

Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.353
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10412-L70426-P33178

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.353
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10412-L70426-P33178

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n2-HUEFT-TEP/1082 QI 1: Indikation			96,6%	>= 90%	1.2
2010/17n2-HUEFT-TEP/265 QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,6%	>= 95%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 2010/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode dokumentiert			98,5%	>= 95%	1.7
2010/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70			97,2%	>= 95%	1.8
2010/17n2-HUEFT-TEP/264 QI 4: Gehfähigkeit bei Entlassung			0,1%	<= 1,7%	1.12
2010/17n2-HUEFT-TEP/447 QI 5: Gefäßläsion oder Nervenschaden			0,1%	<= 2%	1.15
2010/17n2-HUEFT-TEP/449 QI 6: Implantatfehl- lage, Implantatdislokation oder Fraktur			0,5%	<= 2%	1.17
2010/17n2-HUEFT-TEP/451 QI 7: Endoprothesenluxation			0,3%	<= 5%	1.19
2010/17n2-HUEFT-TEP/452 QI 8: Postoperative Wundinfektion			0,1%	<= 3%	1.21
2010/17n2-HUEFT-TEP/454 QI 9: Wundhämatome/ Nachblutungen			0,4%	<= 8%	1.27
2010/17n2-HUEFT-TEP/455 QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen			0,9%	<= 4,0%	1.30

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2010/17n2-HUEFT-TEP/456 QI 11: Reoperationen wegen Komplikation			0,8%	<= 9%	1.33
2010/17n2-HUEFT-TEP/457 QI 12: Letalität			0,1%	Sentinel Event	1.35

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

Qualitätsindikator 1: Indikation

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		6 / 4.353	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		20 / 4.353	0,5%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		113 / 4.353	2,6%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		3.930 / 4.353	90,3%
Gruppe 5	10 Punkte		284 / 4.353	6,5%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.214 / 4.353	96,8%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			830 / 4.353	19,1%
Patienten mit Ruheschmerz			3.481 / 4.353	80,0%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			1.916 / 4.353	44,0%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			2.514 / 4.353	57,8%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			2.208 / 4.353	50,7%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.284 / 4.353	75,4%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich Referenzbereich		>= 90%	4.207 / 4.353	96,6% 96,1% - 97,2% >= 90%

Vorjahresdaten*	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			3.974 / 4.190	94,8% 94,1% - 95,5%

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

² Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

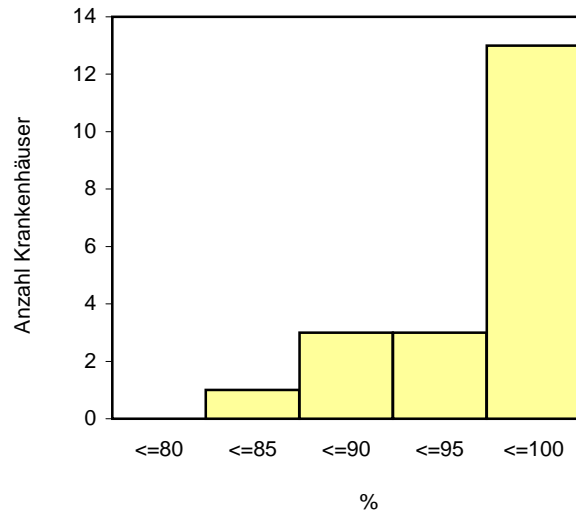
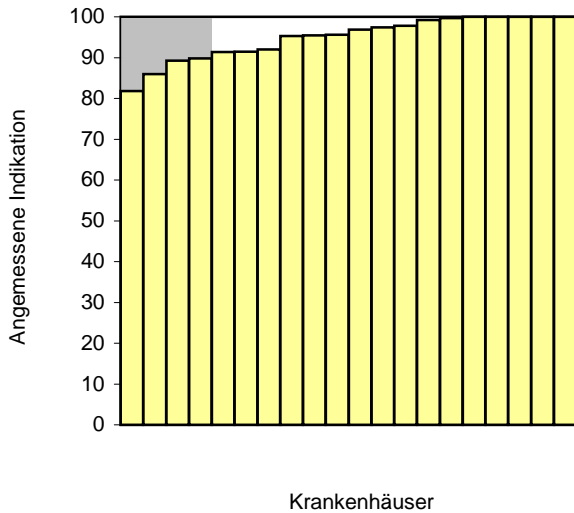
* Die Vorjahresergebnisse können aufgrund einer geänderten Rechenregel von den Ergebnissen der Auswertung 2009 abweichen.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

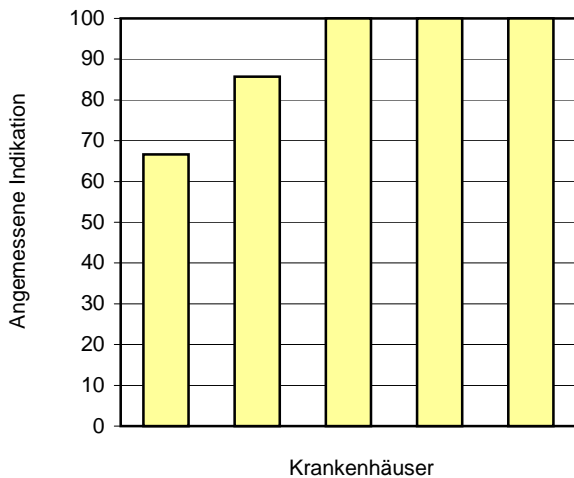
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8	83,9	87,6	91,4	96,2	99,8	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten mit gültiger OP-Dauer	
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min	
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min	
Kennzahl-ID:	Gruppe 1:	2010/17n2-HUEFT-TEP/265	
Referenzbereich:	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	[]		
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

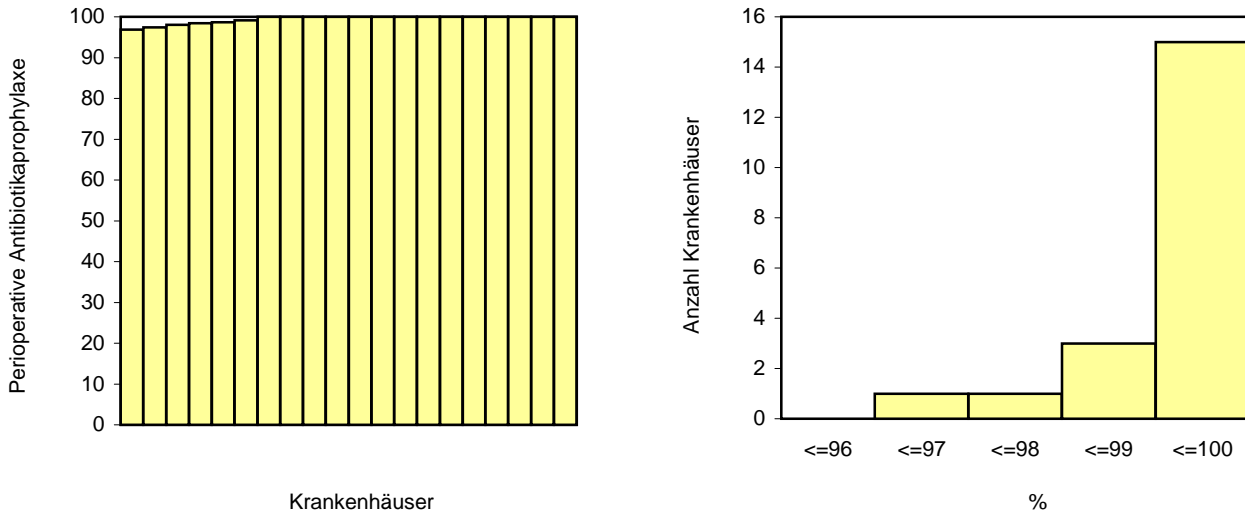
	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	4.334 / 4.353 99,6%	4.143 / 4.161 99,6%	191 / 192 99,5%
Vertrauensbereich	99,3% - 99,7%		
Referenzbereich	>= 95%		
davon			
single shot	4.020 / 4.334 92,8%	3.876 / 4.143 93,6%	144 / 191 75,4%
Zweitgabe oder öfter	314 / 4.334 7,2%	267 / 4.143 6,4%	47 / 191 24,6%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	4.188 / 4.190 100,0% 99,8% - 100,0%	3.997 / 3.999 99,9%	191 / 191 100,0%

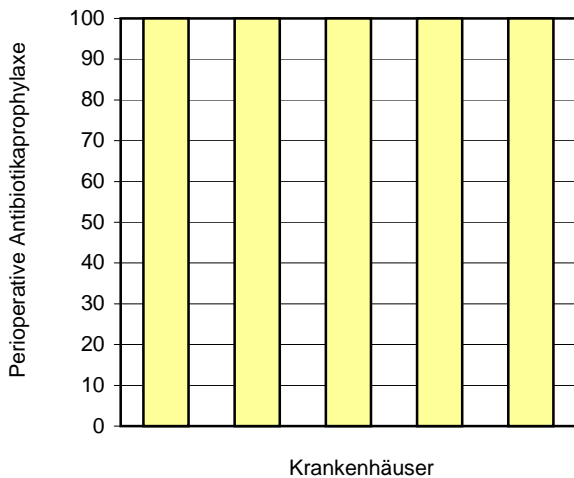
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/265]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,9	97,2	97,7	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	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			4.287 / 4.353	98,5%
Vertrauensbereich				98,1% - 98,8%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode dokumentierter postoperativer Beweglichkeit			4.009 / 4.190	95,7%
Vertrauensbereich				95,0% - 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			4.167 / 4.287	97,2% 96,7% - 97,7% >= 95%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			4.187 / 4.287	97,7%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			4.267 / 4.287	99,5%

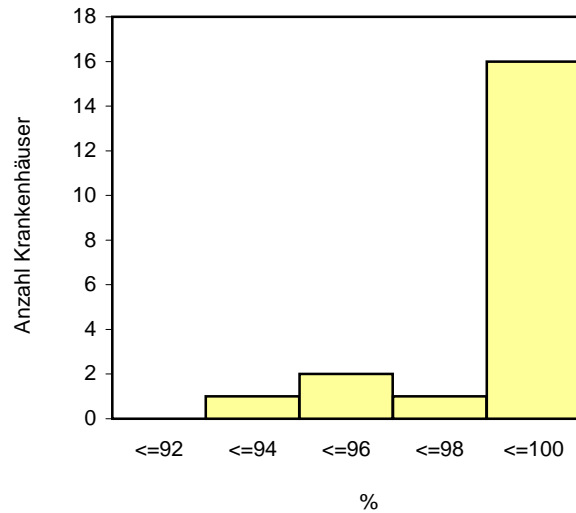
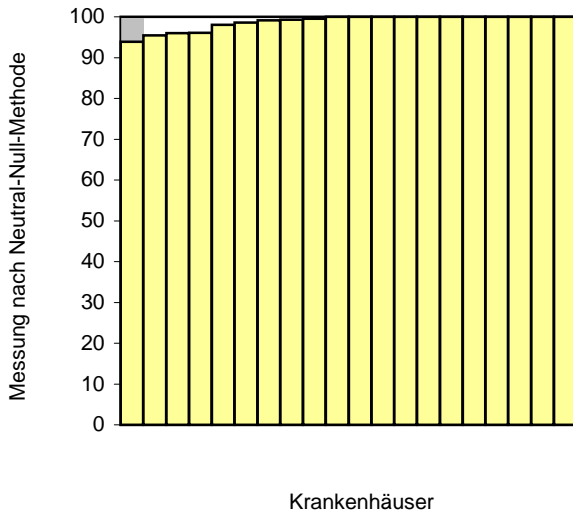
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			3.912 / 4.009	97,6% 97,1% - 98,0%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

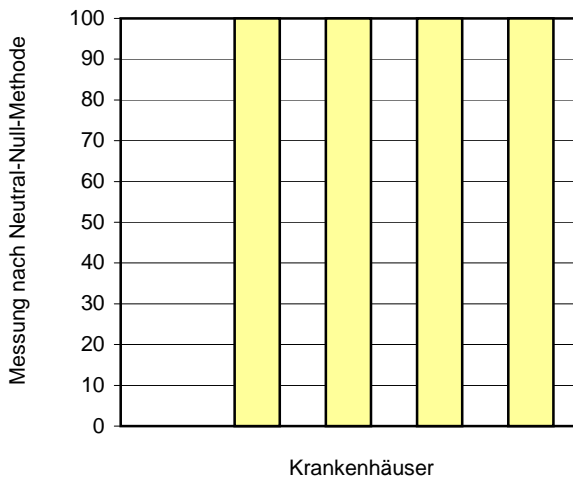
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,8	94,7	95,7	98,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

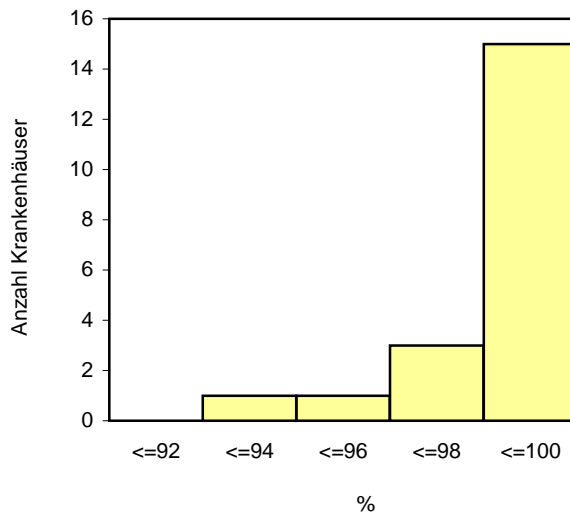
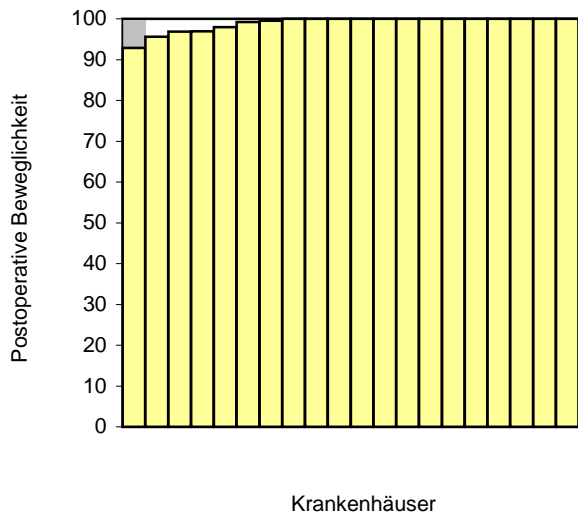
0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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:

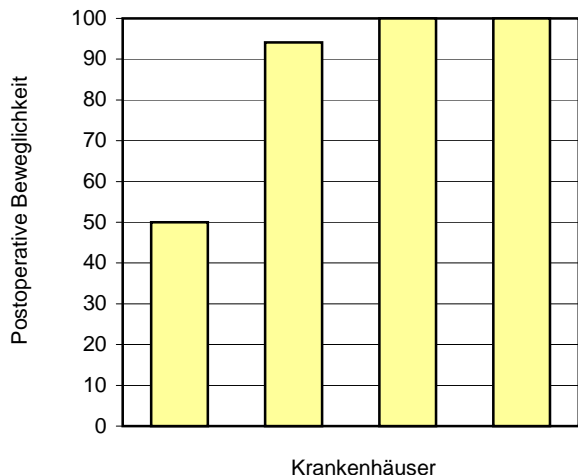
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,9	94,2	96,2	98,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0			72,1	97,1	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit plausiblen Angaben zur Beweglichkeit und

- Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
- 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 Tage¹

	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)				
	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)	3.858 / 3.967 97,3%	102 / 106 96,2%	118 / 123 95,9%	89 / 91 97,8%

¹ 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 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2010/17n2-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			4.313 / 4.326	99,7%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			5 / 4.326	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%
Referenzbereich		<= 1,7%		<= 1,7%
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			4 / 3.995	0,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			0 / 109	0,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			0 / 124	0,0%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			1 / 98	1,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

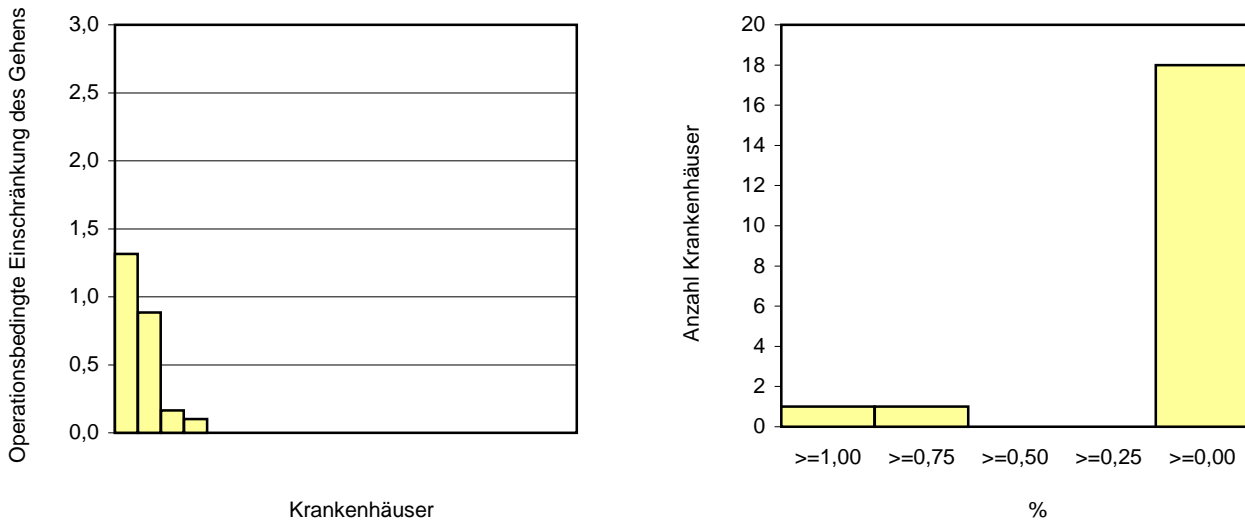
² d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung ¹ Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			11 / 4.150	0,3% 0,1% - 0,5%

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

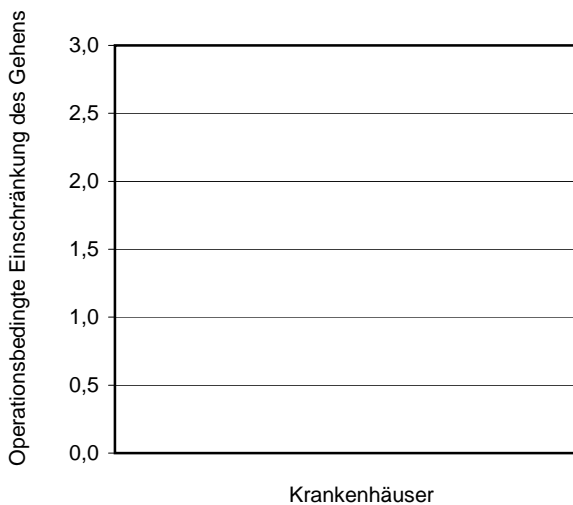
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/264]:
Anteil von Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 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			1 / 4.353	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			4 / 4.353	0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			5 / 4.353	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

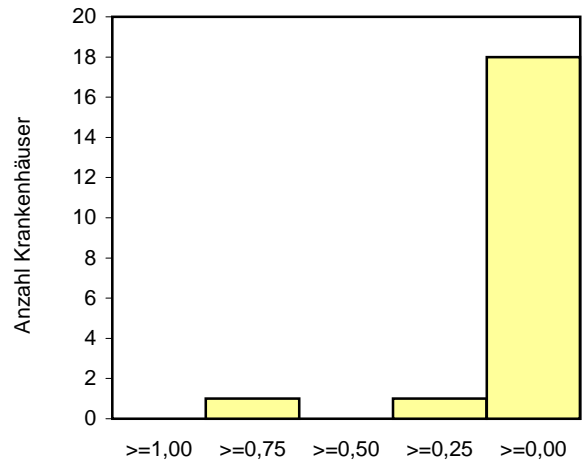
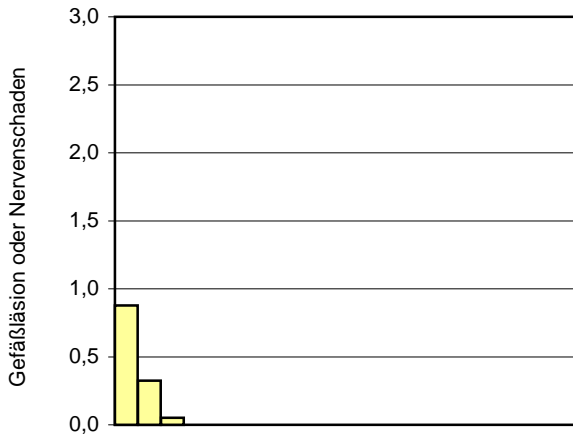
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			8 / 4.190	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [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:

20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



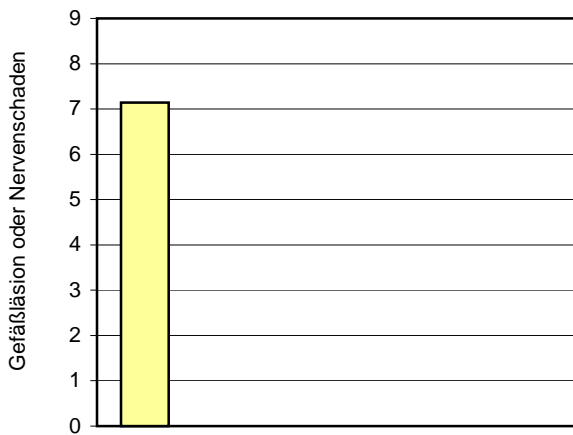
Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

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

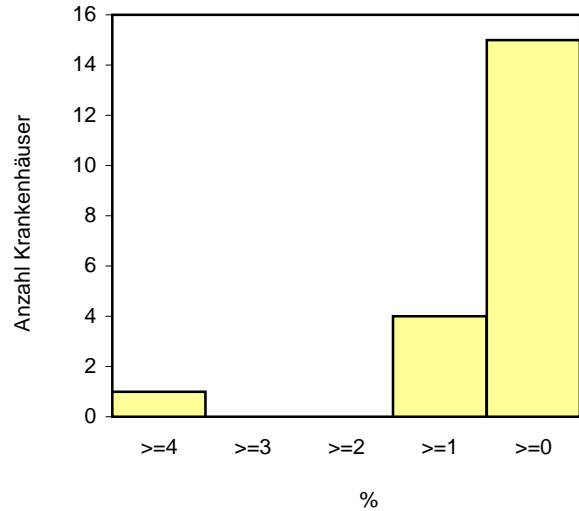
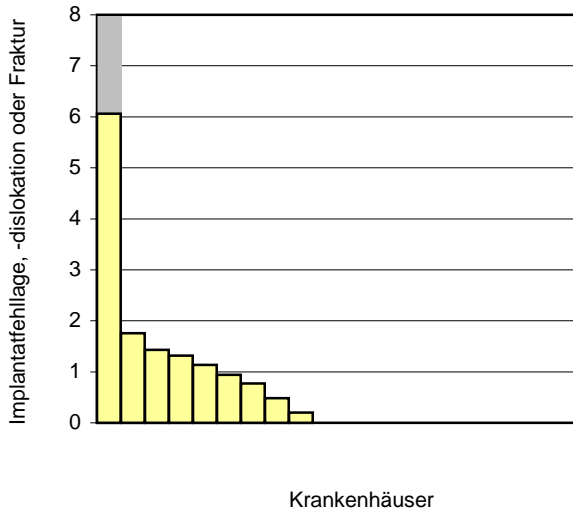
Referenzbereich: <= 2% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 4.353	0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			3 / 4.353	0,1%
Patienten mit Fraktur			20 / 4.353	0,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			23 / 4.353	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,8%
Referenzbereich		<= 2%		<= 2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			23 / 4.190	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,8%

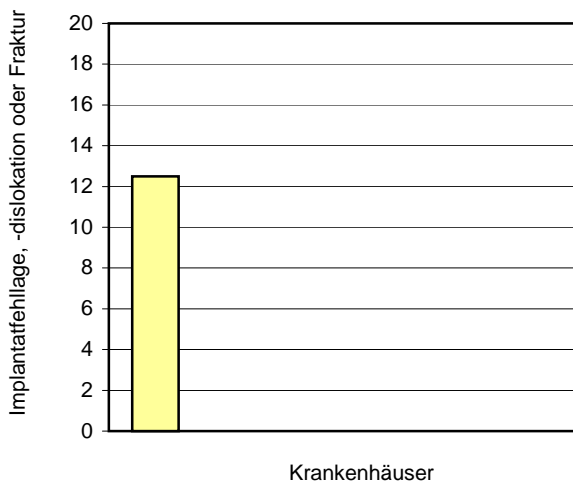
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/449]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.







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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation

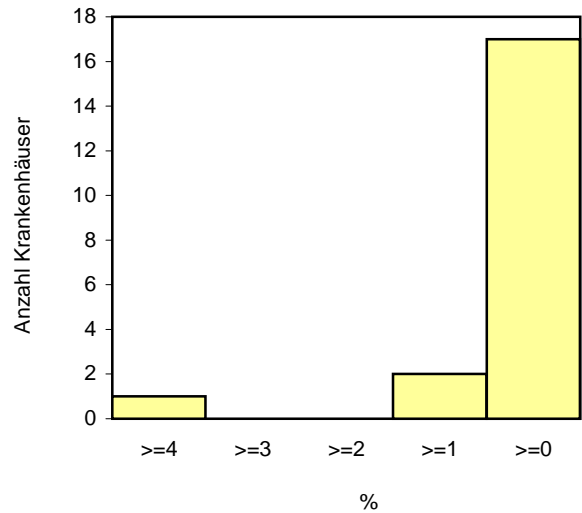
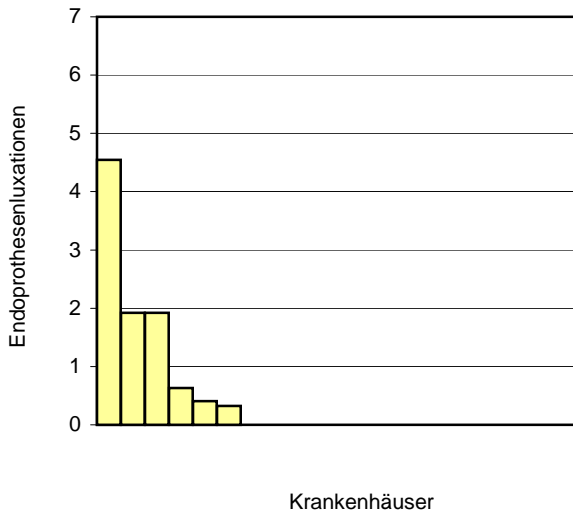
Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n2-HUEFT-TEP/451
Referenzbereich: <= 5% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich			15 / 4.353	 0,3%
Referenzbereich		<= 5%		0,2% - 0,6% <= 5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich			26 / 4.190	 0,6%
				0,4% - 0,9%

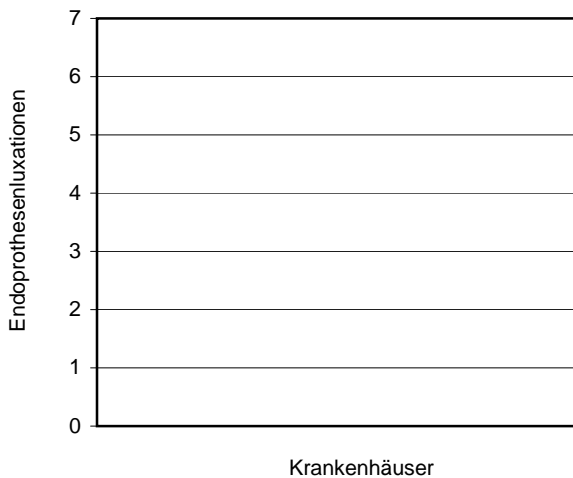
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/451]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9	3,2	4,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 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

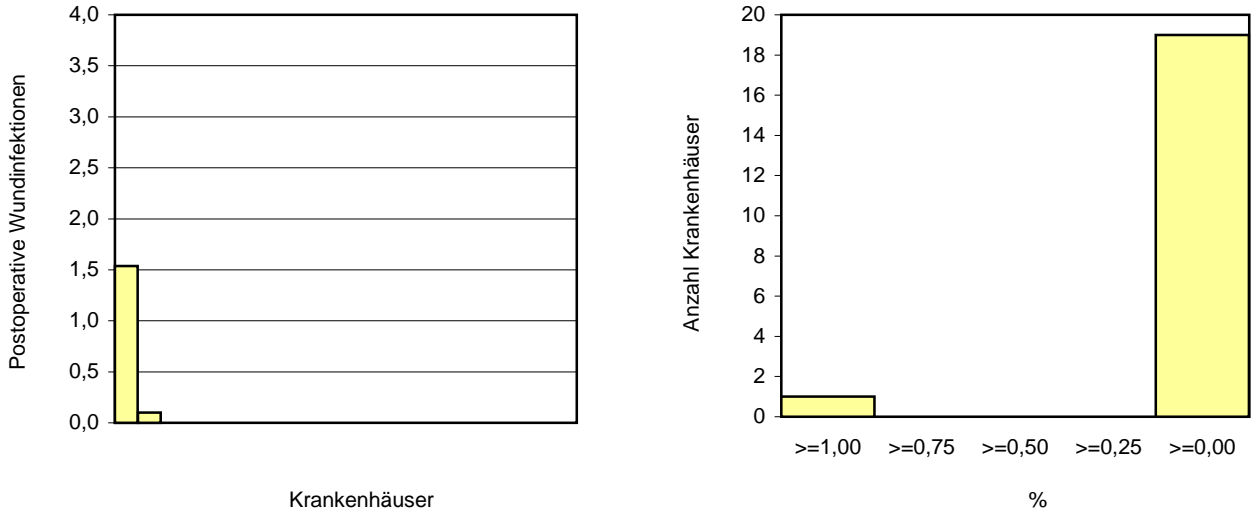
Referenzbereich: <= 3% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich Referenzbereich			5 / 4.353	0,1% 0,0% - 0,3% <= 3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 4.353	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			3 / 4.353	0,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion Vertrauensbereich			14 / 4.190	0,3% 0,2% - 0,6%

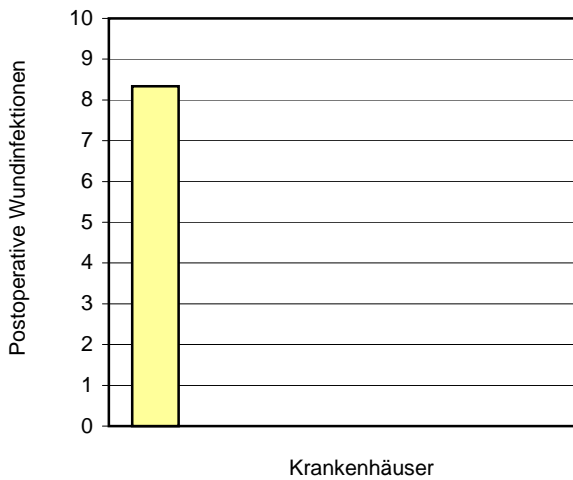
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/452]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.581 / 4.353	59,3%
Risikoklasse 1			1.494 / 4.353	34,3%
Risikoklasse 2			276 / 4.353	6,3%
Risikoklasse 3			2 / 4.353	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 2.581	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2.581	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 2.581	0,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 1.494	0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 1.494	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 1.494	0,1%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 276	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 276	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 276	0,4%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3


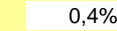
Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3


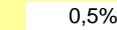
	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen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

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

Qualitätsindikator 9: Wundhämatome/Nachblutungen

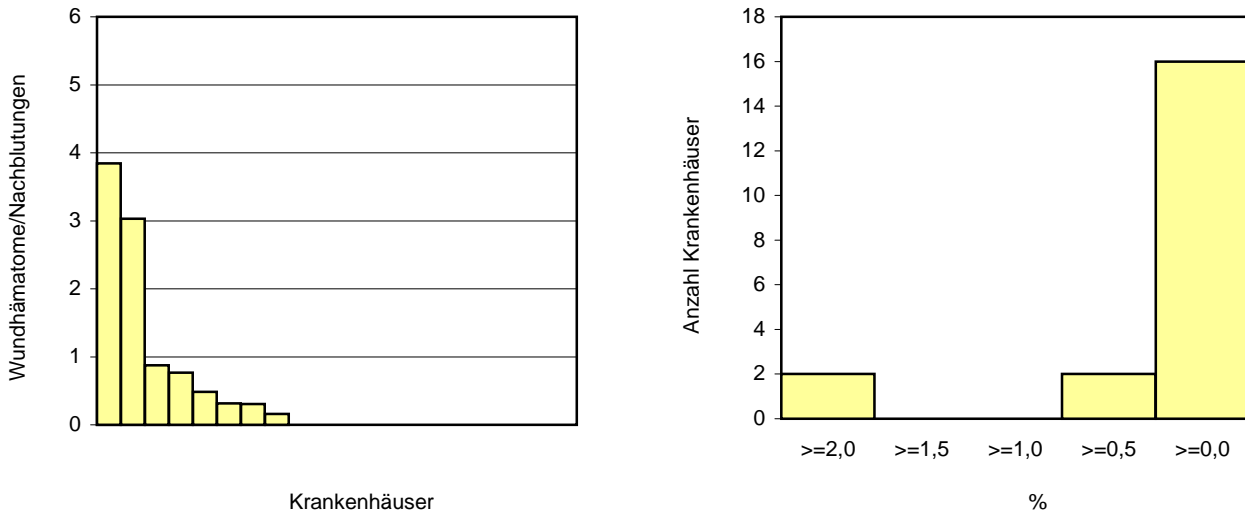
Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n2-HUEFT-TEP/454
Referenzbereich: <= 8% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			16 / 4.353	 0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		<= 8%		<= 8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			22 / 4.190	 0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,8%

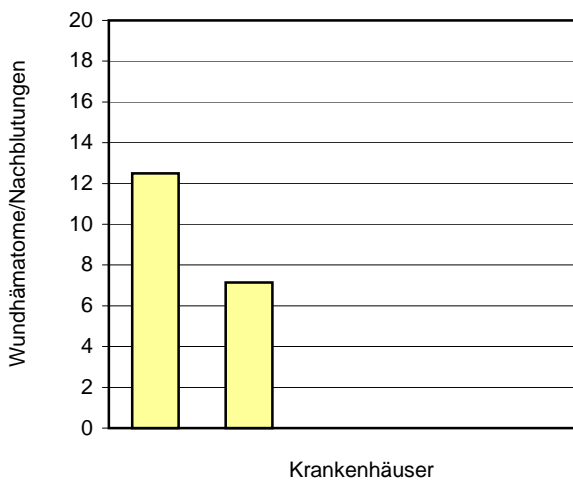
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/454]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	7,1			12,5

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 min¹

	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				
	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	5 / 1.694 0,3%	9 / 2.467 0,4%	2 / 160 1,3%	0 / 32 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

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

	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			



<= 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	11 / 4.353 0,3%	3 / 3.009 0,1%	8 / 1.343 0,6%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	16 / 4.353 0,4%	5 / 3.009 0,2%	11 / 1.343 0,8%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	10 / 4.353 0,2%	6 / 3.009 0,2%	4 / 1.343 0,3%
Patienten mit Lungenembolie	4 / 4.353 0,1%	2 / 3.009 0,1%	2 / 1.343 0,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	45 / 4.353 1,0%	21 / 3.009 0,7%	24 / 1.343 1,8%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	40 / 4.353 0,9% 0,7% - 1,3% <= 4,0%	16 / 3.009 0,5%	24 / 1.343 1,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

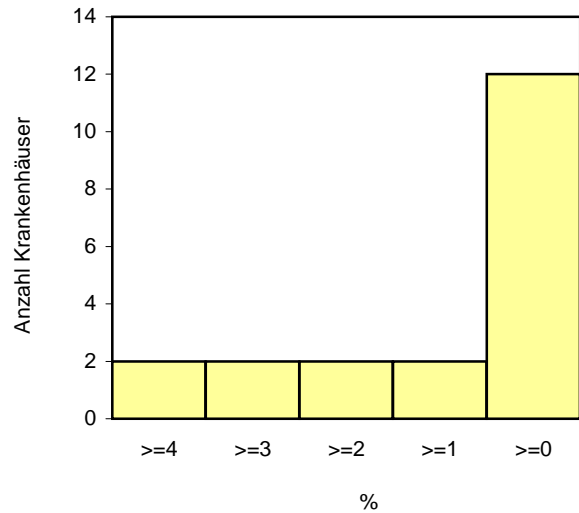
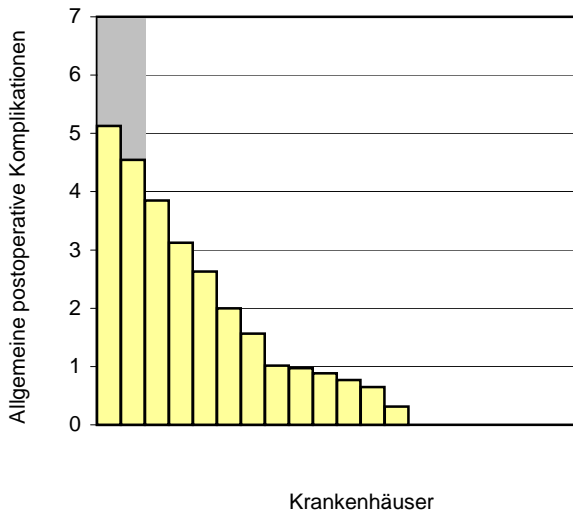
Vorjahresdaten	Gesamt 2009		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	40 / 4.190 1,0% 0,7% - 1,3%	9 / 2.931 0,3%	31 / 1.259 2,5%

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:

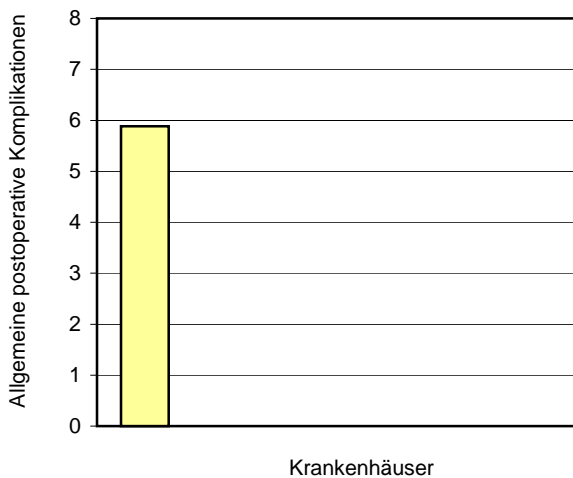
20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,3	4,2	4,8	5,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

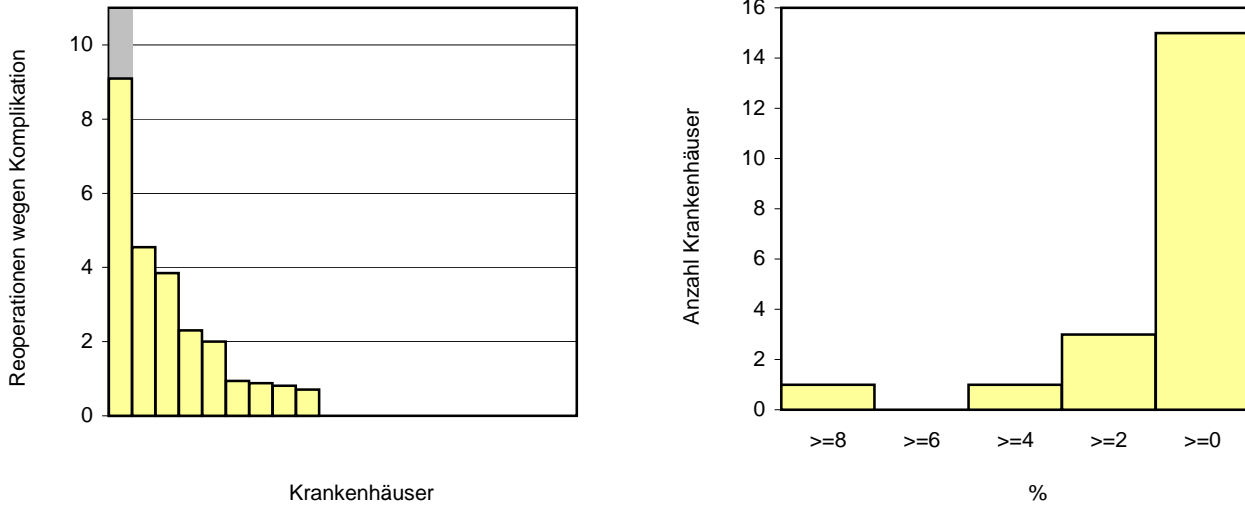
Referenzbereich: <= 9% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			35 / 4.353	 0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,1%
Referenzbereich		<= 9%		<= 9%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation			52 / 4.190	 1,2%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,6%

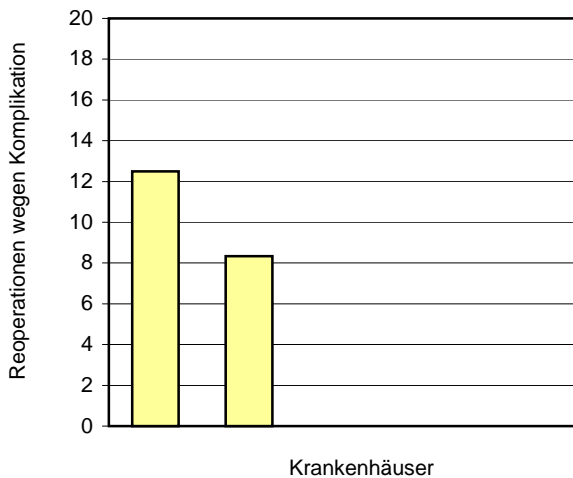
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/456]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation wegen Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	4,2	6,8	9,1

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	8,3			12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Letalität

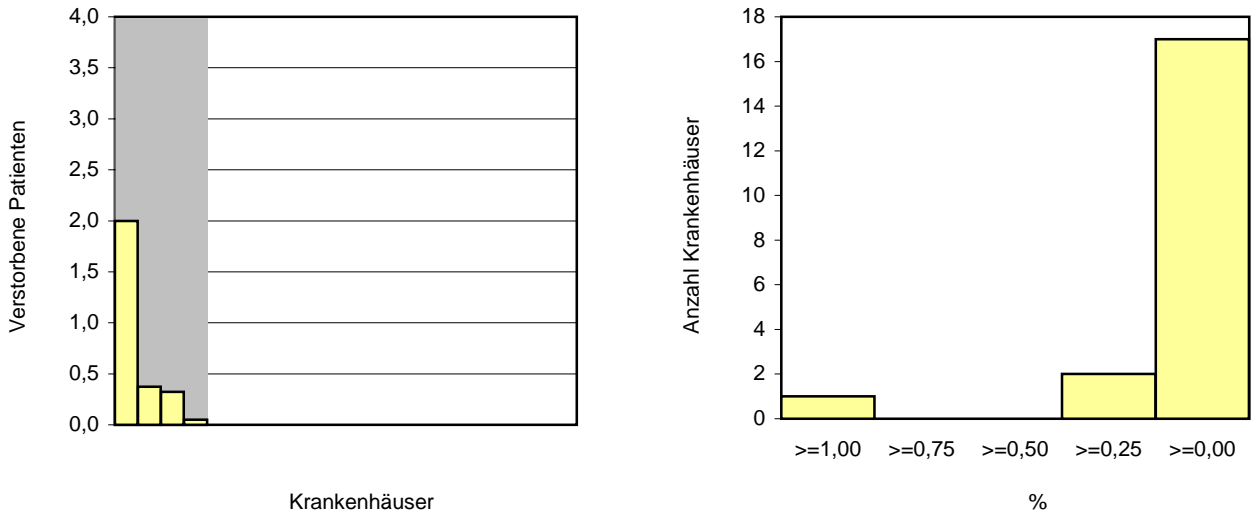
Qualitätsziel: Geringe Letalität
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2010/17n2-HUEFT-TEP/457
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten Vertrauensbereich Referenzbereich			5 / 4.353	0,1%
		Sentinel Event		0,0% - 0,3% Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten Vertrauensbereich			13 / 4.190	0,3%
				0,2% - 0,5%

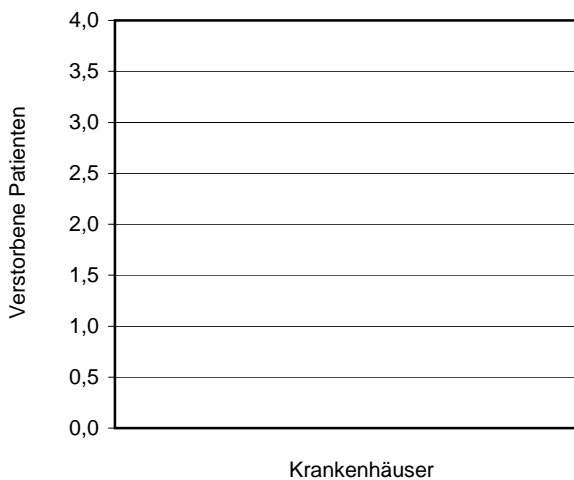
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12, Kennzahl-ID 2010/17n2-HUEFT-TEP/457]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2010			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				
	Gesamt 2010			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 3.009 0,1%	2 / 1.324 0,2%	1 / 19 5,3%	0 / 1 0,0%

Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.353
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10412-L70426-P33178

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

Basisdaten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.229	28,2	1.172	28,0
2. Quartal			1.098	25,2	1.001	23,9
3. Quartal			993	22,8	1.020	24,3
4. Quartal			1.033	23,7	997	23,8
Gesamt			4.353		4.190	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.353		4.190	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,2		1,6
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.353		4.190	
Median				9,0		10,0
Mittelwert				10,3		11,3
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.353		4.190	
Median				10,0		11,0
Mittelwert				11,5		12,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
3	M65.95	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
4	D62	Akute Blutungsanämie
5	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
6	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2010

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	2.857	65,6	M16.1	2.900	69,2
2				M25.75	1.362	31,3	M25.75	1.111	26,5
3				M65.95	1.148	26,4	M65.95	996	23,8
4				D62	502	11,5	D62	532	12,7
5				M16.9	473	10,9	M16.9	466	11,1
6				I10.00	453	10,4	I10.00	442	10,5
7				M16.3	395	9,1	M16.3	340	8,1
8				M16.7	376	8,6	M16.7	286	6,8

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

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

OPS 2010¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2010

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
3	5-782.0d	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion: Becken
4	5-800.5g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk
5	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert

OPS 2010

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2010			Gesamt 2010			Gesamt 2009		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	1.762	40,5	5-820.00	1.608	38,4
2				5-820.01	1.193	27,4	5-820.01	1.192	28,4
3				5-782.0d	741	17,0	5-782.0d	980	23,4
4				5-800.5g	687	15,8	5-820.02	656	15,7
5				5-820.94	632	14,5	5-800.5g	651	15,5

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

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

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

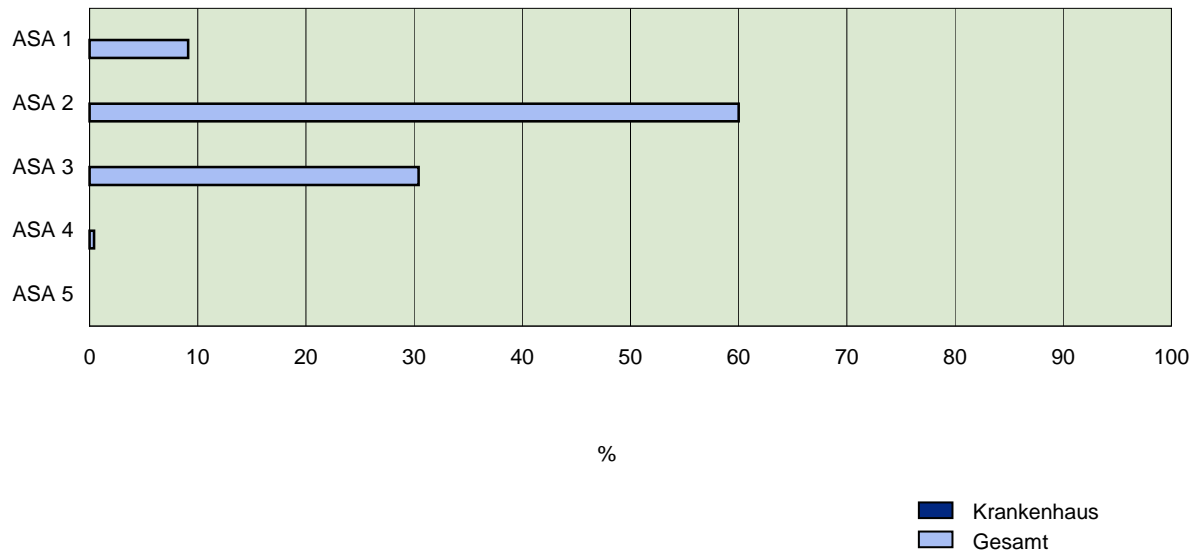
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			69 / 4.353	1,6	40 / 4.190	1,0
5-986 Minimalinvasive Technik			90 / 4.353	2,1	78 / 4.190	1,9
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.353	0,0	0 / 4.190	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			2 / 4.353	0,0	0 / 4.190	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.353 / 4.353		4.190 / 4.190	
< 50 Jahre			334 / 4.353	7,7	319 / 4.190	7,6
50 - 59 Jahre			679 / 4.353	15,6	653 / 4.190	15,6
60 - 69 Jahre			1.216 / 4.353	27,9	1.206 / 4.190	28,8
70 - 79 Jahre			1.578 / 4.353	36,3	1.465 / 4.190	35,0
80 - 89 Jahre			523 / 4.353	12,0	521 / 4.190	12,4
>= 90 Jahre			23 / 4.353	0,5	26 / 4.190	0,6
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.353		4.190	
Median				69,0		69,0
Mittelwert				67,3		67,4
Geschlecht						
männlich			1.676	38,5	1.626	38,8
weiblich			2.677	61,5	2.564	61,2
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			48	1,1	75	1,8
nicht dokumentiert			7	0,2	14	0,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			396	9,1	499	11,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.613	60,0	2.432	58,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.324	30,4	1.239	29,6
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			19	0,4	20	0,5
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.481	80,0	3.159	75,4
Belastungsschmerz			830	19,1	1.007	24,0
keine Schmerzen			42	1,0	24	0,6
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			380	8,7	358	8,5

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.170	95,8	3.955	94,4
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.170		3.955	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,3		0,2
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				2,8		2,8
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				89,1		87,2
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.170		3.955	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,0		15,0
Mittelwert				16,0		16,5
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,2		10,7

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010	Gesamt 2009
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben		4.170	3.955
Winkel			
Außenrotation (Grad)			
Median		10,0	10,0
Mittelwert		13,5	12,7
Neutral-Null-Wert (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		0,8	0,7
Winkel			
Innenrotation (Grad)			
Median		5,0	5,0
Mittelwert		5,4	5,8

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			162	3,7	142	3,4
eindeutig			1.832	42,1	2.314	55,2
große			2.359	54,2	1.734	41,4
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			23	0,5	34	0,8
eindeutig verschmälert			430	9,9	564	13,5
fortgeschritten verschmälert			1.820	41,8	2.217	52,9
aufgehoben			2.080	47,8	1.375	32,8
Sklerose						
keine Sklerose			24	0,6	28	0,7
leichte Sklerose			1.489	34,2	1.033	24,7
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.019	46,4	1.912	45,6
Sklerose mit Zysten			821	18,9	1.217	29,0
Deformierung						
keine Deformierung			544	12,5	227	5,4
leichte Deformierung			2.055	47,2	2.149	51,3
deutliche Deformierung			1.754	40,3	1.814	43,3
Wundkontaminations- klassifikation						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.326	99,4	4.164	99,4
bedingt aseptische Eingriffe			15	0,3	22	0,5
kontaminierte Eingriffe			7	0,2	0	0,0
septische Eingriffe			5	0,1	4	0,1

Operation

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.353		4.190	
Median				67,0		68,0
Mittelwert				71,6		71,6
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			4.334	99,6	4.188	100,0
davon						
single shot			4.020 / 4.334	92,8	3.835 / 4.188	91,6
Zweitgabe			61 / 4.334	1,4	90 / 4.188	2,1
öfter			253 / 4.334	5,8	263 / 4.188	6,3

Verlauf

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p			4.346	99,8	4.178	99,7
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			2.268	52,1	2.366	56,5
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			71	1,6	83	2,0
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,0	2	0,0
Implantatdislokation			3	0,1	4	0,1
Endoprothesenluxation			15	0,3	26	0,6
Wundhämatom/Nachblutung			16	0,4	22	0,5
Gefäßläsion			1	0,0	0	0,0
Nervenschaden			4	0,1	8	0,2
Fraktur			20	0,5	17	0,4
Sonstige			12	0,3	9	0,2
postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			5	0,1	14	0,3
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			2 / 5	40,0	6 / 14	42,9
A2 (tiefe Infektion)			3 / 5	60,0	8 / 14	57,1
A3 (Räume/Organe)			0 / 5	0,0	0 / 14	0,0
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			35	0,8	52	1,2

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			78	1,8	119	2,8
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			11	0,3	8	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			16	0,4	23	0,5
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			10	0,2	4	0,1
Lungenembolie			4	0,1	7	0,2
Sonstige			45	1,0	83	2,0

Entlassung I

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.287	98,5	4.009	95,7
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.287		4.009	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,2
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				89,7		89,6

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.335	99,7	4.149	99,3
Nein			13	0,3	28	0,7
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			5	38,5	12	42,9
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.329	99,6	4.146	99,3
Nein			19	0,4	31	0,7
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			9	47,4	18	58,1

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.186	27,2	1.184	28,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			15	0,3	26	0,6
03: aus sonstigen Gründen			3	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,1	6	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			78	1,8	89	2,1
07: Tod			5	0,1	13	0,3
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	2	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			3.047	70,0	2.849	68,0
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,1	4	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			1	0,0	10	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,0	1	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			4	0,1	5	0,1

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			957	22,0	892	21,3
Dienstag			746	17,1	768	18,3
Mittwoch			772	17,7	708	16,9
Donnerstag			743	17,1	683	16,3
Freitag			809	18,6	710	16,9
Samstag			261	6,0	343	8,2
Sonntag			65	1,5	86	2,1

Anhang: OPS 2010

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			1.762 / 4.353	40,5	1.608 / 4.190	38,4
5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.193 / 4.353	27,4	1.192 / 4.190	28,4
5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			615 / 4.353	14,1	656 / 4.190	15,7
5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			24 / 4.353	0,6	22 / 4.190	0,5
5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			23 / 4.353	0,5	21 / 4.190	0,5
5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			61 / 4.353	1,4	75 / 4.190	1,8
5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			4 / 4.353	0,1	1 / 4.190	0,0
5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			3 / 4.353	0,1	4 / 4.190	0,1
5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			0 / 4.353	0,0	2 / 4.190	0,0

OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			5 / 4.353	0,1	14 / 4.190	0,3
5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			3 / 4.353	0,1	6 / 4.190	0,1
5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			0 / 4.353	0,0	0 / 4.190	0,0
5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			3 / 4.353	0,1	5 / 4.190	0,1
5-820.80 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert			0 / 4.353	0,0	1 / 4.190	0,0
5-820.81 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert			1 / 4.353	0,0	1 / 4.190	0,0
5-820.82 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)			4 / 4.353	0,1	19 / 4.190	0,5
5-820.92 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalsershaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert			2 / 4.353	0,0	1 / 4.190	0,0

OPS 2010 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.93 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Ohne Pfannenprothese, zementiert			0 / 4.353	0,0	0 / 4.190	0,0
5-820.94 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert			632 / 4.353	14,5	551 / 4.190	13,2
5-820.95 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, zementiert			0 / 4.353	0,0	1 / 4.190	0,0
5-820.96 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Schenkelhalserhaltende Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)			21 / 4.353	0,5	13 / 4.190	0,3

Jahresauswertung 2010 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Statistische Basisprüfung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.353
Datensatzversion: 17/2 2010 13.0
Datenbankstand: 01. März 2011
2010 - D10412-L70426-P33178

Eine Auswertung der BQS gGmbH - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2010 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2010

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 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			17,5%	> 0%	AK.1
2010/17n2-HUEFT-TEP/813126 AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			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 Vertrauensbereich Referenzbereich			59 / 338	17,5% 13,6% - 21,9% > 0%

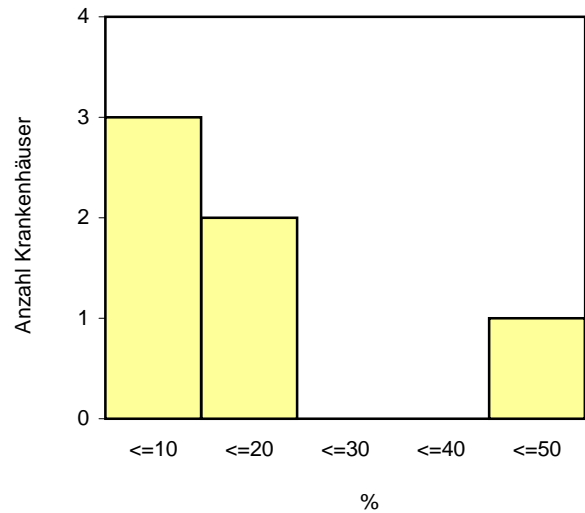
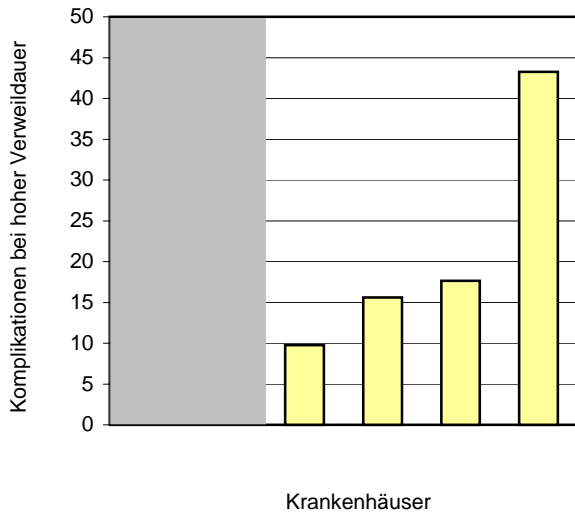
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen intra- /post- operativen chirurgischen Komplikation oder mindestens einer Wundinfektion oder mindestens einer allgemeinen behandlungsbedürftigen postoperativen Komplikation Vertrauensbereich			84 / 423	19,9% 16,2% - 24,0%

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:

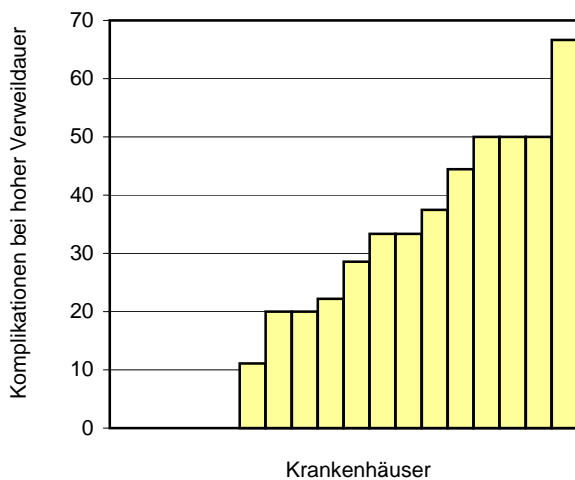
6 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	12,7	17,6			43,2

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	25,4	44,4	50,0		66,7

1 Krankenhaus hat 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

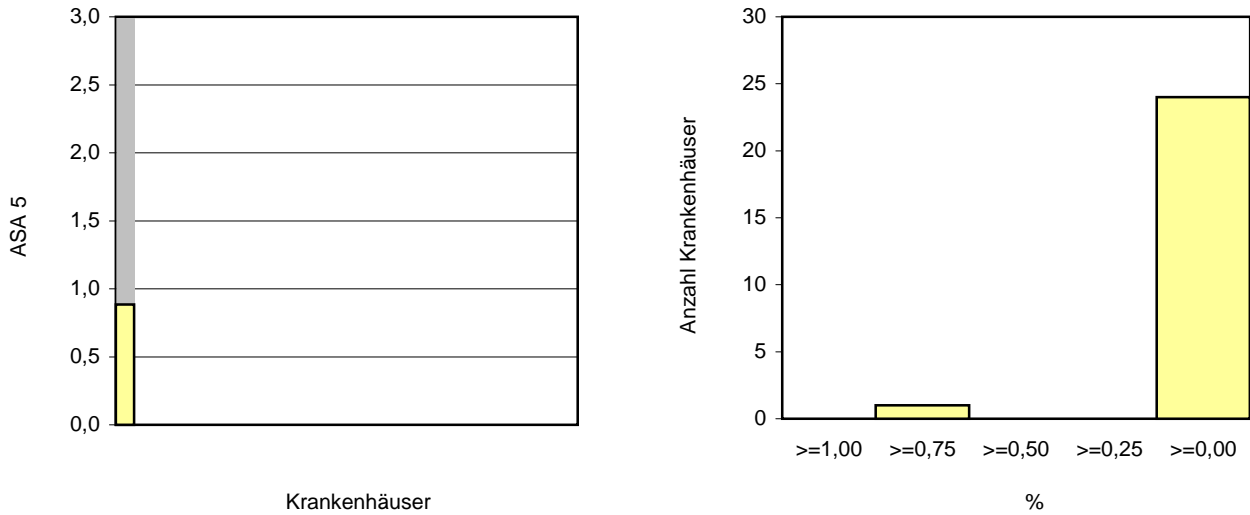
ID-Bezugskennzahl(en): -

	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich Referenzbereich			1 / 4.353	0,0%
		Sentinel Event		0,0% - 0,1% Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2009		Gesamt 2009	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich			0 / 4.190	0,0%
				0,0% - 0,1%

**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:
 25 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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.

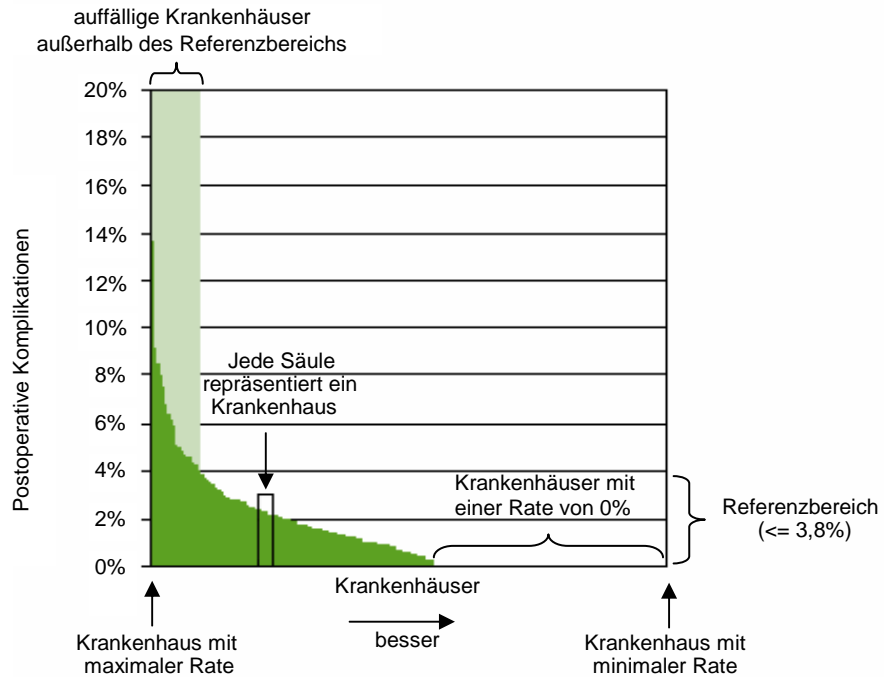
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

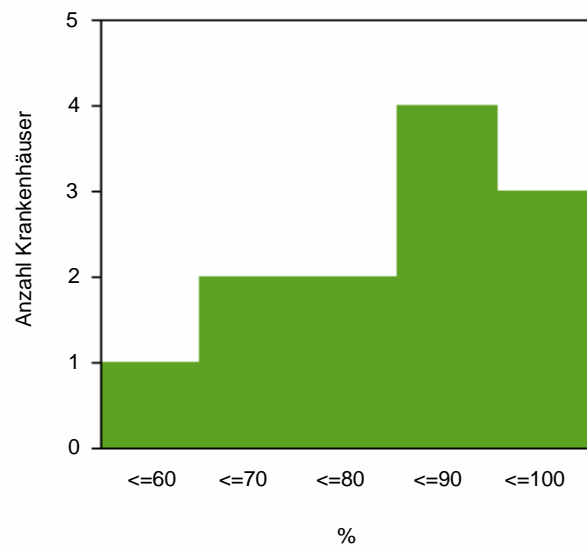
Beispiel:

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.