

# Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 273  
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.911  
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10527-L70525-P33153

# Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

## Qualitätsindikatoren

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 273  
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.911  
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10527-L70525-P33153

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n2-HUEFT-TEP/1082 <b>QI 1: Indikation</b>	773 / 787	98,2%	95,1%	>= 90%	1.2
2010/17n2-HUEFT-TEP/265 <b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>	779 / 787	99,0%	99,6%	>= 95%	1.4
<b>QI 3: Postoperative Beweglichkeit</b> 2010/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert	786 / 787	99,9%	98,0%	>= 95%	1.7
2010/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70	773 / 786	98,3%	99,2%	>= 95%	1.8
2010/17n2-HUEFT-TEP/264 <b>QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung</b>	1 / 786	0,1%	0,2%	<= 1,7%	1.12
2010/17n2-HUEFT-TEP/447 <b>QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden</b>	1 / 787	0,1%	0,3%	<= 2%	1.15
2010/17n2-HUEFT-TEP/449 <b>QI 6: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur</b>	2 / 787	0,3%	0,9%	<= 2%	1.17
2010/17n2-HUEFT-TEP/451 <b>QI 7: Endoprothesenluxation</b>	1 / 787	0,1%	0,3%	<= 5%	1.19
2010/17n2-HUEFT-TEP/452 <b>QI 8: Postoperative Wundinfektion</b>	1 / 787	0,1%	0,4%	<= 3%	1.21
2010/17n2-HUEFT-TEP/454 <b>QI 9: Wundhämatome/ Nachblutungen</b>	7 / 787	0,9%	1,0%	<= 8%	1.27
2010/17n2-HUEFT-TEP/455 <b>QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>	1 / 787	0,1%	1,0%	<= 4,0%	1.30

<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
2010/17n2-HUEFT-TEP/456 <b>QI 11: Reoperationen wegen Komplikation</b>	4 / 787	0,5%	1,5%	<= 9%	1.33
2010/17n2-HUEFT-TEP/457 <b>QI 12: Letalität</b>	0 / 787	0,0%	0,2%	Sentinel Event	1.35

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

### Qualitätsindikator 1: Indikation

<b>Qualitätsziel:</b>	Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten
<b>Kennzahl-ID:</b>	2010/17n2-HUEFT-TEP/1082
<b>Referenzbereich:</b>	>= 90% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		
	Anzahl	%	Anzahl	%	
<b>Röntgenologische Kriterien</b>					
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>					
Gruppe 1	0 Punkte	0 / 787	0,0%	39 / 33.911	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte	1 / 787	0,1%	152 / 33.911	0,4%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte	11 / 787	1,4%	1.424 / 33.911	4,2%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte	654 / 787	83,1%	26.724 / 33.911	78,8%
Gruppe 5	10 Punkte	121 / 787	15,4%	5.572 / 33.911	16,4%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte	775 / 787	98,5%	32.296 / 33.911	95,2%
<b>Schmerzen</b>					
Patienten mit Belastungsschmerz		282 / 787	35,8%	9.464 / 33.911	27,9%
Patienten mit Ruheschmerz		501 / 787	63,7%	24.244 / 33.911	71,5%

<sup>1</sup> Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungseinschränkung</b>				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 <sup>1</sup>	555 / 787	70,5%	17.484 / 33.911	51,6%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 <sup>2</sup>	427 / 787	54,3%	18.483 / 33.911	54,5%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang <sup>3</sup>	414 / 787	52,6%	14.039 / 33.911	41,4%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium	726 / 787	92,2%	25.257 / 33.911	74,5%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich Referenzbereich	773 / 787	98,2% 97,0% - 99,0% >= 90%	32.238 / 33.911	95,1% 94,8% - 95,3% >= 90%

<b>Vorjahresdaten*</b>	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich	773 / 774	99,9% 99,3% - 100,0%	31.935 / 34.671	92,1% 91,8% - 92,4%

<sup>1</sup> Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad

<sup>2</sup> Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

<sup>3</sup> Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

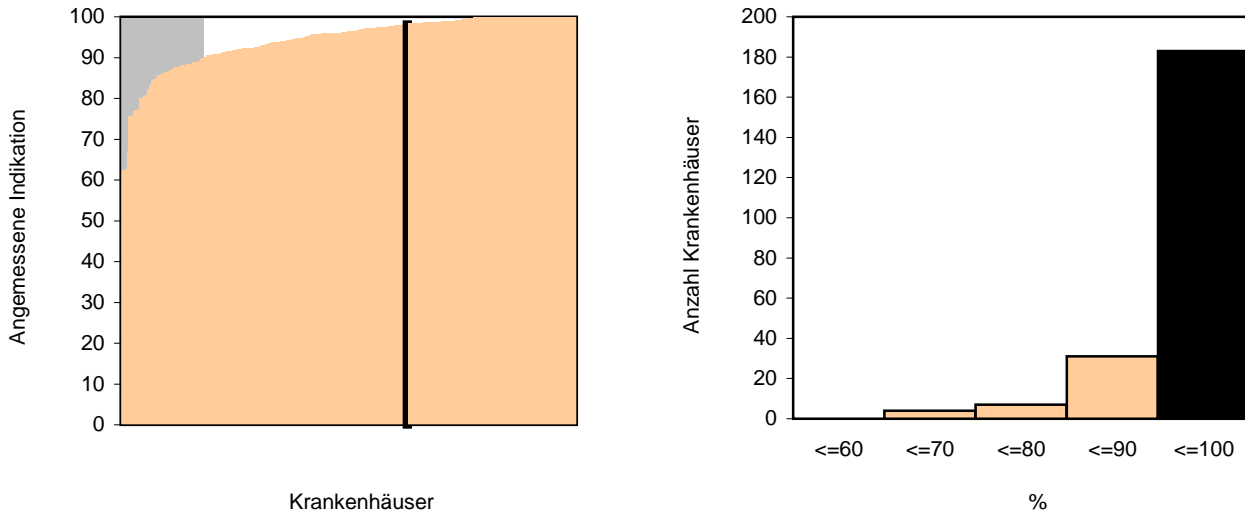
\* Die Vorjahresergebnisse können aufgrund einer geänderten Rechenregel von den Ergebnissen der Auswertung 2009 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/1082]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

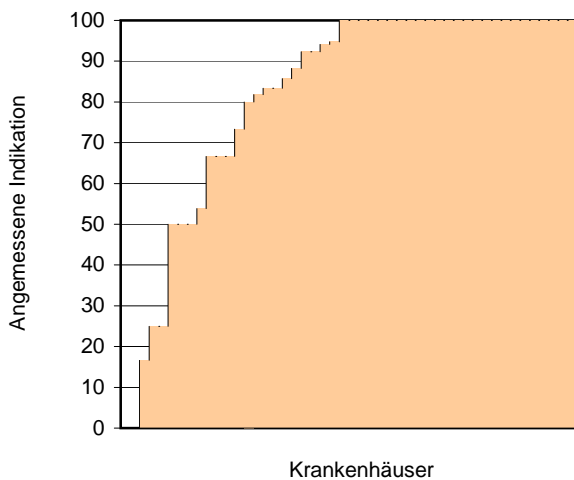
225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,5	80,6	86,4	91,8	96,4	99,3	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	16,7	25,0	70,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

<b>Qualitätsziel:</b>	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/17n2-HUEFT-TEP/265	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 95% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	779 / 787 99,0%	740 / 748 98,9%	39 / 39 100,0%
Vertrauensbereich	98,0% - 99,6%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	756 / 779 97,0%	721 / 740 97,4%	35 / 39 89,7%
Zweitgabe oder öfter	23 / 779 3,0%	19 / 740 2,6%	4 / 39 10,3%

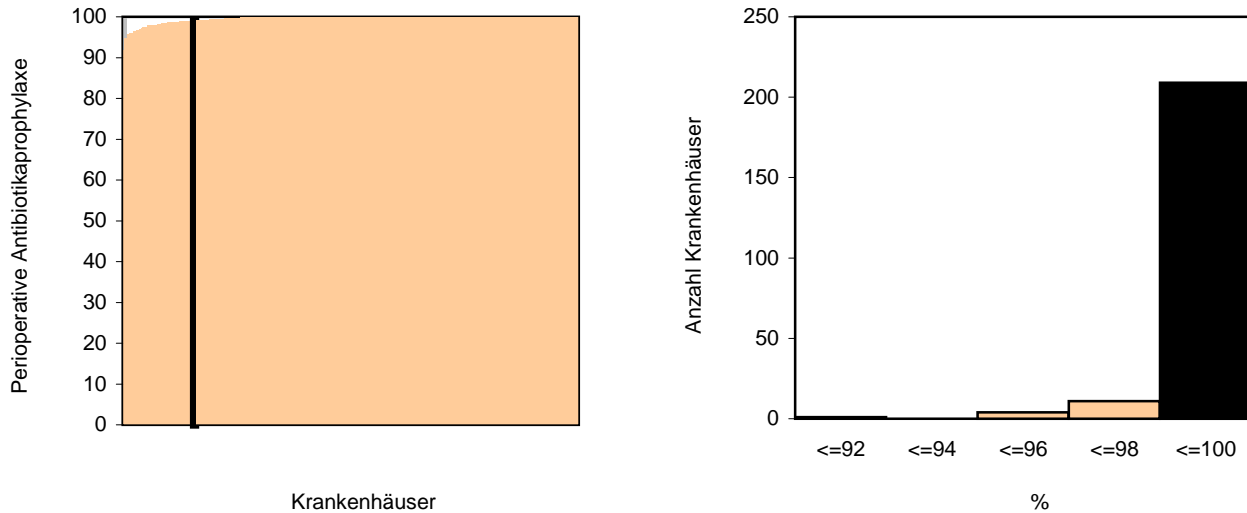
	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	33.772 / 33.911 99,6%	30.951 / 31.081 99,6%	2.821 / 2.830 99,7%
Vertrauensbereich	99,5% - 99,7%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	25.664 / 33.772 76,0%	23.698 / 30.951 76,6%	1.966 / 2.821 69,7%
Zweitgabe oder öfter	8.108 / 33.772 24,0%	7.253 / 30.951 23,4%	855 / 2.821 30,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	770 / 774 99,5% 98,7% - 99,9%	711 / 714 99,6%	59 / 60 98,3%

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	34.500 / 34.671 99,5% 99,4% - 99,6%	31.249 / 31.395 99,5%	3.251 / 3.276 99,2%

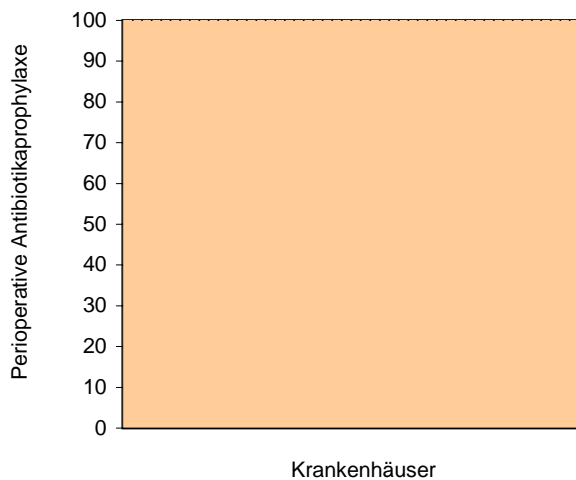
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/265]:  
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,8	97,4	98,6	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

**Qualitätsziel:** Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/70  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/2223  
**Referenzbereich:** >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit	786 / 787	99,9%	33.238 / 33.911	98,0%
Vertrauensbereich		99,3% - 100,0%		97,9% - 98,2%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit	773 / 774	99,9%	33.314 / 34.671	96,1%
Vertrauensbereich		99,3% - 100,0%		95,9% - 96,3%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/446

**Referenzbereich:** >= 95% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich	773 / 786	98,3% 97,2% - 99,1% >= 95%	32.974 / 33.238	99,2% 99,1% - 99,3% >= 95%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)	774 / 786	98,5%	33.061 / 33.238	99,5%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)	785 / 786	99,9%	33.148 / 33.238	99,7%

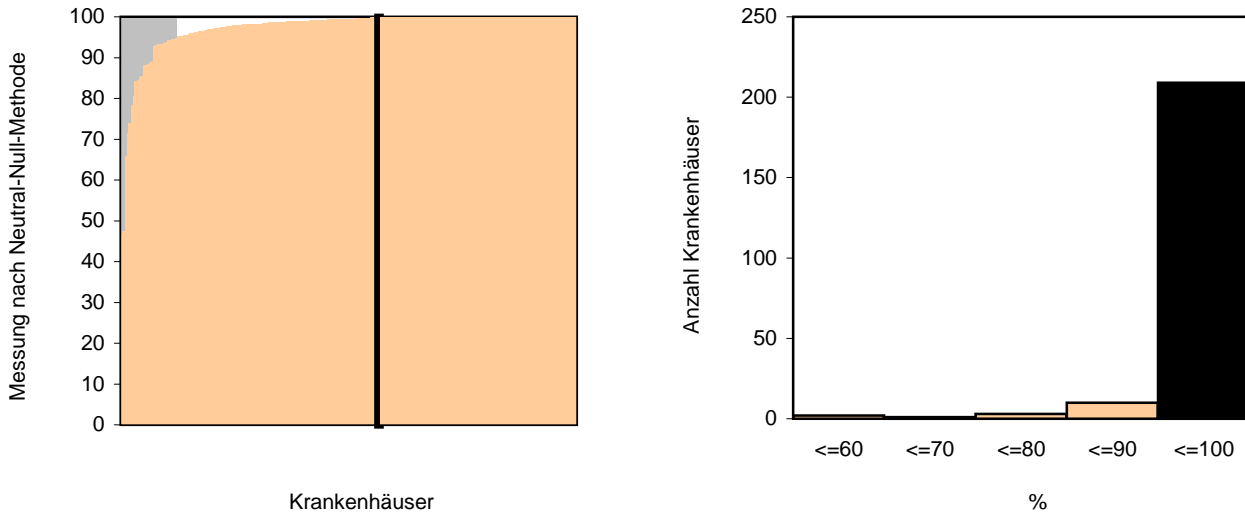
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich	768 / 773	99,4% 98,5% - 99,8%	32.963 / 33.314	98,9% 98,8% - 99,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/2223]:**

**Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

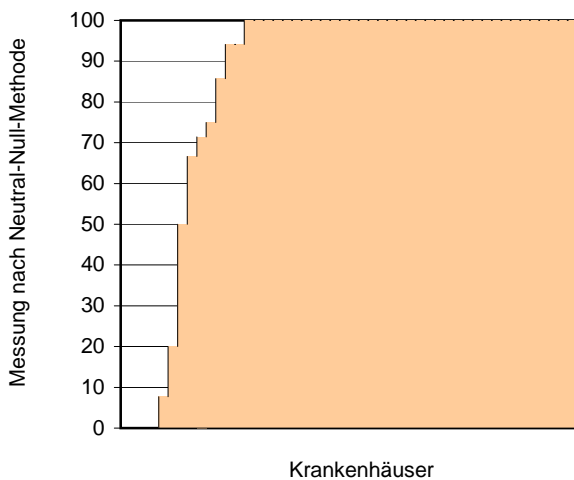
225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	46,4	88,1	93,6	97,9	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	7,7	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

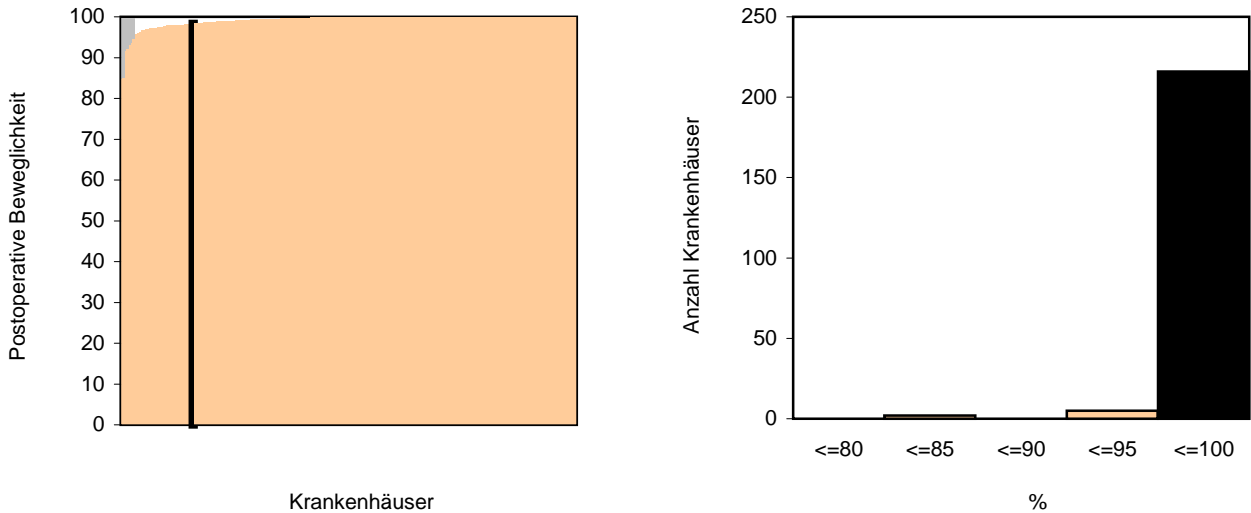
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/446]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

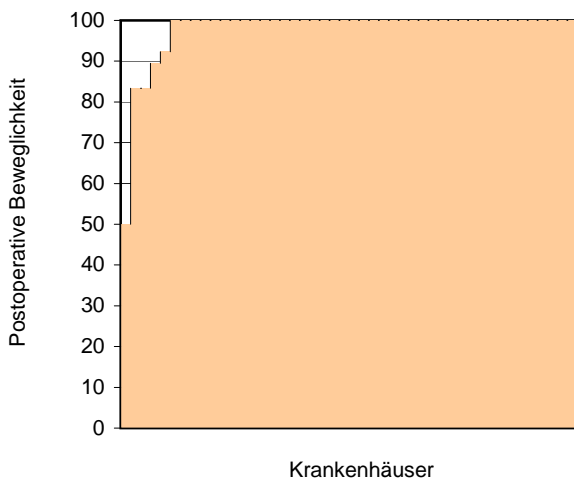
223 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,7	96,7	97,8	99,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

46 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0	83,3	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Grundgesamtheit:** Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und

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

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	760 / 772 98,4%	11 / 11 100,0%	2 / 2 100,0%	0 / 1 0,0%
	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	29.856 / 30.077 99,3%	1.750 / 1.767 99,0%	605 / 609 99,3%	763 / 785 97,2%

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

### Qualitätsindikator 4: Gehfähigkeit bei Entlassung

**Qualitätsziel:** Selten operationsbedingte Einschränkung des Gehens bei Entlassung

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit folgenden Entlassungsgründen:  
 - Behandlung regulär beendet  
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus  
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  
 und  
 Gruppe 1: alle Patienten  
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 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>

**Kennzahl-ID:** Gruppe 1: 2010/17n2-HUEFT-TEP/264

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich	785 / 786	99,9%	33.343 / 33.519	99,5%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)	1 / 786	0,1%	64 / 33.519	0,2%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,7%		0,1% - 0,2%
Referenzbereich		<= 1,7%		<= 1,7%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)	1 / 772	0,1%	35 / 30.337	0,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)	0 / 11	0,0%	10 / 1.783	0,6%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)	0 / 2	0,0%	5 / 615	0,8%
Gruppe 5 (> 25 Tage)	0 / 1	0,0%	14 / 784	1,8%

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

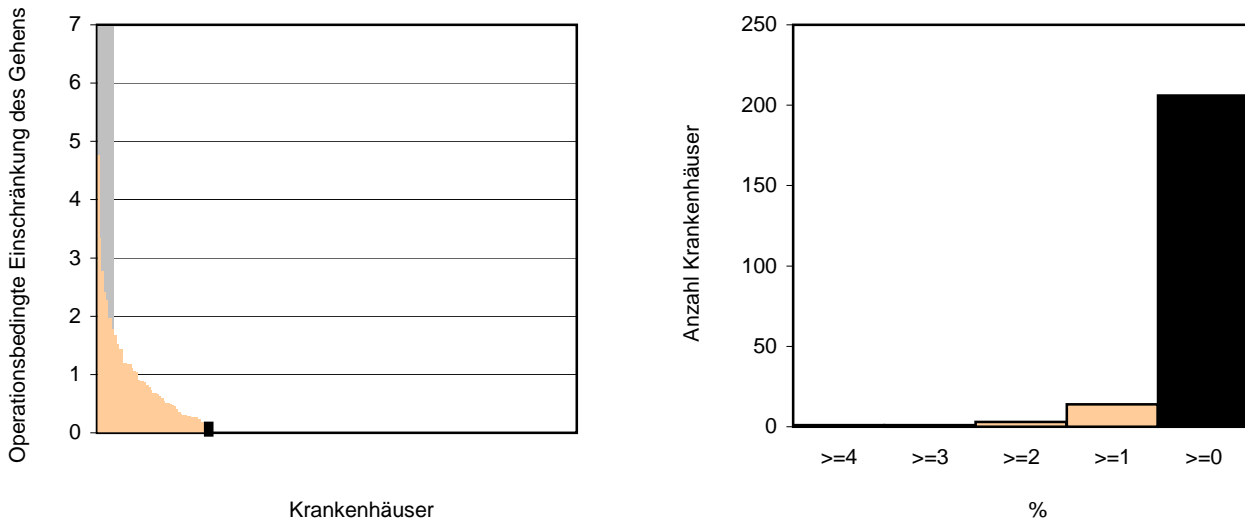
<sup>2</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung <sup>1</sup>  Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich	0 / 774	0,0% 0,0% - 0,5%	86 / 34.370	0,3% 0,2% - 0,3%

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

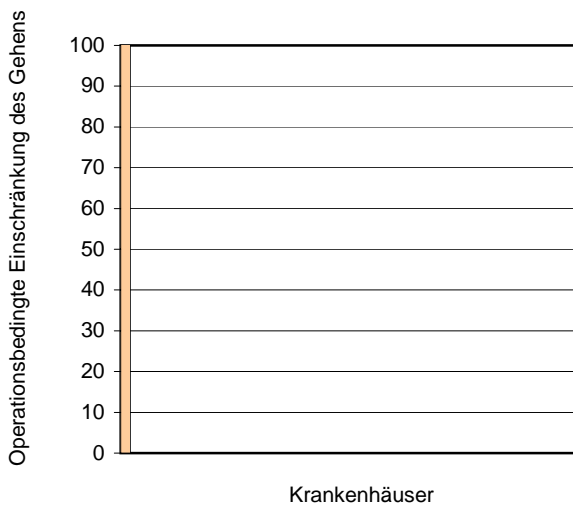
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/264]:  
 Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den  
 Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



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	0,9	1,4	4,8

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/447

**Referenzbereich:** <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion	0 / 787	0,0%	15 / 33.911	0,0%
Patienten mit Nervenschaden	1 / 787	0,1%	87 / 33.911	0,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	1 / 787	0,1%	101 / 33.911	0,3%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,7%		0,2% - 0,4%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

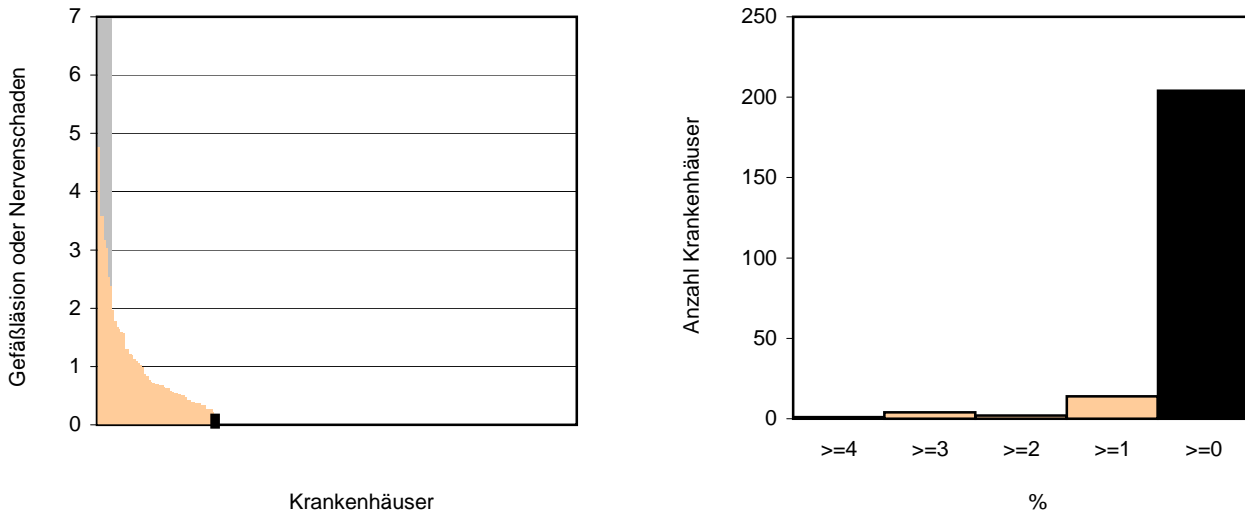
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	2 / 774	0,3%	126 / 34.671	0,4%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,9%		0,3% - 0,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/447]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

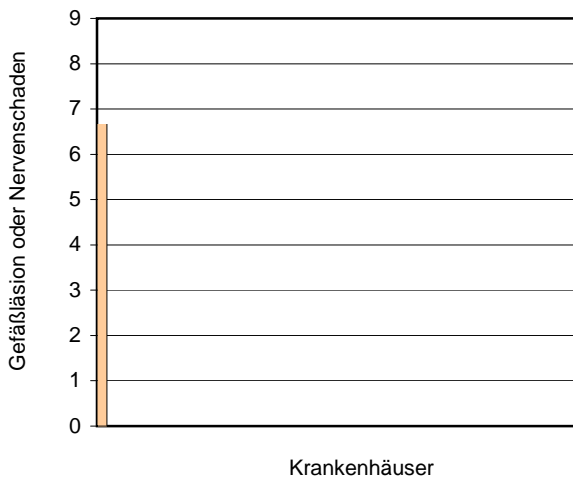
225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



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	0,9	1,6	4,8

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	6,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/449

**Referenzbereich:** <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage	0 / 787	0,0%	19 / 33.911	0,1%
Patienten mit Implantatdislokation	0 / 787	0,0%	48 / 33.911	0,1%
Patienten mit Fraktur	2 / 787	0,3%	260 / 33.911	0,8%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	2 / 787	0,3%	318 / 33.911	0,9%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,9%		0,8% - 1,0%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

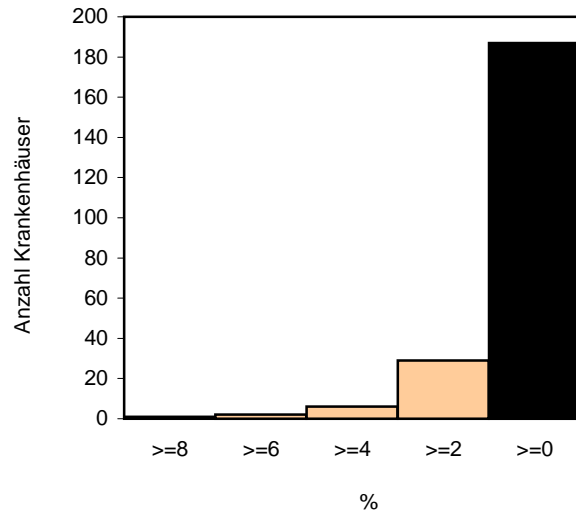
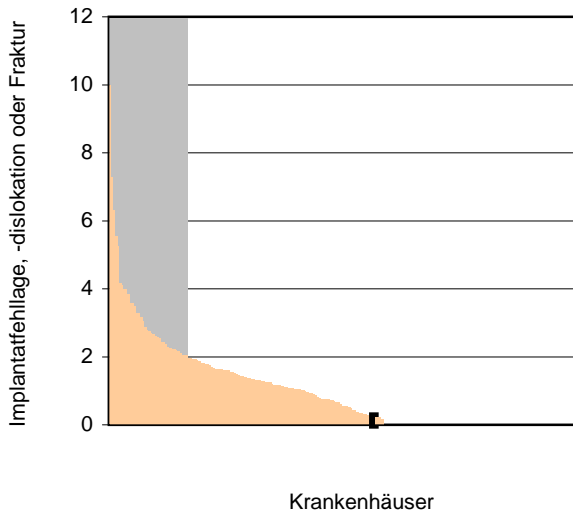
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	2 / 774	0,3%	309 / 34.671	0,9%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,9%		0,8% - 1,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/449]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

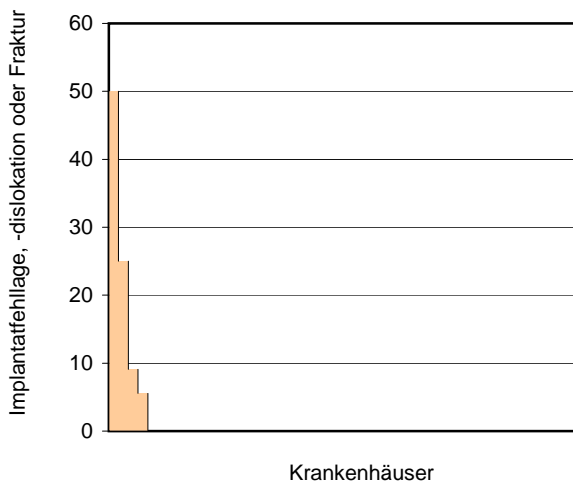
225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,6	2,6	3,6	10,0

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	9,1	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation

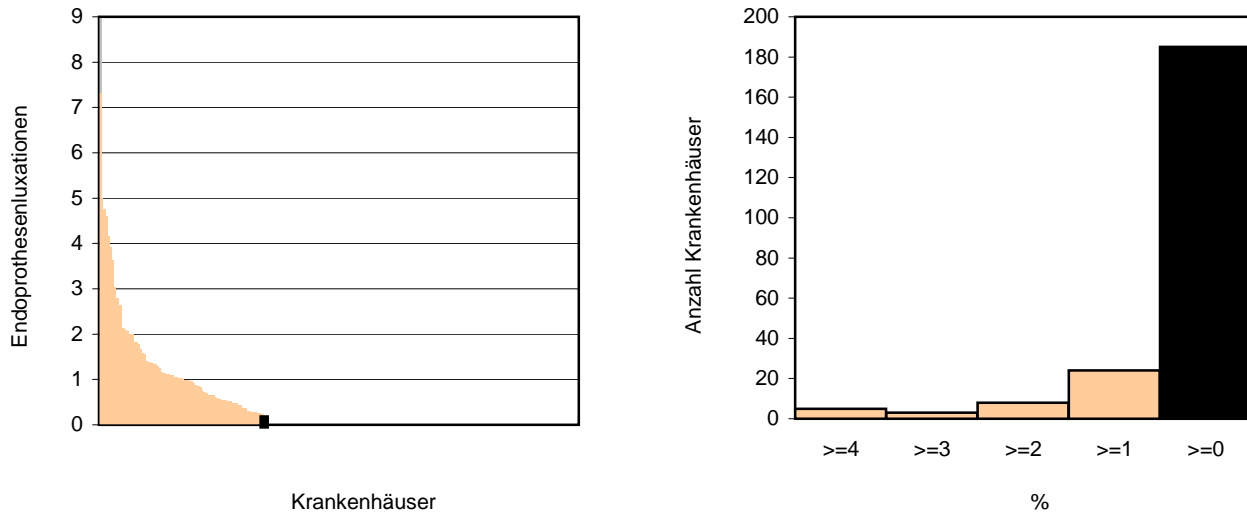
**Qualitätsziel:** Selten Endoprothesenluxation  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/451  
**Referenzbereich:** <= 5% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich Referenzbereich	1 / 787	0,1% 0,0% - 0,7% <= 5%	117 / 33.911	0,3% 0,3% - 0,4% <= 5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich	0 / 774	0,0% 0,0% - 0,5%	129 / 34.671	0,4% 0,3% - 0,4%

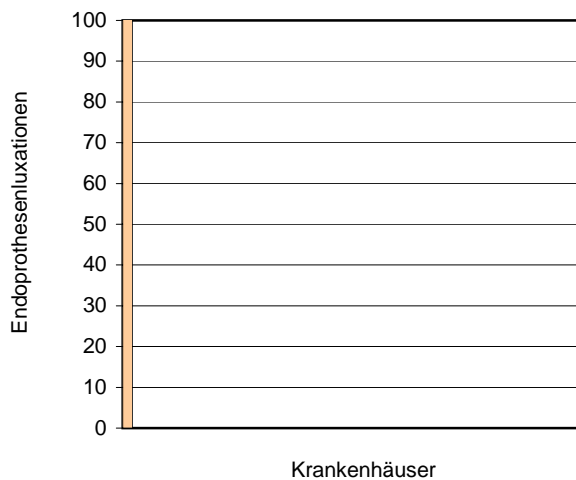
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/451]:  
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,4	2,1	7,3

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/452

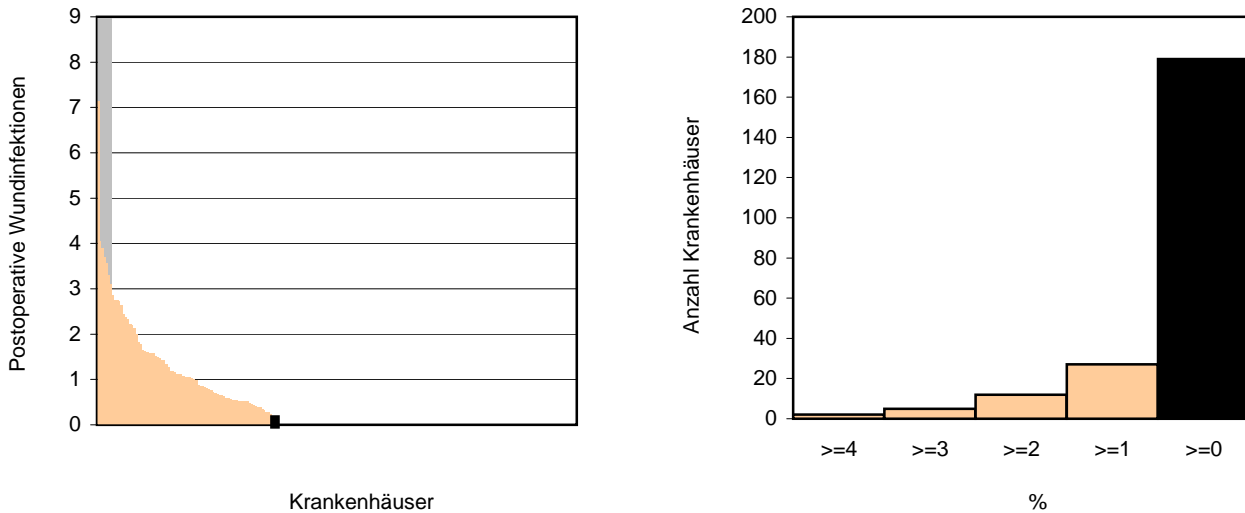
**Referenzbereich:** <= 3% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich	1 / 787	0,1% 0,0% - 0,7% <= 3%	151 / 33.911	0,4% 0,4% - 0,5% <= 3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	1 / 787	0,1%	72 / 33.911	0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 787	0,0%	79 / 33.911	0,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich	3 / 774	0,4% 0,1% - 1,1%	193 / 34.671	0,6% 0,5% - 0,6%

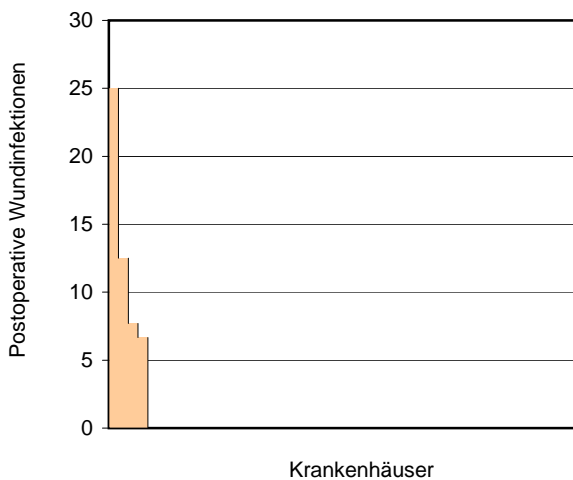
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/452]:  
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,6	2,6	7,1

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	7,7	25,0

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 $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 93 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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0	537 / 787	68,2%	17.607 / 33.911	51,9%
Risikoklasse 1	217 / 787	27,6%	13.019 / 33.911	38,4%
Risikoklasse 2	33 / 787	4,2%	3.271 / 33.911	9,6%
Risikoklasse 3	0 / 787	0,0%	14 / 33.911	0,0%

<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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	1 / 537	0,2%	44 / 17.607	0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	1 / 537	0,2%	22 / 17.607	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 537	0,0%	22 / 17.607	0,1%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 217	0,0%	65 / 13.019	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 217	0,0%	33 / 13.019	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 217	0,0%	32 / 13.019	0,2%

<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 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 33	0,0%	40 / 3.271	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 33	0,0%	17 / 3.271	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 33	0,0%	23 / 3.271	0,7%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0		2 / 14	14,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0		0 / 14	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 0		2 / 14	14,3%

<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)

### Qualitätsindikator 9: Wundhämatome/Nachblutungen

**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/454

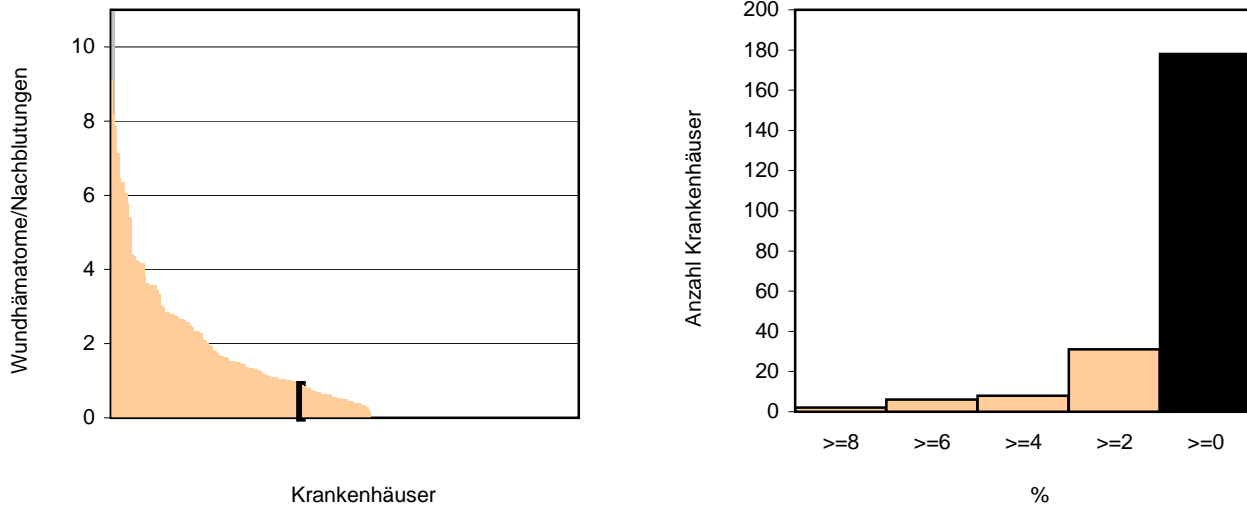
**Referenzbereich:** <= 8% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung Vertrauensbereich Referenzbereich	7 / 787	0,9% 0,4% - 1,8% <= 8%	330 / 33.911	1,0% 0,9% - 1,1% <= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung Vertrauensbereich	3 / 774	0,4% 0,1% - 1,1%	361 / 34.671	1,0% 0,9% - 1,2%

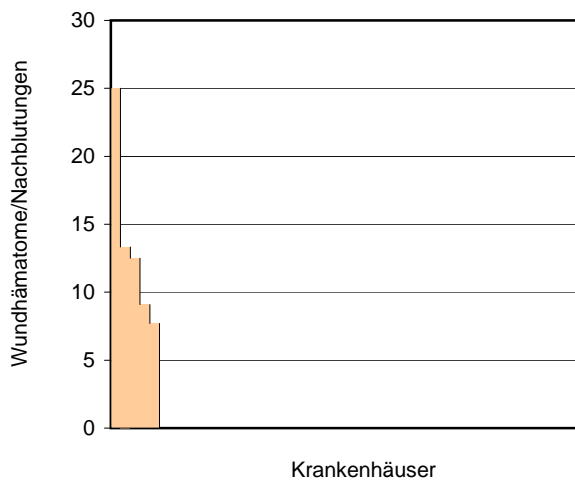
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/454]:  
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,6	3,4	4,3	9,1

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	7,7	12,5	25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 20 - 60 min  
 Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min  
 Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min  
 Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	2 / 204 1,0%	4 / 544 0,7%	1 / 39 2,6%	0 / 0

	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	64 / 7.815 0,8%	224 / 23.266 1,0%	35 / 2.516 1,4%	7 / 314 2,2%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

### Qualitätsindikator 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten allgemeine postoperative Komplikationen		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 bis 2	
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 bis 4	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/17n2-HUEFT-TEP/455	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	<= 4,0% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	0 / 787 0,0%	0 / 694 0,0%	0 / 93 0,0%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	0 / 787 0,0%	0 / 694 0,0%	0 / 93 0,0%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	0 / 787 0,0%	0 / 694 0,0%	0 / 93 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 787 0,1%	0 / 694 0,0%	1 / 93 1,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	2 / 787 0,3%	2 / 694 0,3%	0 / 93 0,0%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	1 / 787 0,1%	0 / 694 0,0%	1 / 93 1,1%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,7%		
Referenzbereich	<= 4,0%		

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	62 / 33.911 0,2%	19 / 23.868 0,1%	43 / 10.037 0,4%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	248 / 33.911 0,7%	87 / 23.868 0,4%	161 / 10.037 1,6%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	42 / 33.911 0,1%	20 / 23.868 0,1%	22 / 10.037 0,2%
Patienten mit Lungenembolie	29 / 33.911 0,1%	10 / 23.868 0,0%	19 / 10.037 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	646 / 33.911 1,9%	312 / 23.868 1,3%	334 / 10.037 3,3%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	355 / 33.911 1,0% 0,9% - 1,2% <= 4,0%	127 / 23.868 0,5%	228 / 10.037 2,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	1 / 774 0,1% 0,0% - 0,7%	1 / 640 0,2%	0 / 134 0,0%

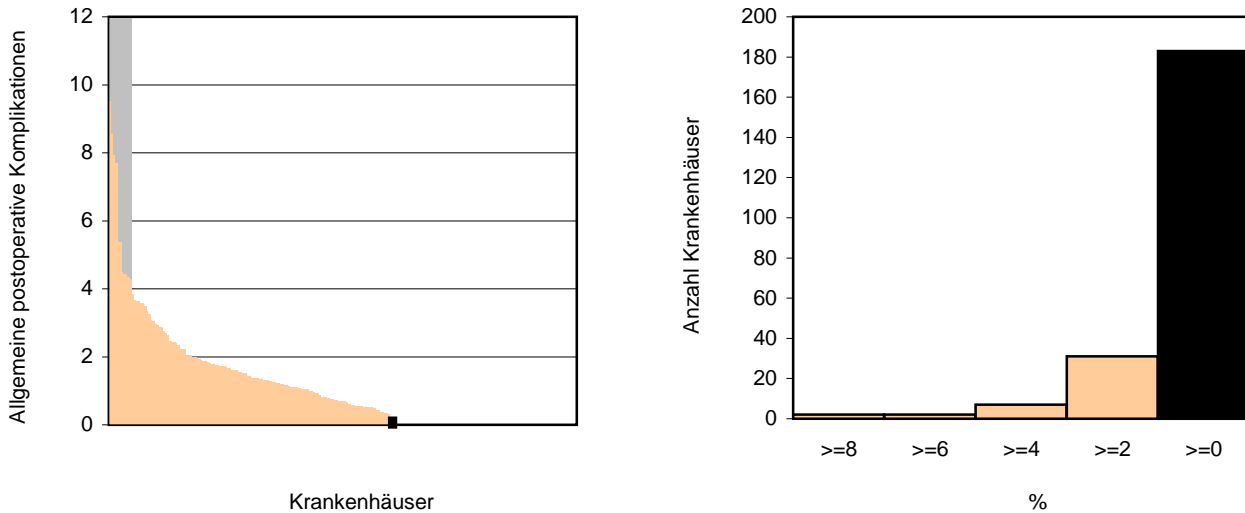
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	391 / 34.671 1,1% 1,0% - 1,2%	137 / 24.112 0,6%	254 / 10.554 2,4%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/455]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

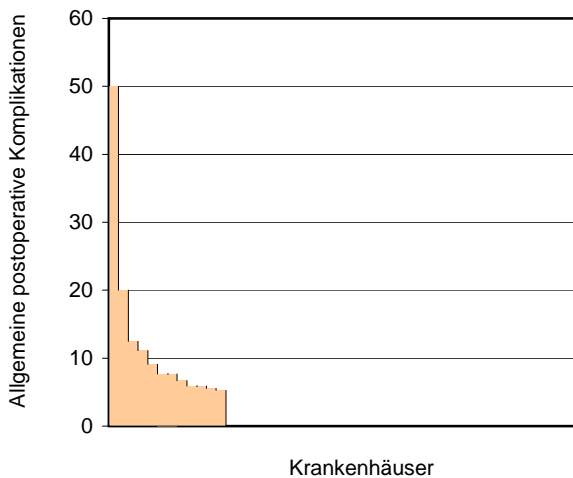
225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,7	3,0	3,8	9,5

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	9,1	12,5	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Reoperationen wegen Komplikation

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/456

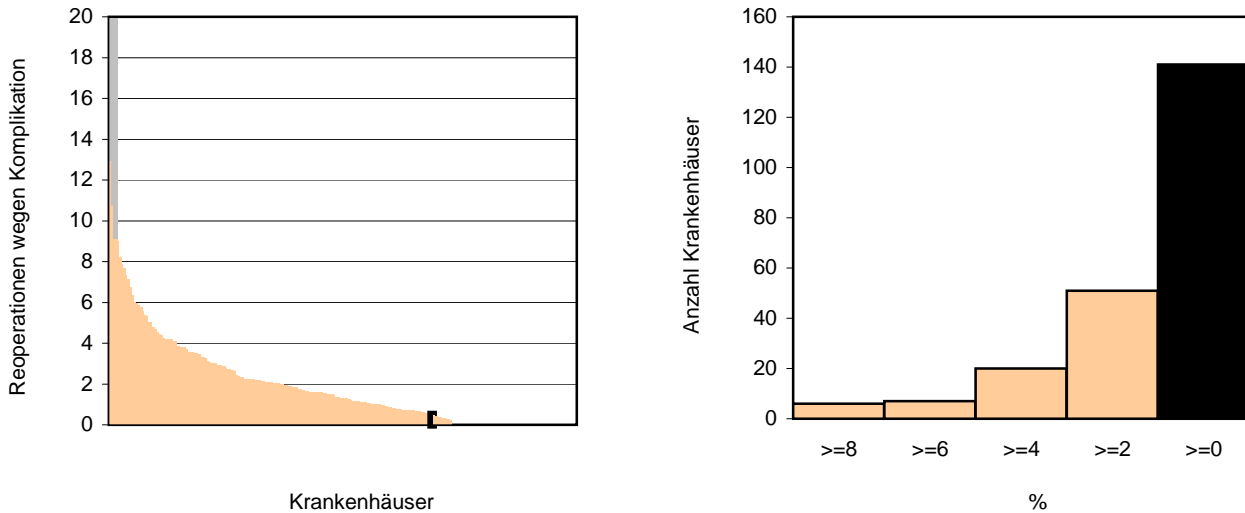
**Referenzbereich:** <= 9% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	4 / 787	0,5%	507 / 33.911	1,5%
Vertrauensbereich		0,1% - 1,3%		1,4% - 1,6%
Referenzbereich		<= 9%		<= 9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	4 / 774	0,5%	568 / 34.671	1,6%
Vertrauensbereich		0,1% - 1,3%		1,5% - 1,8%

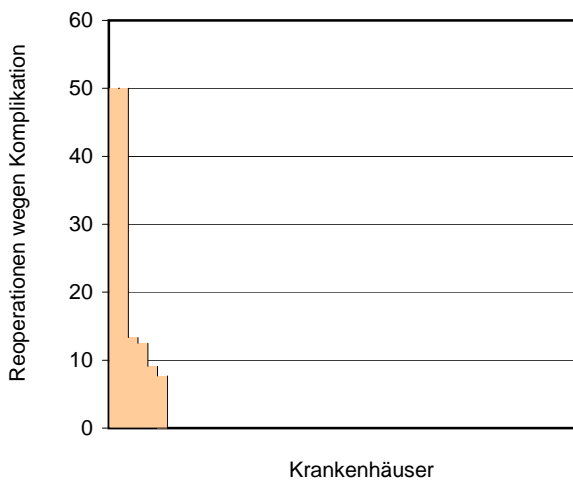
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/456]:  
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,8	4,7	6,3	12,9

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	9,1	13,3	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 12: Letalität

**Qualitätsziel:** Geringe Letalität  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/457  
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 787	0,0%	66 / 33.911	0,2%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,5%		0,2% - 0,2%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

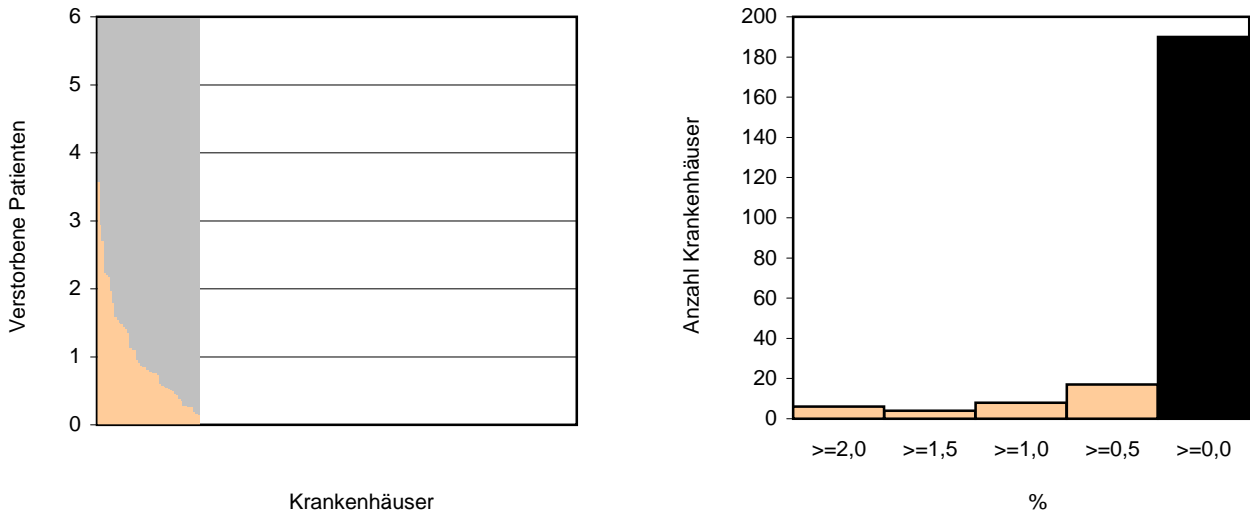
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 774	0,0%	55 / 34.671	0,2%
Vertrauensbereich		0,0% - 0,5%		0,1% - 0,2%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/457]:  
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

225 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

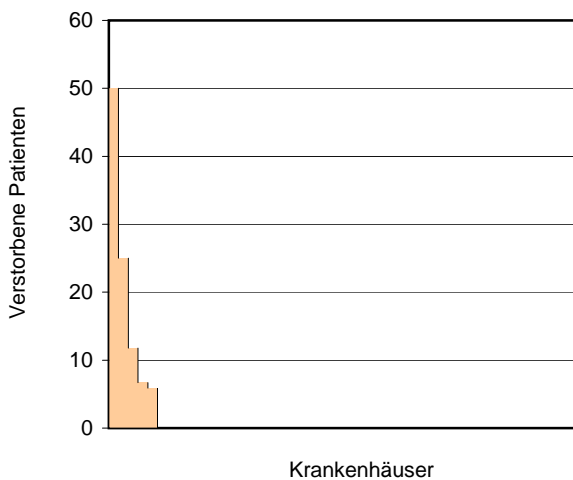


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	3,6

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

48 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle und wird daher nicht dargestellt.



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	5,9	11,8	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Grundgesamtheit:**  
 Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2  
 Gruppe 2: Patienten mit ASA 3  
 Gruppe 3: Patienten mit ASA 4  
 Gruppe 4: Patienten mit ASA 5

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3	Patienten mit ASA 4	Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 694 0,0%	0 / 93 0,0%	0 / 0	0 / 0

	Gesamt 2010			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3	Patienten mit ASA 4	Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	16 / 23.868 0,1%	44 / 9.843 0,4%	6 / 194 3,1%	0 / 6 0,0%

# Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 273  
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.911  
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10527-L70525-P33153

## Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal	223	28,3	9.579	28,2	222	28,7
2. Quartal	201	25,5	8.529	25,2	196	25,3
3. Quartal	179	22,7	7.867	23,2	184	23,8
4. Quartal	184	23,4	7.936	23,4	172	22,2
Gesamt	787		33.911		774	

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	787		33.911		774	
Median		1,0		1,0		1,0
Mittelwert		1,1		1,4		1,1
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	787		33.911		774	
Median		8,0		11,0		8,0
Mittelwert		9,1		12,2		9,2
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	787		33.911		774	
Median		9,0		13,0		9,0
Mittelwert		10,2		13,5		10,3

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Krankenhaus 2010

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
5	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
6	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
7	Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen
8	Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Krankenhaus 2009		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1	M16.1	468	59,5	M16.1	26.527	78,2	M16.1	516	66,7
2	D62	391	49,7	I10.00	9.988	29,5	D62	370	47,8
3	I10.00	280	35,6	D62	8.965	26,4	I10.00	232	30,0
4	M16.3	172	21,9	Z96.6	3.576	10,5	Z29.8	108	14,0
5	Z96.6	149	18,9	M16.3	2.516	7,4	Z29.2	107	13,8
6	E66.00	76	9,7	I10.90	2.307	6,8	M16.3	107	13,8
7	Z29.8	68	8,6	E11.90	2.200	6,5	Z96.6	105	13,6
8	Z29.2	65	8,3	E87.6	1.324	3,9	Z46.7	48	6,2

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2009 und ICD-10-GM 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

### OPS 2010<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Krankenhaus 2010

1	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsehaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
2	5-986	Minimalinvasive Technik
3	5-800.5g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk
4	5-784.0d	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken
5	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert

### OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Krankenhaus 2009		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1	5-820.94	478	60,7	5-820.00	21.398	63,1	5-820.94	300	38,8
2	5-986	324	41,2	5-820.02	5.573	16,4	5-820.00	289	37,3
3	5-800.5g	271	34,4	5-986	5.055	14,9	5-986	272	35,1
4	5-784.0d	148	18,8	5-820.01	3.215	9,5	5-800.5g	202	26,1
5	5-820.00	140	17,8	8-930	2.867	8,5	5-820.02	158	20,4

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2009 und OPS 2010 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<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

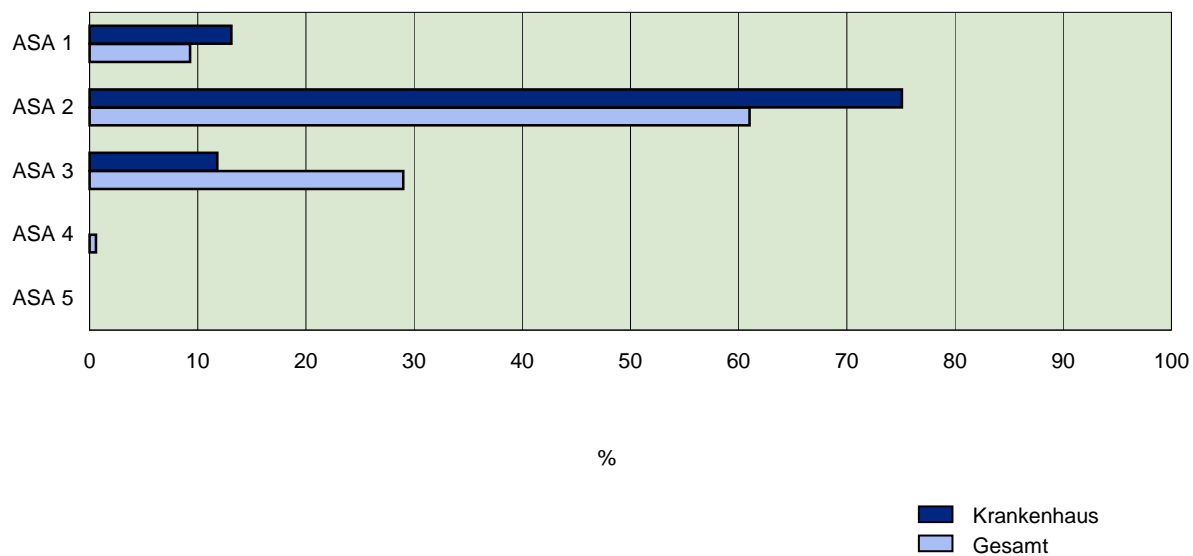
**Zusatz-OPS-Kodes**

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation	0 / 787	0,0	53 / 33.911	0,2	1 / 774	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik	324 / 787	41,2	5.055 / 33.911	14,9	272 / 774	35,1
5-987 Anwendung eines OP-Roboters	0 / 787	0,0	3 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems	0 / 787	0,0	686 / 33.911	2,0	1 / 774	0,1

## Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	787 / 787		33.911 / 33.911		774 / 774	
< 50 Jahre	64 / 787	8,1	1.957 / 33.911	5,8	61 / 774	7,9
50 - 59 Jahre	159 / 787	20,2	4.845 / 33.911	14,3	149 / 774	19,3
60 - 69 Jahre	276 / 787	35,1	8.997 / 33.911	26,5	281 / 774	36,3
70 - 79 Jahre	243 / 787	30,9	13.402 / 33.911	39,5	235 / 774	30,4
80 - 89 Jahre	44 / 787	5,6	4.543 / 33.911	13,4	47 / 774	6,1
>= 90 Jahre	1 / 787	0,1	167 / 33.911	0,5	1 / 774	0,1
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	787		33.911		774	
Median		66,0		70,0		67,0
Mittelwert		64,9		68,5		65,1
<b>Geschlecht</b>						
männlich	305	38,8	12.870	38,0	330	42,6
weiblich	482	61,2	21.041	62,0	444	57,4
<b>Simultaneingriff an der kontralateralen Seite</b>						
dokumentiert	4	0,5	318	0,9	4	0,5
nicht dokumentiert	1	0,1	101	0,3	1	0,1
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	103	13,1	3.169	9,3	55	7,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	591	75,1	20.699	61,0	585	75,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	93	11,8	9.843	29,0	132	17,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0,0	194	0,6	2	0,3
5: moribunder Patient	0	0,0	6	0,0	0	0,0

### Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>						
Ruheschmerz	501	63,7	24.244	71,5	445	57,5
Belastungsschmerz	282	35,8	9.464	27,9	327	42,2
keine Schmerzen	4	0,5	203	0,6	2	0,3
<b>Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah</b>						
	23	2,9	2.113	6,2	39	5,0

## Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>	783	99,5	31.279	92,2	774	100,0
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben	783		31.279		774	
<b>Winkel Extension (Grad)</b> Median		0,0		0,0		0,0
Mittelwert		0,0		0,3		0,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median		5,0		0,0		5,0
Mittelwert		5,5		3,2		4,8
<b>Winkel Flexion (Grad)</b> Median		90,0		90,0		85,0
Mittelwert		89,3		86,5		88,3
<b>Ab-/Adduktion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben	783		31.279		774	
<b>Winkel Abduktion (Grad)</b> Median		20,0		15,0		20,0
Mittelwert		17,8		16,4		17,6
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median		0,0		0,0		0,0
Mittelwert		0,0		0,1		0,1
<b>Winkel Adduktion (Grad)</b> Median		10,0		10,0		10,0
Mittelwert		9,3		11,1		8,8

**Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010	Krankenhaus 2009
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
<b>Außen-/Innenrotation</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben	783	31.279	774
<b>Winkel</b>			
<b>Außenrotation (Grad)</b>			
Median	10,0	10,0	15,0
Mittelwert	12,3	13,6	13,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>			
Median	0,0	0,0	0,0
Mittelwert	0,5	0,7	0,6
<b>Winkel</b>			
<b>Innenrotation (Grad)</b>			
Median	5,0	5,0	5,0
Mittelwert	4,9	6,9	4,9

### Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Osteophyten</b>						
keine oder fraglich	6	0,8	932	2,7	1	0,1
eindeutig	392	49,8	17.534	51,7	437	56,5
große	389	49,4	15.445	45,5	336	43,4
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder fraglich						
verschmälert	2	0,3	186	0,5	0	0,0
eindeutig verschmälert	33	4,2	3.934	11,6	12	1,6
fortgeschritten verschmälert	550	69,9	17.856	52,7	522	67,4
aufgehoben	202	25,7	11.935	35,2	240	31,0
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose	3	0,4	190	0,6	0	0,0
leichte Sklerose	23	2,9	5.223	15,4	11	1,4
leichte Sklerose mit						
Zystenbildung	524	66,6	16.598	48,9	540	69,8
Sklerose mit Zysten	237	30,1	11.900	35,1	223	28,8
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung	10	1,3	1.211	3,6	2	0,3
leichte Deformierung	303	38,5	14.549	42,9	296	38,2
deutliche Deformierung	474	60,2	18.151	53,5	476	61,5
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b>						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe	786	99,9	33.731	99,5	774	100,0
bedingt aseptische Eingriffe	1	0,1	143	0,4	0	0,0
kontaminierte Eingriffe	0	0,0	20	0,1	0	0,0
septische Eingriffe	0	0,0	17	0,1	0	0,0

## Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe	787		33.911		774	
Median		74,0		78,0		80,0
Mittelwert		78,1		82,3		83,3
<b>perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>						
Anzahl Patienten	779	99,0	33.772	99,6	770	99,5
davon						
single shot	756 / 779	97,0	25.664 / 33.772	76,0	755 / 770	98,1
Zweitgabe	16 / 779	2,1	2.006 / 33.772	5,9	3 / 770	0,4
öfter	7 / 779	0,9	6.102 / 33.772	18,1	12 / 770	1,6

## Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperatives Röntgenbild a/p</b>	787	100,0	33.846	99,8	774	100,0
<b>postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein</b>	775	98,5	28.624	84,4	764	98,7
<b>behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	11	1,4	973	2,9	7	0,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage	0	0,0	19	0,1	1	0,1
Implantatdislokation	0	0,0	48	0,1	0	0,0
Endoprothesenluxation	1	0,1	117	0,3	0	0,0
Wundhämatom/Nachblutung	7	0,9	330	1,0	3	0,4
Gefäßläsion	0	0,0	15	0,0	0	0,0
Nervenschaden	1	0,1	87	0,3	2	0,3
Fraktur	2	0,3	260	0,8	1	0,1
Sonstige	0	0,0	156	0,5	0	0,0
<b>postoperative Wundinfektion</b>						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten	1	0,1	151	0,4	3	0,4
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	1 / 1	100,0	72 / 151	47,7	3 / 3	100,0
A2 (tiefe Infektion)	0 / 1	0,0	74 / 151	49,0	0 / 3	0,0
A3 (Räume/Organe)	0 / 1	0,0	5 / 151	3,3	0 / 3	0,0
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>	4	0,5	507	1,5	4	0,5

**Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	3	0,4	953	2,8	7	0,9
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie	0	0,0	62	0,2	0	0,0
kardiovaskuläre Komplikation(en)	0	0,0	248	0,7	1	0,1
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	0	0,0	42	0,1	0	0,0
Lungenembolie	1	0,1	29	0,1	0	0,0
Sonstige	2	0,3	646	1,9	6	0,8

## Entlassung I

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Zustand bei Entlassung</b>						
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>	786	99,9	33.238	98,0	773	99,9
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben	786		33.238		773	
<b>Winkel Extension (Grad)</b>						
Median		0,0		0,0		0,0
Mittelwert		0,0		0,4		0,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>						
Median		0,0		0,0		0,0
Mittelwert		0,1		0,1		0,0
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>						
Median		90,0		90,0		90,0
Mittelwert		92,6		91,9		93,3

### Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja	786	99,9	33.634	99,4	774	100,0
Nein	1	0,1	211	0,6	0	0,0
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation	1	100,0	80	37,9	0	
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja	785	99,7	33.570	99,2	774	100,0
Nein	2	0,3	275	0,8	0	0,0
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation	0	0,0	102	37,1	0	

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	503	63,9	19.613	57,8	491	63,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	2	0,3	1.429	4,2	7	0,9
03: aus sonstigen Gründen	0	0,0	29	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat	1	0,1	52	0,2	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,0	2	0,0	0	0,0
06: Verlegung	6	0,8	398	1,2	3	0,4
07: Tod	0	0,0	66	0,2	0	0,0
08: Verlegung nach § 14	1	0,1	47	0,1	1	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung	274	34,8	12.032	35,5	272	35,1
10: in Pflegeeinrichtung	0	0,0	105	0,3	0	0,0
11: in Hospiz	0	0,0	3	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung	0	0,0	54	0,2	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,0	7	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0,0	36	0,1	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	7	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung	0	0,0	6	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)	0	0,0	9	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung	0	0,0	1	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0,0	0	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	12	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss	0	0,0	3	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 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag	87	11,1	6.741	19,9	93	12,0
Dienstag	79	10,0	5.875	17,3	58	7,5
Mittwoch	151	19,2	5.125	15,1	143	18,5
Donnerstag	146	18,6	4.663	13,8	143	18,5
Freitag	180	22,9	6.477	19,1	188	24,3
Samstag	132	16,8	3.609	10,6	140	18,1
Sonntag	12	1,5	1.421	4,2	9	1,2

## Anhang: OPS 2010

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.00</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	140 / 787	17,8	21.398 / 33.911	63,1	289 / 774	37,3
<b>5-820.01</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	19 / 787	2,4	3.215 / 33.911	9,5	18 / 774	2,3
<b>5-820.02</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	137 / 787	17,4	5.573 / 33.911	16,4	158 / 774	20,4
<b>5-820.20</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert	0 / 787	0,0	359 / 33.911	1,1	0 / 774	0,0
<b>5-820.21</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert	0 / 787	0,0	76 / 33.911	0,2	0 / 774	0,0
<b>5-820.22</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)	1 / 787	0,1	252 / 33.911	0,7	8 / 774	1,0
<b>5-820.30</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert	0 / 787	0,0	42 / 33.911	0,1	0 / 774	0,0
<b>5-820.31</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert	0 / 787	0,0	21 / 33.911	0,1	0 / 774	0,0
<b>5-820.40</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	0 / 787	0,0	27 / 33.911	0,1	0 / 774	0,0

### OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.41</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	0 / 787	0,0	103 / 33.911	0,3	0 / 774	0,0
<b>5-820.x0</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert	0 / 787	0,0	127 / 33.911	0,4	0 / 774	0,0
<b>5-820.x1</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert	0 / 787	0,0	7 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0
<b>5-820.x2</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)	0 / 787	0,0	11 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0
<b>5-820.80</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert	0 / 787	0,0	37 / 33.911	0,1	0 / 774	0,0
<b>5-820.81</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert	0 / 787	0,0	23 / 33.911	0,1	0 / 774	0,0
<b>5-820.82</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	0 / 787	0,0	1.013 / 33.911	3,0	0 / 774	0,0
<b>5-820.92</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert	0 / 787	0,0	13 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0

### OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.93</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Ohne Pfannenprothese, zementiert	0 / 787	0,0	0 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0
<b>5-820.94</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	478 / 787	60,7	1.663 / 33.911	4,9	300 / 774	38,8
<b>5-820.95</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, zementiert	1 / 787	0,1	14 / 33.911	0,0	0 / 774	0,0
<b>5-820.96</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)	12 / 787	1,5	29 / 33.911	0,1	2 / 774	0,3

# Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

## Statistische Basisprüfung

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 273  
Anzahl Datensätze Gesamt: 33.911  
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10527-L70525-P33153

## 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
2010/17n2-HUEFT-TEP/813129 <b>AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer</b>	4 / 14	28,6%	26,9%	> 0%	AK.1
2010/17n2-HUEFT-TEP/813126 <b>AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen</b>	0 / 787	0,0%	0,0%	Sentinel Event	AK.3

### Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage  
 (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/813129

**Referenzbereich:** > 0%

**ID-Bezugskennzahl(en):** 452, 455

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /post-operativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation	4 / 14	28,6%	882 / 3.283	26,9%
Vertrauensbereich		8,3% - 58,2%		25,4% - 28,4%
Referenzbereich		> 0%		> 0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /post-operativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation	4 / 15	26,7%	1.019 / 3.947	25,8%
Vertrauensbereich		7,7% - 55,2%		24,5% - 27,2%

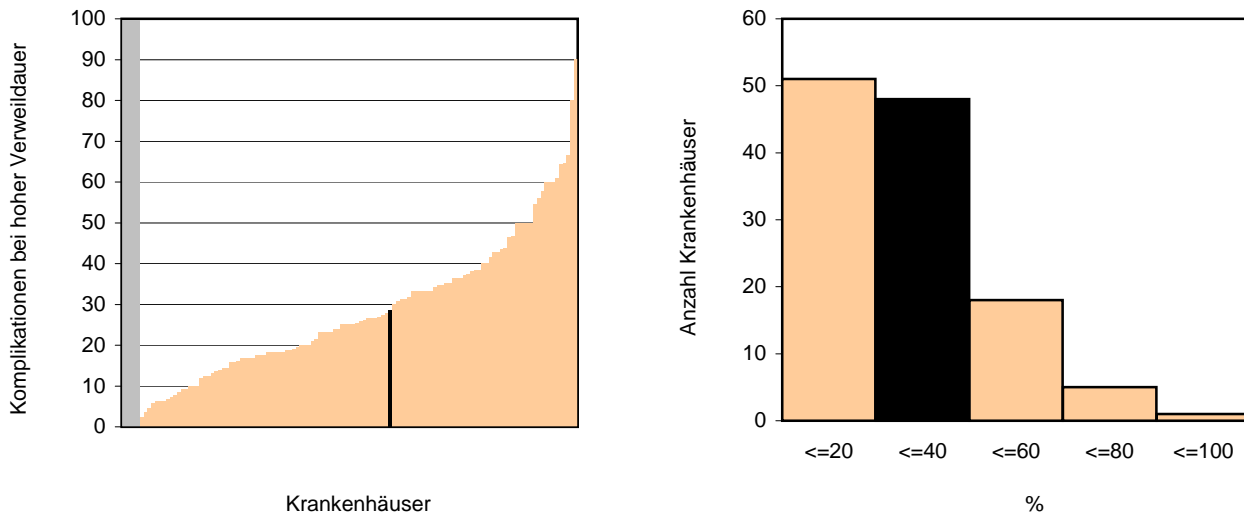
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2a, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/813129]:**

**Anteil von Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /postoperativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 15 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)**

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

123 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.

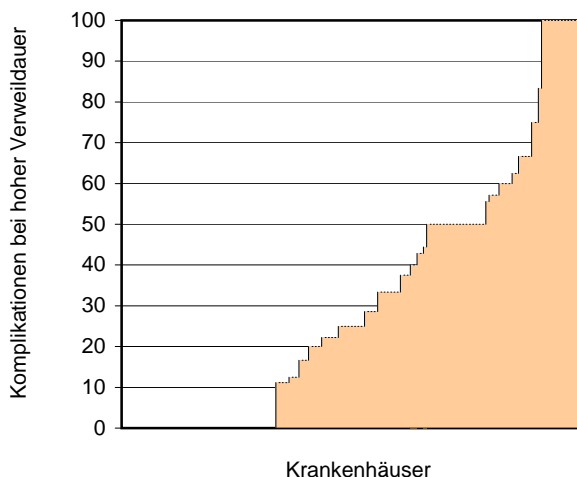


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	3,6	6,7	15,8	25,0	37,0	50,0	60,0	90,0

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

139 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0	75,0	100,0	100,0

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Auffälligkeitskriterium 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n2-HUEFT-TEP/813126

**Referenzbereich:** Sentinel Event

**ID-Bezugskennzahl(en):** -

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 787	0,0% 0,0% - 0,5% Sentinel Event	6 / 33.911	0,0% 0,0% - 0,0% Sentinel Event

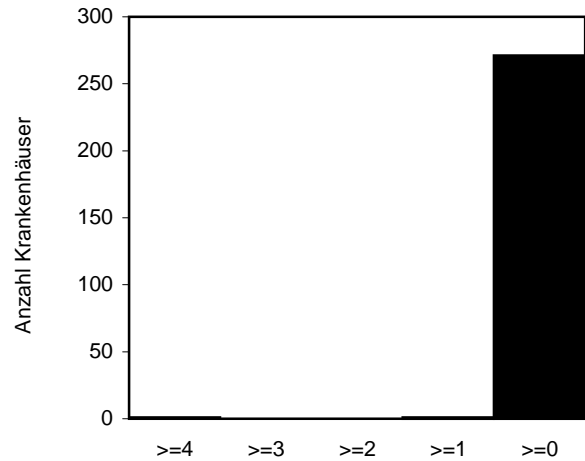
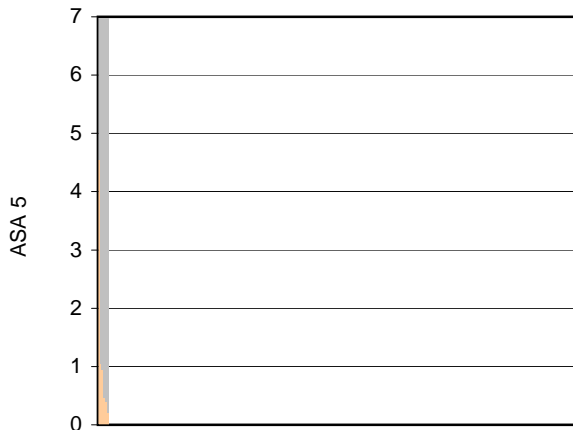
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich	0 / 774	0,0% 0,0% - 0,5%	5 / 34.673	0,0% 0,0% - 0,0%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/813126]:  
 Anteil von Patienten mit ASA 5 an allen Patienten**

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

273 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



Krankenhäuser

%

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

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

#### Zielbereich:

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

#### Toleranzbereich:

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

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

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2010.

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

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

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

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

Referenzbereich:  $\leq 2,5\%$

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

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

#### Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als  $6\%$  und damit unauffällig.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2010 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2009 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2010. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2009 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2010 überarbeitet worden sind.

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

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

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

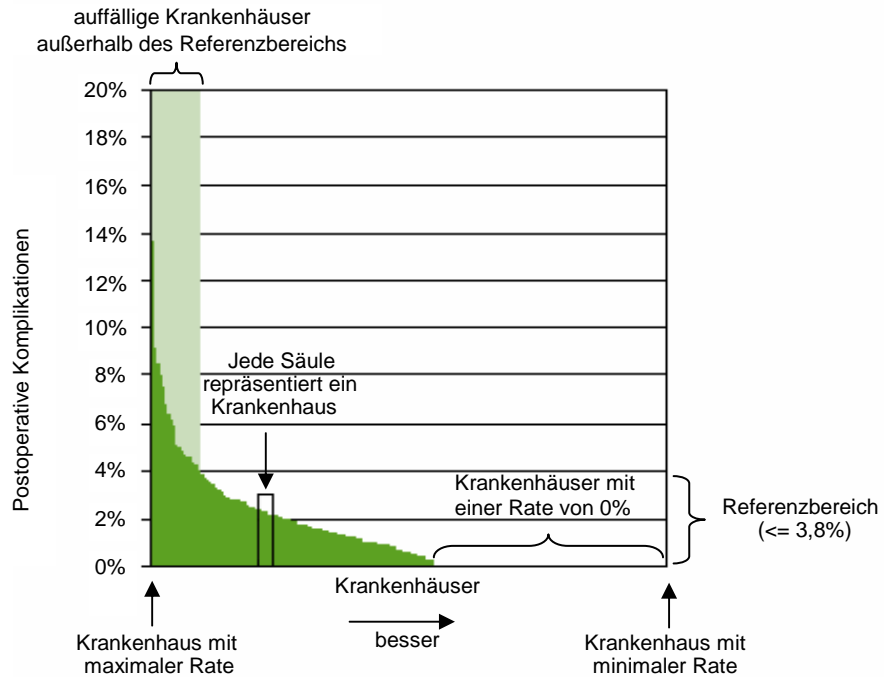
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

### Beispiel:

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



## 2.4.2 Histogramm

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

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

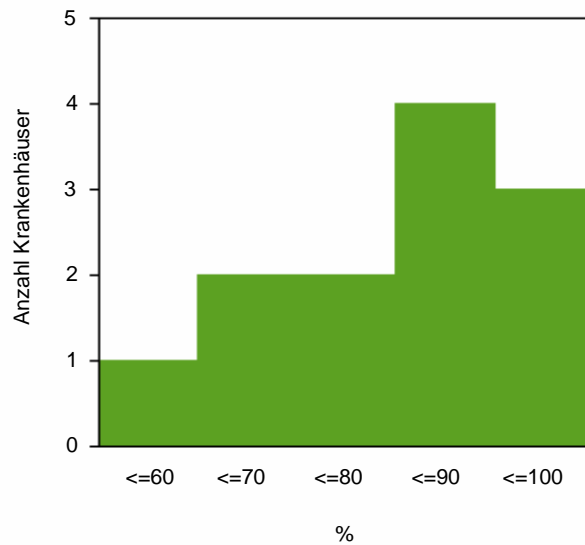
### Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### **3. Basisauswertung**

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

### **4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen**

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

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

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

### **5. Wechsel der Grundgesamtheit**

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

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

### **6. Interpretation der Ergebnisse**

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

## 7. Glossar

### **Anteil**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)**

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

### **Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl**

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2010/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2010.

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

### **Median der Krankenhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund**

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

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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