 / 2.527 99,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46083]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

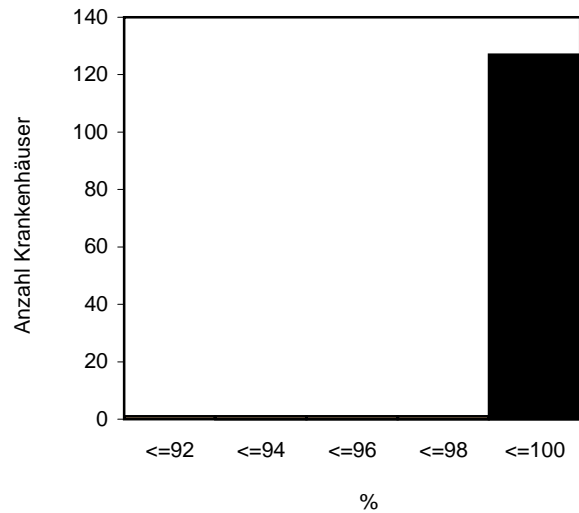
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 90,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

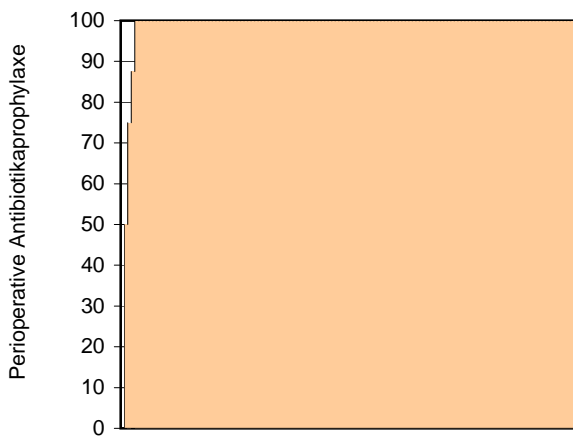


131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 Gruppe 1: alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2009/17n3-HÜFT-WECH/81459

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 5,9% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich	80 / 86	93,0%	4.834 / 5.063	95,5%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)	0 / 86	0,0%	68 / 5.063	1,3%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,0% - 1,7%
Referenzbereich		<= 5,9%		<= 5,9%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)	0 / 61	0,0%	22 / 3.292	0,7%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)	0 / 19	0,0%	11 / 750	1,5%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)	0 / 6	0,0%	8 / 414	1,9%
Gruppe 5 (> 25 Tage)	0 / 0		27 / 607	4,4%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

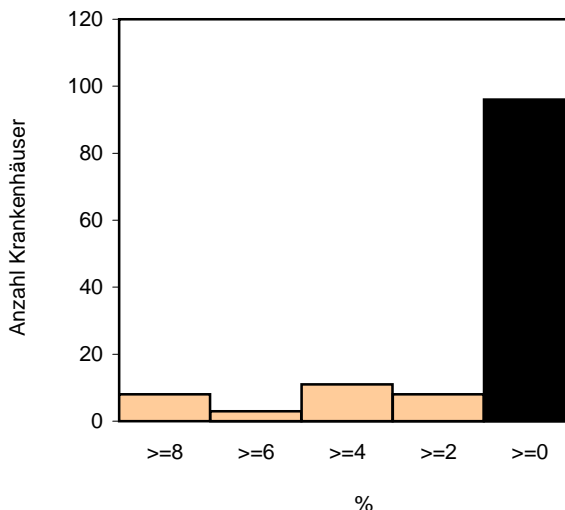
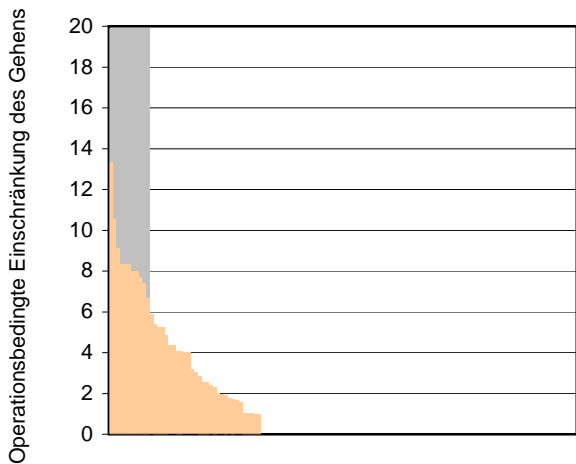
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich	0 / 82	0,0% 0,0% - 4,4%	98 / 4.876	2,0% 1,6% - 2,4%

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/81459]:
 Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den
 Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

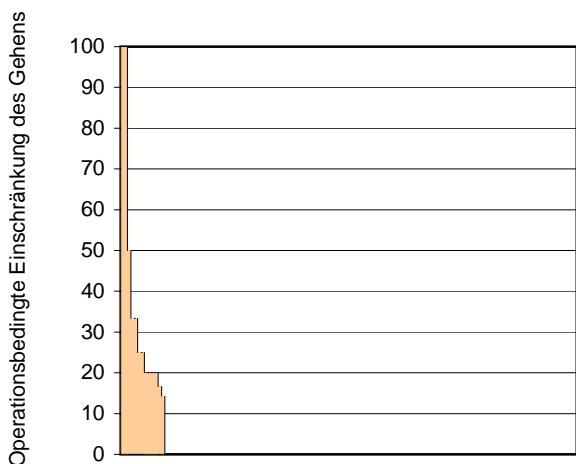
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,3%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



126 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



134 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/73838

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion	0 / 86	0,0%	7 / 5.271	0,1%
Patienten mit Nervenschaden	0 / 86	0,0%	28 / 5.271	0,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	0 / 86	0,0%	34 / 5.271	0,6%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		0,4% - 0,9%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	0 / 82	0,0%	45 / 5.100	0,9%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,4%		0,6% - 1,2%

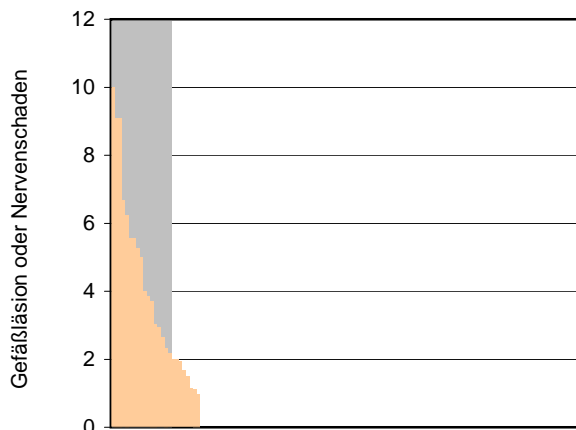
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/73838]:

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

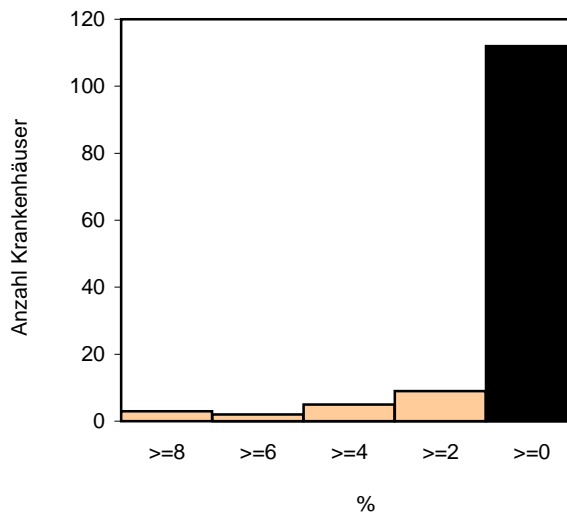
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



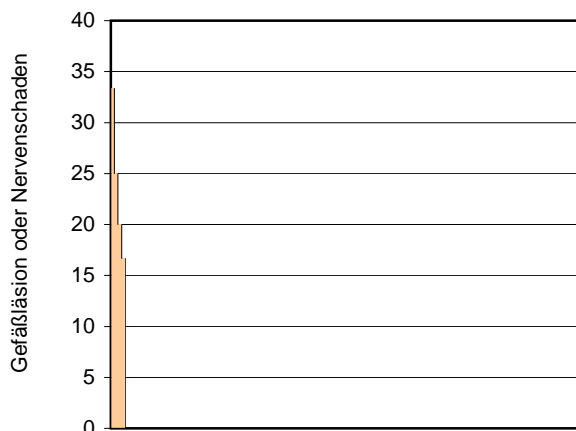
131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46134

Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage	0 / 86	0,0%	9 / 5.271	0,2%
Patienten mit Implantatdislokation	0 / 86	0,0%	26 / 5.271	0,5%
Patienten mit Fraktur	0 / 86	0,0%	76 / 5.271	1,4%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	0 / 86	0,0%	106 / 5.271	2,0%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,6% - 2,4%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

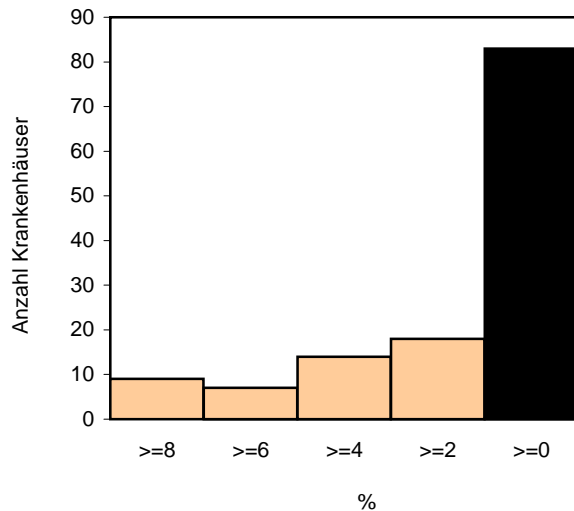
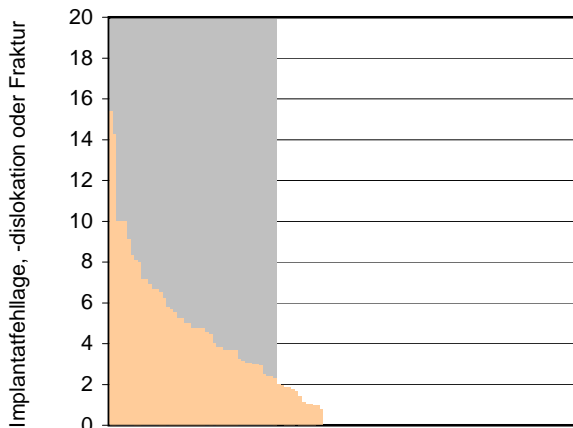
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	1 / 82	1,2%	108 / 5.100	2,1%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,8%		1,7% - 2,6%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46134]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 15,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

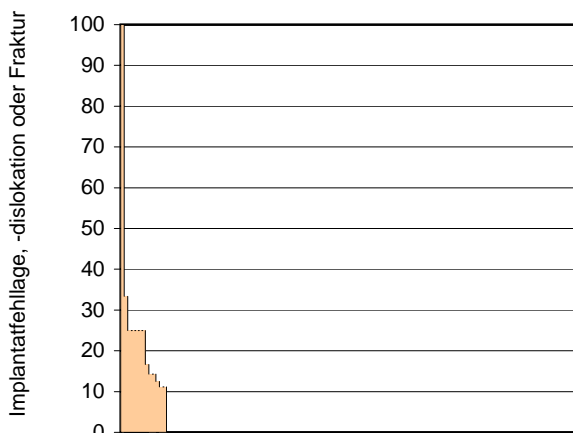
131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46136

Referenzbereich: <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation	1 / 86	1,2%	102 / 5.271	1,9%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,5%		1,6% - 2,3%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

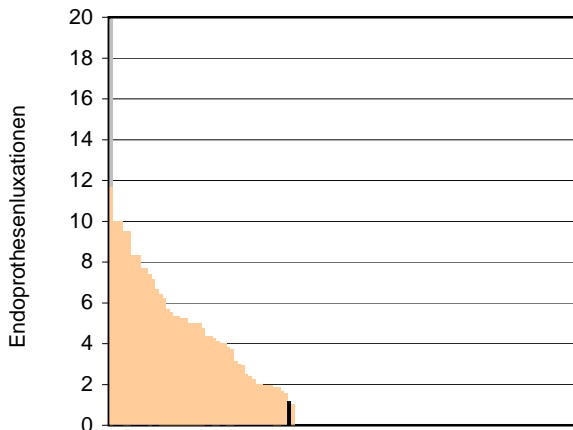
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation	1 / 82	1,2%	119 / 5.100	2,3%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,8%		1,9% - 2,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46136]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

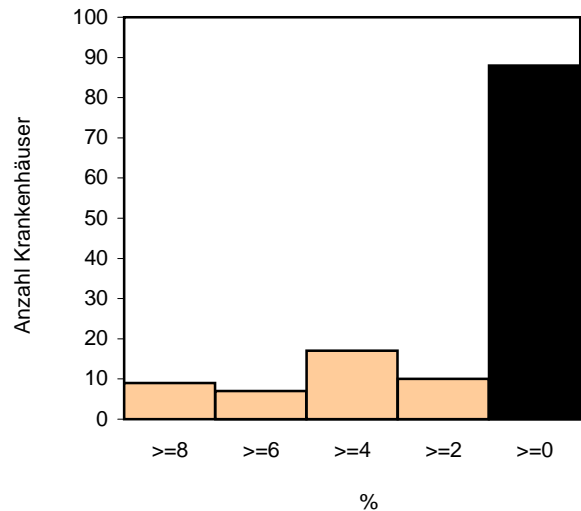
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

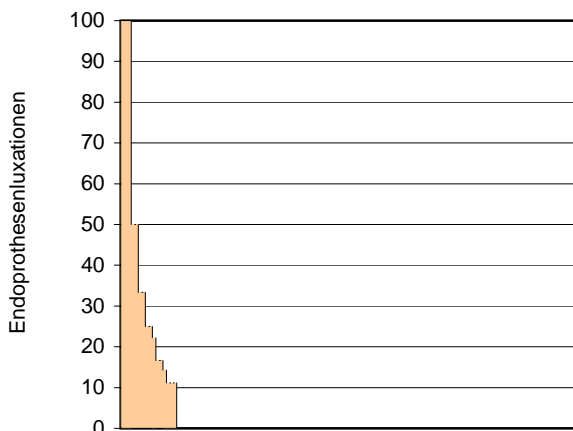


131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46137

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

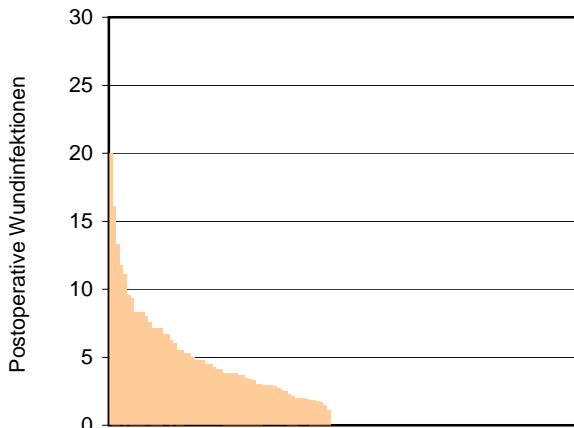
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 86	0,0% 0,0% - 4,2% nicht definiert	139 / 5.271	2,6% 2,2% - 3,1% nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 86	0,0%	45 / 5.271	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 86	0,0%	94 / 5.271	1,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich	1 / 82	1,2% 0,0% - 6,8%	130 / 5.100	2,5% 2,1% - 3,0%

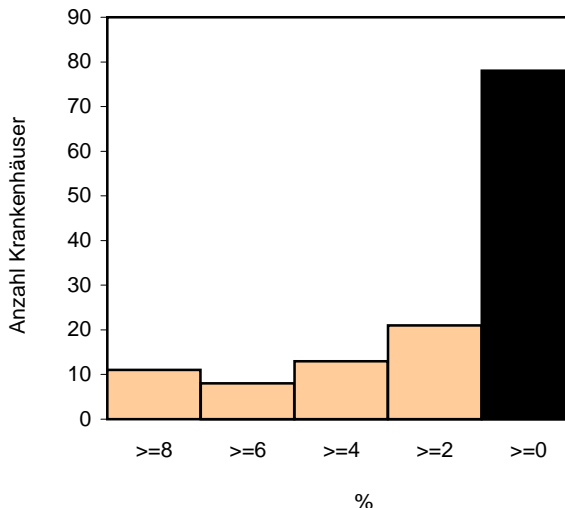
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46137]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 20,0%
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



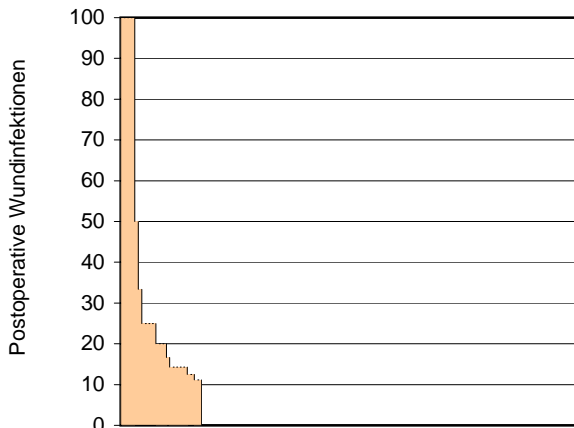
Krankenhäuser



131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 158 min	1
Wundkontaminations- klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0	46 / 86	53,5%	2.010 / 5.271	38,1%
Risikoklasse 1	29 / 86	33,7%	2.345 / 5.271	44,5%
Risikoklasse 2	11 / 86	12,8%	888 / 5.271	16,8%
Risikoklasse 3	0 / 86	0,0%	28 / 5.271	0,5%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 46	0,0%	24 / 2.010	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 46	0,0%	11 / 2.010	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 46	0,0%	13 / 2.010	0,6%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 29	0,0%	48 / 2.345	2,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 29	0,0%	17 / 2.345	0,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 29	0,0%	31 / 2.345	1,3%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 11	0,0%	61 / 888	6,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 11	0,0%	17 / 888	1,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 11	0,0%	44 / 888	5,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0		6 / 28	21,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0		0 / 28	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 0		6 / 28	21,4%

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

Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46161

Referenzbereich: <= 13% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung	0 / 86	0,0%	117 / 5.271	2,2%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,8% - 2,7%
Referenzbereich		<= 13%		<= 13%

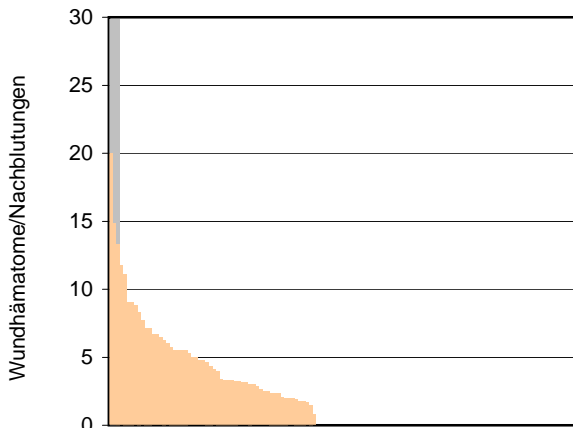
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung	1 / 82	1,2%	155 / 5.100	3,0%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,8%		2,6% - 3,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46161]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

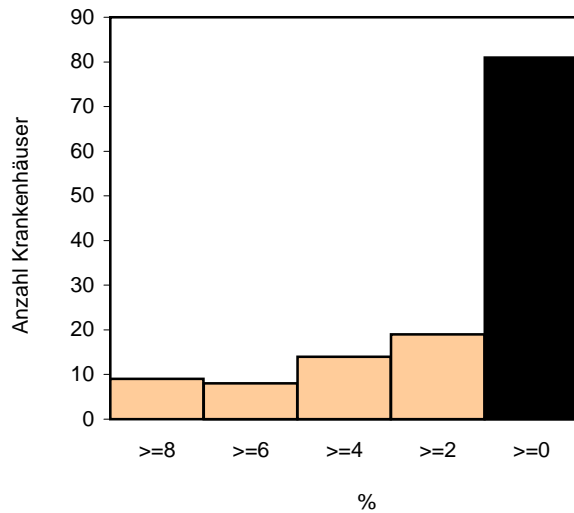
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 20,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser



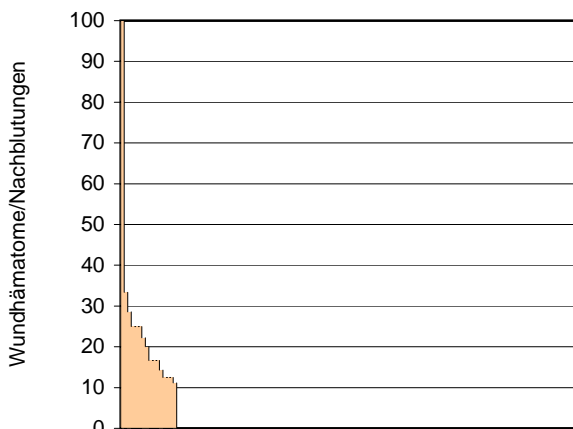
131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 1 - 120 min
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 181 - 240 min
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 240 min¹

	Krankenhaus 2009			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 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	0 / 43 0,0%	0 / 26 0,0%	0 / 8 0,0%	0 / 9 0,0%

	Gesamt 2009			
	Gruppe 1 OP-Dauer 1 - 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	52 / 2.701 1,9%	27 / 1.531 1,8%	26 / 734 3,5%	12 / 305 3,9%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 9: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel:	Selten allgemeine postoperative Komplikationen		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2	
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2009/17n3-HÜFT-WECH/46181	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 9,4% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Patienten mit sonstiger Komplikation	2 / 86 2,3%	1 / 56 1,8%	1 / 30 3,3%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 4,2%		
Referenzbereich	<= 9,4%		

	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	28 / 5.271 0,5%	4 / 2.791 0,1%	23 / 2.471 0,9%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	134 / 5.271 2,5%	23 / 2.791 0,8%	110 / 2.471 4,5%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	7 / 5.271 0,1%	3 / 2.791 0,1%	4 / 2.471 0,2%
Patienten mit Lungenembolie	10 / 5.271 0,2%	2 / 2.791 0,1%	8 / 2.471 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	238 / 5.271 4,5%	70 / 2.791 2,5%	166 / 2.471 6,7%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	163 / 5.271 3,1% 2,6% - 3,6% ≤ 9,4%	30 / 2.791 1,1%	131 / 2.471 5,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		
	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	0 / 82 0,0% 0,0% - 4,4%	0 / 54 0,0%	0 / 28 0,0%

Vorjahresdaten	Gesamt 2008		
	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	142 / 5.100 2,8% 2,4% - 3,3%	40 / 2.617 1,5%	101 / 2.479 4,1%

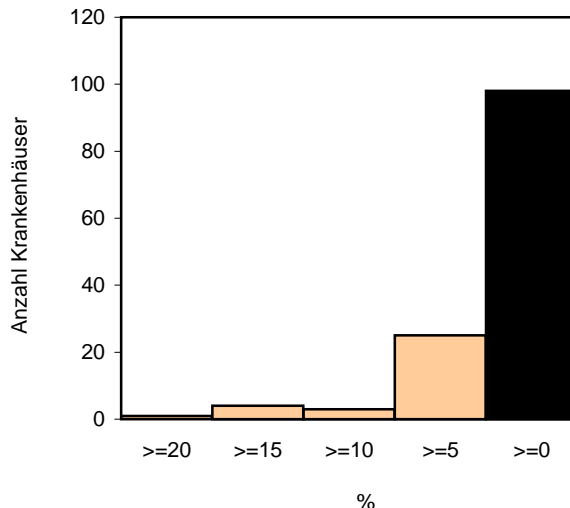
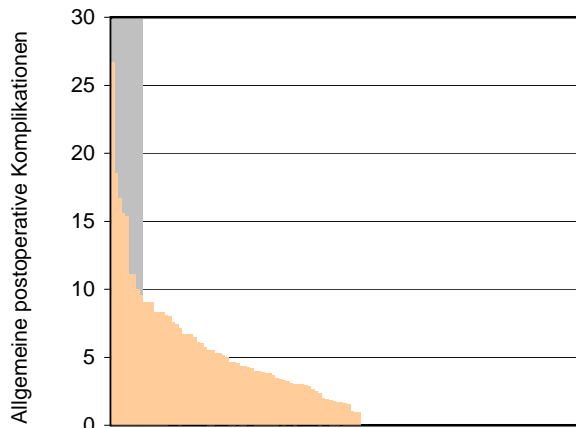
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46181]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 26,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%



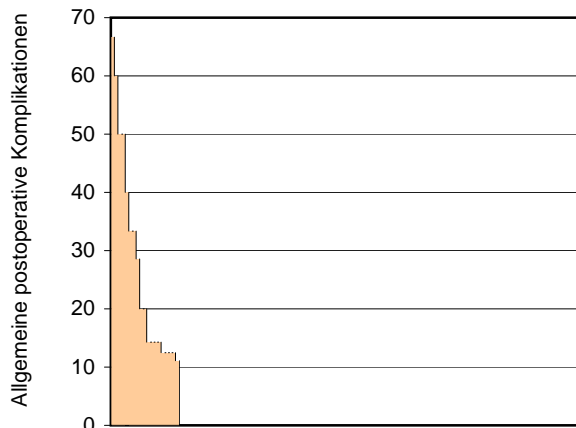
131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 66,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



Krankenhäuser

130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Reoperationen wegen Komplikation

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46184

Referenzbereich: <= 16% (Toleranzbereich)

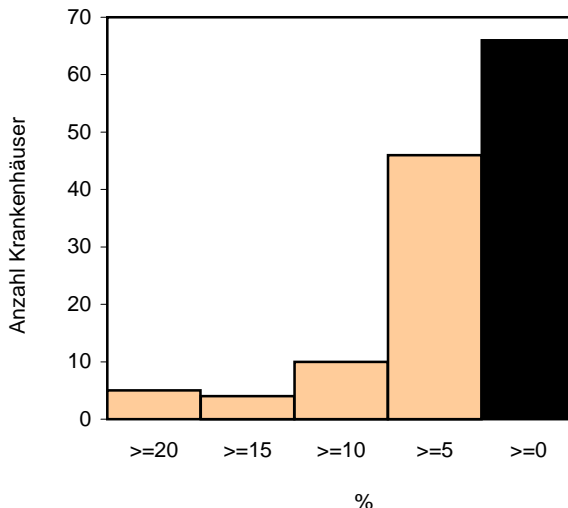
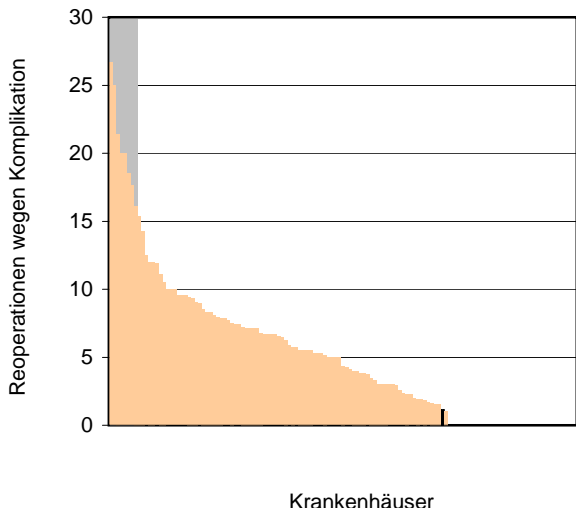
	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	1 / 86	1,2%	282 / 5.271	5,4%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,5%		4,8% - 6,0%
Referenzbereich		<= 16%		<= 16%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	1 / 82	1,2%	302 / 5.100	5,9%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,8%		5,3% - 6,6%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46184]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

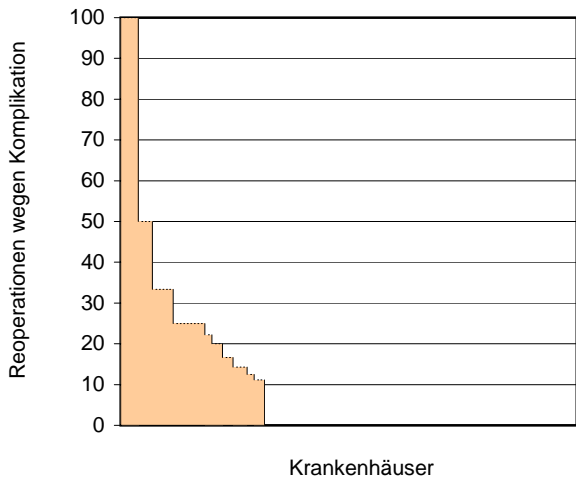
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 26,7%
 Median der Krankenhausergebnisse: 4,3%



131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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



130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.
 0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Letalität

Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2009/17n3-HÜFT-WECH/46185
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 86	0,0%	66 / 5.271	1,3%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,0% - 1,6%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

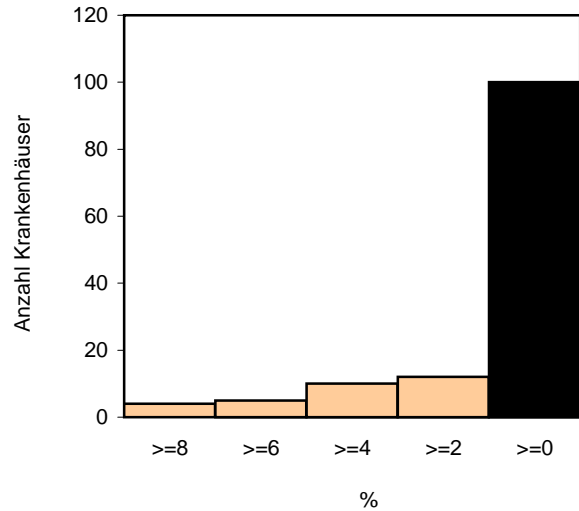
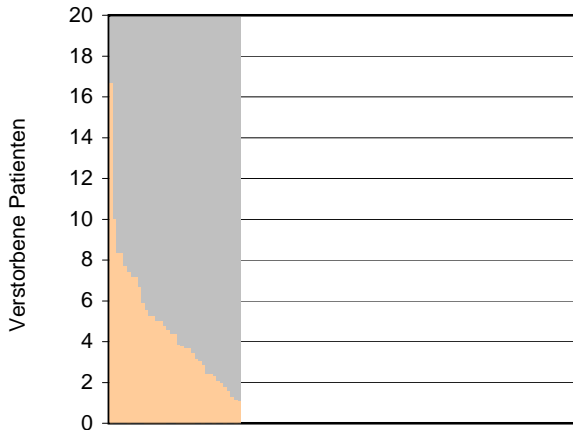
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 82	0,0%	79 / 5.100	1,5%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,4%		1,2% - 1,9%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2009/17n3-HÜFT-WECH/46185]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



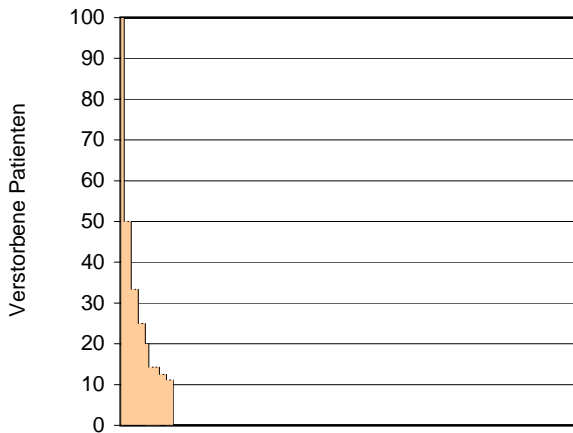
131 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat einen Ergebniswert unterhalb der Darstellungsgrenze und wird nicht gesondert markiert.

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



130 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 10 Fälle und wird daher nicht dargestellt.

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 2009			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%	0 / 0	0 / 0

	Gesamt 2009			
	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	9 / 2.791 0,3%	40 / 2.369 1,7%	15 / 102 14,7%	2 / 9 22,2%

Jahresauswertung 2009
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

St.-Josef-Stift
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 261
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.277
Datensatzversion: 17/3 2009 12.0
Datenbankstand: 01. März 2010
2009 - D9533-L66090-P30813

Basisdaten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal	20	23,3	1.390	26,3	9	11,0
2. Quartal	19	22,1	1.304	24,7	24	29,3
3. Quartal	25	29,1	1.436	27,2	24	29,3
4. Quartal	22	25,6	1.147	21,7	25	30,5
Gesamt	86		5.277		82	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	86		5.277		82	
Median		14,0		14,0		14,0
Mittelwert		14,6		17,0		15,6
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	86		5.277		82	
Median		16,0		16,0		16,5
Mittelwert		16,6		21,1		17,9

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Krankenhaus 2009

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie
6	Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen
7	Z46.7	Versorgen mit und Anpassen eines orthopädischen Hilfsmittels
8	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2009

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2009			Gesamt 2009			Krankenhaus 2008		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1	T84.0	76	88,4	T84.0	4.116	78,0	T84.0	80	97,6
2	D62	48	55,8	D62	1.987	37,7	D62	72	87,8
3	Z96.6	40	46,5	Z96.6	1.420	26,9	Z96.6	22	26,8
4	I10.00	29	33,7	I10.00	1.374	26,0	I10.00	20	24,4
5	Z29.2	25	29,1	T84.5	486	9,2	Z29.2	12	14,6
6	Z29.8	22	25,6	I10.90	384	7,3	Z29.8	9	11,0
7	Z46.7	11	12,8	M16.1	334	6,3	E87.6	9	11,0
8	M16.1	8	9,3	E11.90	332	6,3	Z46.7	8	9,8

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2008 und ICD-10-GM 2009 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2009¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Krankenhaus 2009

1	5-983	Reoperation
2	5-821.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
3	5-784.7d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogene: Becken
4	5-821.18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes
5	5-821.2a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel

OPS 2009

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

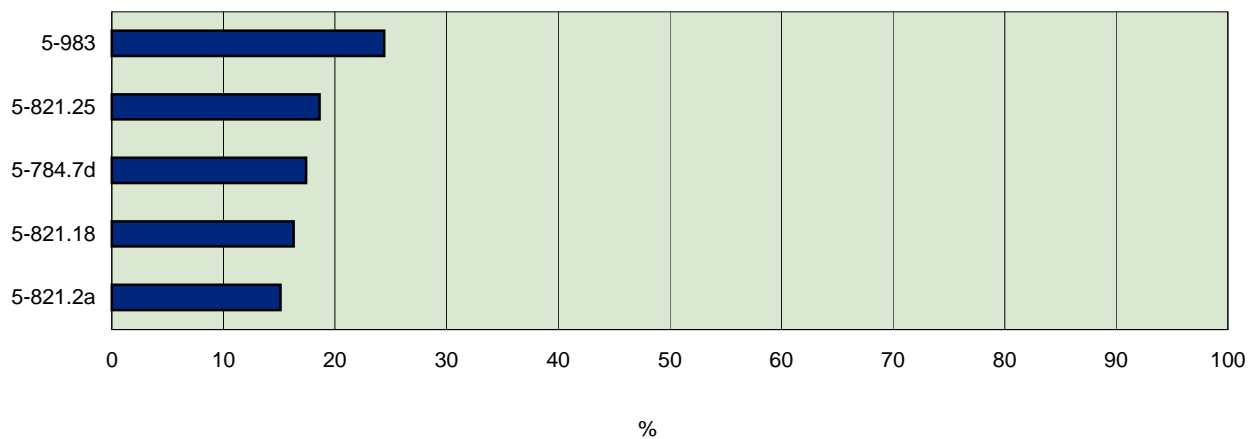
	Krankenhaus 2009			Gesamt 2009			Krankenhaus 2008		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1	5-983	21	24,4	5-821.2a	587	11,1	5-983	21	25,6
2	5-821.25	16	18,6	8-800.7f	561	10,6	5-821.25	17	20,7
3	5-784.7d	15	17,4	8-803.2	522	9,9	5-784.7d	13	15,9
4	5-821.18	14	16,3	5-821.24	519	9,8	5-821.2a	11	13,4
5	5-821.2a	13	15,1	5-829.h	509	9,6	5-821.21	9	11,0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2008 und OPS 2009 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2009 (Krankenhaus 2009)



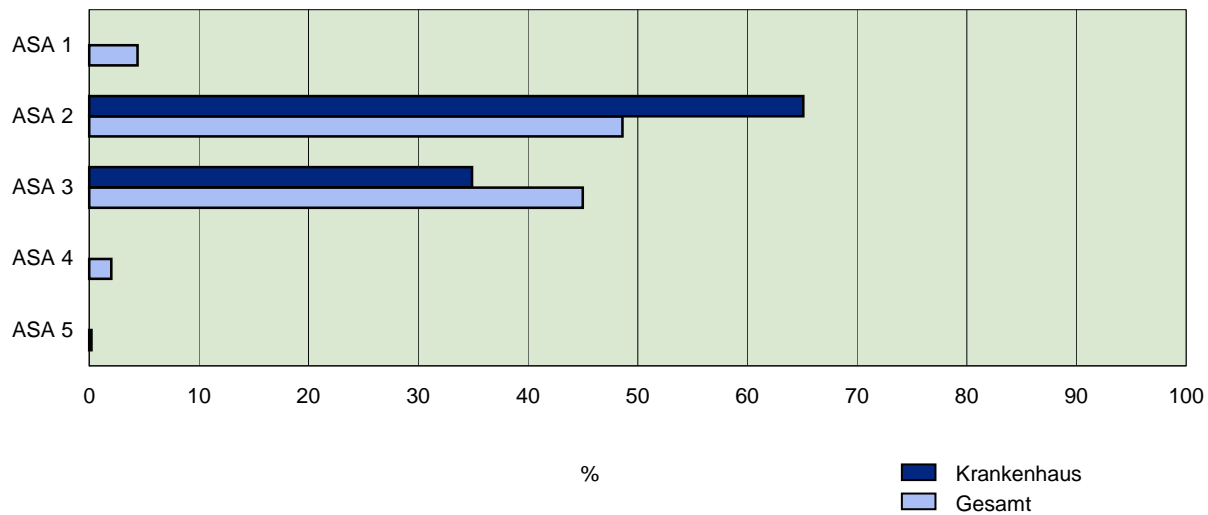
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation	21 / 86	24,4	153 / 5.277	2,9	21 / 82	25,6
5-986 Minimalinvasive Technik	4 / 86	4,7	53 / 5.277	1,0	0 / 82	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters	0 / 86	0,0	0 / 5.277	0,0	0 / 82	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems	0 / 86	0,0	3 / 5.277	0,1	0 / 82	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	86 / 86		5.277 / 5.277		82 / 82	
< 40 Jahre	0 / 86	0,0	48 / 5.277	0,9	2 / 82	2,4
40 - 59 Jahre	19 / 86	22,1	621 / 5.277	11,8	15 / 82	18,3
60 - 79 Jahre	58 / 86	67,4	3.333 / 5.277	63,2	56 / 82	68,3
80 - 89 Jahre	9 / 86	10,5	1.162 / 5.277	22,0	9 / 82	11,0
>= 90 Jahre	0 / 86	0,0	113 / 5.277	2,1	0 / 82	0,0
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	86		5.277		82	
Median		70,0		74,0		67,5
Geschlecht						
männlich	37	43,0	2.074	39,3	34	41,5
weiblich	49	57,0	3.203	60,7	48	58,5
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert	2	2,3	62	1,2	1	1,2
nicht dokumentiert	0	0,0	20	0,4	0	0,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0,0	230	4,4	1	1,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	56	65,1	2.562	48,6	53	64,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	30	34,9	2.373	45,0	28	34,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0,0	103	2,0	0	0,0
5: moribunder Patient	0	0,0	9	0,2	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruhschmerz	37	43,0	3.116	59,0	31	37,8
Belastungsschmerz	43	50,0	1.917	36,3	49	59,8

Labor

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)	9	10,5	676	12,8	9	11,0
Gelenkpunktion	46	53,5	2.041	38,7	47	57,3
Erregernachweis						
nicht durchgeführt	44	51,2	2.434	46,1	45	54,9
durchgeführt, negativ	41	47,7	2.501	47,4	34	41,5
durchgeführt, positiv	1	1,2	342	6,5	3	3,7

Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung/ -versagen	61	70,9	2.163	41,0	53	64,6
Lockerung Pfannen- Komponente	54	62,8	2.522	47,8	52	63,4
Lockerung Schaft- Komponente	19	22,1	1.875	35,5	19	23,2
Substanzverluste Pfanne	47	54,7	1.941	36,8	50	61,0
Substanzverluste Femur	14	16,3	1.080	20,5	11	13,4
periprothetische Fraktur	6	7,0	666	12,6	4	4,9
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation	17	19,8	998	18,9	12	14,6

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe	86	100,0	4.820	91,3	82	100,0
bedingt aseptische Eingriffe	0	0,0	235	4,5	0	0,0
kontaminierte Eingriffe	0	0,0	49	0,9	0	0,0
septische Eingriffe	0	0,0	173	3,3	0	0,0

Operation

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten	86		5.271		82	
Median		120,5		120,0		103,5
Mittelwert		132,7		133,3		126,1
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min	22	25,6	1.407	26,7	31	37,8
90 - 239 min	55	64,0	3.516	66,7	46	56,1
>= 240 min	9	10,5	348	6,6	5	6,1
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten	86	100,0	5.261	99,7	82	100,0
davon						
single shot	15 / 86	17,4	2.258 / 5.261	42,9	26 / 82	31,7
Zweitgabe	2 / 86	2,3	406 / 5.261	7,7	3 / 82	3,7
öfter	69 / 86	80,2	2.597 / 5.261	49,4	53 / 82	64,6

Verlauf

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p	86	100,0	5.261	99,7	82	100,0
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein	85	98,8	4.421	83,8	81	98,8
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	1	1,2	417	7,9	3	3,7
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage	0	0,0	9	0,2	0	0,0
Implantatdislokation	0	0,0	26	0,5	0	0,0
Endoprothesenluxation	1	1,2	102	1,9	1	1,2
Wundhämatom/Nachblutung	0	0,0	117	2,2	1	1,2
Gefäßläsion	0	0,0	7	0,1	0	0,0
Nervenschaden	0	0,0	28	0,5	0	0,0
Fraktur	0	0,0	76	1,4	1	1,2
Sonstige	0	0,0	91	1,7	0	0,0
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten	0	0,0	140	2,7	1	1,2
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	0 / 0		45 / 140	32,1	1 / 1	100,0
A2 (tiefe Infektion)	0 / 0		87 / 140	62,1	0 / 1	0,0
A3 (Räume/Organe)	0 / 0		8 / 140	5,7	0 / 1	0,0
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich	1	1,2	282	5,3	1	1,2

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	2	2,3	369	7,0	1	1,2
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie	0	0,0	28	0,5	0	0,0
kardiovaskuläre Komplikation(en)	0	0,0	134	2,5	0	0,0
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose	0	0,0	7	0,1	0	0,0
Lungenembolie	0	0,0	10	0,2	0	0,0
Sonstige	2	2,3	238	4,5	1	1,2

Entlassung I

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich¹ (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen) wenn nein:	80	93,0	4.937	94,7	81	98,8
selbständiges Gehen vor der Fraktur ¹	0	0,0	79	28,8	0	0,0
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich¹ (zum Beispiel Toilettengang, Waschen) wenn nein:	84	97,7	4.943	94,9	79	96,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur ¹	0	0,0	58	21,6	1	33,3

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit geänderten Rechenregeln 2009 berechnet und können von den Auswertungen 2008 abweichen.

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	64	74,4	3.264	61,9	63	76,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,0	246	4,7	1	1,2
03: aus sonstigen Gründen	0	0,0	4	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	9	0,2	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,0	1	0,0	0	0,0
06: Verlegung	1	1,2	205	3,9	2	2,4
07: Tod	0	0,0	66	1,3	0	0,0
08: Verlegung nach § 14	1	1,2	20	0,4	1	1,2
09: in Rehabilitationseinrichtung	20	23,3	1.334	25,3	15	18,3
10: in Pflegeeinrichtung	0	0,0	88	1,7	0	0,0
11: in Hospiz	0	0,0	1	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung	0	0,0	19	0,4	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,0	2	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung	0	0,0	5	0,1	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)	0	0,0	3	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung	0	0,0	1	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0,0	2	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme	0	0,0	6	0,1	0	0,0
22: Fallabschluss	0	0,0	1	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01	Behandlung regulär beendet	15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16	Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den 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		

Anhang: OPS 2009

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	112 / 5.277	2,1	1 / 82	1,2
5-821.11 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 86	0,0	67 / 5.277	1,3	1 / 82	1,2
5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	1 / 86	1,2	55 / 5.277	1,0	3 / 82	3,7
5-821.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 86	0,0	27 / 5.277	0,5	0 / 82	0,0
5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 86	0,0	19 / 5.277	0,4	1 / 82	1,2
5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	99 / 5.277	1,9	0 / 82	0,0
5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese	0 / 86	0,0	9 / 5.277	0,2	0 / 82	0,0

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige	0 / 86	0,0	23 / 5.277	0,4	0 / 82	0,0
5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert	5 / 86	5,8	261 / 5.277	4,9	6 / 82	7,3
5-821.21 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau	10 / 86	11,6	239 / 5.277	4,5	9 / 82	11,0
5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.	4 / 86	4,7	217 / 5.277	4,1	7 / 82	8,5
5-821.23 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Pfannenbodenaufbau	2 / 86	2,3	351 / 5.277	6,7	1 / 82	1,2
5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	11 / 86	12,8	519 / 5.277	9,8	7 / 82	8,5

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes	16 / 86	18,6	474 / 5.277	9,0	17 / 82	20,7
5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	28 / 5.277	0,5	0 / 82	0,0
5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 86	0,0	32 / 5.277	0,6	0 / 82	0,0
5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 86	0,0	10 / 5.277	0,2	0 / 82	0,0
5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	54 / 5.277	1,0	0 / 82	0,0
5-821.2a Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel	13 / 86	15,1	587 / 5.277	11,1	11 / 82	13,4

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige	1 / 86	1,2	30 / 5.277	0,6	0 / 82	0,0
5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	128 / 5.277	2,4	1 / 82	1,2
5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	3 / 86	3,5	275 / 5.277	5,2	1 / 82	1,2
5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	2 / 86	2,3	83 / 5.277	1,6	5 / 82	6,1
5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	1 / 86	1,2	348 / 5.277	6,6	2 / 82	2,4
5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige	0 / 86	0,0	20 / 5.277	0,4	0 / 82	0,0
5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	6 / 86	7,0	281 / 5.277	5,3	5 / 82	6,1

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	3 / 86	3,5	132 / 5.277	2,5	2 / 82	2,4
5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	1 / 86	1,2	88 / 5.277	1,7	2 / 82	2,4
5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	280 / 5.277	5,3	2 / 82	2,4
5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige	1 / 86	1,2	25 / 5.277	0,5	0 / 82	0,0
5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	59 / 5.277	1,1	0 / 82	0,0
5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	1 / 86	1,2	37 / 5.277	0,7	1 / 82	1,2

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 86	0,0	55 / 5.277	1,0	0 / 82	0,0
5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese	1 / 86	1,2	107 / 5.277	2,0	0 / 82	0,0
5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige	1 / 86	1,2	10 / 5.277	0,2	0 / 82	0,0
5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	32 / 5.277	0,6	0 / 82	0,0
5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 86	0,0	17 / 5.277	0,3	0 / 82	0,0
5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	1 / 86	1,2	13 / 5.277	0,2	0 / 82	0,0

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	123 / 5.277	2,3	0 / 82	0,0
5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige	0 / 86	0,0	17 / 5.277	0,3	0 / 82	0,0
5-821.f0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	18 / 5.277	0,3	0 / 82	0,0
5-821.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 86	0,0	30 / 5.277	0,6	0 / 82	0,0
5-821.f2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 86	0,0	28 / 5.277	0,5	0 / 82	0,0
5-821.f3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	2 / 86	2,3	47 / 5.277	0,9	0 / 82	0,0
5-821.f4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	18 / 5.277	0,3	0 / 82	0,0

Anhang: OPS 2009 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009		Krankenhaus 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-821.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige	0 / 86	0,0	15 / 5.277	0,3	0 / 82	0,0
5-821.j0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert	1 / 86	1,2	34 / 5.277	0,6	0 / 82	0,0
5-821.j1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.	2 / 86	2,3	10 / 5.277	0,2	0 / 82	0,0
5-821.j2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 86	0,0	6 / 5.277	0,1	0 / 82	0,0
5-821.jx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Sonstige	1 / 86	1,2	6 / 5.277	0,1	1 / 82	1,2

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2009.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2009 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2008 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 © 2009. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2008 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2009 überarbeitet worden sind.

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

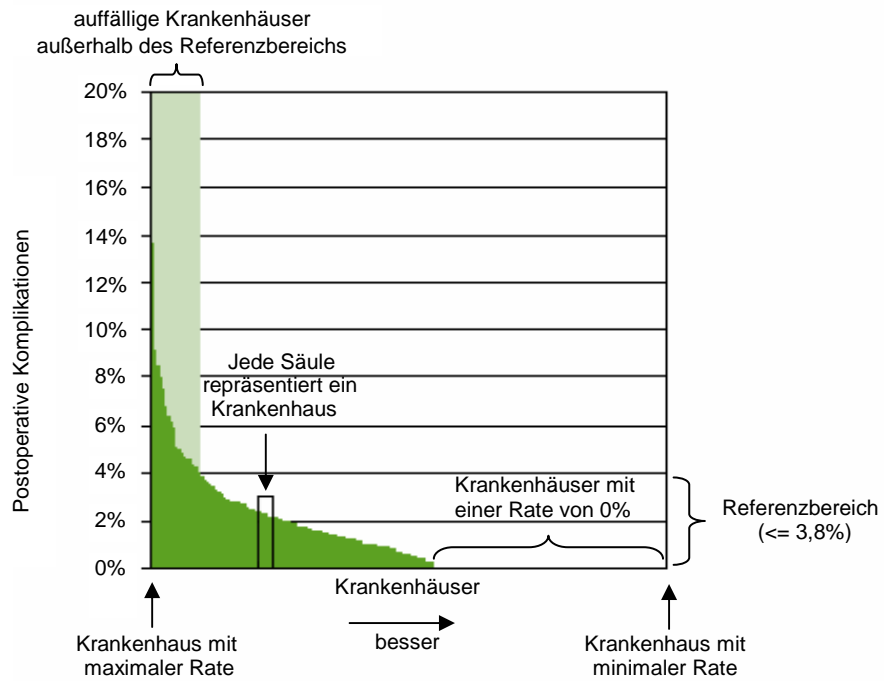
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

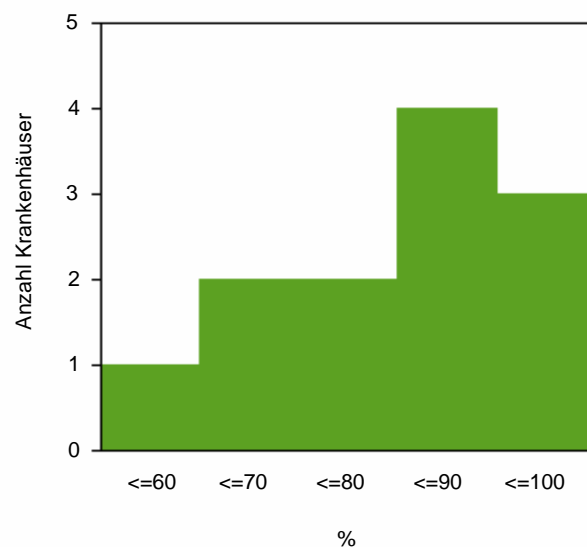
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
 Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)

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

Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2009/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2009.

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse

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

Rate

Siehe Anteil

Statistische Maßzahlen

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

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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