

Jahresauswertung 2010  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 250  
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.478  
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10526-L70653-P33209

Jahresauswertung 2010  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Qualitätsindikatoren

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 250  
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.478  
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10526-L70653-P33209

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n3-HUEFT-WECH/268 <b>QI 1: Indikation</b>	62 / 65	95,4%	92,7%	>= 79,3%	1.1
2010/17n3-HUEFT-WECH/270 <b>QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe</b>	65 / 65	100,0%	99,7%	>= 95%	1.4
2010/17n3-HUEFT-WECH/10878 <b>QI 3: Gehfähigkeit bei Entlassung</b>	0 / 65	0,0%	1,0%	<= 5,3%	1.7
2010/17n3-HUEFT-WECH/2221 <b>QI 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden</b>	0 / 65	0,0%	0,6%	<= 2%	1.10
2010/17n3-HUEFT-WECH/463 <b>QI 5: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur</b>	1 / 65	1,5%	2,1%	<= 2%	1.12
2010/17n3-HUEFT-WECH/465 <b>QI 6: Endoprothesenluxation</b>	1 / 65	1,5%	1,6%	<= 10%	1.14
2010/17n3-HUEFT-WECH/466 <b>QI 7: Postoperative Wundinfektion</b>	0 / 65	0,0%	2,6%	nicht definiert	1.16
2010/17n3-HUEFT-WECH/468 <b>QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen</b>	0 / 65	0,0%	2,4%	<= 13%	1.22
2010/17n3-HUEFT-WECH/469 <b>QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>	0 / 65	0,0%	2,7%	<= 10,9%	1.25
2010/17n3-HUEFT-WECH/470 <b>QI 10: Reoperationen wegen Komplikation</b>	0 / 65	0,0%	5,0%	<= 16%	1.28
2010/17n3-HUEFT-WECH/471 <b>QI 11: Letalität</b>	0 / 65	0,0%	1,5%	Sentinel Event	1.30

<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 der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten
<b>Kennzahl-ID:</b>	2010/17n3-HUEFT-WECH/268
<b>Referenzbereich:</b>	>= 79,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit Belastungsschmerz	22 / 65	33,8%	3.249 / 5.478	59,3%
Patienten mit Ruheschmerz	41 / 65	63,1%	1.942 / 5.478	35,5%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß	51 / 65	78,5%	2.489 / 5.478	45,4%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente	36 / 65	55,4%	2.365 / 5.478	43,2%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente	17 / 65	26,2%	1.926 / 5.478	35,2%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne	28 / 65	43,1%	1.714 / 5.478	31,3%
Patienten mit Substanzverlust Femur	7 / 65	10,8%	1.071 / 5.478	19,6%
Patienten mit periprothetischer Fraktur	5 / 65	7,7%	790 / 5.478	14,4%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation	6 / 65	9,2%	1.079 / 5.478	19,7%
<b>Entzündungszeichen</b>				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor	6 / 65	9,2%	764 / 5.478	13,9%
Patienten mit Erregernachweis	1 / 65	1,5%	368 / 5.478	6,7%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium	62 / 65	<b>95,4%</b>	5.077 / 5.478	<b>92,7%</b>
Vertrauensbereich		86,9% - 99,1%		92,0% - 93,4%
Referenzbereich		>= 79,3%		>= 79,3%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium Vertrauensbereich	78 / 86	90,7% 82,4% - 95,9%	4.907 / 5.271	93,1% 92,4% - 93,8%

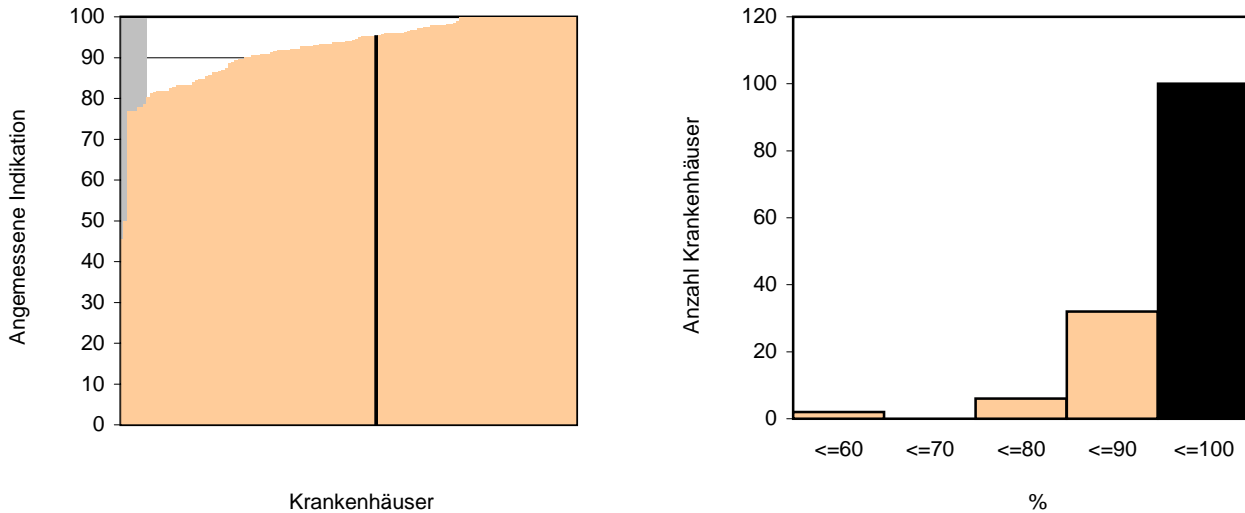
<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse sind aufgrund einer geänderten Definition des Feldes „Implantatwanderung/-versagen“ eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/268]:**

**Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten**

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

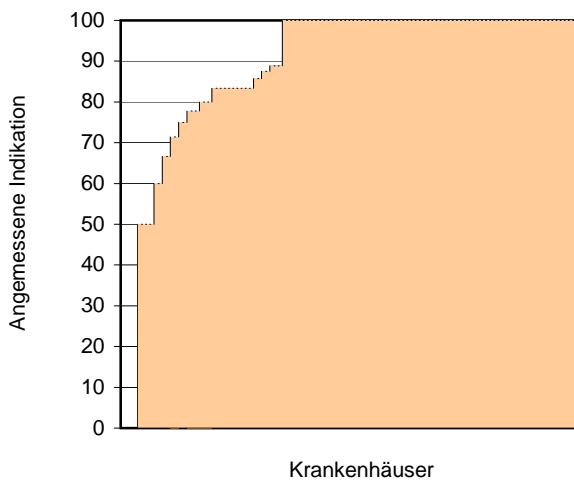
140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	45,5	78,2	81,8	89,1	94,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

110 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	50,0	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

<b>Qualitätsziel:</b>	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2010/17n3-HUEFT-WECH/270	
<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 Antibiotikaprophylaxe	65 / 65 100,0%	36 / 36 100,0%	29 / 29 100,0%
Vertrauensbereich	94,5% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	13 / 65 20,0%	9 / 36 25,0%	4 / 29 13,8%
Zweitgabe oder öfter	52 / 65 80,0%	27 / 36 75,0%	25 / 29 86,2%

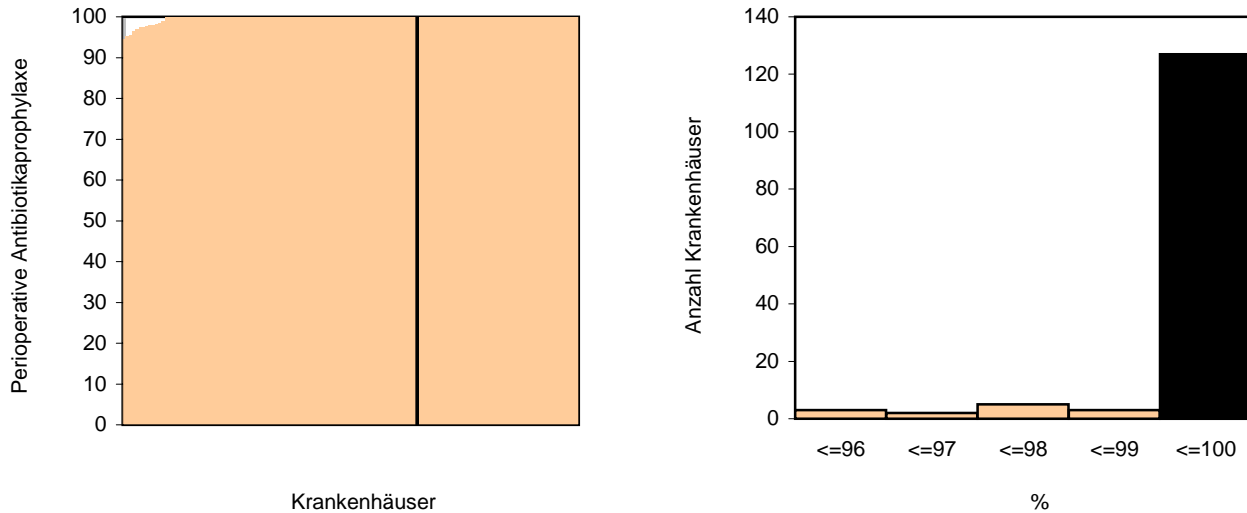
	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	5.461 / 5.478 99,7%	2.988 / 2.999 99,6%	2.473 / 2.479 99,8%
Vertrauensbereich	99,5% - 99,8%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	2.417 / 5.461 44,3%	1.536 / 2.988 51,4%	881 / 2.473 35,6%
Zweitgabe oder öfter	3.044 / 5.461 55,7%	1.452 / 2.988 48,6%	1.592 / 2.473 64,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	86 / 86 100,0% 95,8% - 100,0%	43 / 43 100,0%	43 / 43 100,0%

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	5.255 / 5.271 99,7% 99,5% - 99,8%	2.691 / 2.701 99,6%	2.564 / 2.570 99,8%

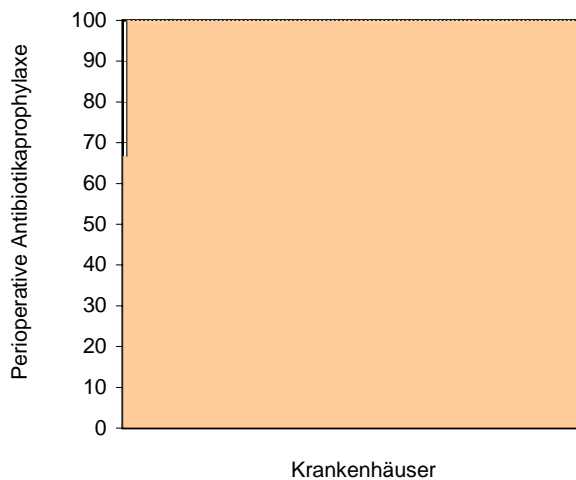
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/270]:  
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 140 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
	94,4	97,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 110 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
	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Gehfähigkeit bei Entlassung

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung
<b>Grundgesamtheit:</b>	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>
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1: 2010/17n3-HUEFT-WECH/10878
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: <= 5,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich	65 / 65	100,0%	4.991 / 5.198	96,0%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)	0 / 65	0,0%	52 / 5.198	1,0%
Vertrauensbereich		0,0% - 5,5%		0,7% - 1,3%
Referenzbereich		<= 5,3%		<= 5,3%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)	0 / 53	0,0%	26 / 3.556	0,7%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)	0 / 8	0,0%	13 / 720	1,8%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)	0 / 2	0,0%	4 / 366	1,1%
Gruppe 5 (> 25 Tage)	0 / 2	0,0%	9 / 556	1,6%

<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 / 86	0,0% 0,0% - 4,2%	68 / 5.063	1,3% 1,0% - 1,7%

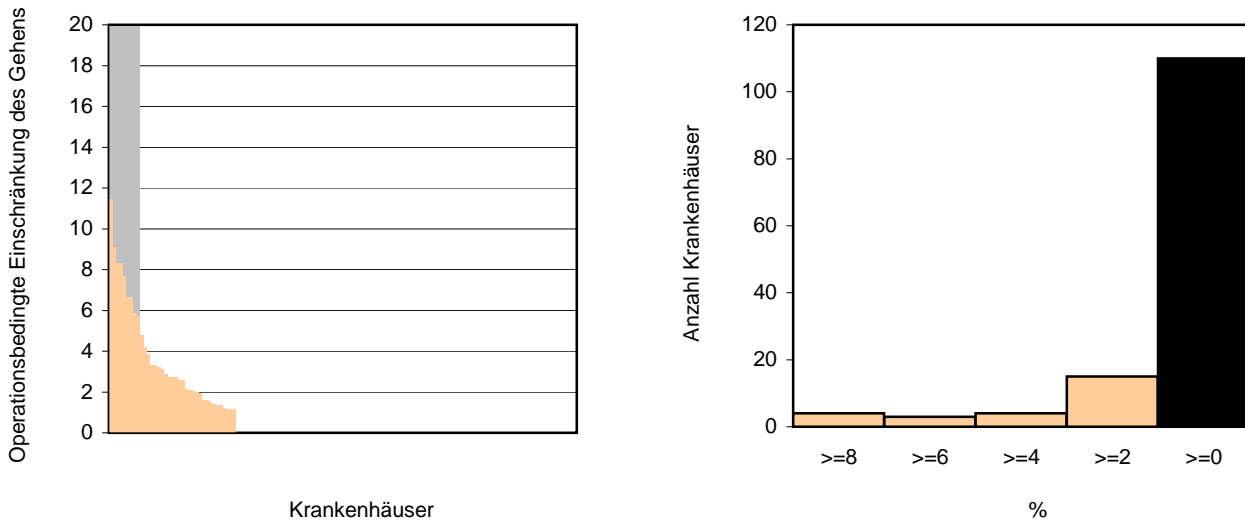
<sup>1</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

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

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

136 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

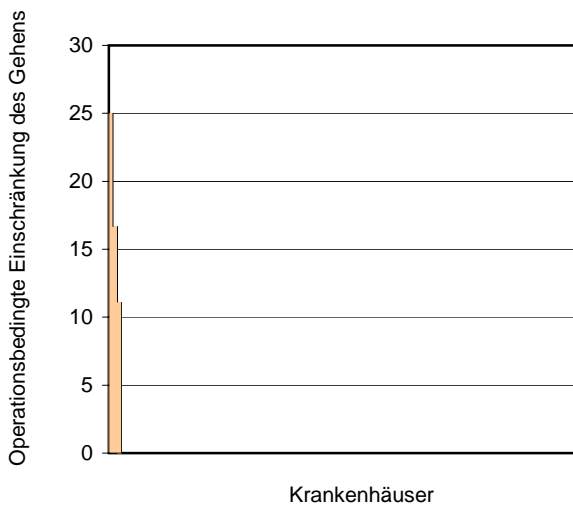


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	3,3	6,7	11,4

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

109 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	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion oder Nervenschaden

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n3-HUEFT-WECH/2221

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion	0 / 65	0,0%	6 / 5.478	0,1%
Patienten mit Nervenschaden	0 / 65	0,0%	26 / 5.478	0,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	0 / 65	0,0%	31 / 5.478	0,6%
Vertrauensbereich		0,0% - 5,5%		0,4% - 0,8%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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%

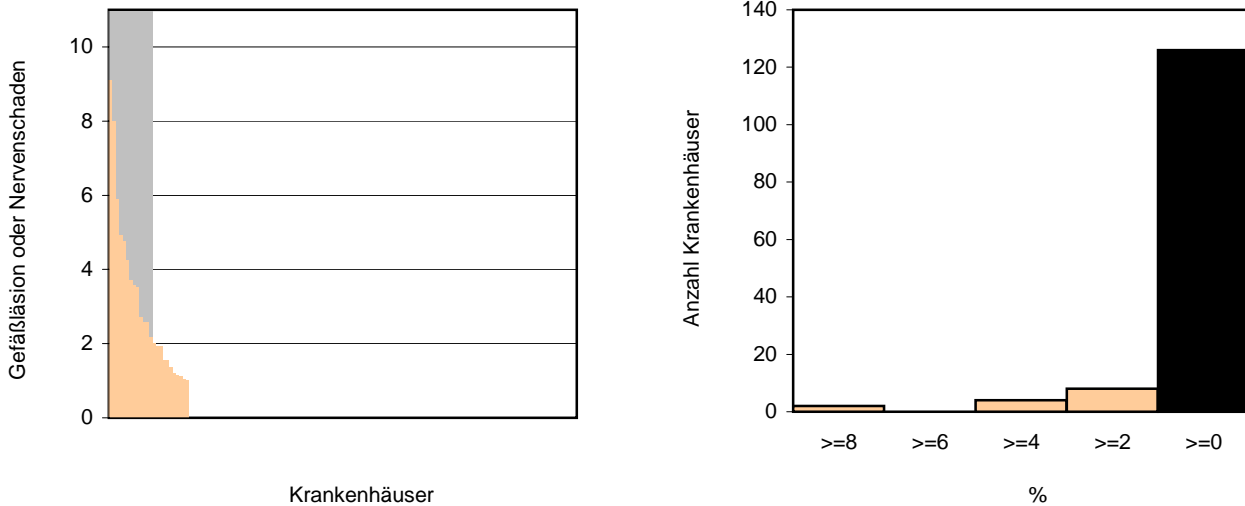
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/2221]:**

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

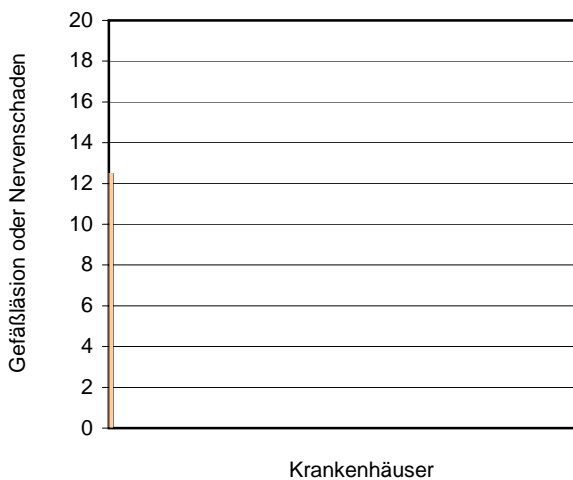


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	3,6	9,1

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

110 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	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 5: Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n3-HUEFT-WECH/463

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage	0 / 65	0,0%	3 / 5.478	0,1%
Patienten mit Implantatdislokation	0 / 65	0,0%	22 / 5.478	0,4%
Patienten mit Fraktur	1 / 65	1,5%	91 / 5.478	1,7%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	1 / 65	1,5%	113 / 5.478	2,1%
Vertrauensbereich		0,0% - 8,5%		1,7% - 2,5%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

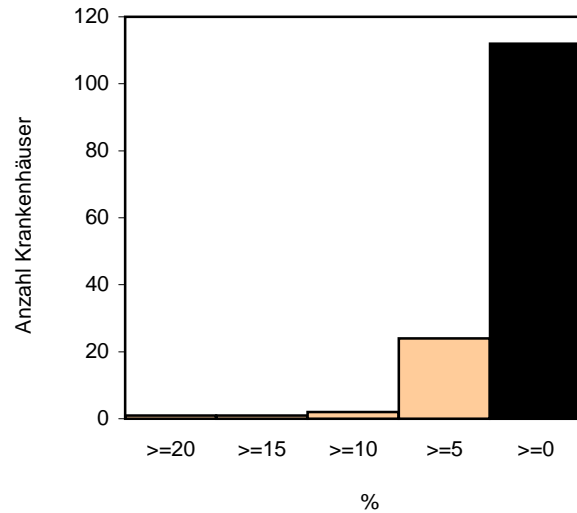
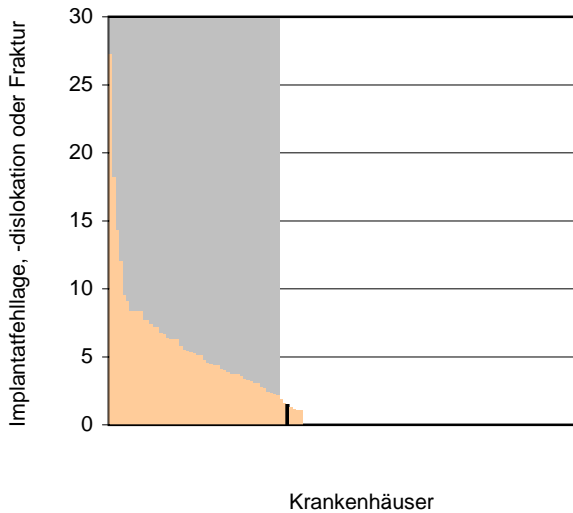
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	0 / 86	0,0%	106 / 5.271	2,0%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,6% - 2,4%

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

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

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

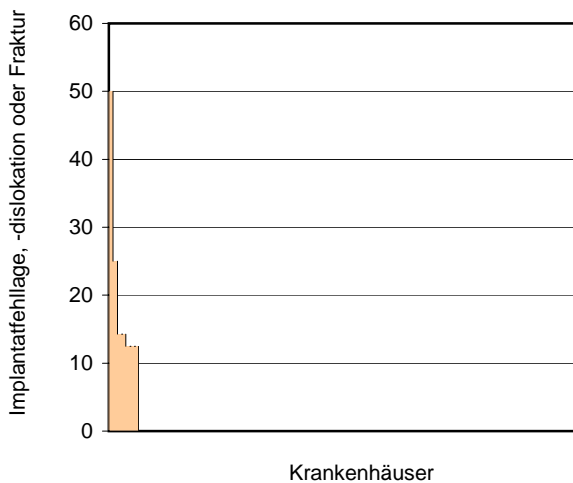
140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 Das ausgewertete Krankenhaus ist farblich hervorgehoben.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	7,1	8,3	27,3

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

110 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	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Endoprothesenluxation

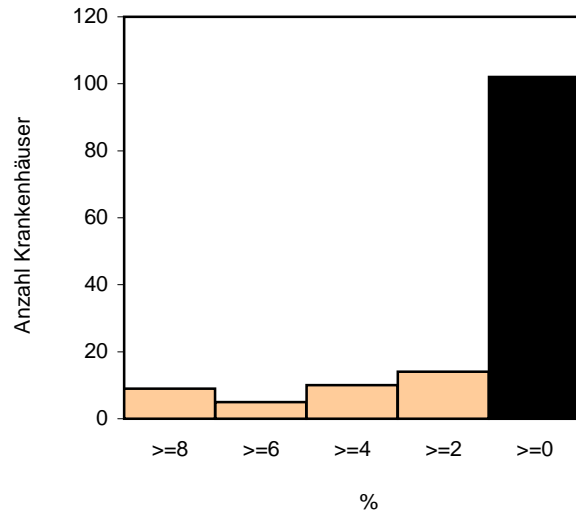
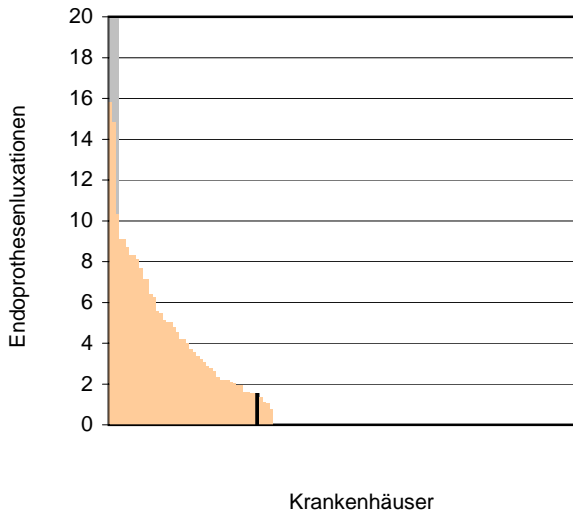
**Qualitätsziel:** Selten Endoprothesenluxation  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2010/17n3-HUEFT-WECH/465  
**Referenzbereich:** <= 10% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation	1 / 65	1,5%	90 / 5.478	1,6%
Vertrauensbereich		0,0% - 8,5%		1,3% - 2,0%
Referenzbereich		<= 10%		<= 10%

Vorjahresdaten	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%

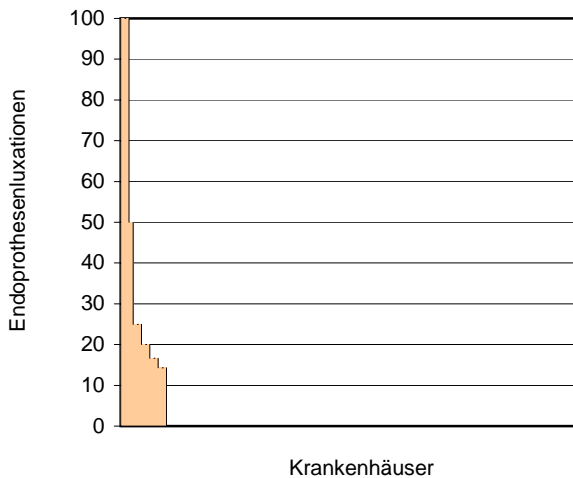
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/465]:  
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 140 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	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	5,9	8,3	15,8

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 110 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	0,0	0,0	7,1	20,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektion

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 65	0,0% 0,0% - 5,5% nicht definiert	144 / 5.478	2,6% 2,2% - 3,1% nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 65	0,0%	53 / 5.478	1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))	0 / 65	0,0%	91 / 5.478	1,7%

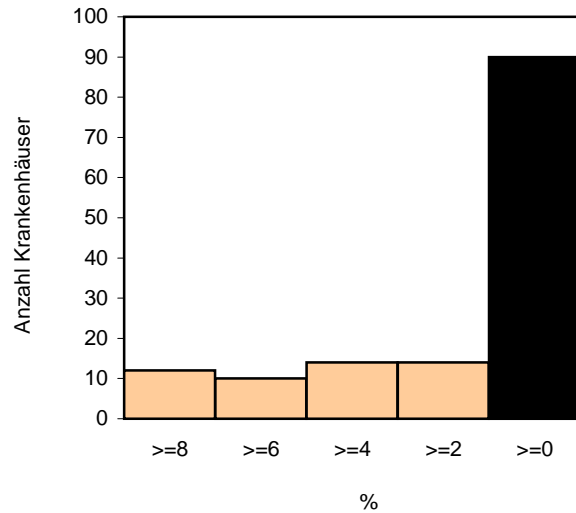
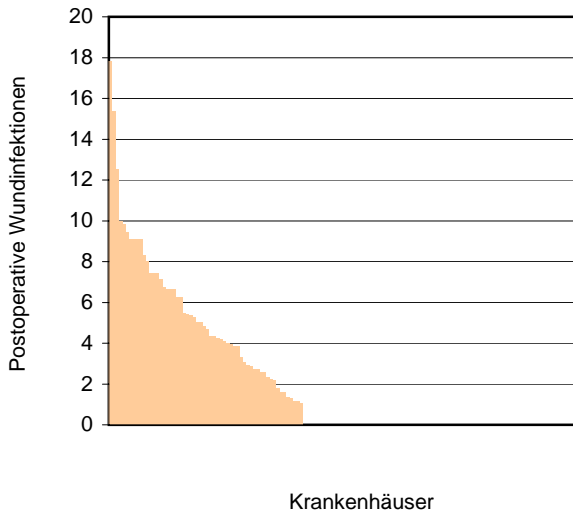
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich	0 / 86	0,0% 0,0% - 4,2%	139 / 5.271	2,6% 2,2% - 3,1%

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

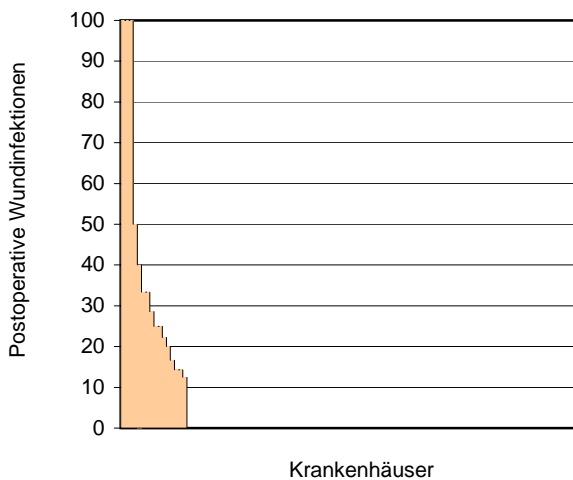


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	7,4	9,1	17,8

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

110 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	0,0	0,0	21,1	33,3	100,0

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 >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 154 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

<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	32 / 65	49,2%	2.065 / 5.478	37,7%
Risikoklasse 1	28 / 65	43,1%	2.472 / 5.478	45,1%
Risikoklasse 2	5 / 65	7,7%	908 / 5.478	16,6%
Risikoklasse 3	0 / 65	0,0%	33 / 5.478	0,6%

<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	0 / 32	0,0%	31 / 2.065	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 32	0,0%	16 / 2.065	0,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 32	0,0%	15 / 2.065	0,7%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 28	0,0%	48 / 2.472	1,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 28	0,0%	22 / 2.472	0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 28	0,0%	26 / 2.472	1,1%

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

## 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	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 5	0,0%	59 / 908	6,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 5	0,0%	13 / 908	1,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 5	0,0%	46 / 908	5,1%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 0		6 / 33	18,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 0		2 / 33	6,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 0		4 / 33	12,1%

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

**Qualitätsindikator 8: Wundhämatome/Nachblutungen**

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich Referenzbereich	0 / 65	0,0% 0,0% - 5,5% <= 13%	129 / 5.478	2,4% 2,0% - 2,8% <= 13%

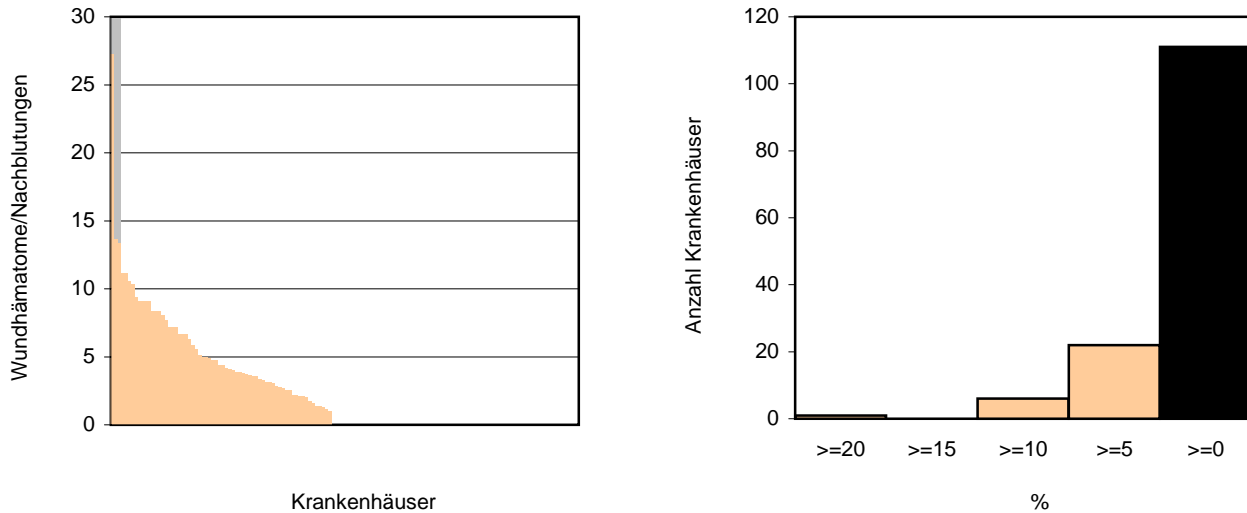
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich	0 / 86	0,0% 0,0% - 4,2%	117 / 5.271	2,2% 1,8% - 2,7%

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

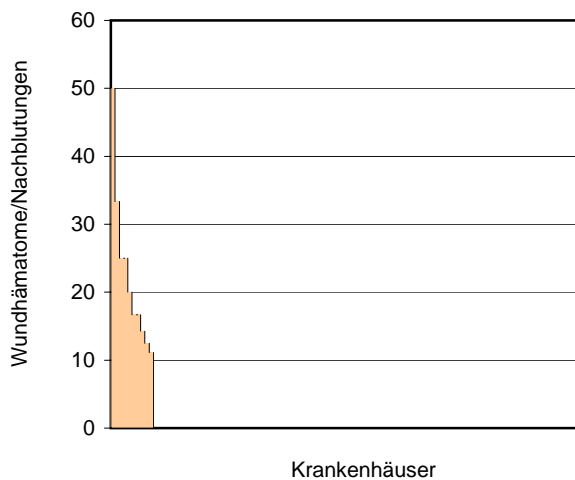


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	8,3	9,9	27,3

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

110 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	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	0 / 36 0,0%	0 / 15 0,0%	0 / 10 0,0%	0 / 4 0,0%
	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	68 / 2.999 2,3%	32 / 1.470 2,2%	17 / 694 2,4%	12 / 315 3,8%

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

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Patienten mit sonstiger Komplikation	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	0 / 65 0,0%	0 / 46 0,0%	0 / 19 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 5,5%		
Referenzbereich	<= 10,9%		

	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	45 / 5.478 0,8%	5 / 2.815 0,2%	39 / 2.661 1,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	100 / 5.478 1,8%	15 / 2.815 0,5%	83 / 2.661 3,1%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	8 / 5.478 0,1%	7 / 2.815 0,2%	1 / 2.661 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	15 / 5.478 0,3%	6 / 2.815 0,2%	8 / 2.661 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	252 / 5.478 4,6%	64 / 2.815 2,3%	188 / 2.661 7,1%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	148 / 5.478 2,7%	29 / 2.815 1,0%	117 / 2.661 4,4%
Vertrauensbereich	2,3% - 3,2%		
Referenzbereich	<= 10,9%		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	0 / 86 0,0%	0 / 56 0,0%	0 / 30 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 4,2%		

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)	163 / 5.271 3,1%	30 / 2.791 1,1%	131 / 2.471 5,3%
Vertrauensbereich	2,6% - 3,6%		

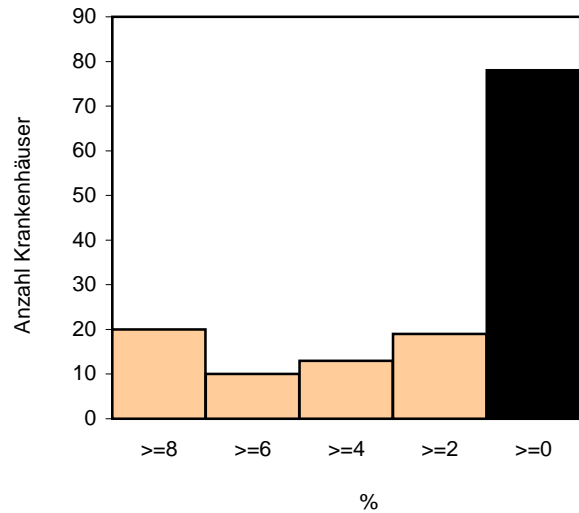
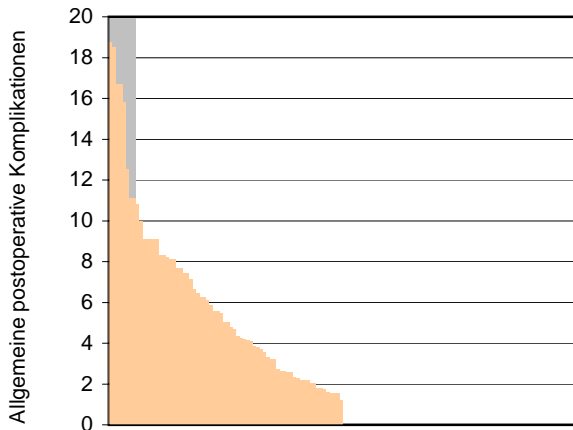
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/17n3-HUEFT-WECH/469]:**

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

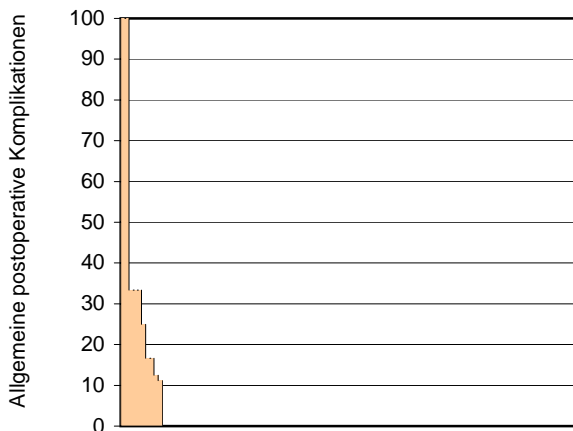


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	5,0	9,1	11,1	18,8

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

110 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	0,0	0,0	0,0	25,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 10: Reoperationen wegen Komplikation

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reoperationen wegen Komplikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2010/17n3-HUEFT-WECH/470

**Referenzbereich:** <= 16% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	0 / 65	0,0%	272 / 5.478	5,0%
Vertrauensbereich		0,0% - 5,5%		4,4% - 5,6%
Referenzbereich		<= 16%		<= 16%

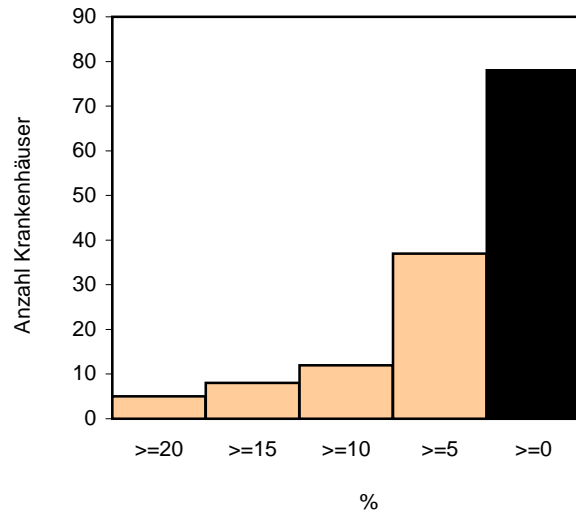
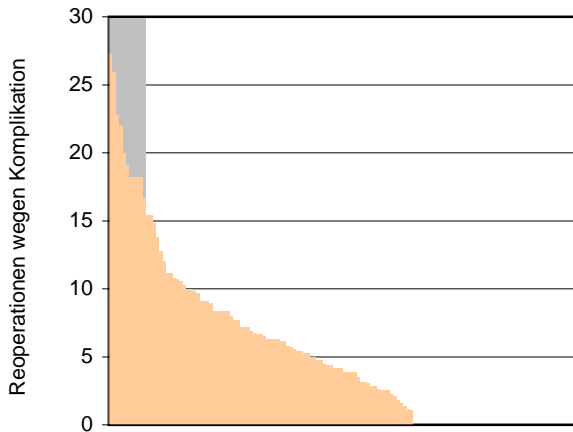
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation	1 / 86	1,2%	282 / 5.271	5,4%
Vertrauensbereich		0,0% - 6,5%		4,8% - 6,0%

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

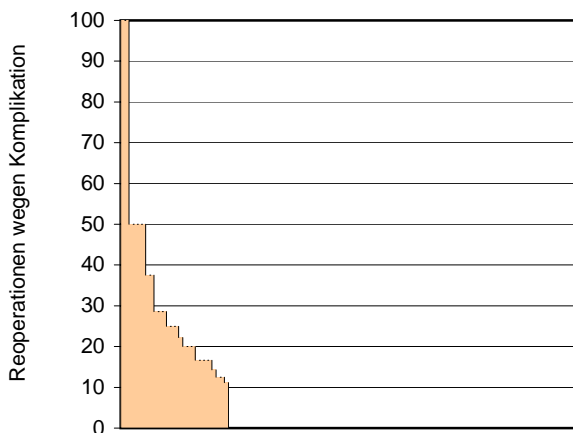


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	8,3	14,3	18,2	27,3

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

110 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	0,0	0,0	26,8	50,0	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 11: Letalität

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 65	0,0%	82 / 5.478	1,5%
Vertrauensbereich		0,0% - 5,5%		1,2% - 1,9%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

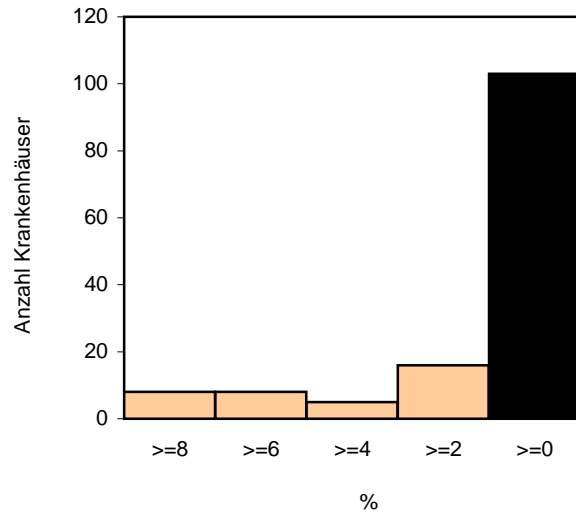
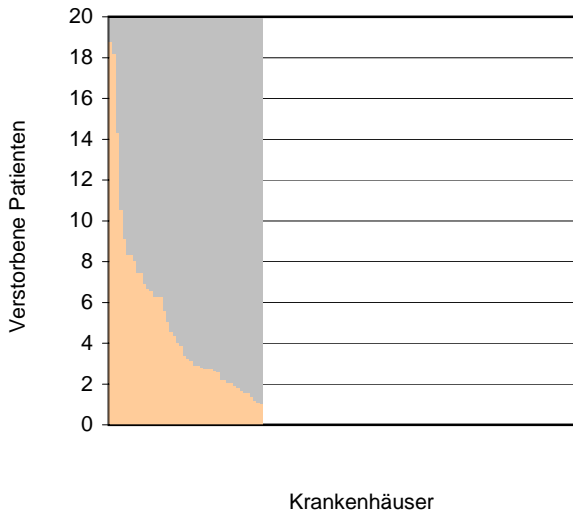
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	0 / 86	0,0%	66 / 5.271	1,3%
Vertrauensbereich		0,0% - 4,2%		1,0% - 1,6%

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

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

140 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

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

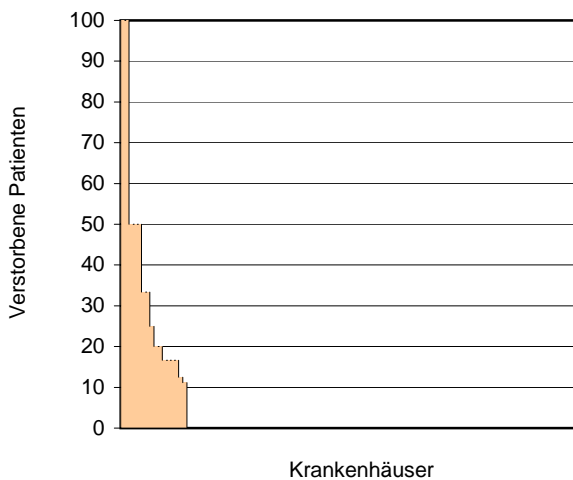


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	6,3	8,2	18,8

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

110 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	0,0	0,0	16,7	33,3	100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	0 / 46 0,0%	0 / 18 0,0%	0 / 1 0,0%	0 / 0

	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	7 / 2.815 0,2%	55 / 2.515 2,2%	18 / 146 12,3%	2 / 2 100,0%

Jahresauswertung 2010  
Hüft-Endoprothesenwechsel  
und -komponentenwechsel  
17/3

Basisauswertung

St.-Josef-Stift  
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Nordrhein-Westfalen): 250  
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.478  
Datensatzversion: 17/3 2010 13.0  
Datenbankstand: 01. März 2011  
2010 - D10526-L70653-P33209

## 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	14	21,5	1.452	26,5	20	23,3
2. Quartal	21	32,3	1.362	24,9	19	22,1
3. Quartal	18	27,7	1.362	24,9	25	29,1
4. Quartal	12	18,5	1.302	23,8	22	25,6
Gesamt	65		5.478		86	

<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	65		5.478		86	
Median		1,0		1,0		1,0
Mittelwert		1,8		4,5		2,0
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	65		5.478		86	
Median		13,0		13,0		14,0
Mittelwert		14,1		16,6		14,6
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	65		5.478		86	
Median		14,0		16,0		16,0
Mittelwert		15,9		21,1		16,6

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

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Krankenhaus 2010

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	Z29.8	Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen
6	Z29.2	Sonstige prophylaktische Chemotherapie
7	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
8	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

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

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Krankenhaus 2009		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1	T84.0	58	89,2	T84.0	4.292	78,3	T84.0	76	88,4
2	D62	39	60,0	D62	2.095	38,2	D62	48	55,8
3	Z96.6	38	58,5	I10.00	1.527	27,9	Z96.6	40	46,5
4	I10.00	24	36,9	Z96.6	1.517	27,7	I10.00	29	33,7
5	Z29.8	14	21,5	T84.5	496	9,1	Z29.2	25	29,1
6	Z29.2	12	18,5	E87.6	419	7,6	Z29.8	22	25,6
7	M16.1	9	13,8	E11.90	360	6,6	Z46.7	11	12,8
8	E66.00	9	13,8	I10.90	355	6,5	M16.1	8	9,3

<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	5-983	Reoperation
2	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
3	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	5-821.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5	5-784.0d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken

### OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

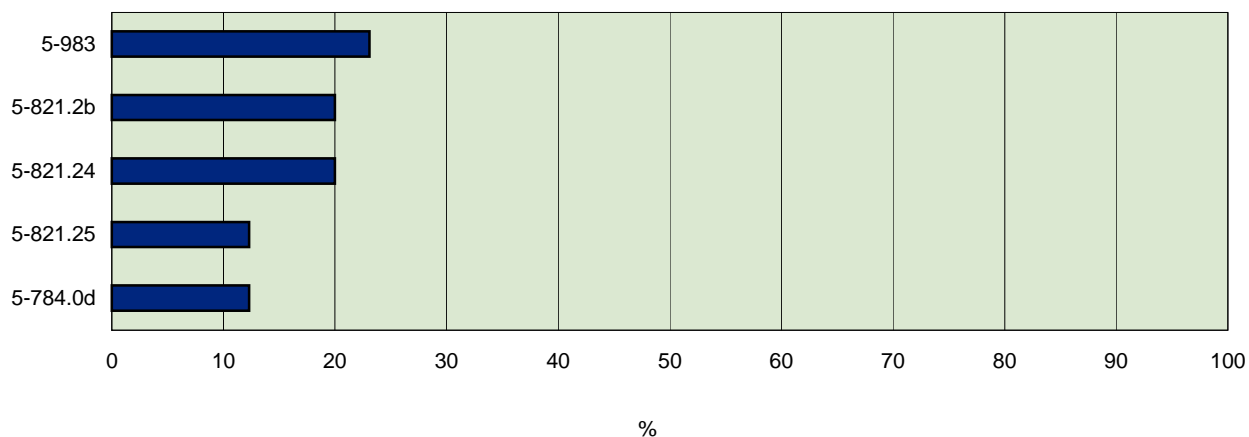
	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Krankenhaus 2009		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1	5-983	15	23,1	8-800.c0	704	12,9	5-983	21	24,4
2	5-821.2b	13	20,0	5-821.24	661	12,1	5-821.25	16	18,6
3	5-821.24	13	20,0	5-821.25	658	12,0	5-784.7d	15	17,4
4	5-821.25	8	12,3	8-803.2	582	10,6	5-821.18	14	16,3
5	5-784.0d	8	12,3	5-829.h	582	10,6	5-821.2a	13	15,1

<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

### OPS 2010 (Krankenhaus 2010)



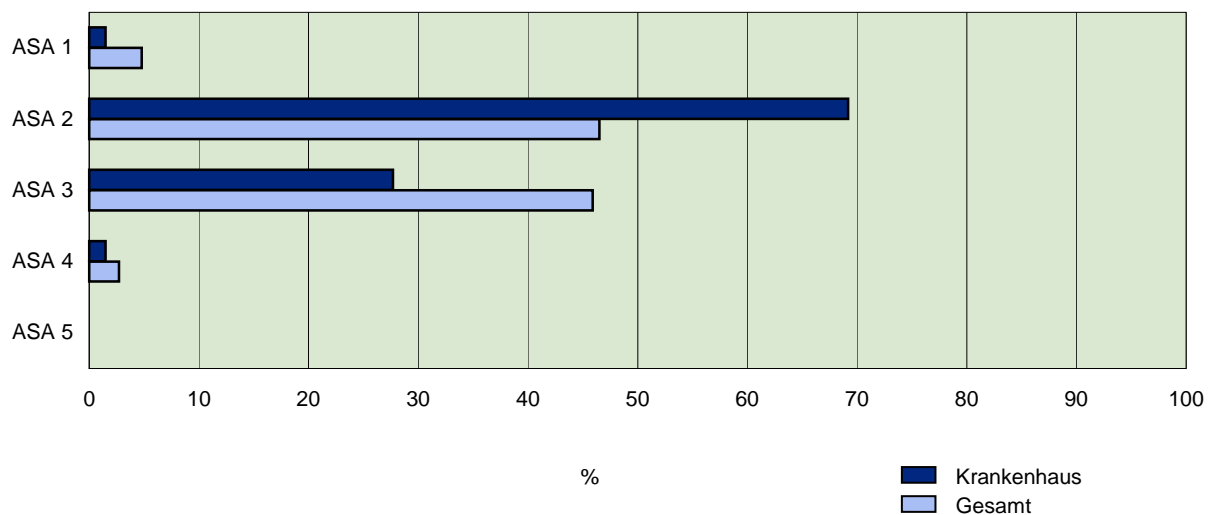
### Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation	15 / 65	23,1	169 / 5.478	3,1	21 / 86	24,4
5-986 Minimalinvasive Technik	0 / 65	0,0	41 / 5.478	0,7	4 / 86	4,7
5-987 Anwendung eines OP-Roboters	0 / 65	0,0	0 / 5.478	0,0	0 / 86	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems	0 / 65	0,0	5 / 5.478	0,1	0 / 86	0,0

## Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	65 / 65		5.478 / 5.478		86 / 86	
< 50 Jahre	3 / 65	4,6	223 / 5.478	4,1	6 / 86	7,0
50 - 59 Jahre	11 / 65	16,9	522 / 5.478	9,5	13 / 86	15,1
60 - 69 Jahre	19 / 65	29,2	1.016 / 5.478	18,5	21 / 86	24,4
70 - 79 Jahre	24 / 65	36,9	2.290 / 5.478	41,8	37 / 86	43,0
80 - 89 Jahre	7 / 65	10,8	1.317 / 5.478	24,0	9 / 86	10,5
>= 90 Jahre	1 / 65	1,5	110 / 5.478	2,0	0 / 86	0,0
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	65		5.478		86	
Median		69,0		74,0		70,0
Mittelwert		68,1		72,2		67,8
<b>Geschlecht</b>						
männlich	30	46,2	2.161	39,4	37	43,0
weiblich	35	53,8	3.317	60,6	49	57,0
<b>Simultaneingriff an der kontralateralen Seite</b>						
dokumentiert	1	1,5	53	1,0	2	2,3
nicht dokumentiert	0	0,0	11	0,2	0	0,0
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	1	1,5	265	4,8	0	0,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	45	69,2	2.550	46,5	56	65,1
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	18	27,7	2.515	45,9	30	34,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	1	1,5	146	2,7	0	0,0
5: moribunder Patient	0	0,0	2	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	22	33,8	3.249	59,3	37	43,0
Belastungsschmerz	41	63,1	1.942	35,5	43	50,0
keine Schmerzen	2	3,1	287	5,2	6	7,0

### Labor

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)</b>	6	9,2	764	13,9	9	10,5
<b>Gelenkpunktion</b>	31	47,7	2.140	39,1	46	53,5
<b>Erregernachweis</b>						
nicht durchgeführt	43	66,2	2.382	43,5	44	51,2
durchgeführt, negativ	21	32,3	2.728	49,8	41	47,7
durchgeführt, positiv	1	1,5	368	6,7	1	1,2

## Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß<sup>1</sup></b>	51	78,5	2.489	45,4	61	70,9
<b>Lockerung Pfannen- Komponente</b>	36	55,4	2.365	43,2	54	62,8
<b>Lockerung Schaft- Komponente</b>	17	26,2	1.926	35,2	19	22,1
<b>Substanzverluste Pfanne</b>	28	43,1	1.714	31,3	47	54,7
<b>Substanzverluste Femur</b>	7	10,8	1.071	19,6	14	16,3
<b>periprothetische Fraktur</b>	5	7,7	790	14,4	6	7,0
<b>(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation</b>	6	9,2	1.079	19,7	17	19,8

<sup>1</sup> Die Vergleichbarkeit mit Ergebnissen 2009 ist aufgrund einer geänderten Felddefinition eingeschränkt.

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe	65	100,0	4.972	90,8	86	100,0
bedingt aseptische Eingriffe	0	0,0	301	5,5	0	0,0
kontaminierte Eingriffe	0	0,0	60	1,1	0	0,0
septische Eingriffe	0	0,0	145	2,6	0	0,0

## Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten	65		5.478		86	
Median		110,0		115,0		120,5
Mittelwert		131,5		129,0		132,7
<b>Operationsdauer-Verteilung (min)</b>						
< 90 min	19	29,2	1.628	29,7	22	25,6
90 - 239 min	42	64,6	3.482	63,6	55	64,0
>= 240 min	4	6,2	368	6,7	9	10,5
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>						
Anzahl Patienten	65	100,0	5.461	99,7	86	100,0
davon						
single shot	13 / 65	20,0	2.417 / 5.461	44,3	15 / 86	17,4
Zweitgabe	2 / 65	3,1	431 / 5.461	7,9	2 / 86	2,3
öfter	50 / 65	76,9	2.613 / 5.461	47,8	69 / 86	80,2

## Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Postoperatives Röntgenbild a/p</b>	65	100,0	5.451	99,5	86	100,0
<b>Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein</b>	63	96,9	4.651	84,9	85	98,8
<b>Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	3	4,6	402	7,3	1	1,2
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage	0	0,0	3	0,1	0	0,0
Implantatdislokation	0	0,0	22	0,4	0	0,0
Endoprothesenluxation	1	1,5	90	1,6	1	1,2
Wundhämatom/Nachblutung	0	0,0	129	2,4	0	0,0
Gefäßläsion	0	0,0	6	0,1	0	0,0
Nervenschaden	0	0,0	26	0,5	0	0,0
Fraktur	1	1,5	91	1,7	0	0,0
Sonstige	1	1,5	74	1,4	0	0,0
<b>Postoperative Wundinfektion</b>						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten	0	0,0	144	2,6	0	0,0
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)	0 / 0		53 / 144	36,8	0 / 0	
A2 (tiefe Infektion)	0 / 0		82 / 144	56,9	0 / 0	
A3 (Räume/Organe)	0 / 0		9 / 144	6,3	0 / 0	
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>	0	0,0	272	5,0	1	1,2

**Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation	0	0,0	360	6,6	2	2,3
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie	0	0,0	45	0,8	0	0,0
kardiovaskuläre Komplikation(en)	0	0,0	100	1,8	0	0,0
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose	0	0,0	8	0,1	0	0,0
Lungenembolie	0	0,0	15	0,3	0	0,0
Sonstige	0	0,0	252	4,6	2	2,3

## Entlassung I

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja	65	100,0	5.143	95,3	80	93,0
Nein	0	0,0	253	4,7	6	7,0
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation	0		68	26,9	0	0,0
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja	65	100,0	5.092	94,4	84	97,7
Nein	0	0,0	304	5,6	2	2,3
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation	0		62	20,4	0	0,0

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet	52	80,0	3.299	60,2	64	74,4
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen	1	1,5	278	5,1	0	0,0
03: aus sonstigen Gründen	0	0,0	6	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	16	0,3	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,0	0	0,0	0	0,0
06: Verlegung	0	0,0	239	4,4	1	1,2
07: Tod	0	0,0	82	1,5	0	0,0
08: Verlegung nach § 14	0	0,0	20	0,4	1	1,2
09: in Rehabilitationseinrichtung	12	18,5	1.362	24,9	20	23,3
10: in Pflegeeinrichtung	0	0,0	117	2,1	0	0,0
11: in Hospiz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung	0	0,0	30	0,5	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,0	4	0,1	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung	0	0,0	6	0,1	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung	0	0,0	4	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	0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme	0	0,0	12	0,2	0	0,0
22: Fallabschluss	0	0,0	0	0,0	0	0,0

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet	15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt- bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG- Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)	21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11 Entlassung in ein Hospiz	
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	

### Entlassung III

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag	11	16,9	991	18,1	17	19,8
Dienstag	11	16,9	967	17,7	16	18,6
Mittwoch	14	21,5	957	17,5	22	25,6
Donnerstag	10	15,4	845	15,4	8	9,3
Freitag	7	10,8	1.047	19,1	14	16,3
Samstag	11	16,9	504	9,2	7	8,1
Sonntag	1	1,5	167	3,0	2	2,3

## Anhang: OPS 2010

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.10</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert	1 / 65	1,5	125 / 5.478	2,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.11</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	5 / 65	7,7	77 / 5.478	1,4	0 / 86	0,0
<b>5-821.12</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	64 / 5.478	1,2	1 / 86	1,2
<b>5-821.13</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	29 / 5.478	0,5	0 / 86	0,0
<b>5-821.14</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 65	0,0	19 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.15</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	89 / 5.478	1,6	0 / 86	0,0
<b>5-821.16</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese	0 / 65	0,0	6 / 5.478	0,1	0 / 86	0,0

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.18</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes	2 / 65	3,1	450 / 5.478	8,2	14 / 86	16,3
<b>5-821.1x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	16 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.20</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert	4 / 65	6,2	230 / 5.478	4,2	5 / 86	5,8
<b>5-821.22</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.	5 / 65	7,7	268 / 5.478	4,9	4 / 86	4,7
<b>5-821.24</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	13 / 65	20,0	661 / 5.478	12,1	11 / 86	12,8
<b>5-821.25</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes	8 / 65	12,3	658 / 5.478	12,0	16 / 86	18,6

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.26</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	37 / 5.478	0,7	0 / 86	0,0
<b>5-821.27</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	33 / 5.478	0,6	0 / 86	0,0
<b>5-821.28</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 65	0,0	10 / 5.478	0,2	0 / 86	0,0
<b>5-821.29</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	57 / 5.478	1,0	0 / 86	0,0
<b>5-821.2a</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel	2 / 65	3,1	199 / 5.478	3,6	13 / 86	15,1
<b>5-821.2b</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	13 / 65	20,0	512 / 5.478	9,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.2x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	28 / 5.478	0,5	1 / 86	1,2

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.30</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	2 / 65	3,1	116 / 5.478	2,1	0 / 86	0,0
<b>5-821.31</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	3 / 65	4,6	241 / 5.478	4,4	3 / 86	3,5
<b>5-821.32</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	2 / 65	3,1	53 / 5.478	1,0	2 / 86	2,3
<b>5-821.33</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	316 / 5.478	5,8	1 / 86	1,2
<b>5-821.3x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	21 / 5.478	0,4	0 / 86	0,0
<b>5-821.40</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	1 / 65	1,5	291 / 5.478	5,3	6 / 86	7,0
<b>5-821.41</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	1 / 65	1,5	138 / 5.478	2,5	3 / 86	3,5

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.42</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	3 / 65	4,6	114 / 5.478	2,1	1 / 86	1,2
<b>5-821.43</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	319 / 5.478	5,8	0 / 86	0,0
<b>5-821.4x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	22 / 5.478	0,4	1 / 86	1,2
<b>5-821.50</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	51 / 5.478	0,9	0 / 86	0,0
<b>5-821.51</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	2 / 65	3,1	38 / 5.478	0,7	1 / 86	1,2
<b>5-821.52</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	1 / 65	1,5	59 / 5.478	1,1	0 / 86	0,0

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.53</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	112 / 5.478	2,0	1 / 86	1,2
<b>5-821.5x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert): Sonstige	0 / 65	0,0	7 / 5.478	0,1	1 / 86	1,2
<b>5-821.60</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	30 / 5.478	0,5	0 / 86	0,0
<b>5-821.61</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	15 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.62</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 65	0,0	27 / 5.478	0,5	1 / 86	1,2
<b>5-821.63</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	137 / 5.478	2,5	0 / 86	0,0

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.6x</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	16 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.f0</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	16 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.f1</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	22 / 5.478	0,4	0 / 86	0,0
<b>5-821.f2</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	20 / 5.478	0,4	0 / 86	0,0
<b>5-821.f3</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	38 / 5.478	0,7	2 / 86	2,3
<b>5-821.f4</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	15 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0
<b>5-821.fx</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	14 / 5.478	0,3	0 / 86	0,0

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.g0</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	3 / 5.478	0,1	0 / 86	0,0
<b>5-821.g1</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert	0 / 65	0,0	0 / 5.478	0,0	0 / 86	0,0
<b>5-821.g2</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, Hybrid (teilzementiert)	0 / 65	0,0	2 / 5.478	0,0	0 / 86	0,0
<b>5-821.g3</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	49 / 5.478	0,9	0 / 86	0,0
<b>5-821.g4</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.	0 / 65	0,0	4 / 5.478	0,1	0 / 86	0,0
<b>5-821.g5</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	10 / 5.478	0,2	0 / 86	0,0
<b>5-821.gx</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige	0 / 65	0,0	0 / 5.478	0,0	0 / 86	0,0

**Anhang: OPS 2010 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Krankenhaus 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-821.j0</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert	0 / 65	0,0	30 / 5.478	0,5	1 / 86	1,2
<b>5-821.j1</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.	1 / 65	1,5	9 / 5.478	0,2	2 / 86	2,3
<b>5-821.j2</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese	0 / 65	0,0	11 / 5.478	0,2	0 / 86	0,0
<b>5-821.jx</b> Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: Sonstige	0 / 65	0,0	4 / 5.478	0,1	1 / 86	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 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.

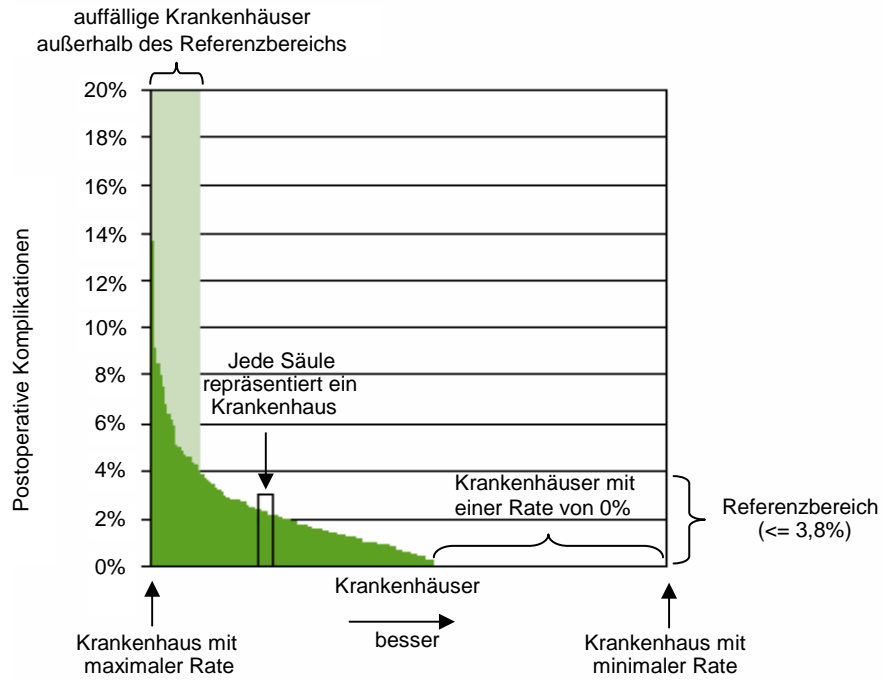
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 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.

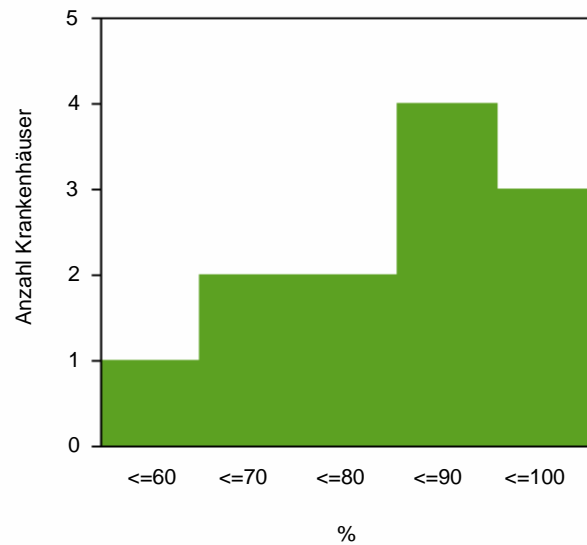
### Beispiel:

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.