

Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.340
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11403-L75717-P35876

Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.340
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11403-L75717-P35876

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2011/17n2-HUEFT-TEP/1082					
QI 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			93,9%	>= 90,0%	1.2
2011/17n2-HUEFT-TEP/265					
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,8%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit					
3a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			98,8%	>= 95,0%	1.7
3b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,1%	>= 95,0%	1.9
QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
4a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,2%	nicht definiert	1.12
4b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,71	<= 5,43	1.15
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden					
5a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Patienten			0,5%	nicht definiert	1.17
5b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,64	<= 6,62	1.19
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur					
6a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Patienten			0,9%	nicht definiert	1.21
6b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,00	<= 2,21	1.23

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
QI 7: Endoprothesenluxation					
7a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Patienten			0,2%	nicht definiert	1.25
7b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,60	<= 12,44	1.27
QI 8: Postoperative Wundinfektion					
8a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Patienten			0,8%	nicht definiert	1.29
8b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,48	<= 5,41	1.31
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen					
9a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Patienten			1,1%	nicht definiert	1.37
9b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,03	<= 6,80	1.40
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen					
10a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			1,1%	nicht definiert	1.42
10b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,01	<= 3,51	1.45
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen					
11a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Patienten			2,0%	nicht definiert	1.47
11b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,23	<= 5,01	1.49

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
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus					
12a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			0,1%	Sentinel Event	1.51
12b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,93	nicht definiert	1.54

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

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/1082

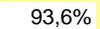
Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		15 / 9.338	0,2%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		42 / 9.338	0,4%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		503 / 9.338	5,4%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		7.171 / 9.338	76,8%
Gruppe 5	10 Punkte		1.607 / 9.338	17,2%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		8.778 / 9.338	94,0%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			2.021 / 9.338	21,6%
Patienten mit Ruheschmerz			7.225 / 9.338	77,4%

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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			4.961 / 9.338	53,1%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			5.136 / 9.338	55,0%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			4.746 / 9.338	50,8%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			7.074 / 9.338	75,8%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,0%	8.767 / 9.338	 93,9% 93,4% - 94,4% >= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			8.767 / 9.370	 93,6% 93,0% - 94,1%

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)

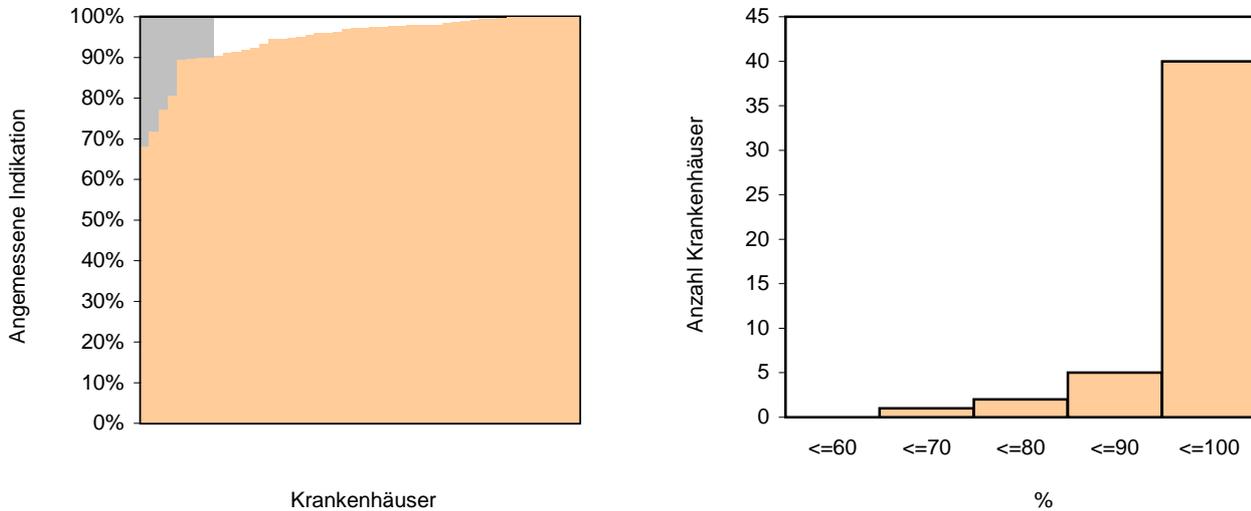
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/17n2-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:

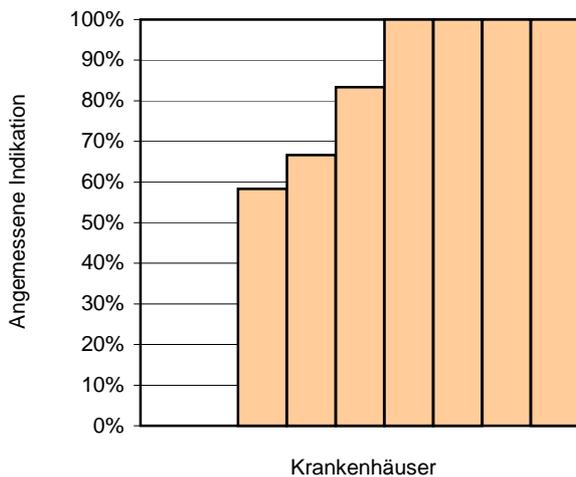
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,1	77,1	89,2	92,0	97,1	99,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			58,3	83,3	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
 Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min
 Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2011/17n2-HUEFT-TEP/265

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

	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

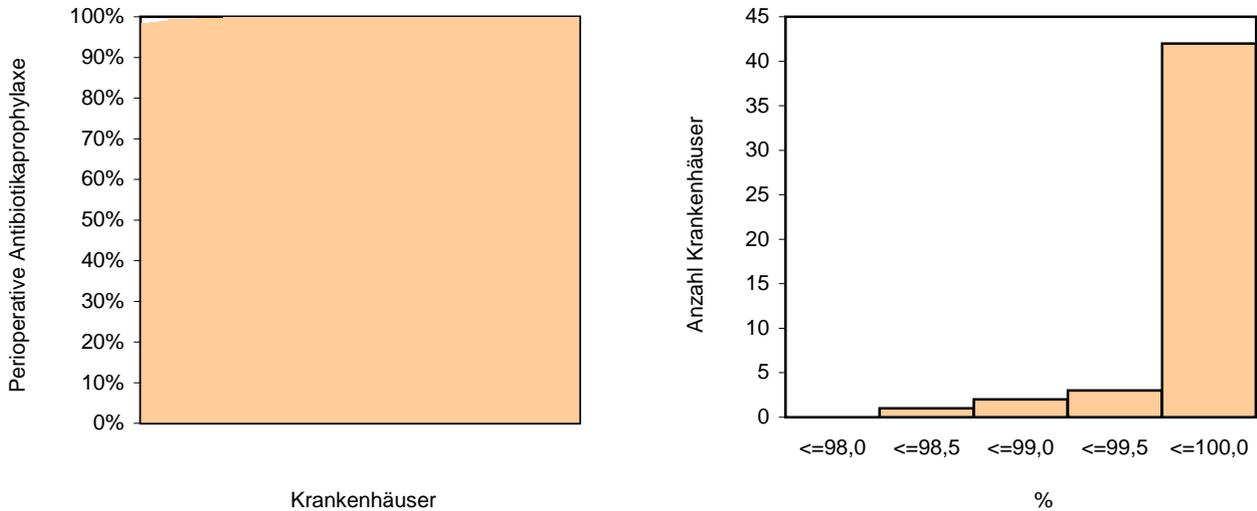
	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe	9.321 / 9.338 99,8%	8.776 / 8.793 99,8%	545 / 545 100,0%
Vertrauensbereich	99,7% - 99,9%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot	8.070 / 9.321 86,6%	7.703 / 8.776 87,8%	367 / 545 67,3%
Zweitgabe oder öfter	1.251 / 9.321 13,4%	1.073 / 8.776 12,2%	178 / 545 32,7%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	9.314 / 9.370 99,4% 99,2% - 99,5%	8.741 / 8.793 99,4%	573 / 577 99,3%

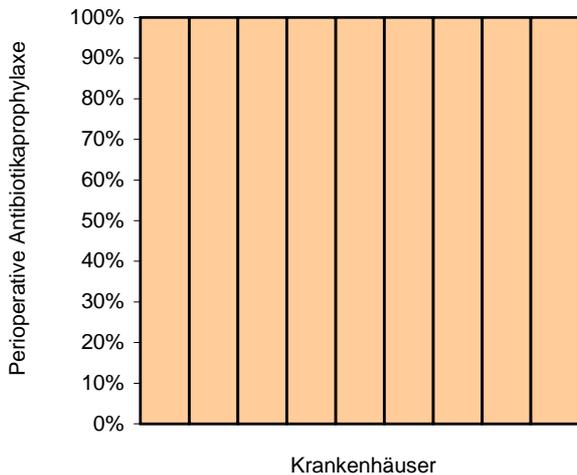
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/265]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,5	99,0	99,4	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223

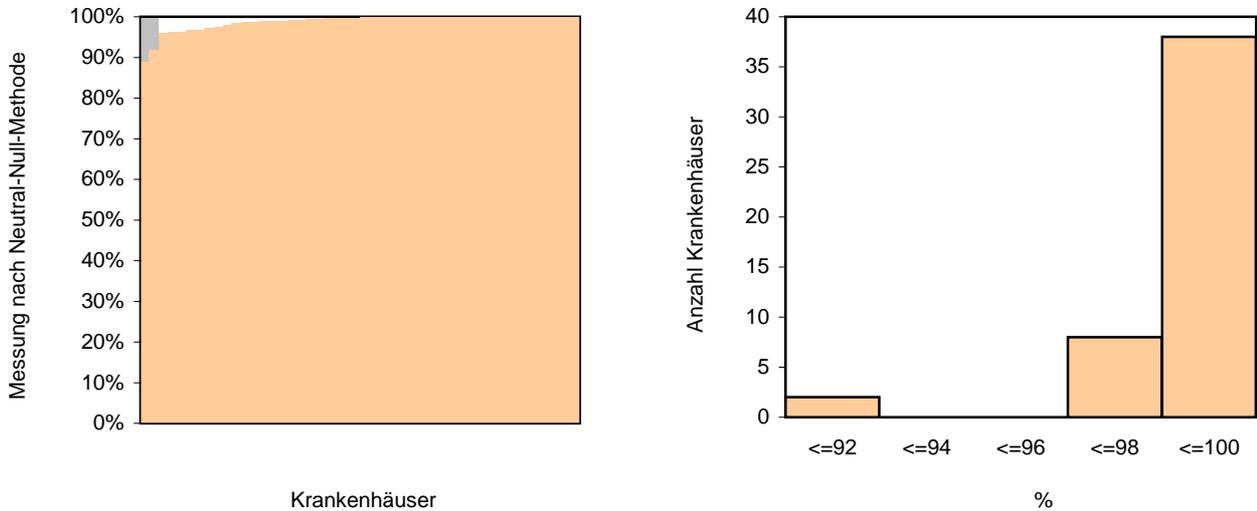
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			9.224 / 9.338	98,8%
Vertrauensbereich				98,5% - 99,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			9.249 / 9.370	98,7%
Vertrauensbereich				98,5% - 98,9%

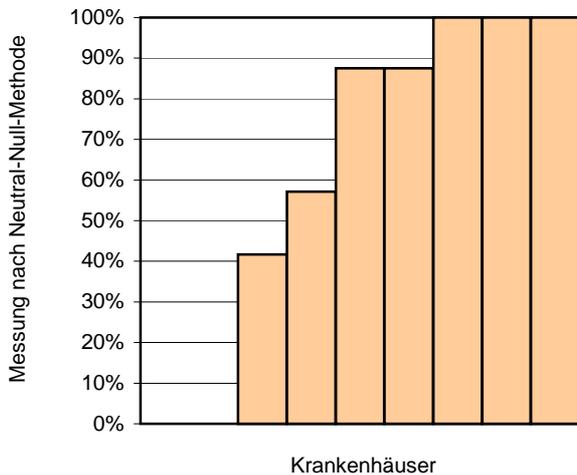
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223]:
Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,8	96,0	96,2	98,6	99,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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			41,7	87,5	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode

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

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/446

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			9.142 / 9.224	99,1%
Referenzbereich		>= 95,0%		98,9% - 99,3% >= 95,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			9.189 / 9.224	99,6%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			9.173 / 9.224	99,4%

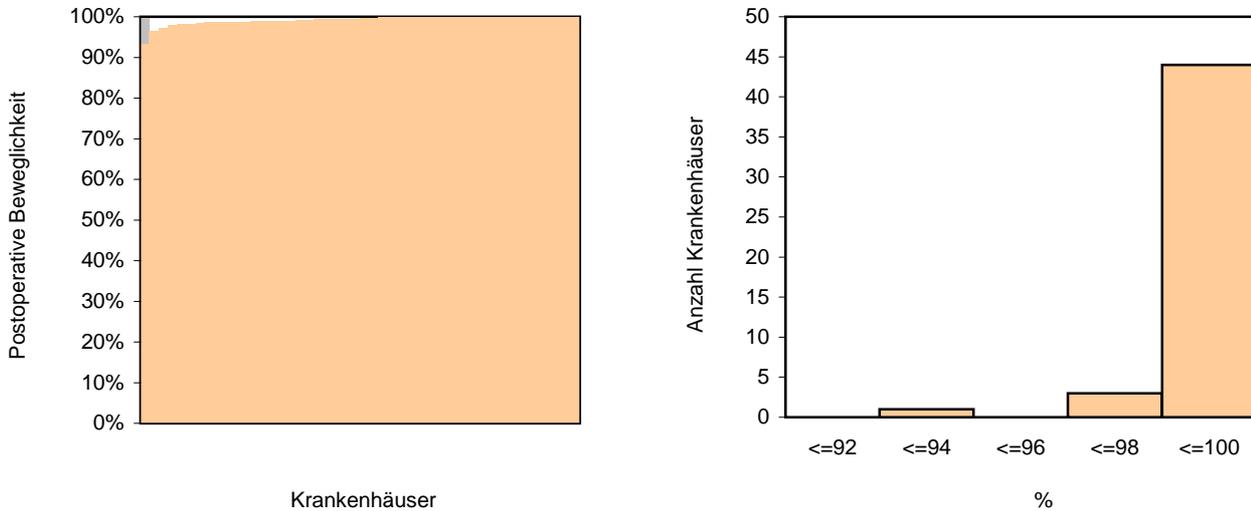
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			9.164 / 9.249	99,1%
				98,9% - 99,3%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/446]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

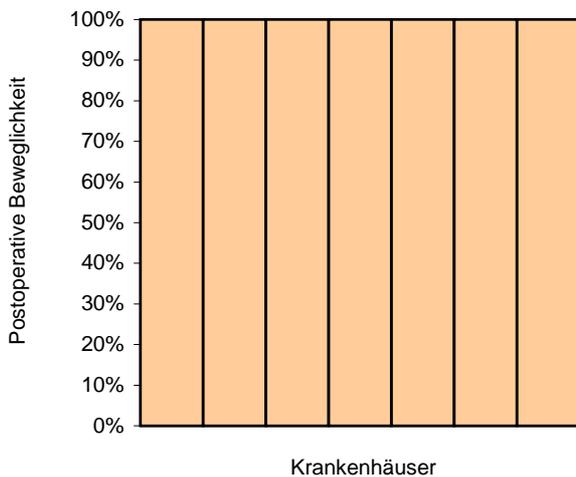
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,3	97,2	98,2	98,8	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer 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 2011			
	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 2011			
	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)	8.598 / 8.670 99,2%	265 / 268 98,9%	104 / 106 98,1%	175 / 180 97,2%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikator 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 Gruppe 1: alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 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: 2011/17n2-HUEFT-TEP/264

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			9.206 / 9.235	99,7%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			17 / 9.235	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			5 / 8.681	0,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			3 / 273	1,1%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			2 / 106	1,9%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			7 / 175	4,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gefähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			28 / 9.301	0,3% 0,2% - 0,4%

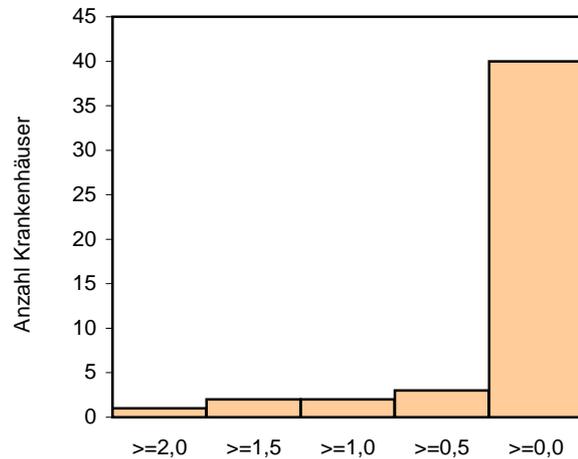
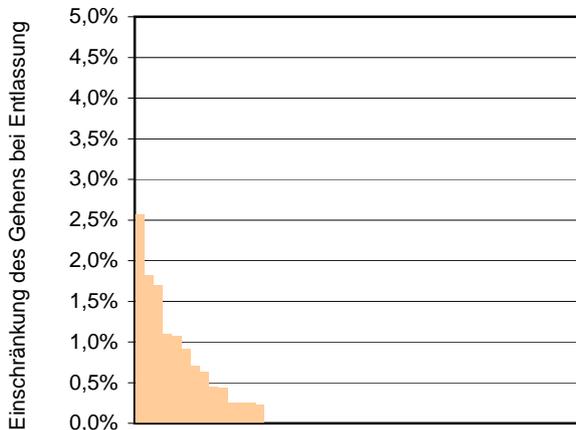
¹ d. h. Patient präoperativ gefähig, bei Entlassung nicht gefähig

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/264]:

Anteil von Patienten mit Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



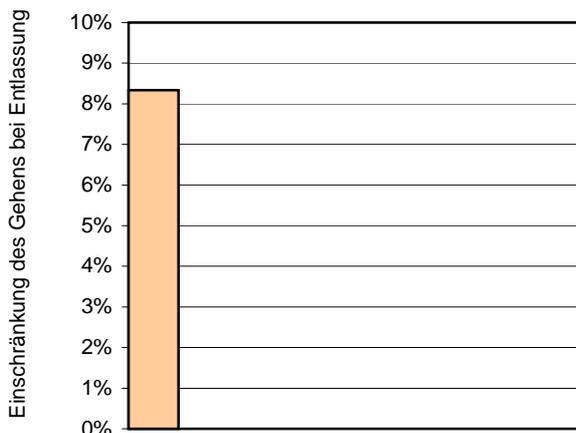
Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			8,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909

Referenzbereich: <= 5,43 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		17 / 9.235 0,18%
vorhergesagt (E) ¹		23,94 / 9.235 0,26%
O - E		-0,08%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 4b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		0,71
Referenzbereich	<= 5,43	<= 5,43

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

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

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

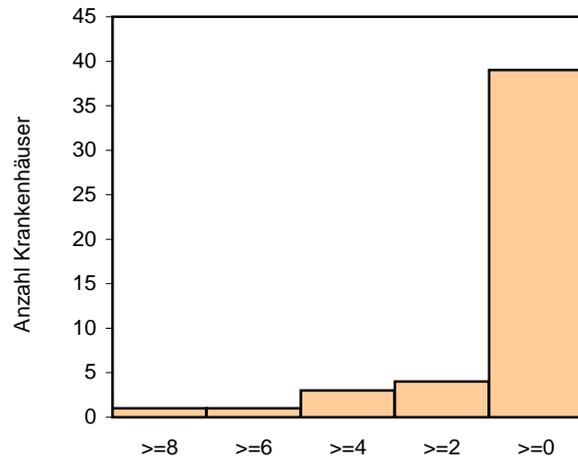
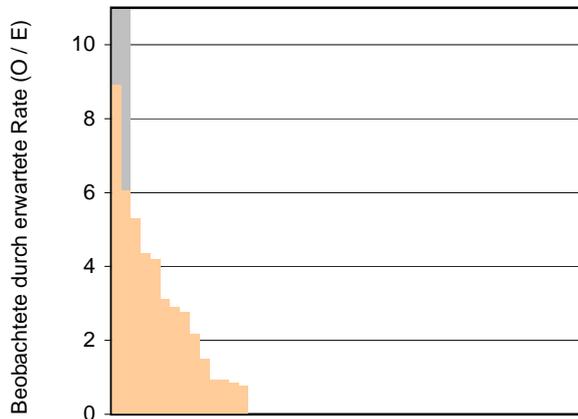
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		28 / 9.301 0,30%
vorhergesagt (E)		23,90 / 9.301 0,26%
O - E		0,04%
O / E		1,17

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



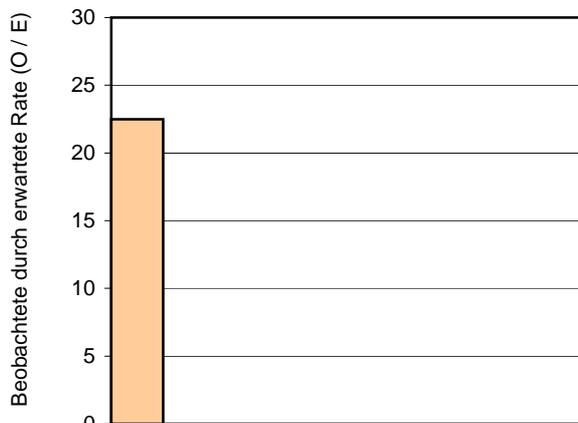
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	4,20	5,30	8,90

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			22,49

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/447

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			6 / 9.338	0,1%
Patienten mit Nervenschaden			42 / 9.338	0,4%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			48 / 9.338	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

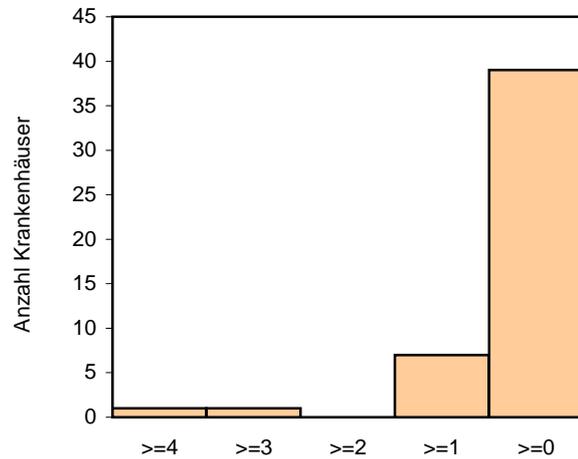
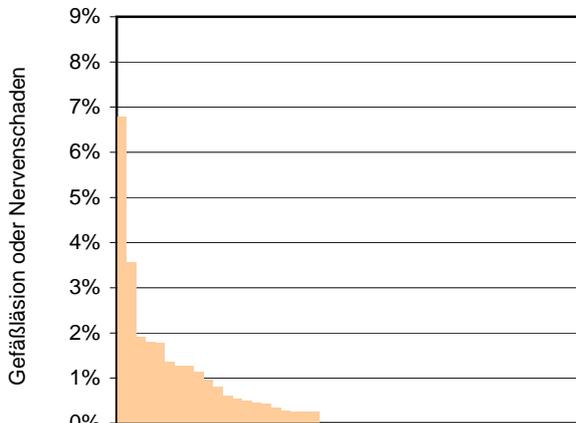
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			47 / 9.370	0,5%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,7%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/447]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



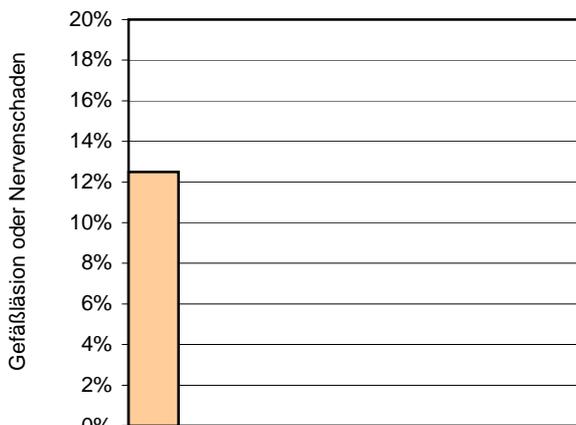
Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914
Referenzbereich: <= 6,62 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		48 / 9.338 0,51%
vorhergesagt (E) ¹		29,29 / 9.338 0,31%
O - E		0,20%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 5b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		1,64
Referenzbereich	<= 6,62	<= 6,62

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

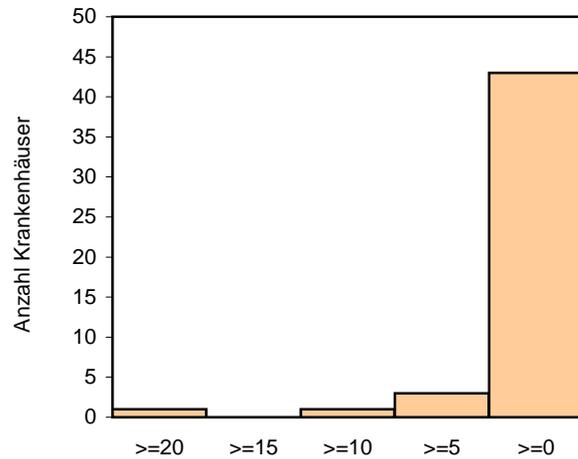
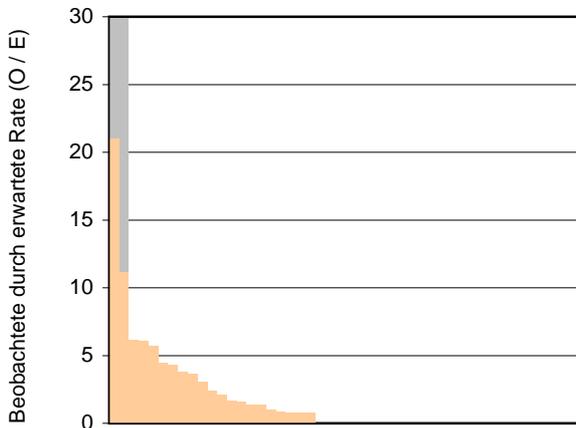
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		47 / 9.370 0,50%
vorhergesagt (E)		29,60 / 9.370 0,32%
O - E		0,19%
O / E		1,59

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



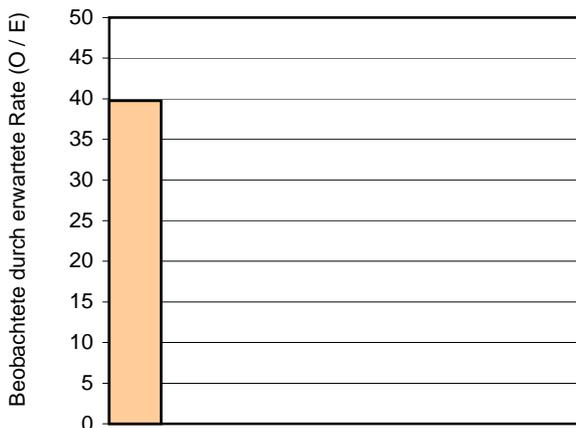
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,88	5,72	6,11	20,97

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			39,76

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/449

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			6 / 9.338	0,1%
Patienten mit Implantatdislokation			8 / 9.338	0,1%
Patienten mit Fraktur			74 / 9.338	0,8%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			86 / 9.338	0,9%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

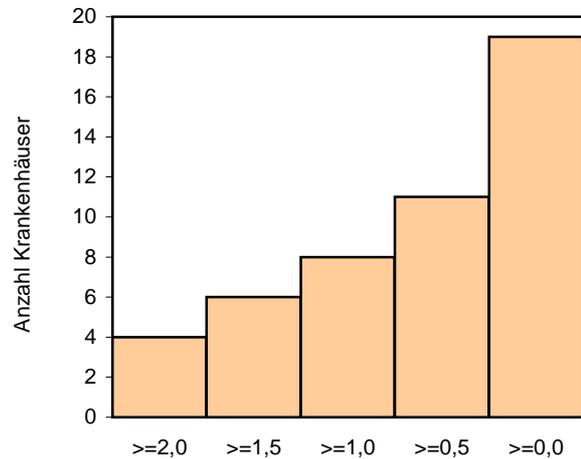
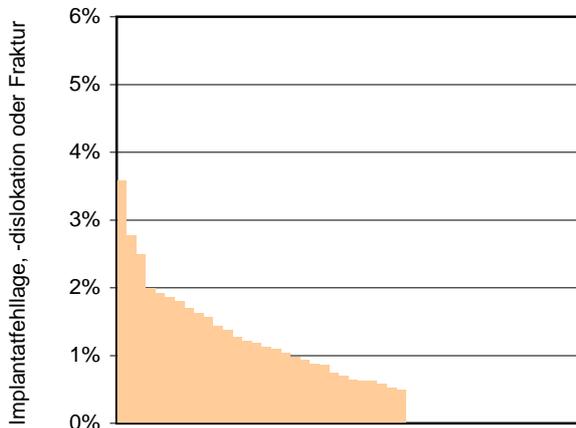
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			95 / 9.370	1,0%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,2%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/449]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



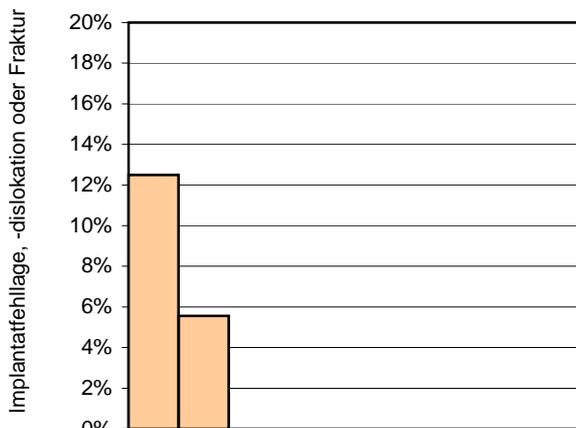
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	1,9	2,5	3,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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			12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919
Referenzbereich: <= 2,21 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		86 / 9.338 0,92%
vorhergesagt (E) ¹		85,62 / 9.338 0,92%
O - E		0,00%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 6b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ² Referenzbereich	 <= 2,21	1,00 <= 2,21

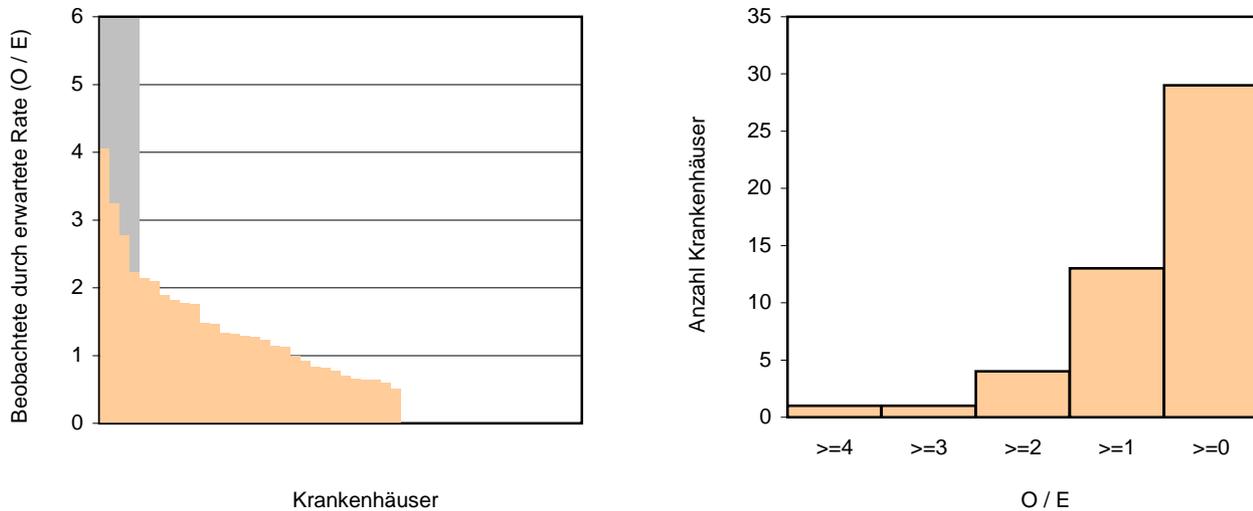
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		95 / 9.370 1,01%
vorhergesagt (E)		86,18 / 9.370 0,92%
O - E		0,09%
O / E		1,10

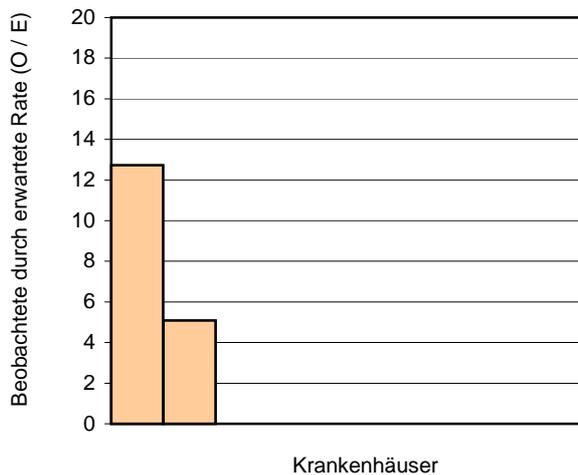
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	1,40	2,15	2,77	4,05

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			12,73

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/451

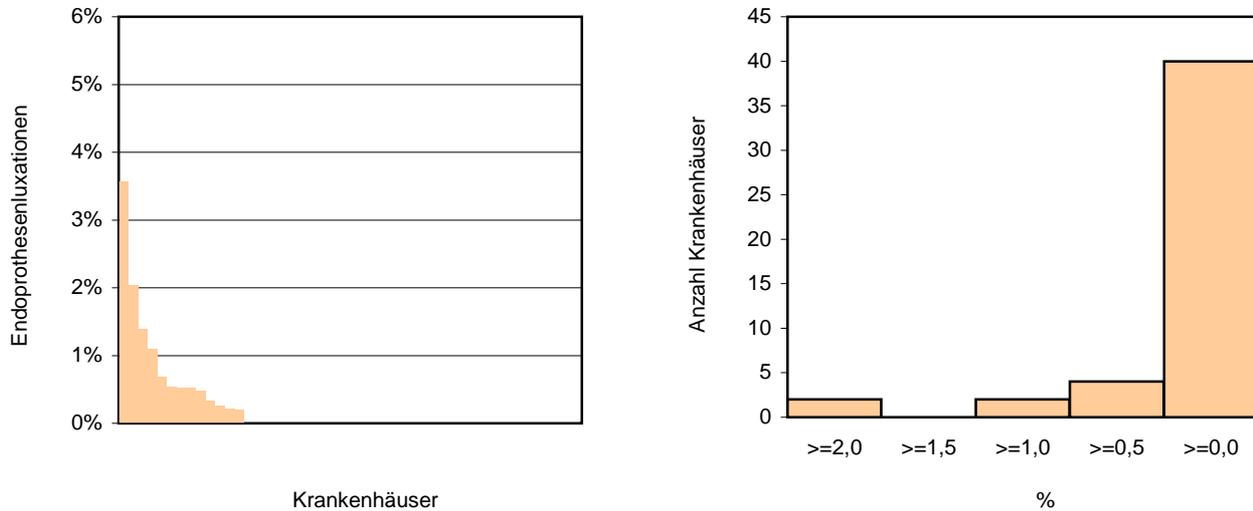
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich			19 / 9.338	0,2%
Referenzbereich	nicht definiert		0,1% - 0,3% nicht definiert	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation Vertrauensbereich			19 / 9.370	0,2%
			0,1% - 0,3%	

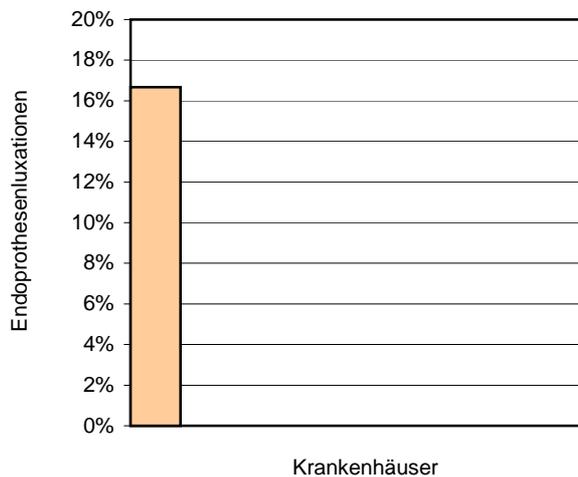
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/451]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	0,2	0,7	1,4	3,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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			16,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924
Referenzbereich: <= 12,44 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		19 / 9.338 0,20%
vorhergesagt (E) ¹		31,82 / 9.338 0,34%
O - E		-0,14%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 7b.

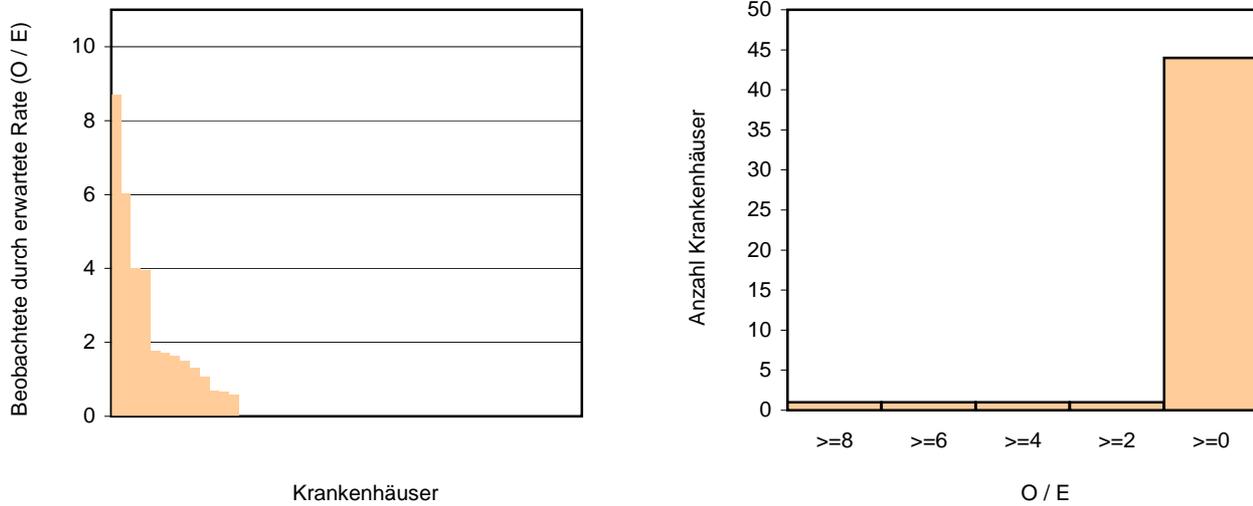
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		0,60
Referenzbereich	<= 12,44	<= 12,44

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		19 / 9.370 0,20%
vorhergesagt (E)		31,46 / 9.370 0,34%
O - E		-0,13%
O / E		0,60

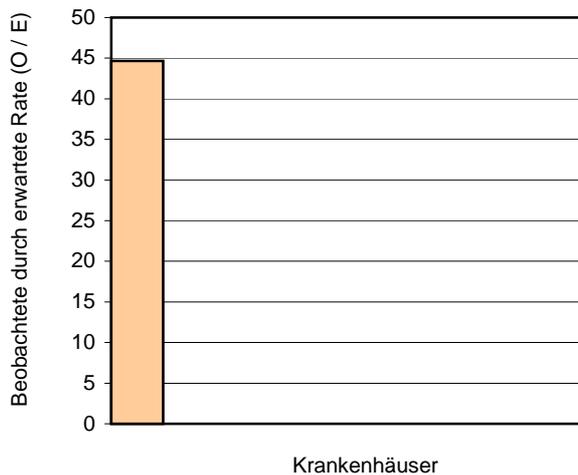
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	1,76	4,01	8,71

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			44,64

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/452

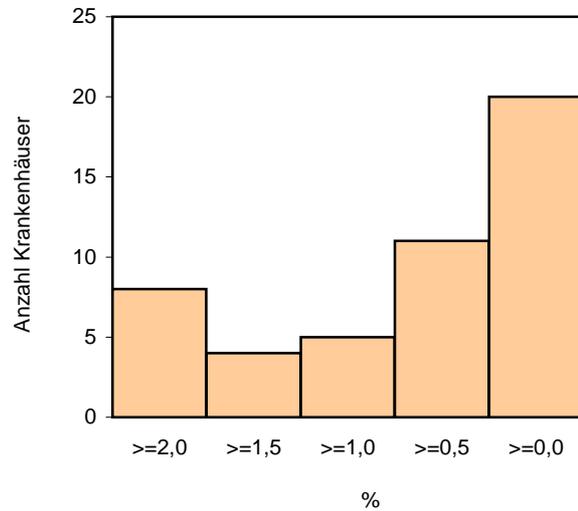
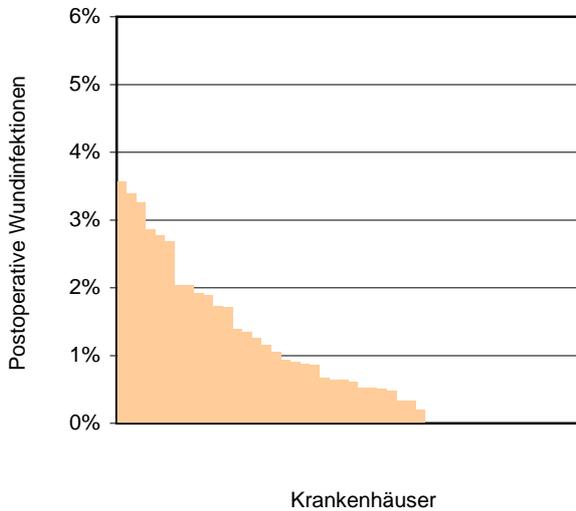
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			74 / 9.338	0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			28 / 9.338	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			46 / 9.338	0,5%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			74 / 9.370	0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,0%

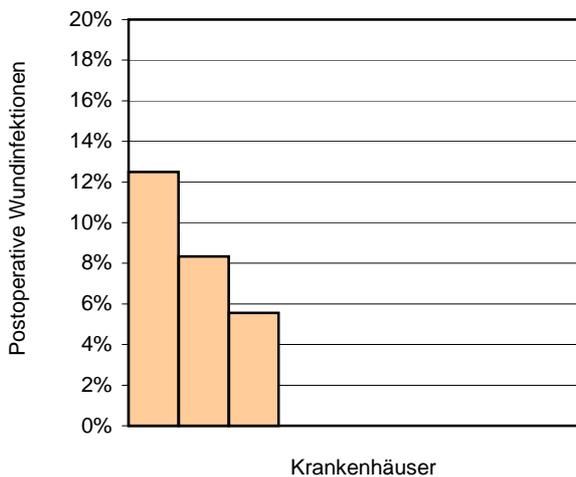
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/452]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	0,6	1,6	2,8	3,3	3,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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	5,6			12,5

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929
Referenzbereich: <= 5,41 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		74 / 9.338 0,79%
vorhergesagt (E) ¹		49,99 / 9.338 0,54%
O - E		0,26%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 8b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		1,48
Referenzbereich	<= 5,41	<= 5,41

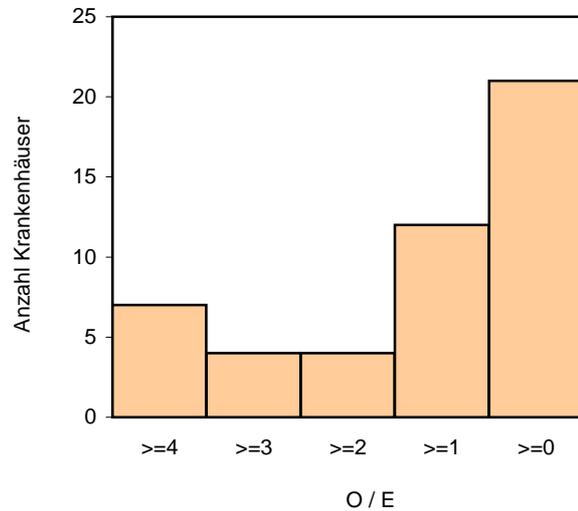
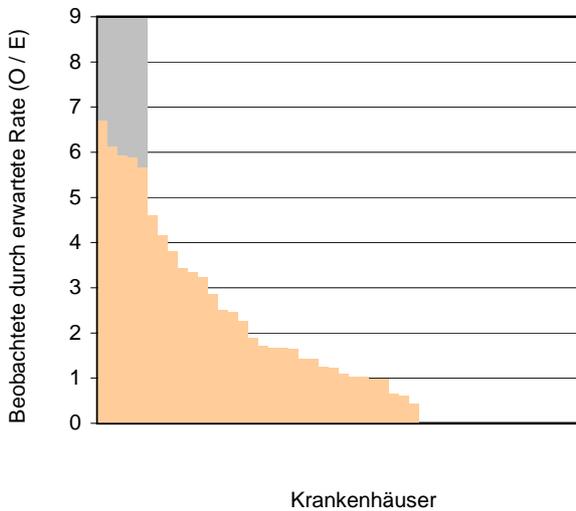
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		74 / 9.370 0,79%
vorhergesagt (E)		50,17 / 9.370 0,54%
O - E		0,25%
O / E		1,47

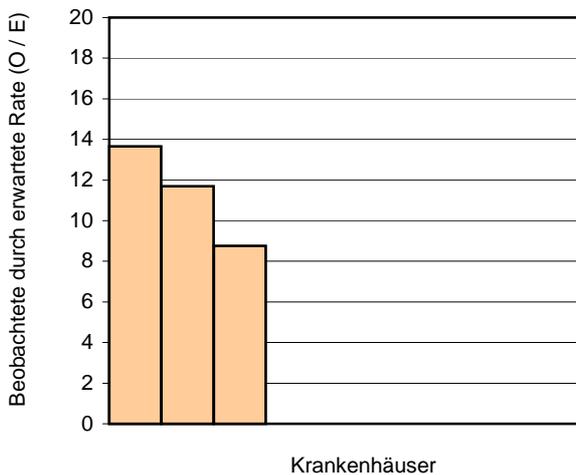
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16	2,69	5,66	5,93	6,69

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	8,77			13,66

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 92 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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			5.120 / 9.338	54,8%
Risikoklasse 1			3.472 / 9.338	37,2%
Risikoklasse 2			744 / 9.338	8,0%
Risikoklasse 3			2 / 9.338	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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			23 / 5.120	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			10 / 5.120	0,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			13 / 5.120	0,3%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			36 / 3.472	1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			15 / 3.472	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			21 / 3.472	0,6%

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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			15 / 744	2,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 744	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			12 / 744	1,6%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	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

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/454

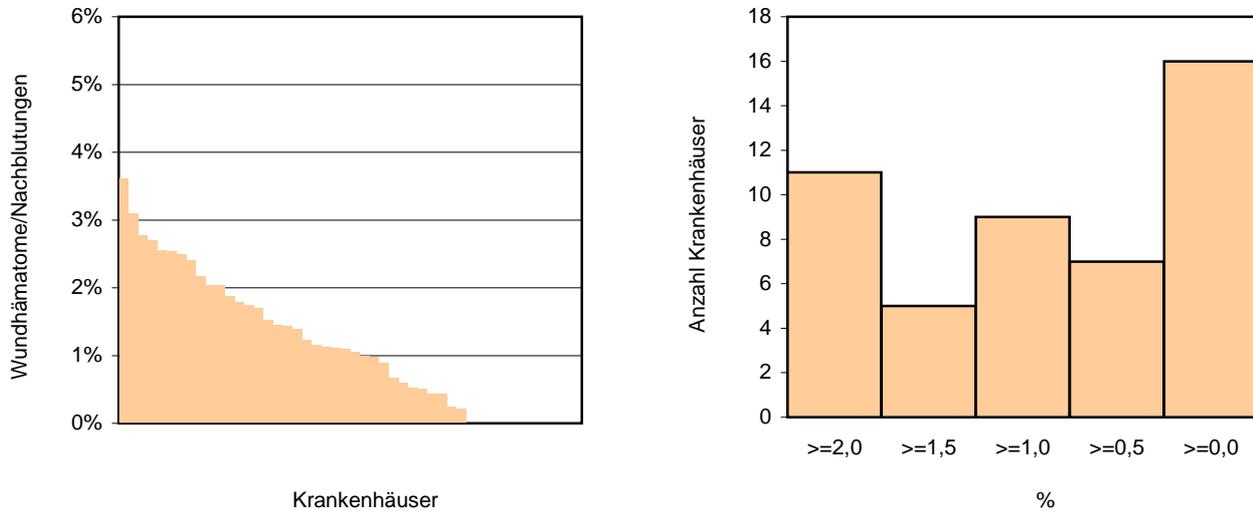
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			105 / 9.338	1,1%
Vertrauensbereich				0,9% - 1,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			119 / 9.370	1,3%
Vertrauensbereich				1,1% - 1,5%

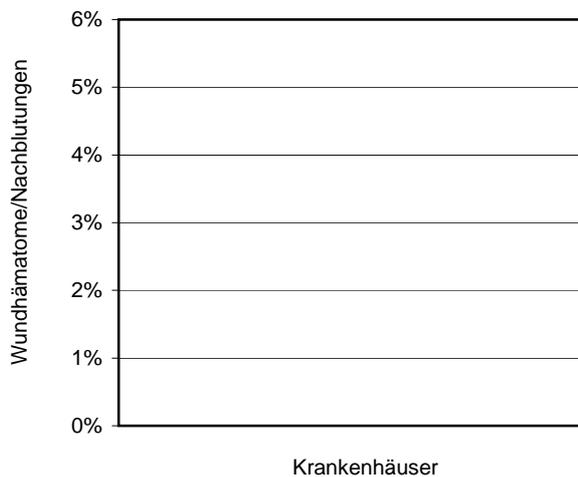
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/454]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	0,1	1,1	1,8	2,5	2,8	3,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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 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 2011		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung					
Gesamt 2011					
		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung		29 / 2.683 1,1%	62 / 6.110 1,0%	11 / 495 2,2%	3 / 50 6,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934
Referenzbereich: <= 6,80 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		105 / 9.338 1,12%
vorhergesagt (E) ¹		101,85 / 9.338 1,09%
O - E		0,03%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 9b.

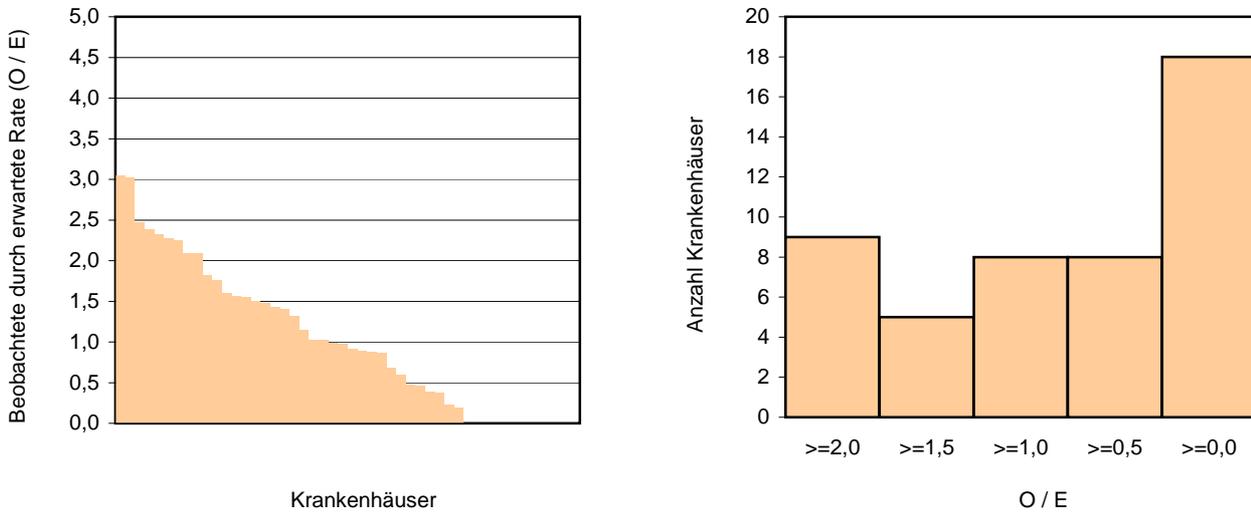
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ²		1,03
Referenzbereich	<= 6,80	<= 6,80

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		119 / 9.370 1,27%
vorhergesagt (E)		102,17 / 9.370 1,09%
O - E		0,18%
O / E		1,16

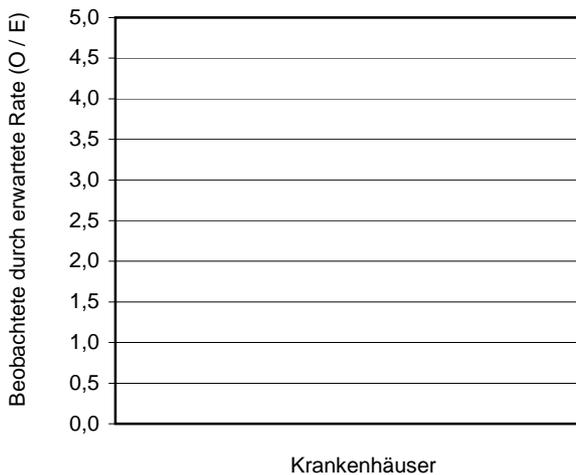
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,09	0,95	1,59	2,33	2,47	3,05

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Kennzahl-ID: Gruppe 1: 2011/17n2-HUEFT-TEP/455

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

	Krankenhaus 2011		
	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			nicht definiert

	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	18 / 9.338 0,2%	4 / 6.430 0,1%	14 / 2.908 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	65 / 9.338 0,7%	20 / 6.430 0,3%	45 / 2.908 1,5%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	15 / 9.338 0,2%	7 / 6.430 0,1%	8 / 2.908 0,3%
Patienten mit Lungenembolie	8 / 9.338 0,1%	2 / 6.430 0,0%	6 / 2.908 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	184 / 9.338 2,0%	72 / 6.430 1,1%	112 / 2.908 3,9%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	99 / 9.338 1,1% 0,9% - 1,3% nicht definiert	32 / 6.430 0,5%	67 / 2.908 2,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	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			

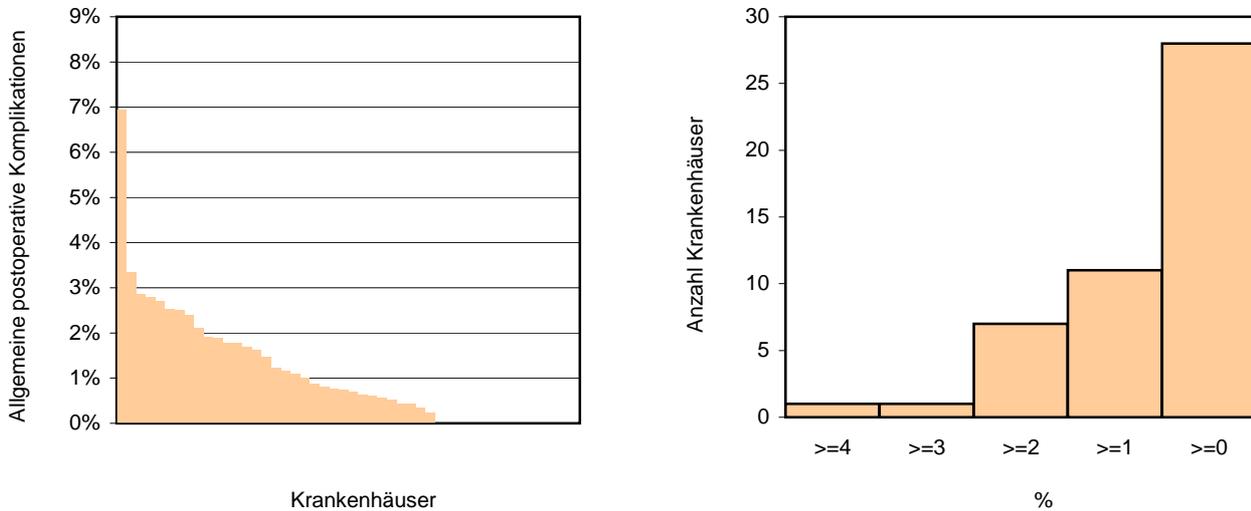
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	97 / 9.370 1,0% 0,8% - 1,3%	34 / 6.511 0,5%	63 / 2.858 2,2%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/455]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

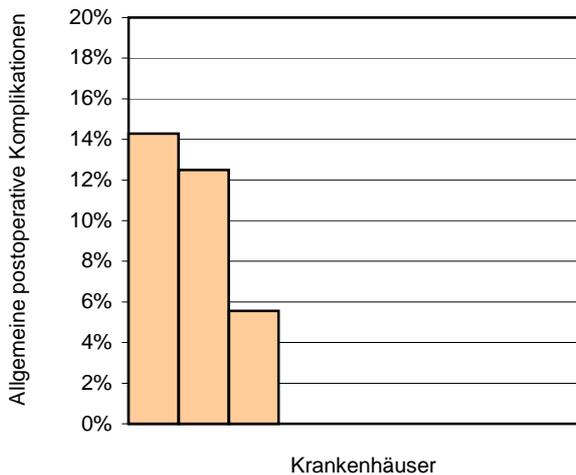
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 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	5,6			14,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939
Referenzbereich: <= 3,51 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		99 / 9.338 1,06%
vorhergesagt (E) ¹		98,34 / 9.338 1,05%
O - E		0,01%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 10b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ² Referenzbereich	 <= 3,51	1,01 <= 3,51

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

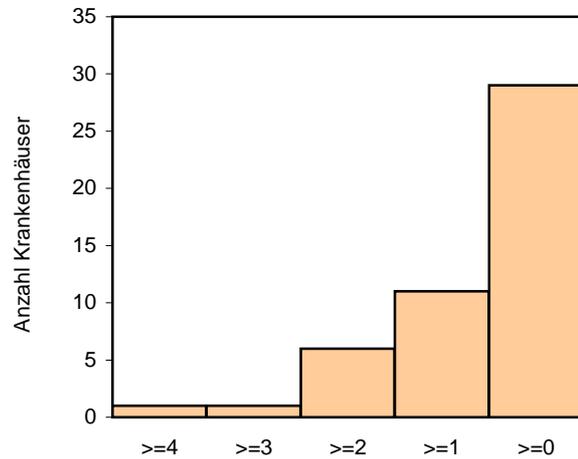
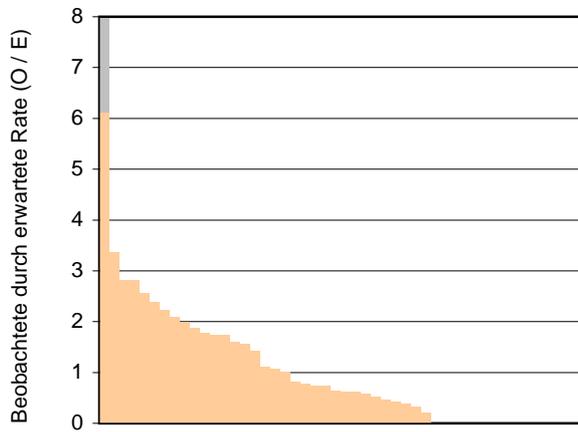
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		97 / 9.370 1,04%
vorhergesagt (E)		98,71 / 9.370 1,05%
O - E		-0,02%
O / E		0,98

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

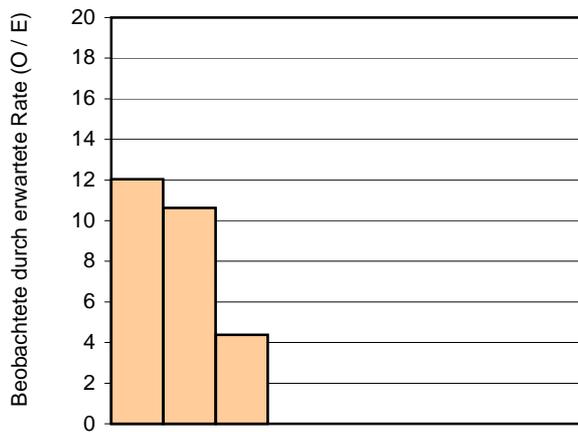
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,63	1,74	2,57	2,82	6,10

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	4,38			12,04

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/456

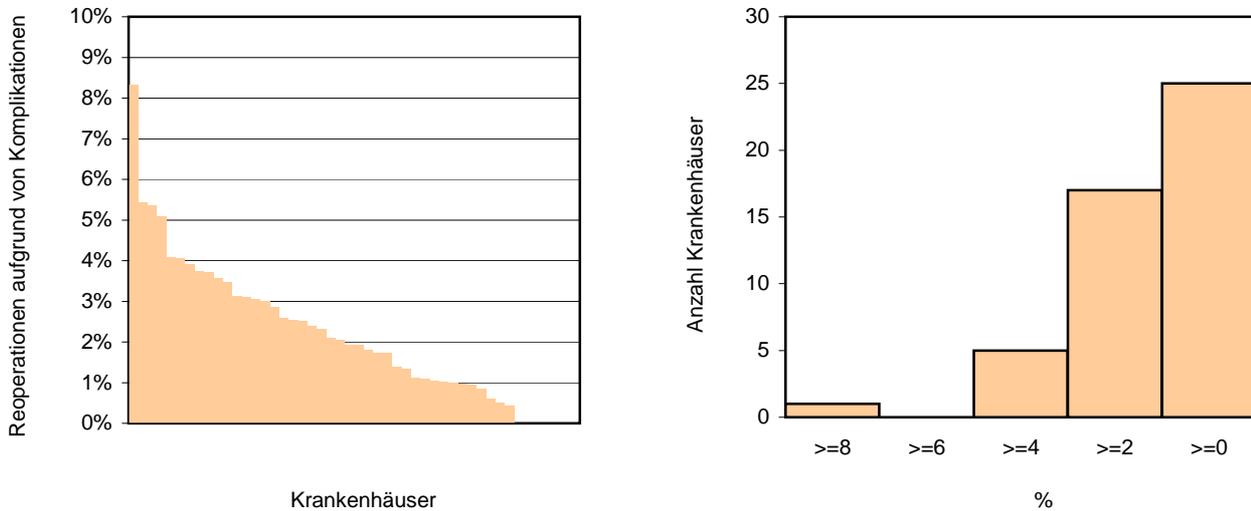
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			191 / 9.338	2,0%
Vertrauensbereich				1,8% - 2,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			188 / 9.370	2,0%
Vertrauensbereich				1,7% - 2,3%

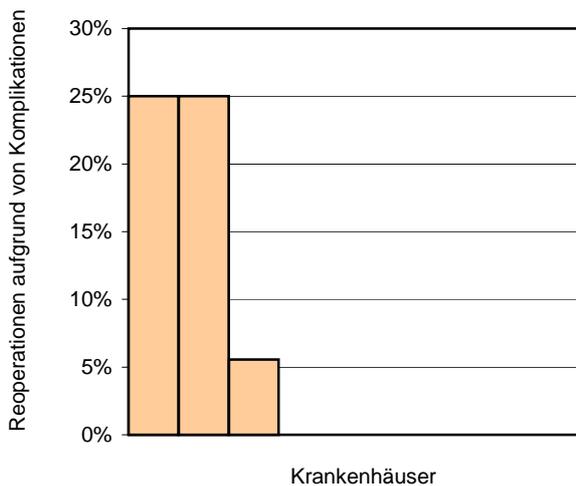
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/456]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	1,0	1,9	3,1	4,1	5,4	8,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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	5,6			25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944
Referenzbereich: <= 5,01 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		191 / 9.338 2,05%
vorhergesagt (E) ¹		155,15 / 9.338 1,66%
O - E		0,38%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 11b.

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ² Referenzbereich	 <= 5,01	 1,23 <= 5,01

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

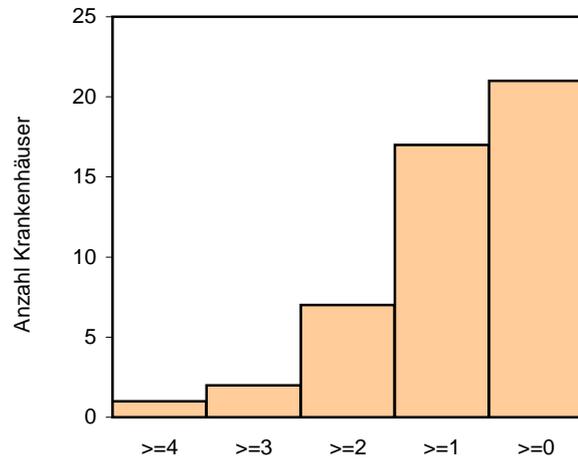
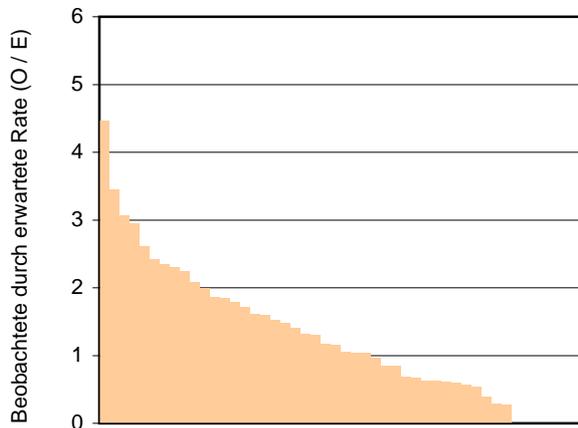
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		188 / 9.370 2,01%
vorhergesagt (E)		155,15 / 9.370 1,66%
O - E		0,35%
O / E		1,21

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 11b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



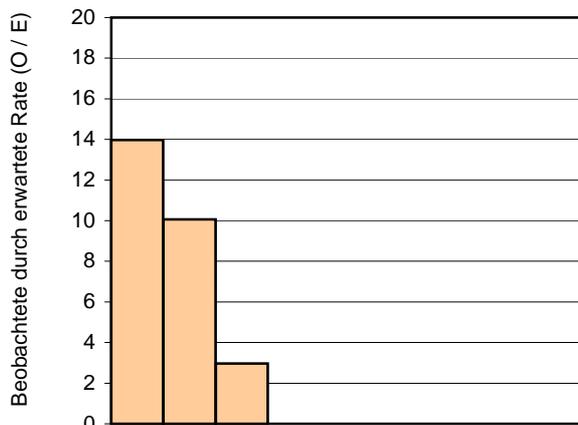
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,58	1,10	1,85	2,61	3,07	4,46

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	2,97			13,97

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/457

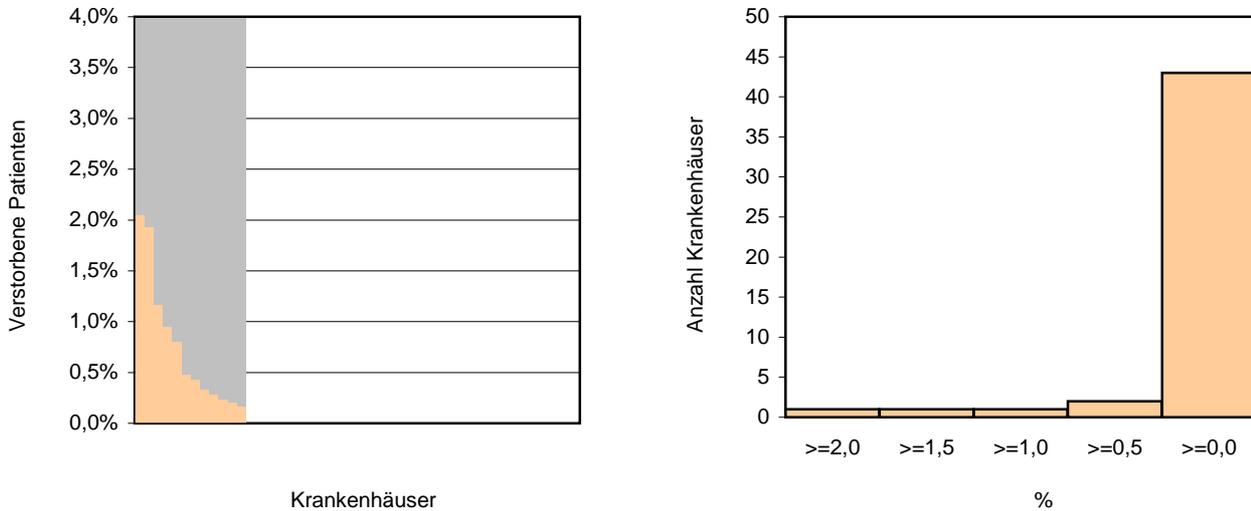
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 9.338	 0,1%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			14 / 9.370	 0,1%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,3%

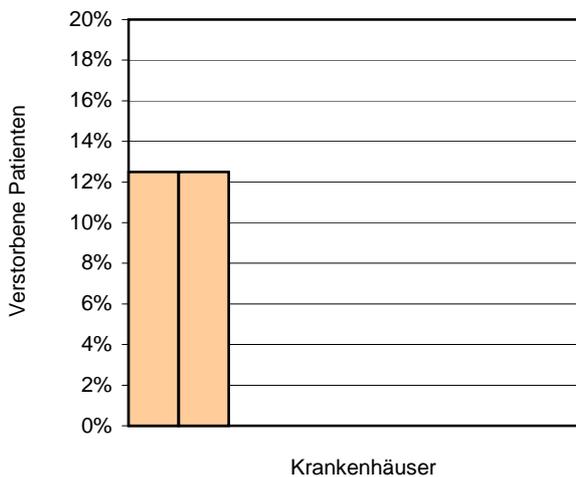
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/457]:
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	0,1	0,8	1,2	2,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 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.

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 2011			
	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 2011			
	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 / 6.430 0,0%	11 / 2.881 0,4%	1 / 27 3,7%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		14 / 9.338 0,15%
vorhergesagt (E) ¹		15,07 / 9.338 0,16%
O - E		-0,01%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 12b.

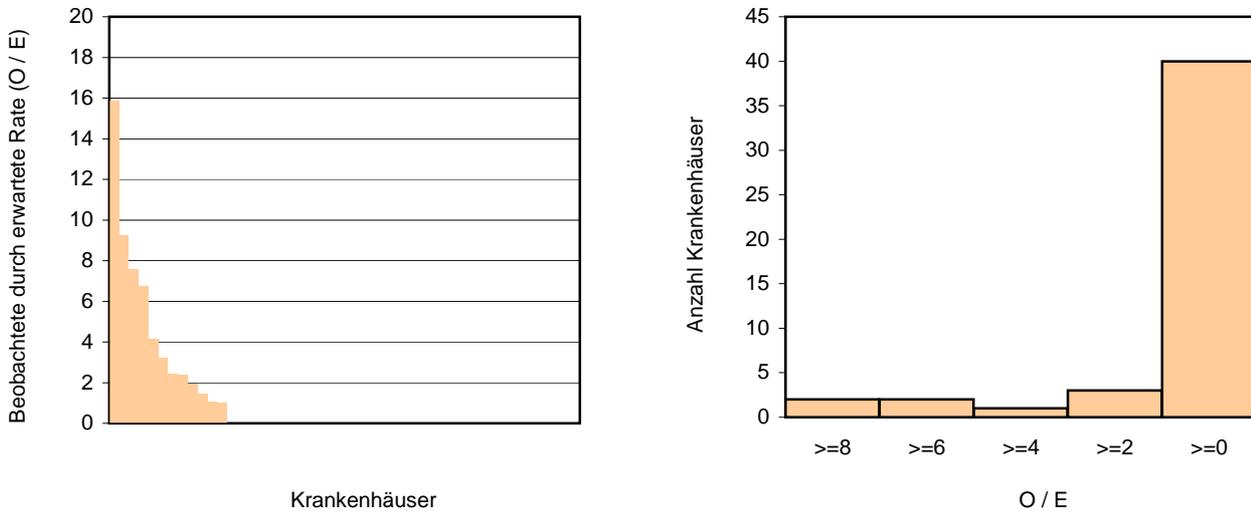
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E ² Referenzbereich	nicht definiert	0,93 nicht definiert

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		14 / 9.370 0,15%
vorhergesagt (E)		14,84 / 9.370 0,16%
O - E		-0,01%
O / E		0,94

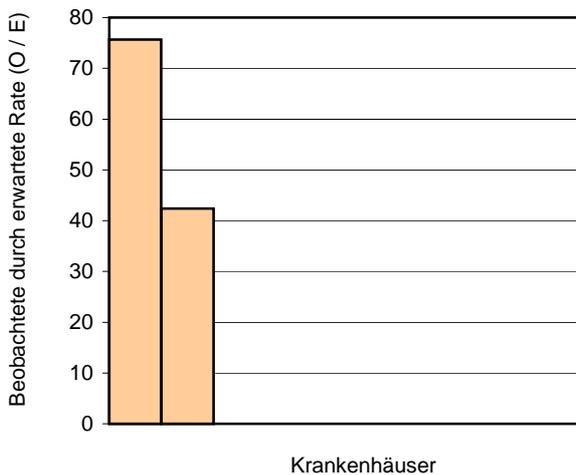
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 12b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	4,13	7,56	15,84

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			75,69

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.340
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11403-L75717-P35876

Basisdaten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.570	27,5	2.557	27,3
2. Quartal			2.353	25,2	2.301	24,6
3. Quartal			2.227	23,8	2.343	25,0
4. Quartal			2.190	23,4	2.169	23,1
Gesamt			9.340		9.370	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9.340		9.370	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,4		1,4
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9.340		9.370	
Median			10,0		11,0
Mittelwert			11,2		11,4
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		9.340		9.370	
Median			12,0		12,0
Mittelwert			12,6		12,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2011¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2011

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2011

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	6.480	69,4	M16.1	6.373	68,0
2				I10.00	3.389	36,3	I10.00	2.976	31,8
3				D62	2.528	27,1	D62	2.296	24,5
4				Z96.6	1.269	13,6	I10.90	1.312	14,0
5				I10.90	1.166	12,5	Z96.6	1.285	13,7
6				E11.90	1.104	11,8	E11.90	1.029	11,0
7				M16.9	868	9,3	M16.9	987	10,5
8				M16.3	711	7,6	M16.3	774	8,3

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2010 und ICD-10-GM 2011 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 2011¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2011

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
4	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

OPS 2011

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	6.140	65,7	5-820.00	5.957	63,6
2				5-820.02	1.659	17,8	5-820.02	1.801	19,2
3				8-803.2	1.151	12,3	5-820.01	1.122	12,0
4				5-820.01	1.077	11,5	8-803.2	1.003	10,7
5				8-930	703	7,5	8-561.1	583	6,2

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 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

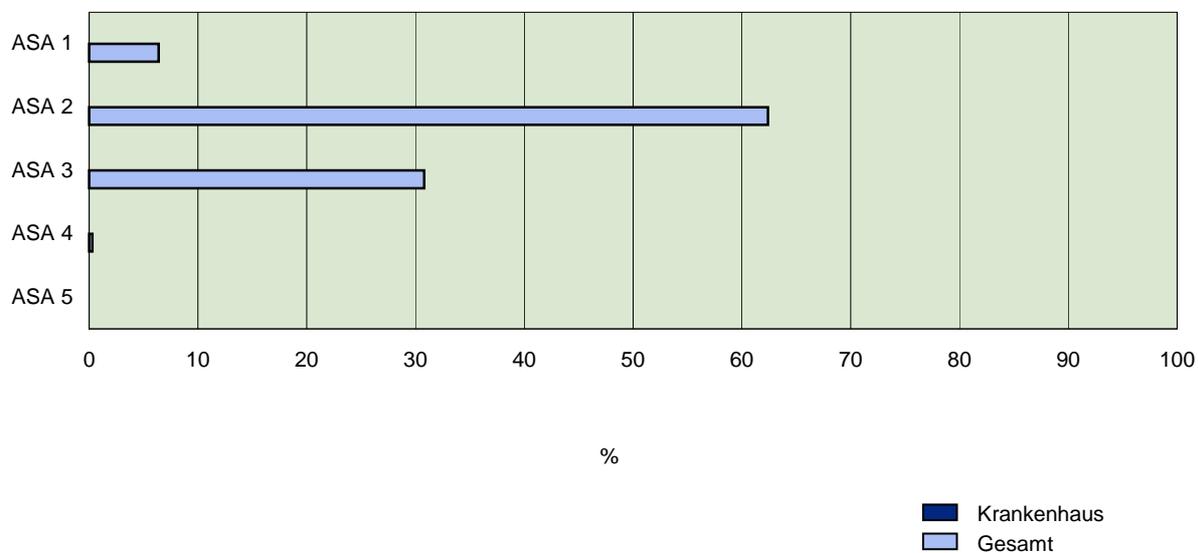
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			10 / 9.340	0,1	21 / 9.370	0,2
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 9.340	0,0	520 / 9.370	5,5
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 9.340	0,0	0 / 9.370	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			3 / 9.340	0,0	9 / 9.370	0,1

Patienten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.340 / 9.340		9.370 / 9.370	
< 50 Jahre			461 / 9.340	4,9	477 / 9.370	5,1
50 - 59 Jahre			1.434 / 9.340	15,4	1.392 / 9.370	14,9
60 - 69 Jahre			2.353 / 9.340	25,2	2.444 / 9.370	26,1
70 - 79 Jahre			3.830 / 9.340	41,0	3.848 / 9.370	41,1
80 - 89 Jahre			1.216 / 9.340	13,0	1.183 / 9.370	12,6
>= 90 Jahre			46 / 9.340	0,5	26 / 9.370	0,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			9.340		9.370	
Median				71,0		70,0
Mittelwert				68,6		68,6
Geschlecht						
männlich			3.810	40,8	3.709	39,6
weiblich			5.530	59,2	5.661	60,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			601	6,4	566	6,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.831	62,4	5.945	63,4
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.881	30,8	2.828	30,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			27	0,3	30	0,3
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruhschmerz			7.227	77,4	6.974	74,4
Belastungsschmerz			2.021	21,6	2.352	25,1
keine Schmerzen			92	1,0	44	0,5
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah						
			517	5,5	509	5,4

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			8.649	92,6	8.470	90,4
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.649		8.470	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,3
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				3,1		3,1
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				85,3		85,5
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.649		8.470	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,0		15,0
Mittelwert				16,6		16,2
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,2		0,2
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,6		11,2

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben		8.649	8.470
Winkel			
Außenrotation (Grad)			
Median		10,0	10,0
Mittelwert		12,9	12,3
Neutral-Null-Wert (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		1,4	1,3
Winkel			
Innenrotation (Grad)			
Median		5,0	5,0
Mittelwert		5,6	6,5

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			244	2,6	359	3,8
eindeutig			4.955	53,1	5.064	54,0
große			4.141	44,3	3.947	42,1
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			57	0,6	71	0,8
eindeutig verschmälert			1.140	12,2	1.140	12,2
fortgeschritten verschmälert			4.543	48,6	4.803	51,3
aufgehoben			3.600	38,5	3.356	35,8
Sklerose						
keine Sklerose			44	0,5	56	0,6
leichte Sklerose			1.157	12,4	1.186	12,7
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.807	40,8	4.226	45,1
Sklerose mit Zysten			4.332	46,4	3.902	41,6
Deformierung						
keine Deformierung			439	4,7	393	4,2
leichte Deformierung			3.475	37,2	3.535	37,7
deutliche Deformierung			5.426	58,1	5.442	58,1
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			9.283	99,4	9.318	99,4
bedingt aseptische Eingriffe			47	0,5	43	0,5
kontaminierte Eingriffe			5	0,1	5	0,1
septische Eingriffe			5	0,1	4	0,0

Operation

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			9.340		9.370	
Median				74,0		75,0
Mittelwert				77,5		78,4
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			9.323	99,8	9.314	99,4
davon						
single shot			8.071 / 9.323	86,6	7.932 / 9.314	85,2
Zweitgabe			631 / 9.323	6,8	594 / 9.314	6,4
öfter			621 / 9.323	6,7	788 / 9.314	8,5

Verlauf

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p			9.307	99,6	9.353	99,8
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			6.864	73,5	6.772	72,3
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			310	3,3	320	3,4
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			6	0,1	5	0,1
Implantatdislokation			8	0,1	16	0,2
Endoprothesenluxation			19	0,2	19	0,2
Wundhämatom/Nachblutung			105	1,1	119	1,3
Gefäßläsion			6	0,1	3	0,0
Nervenschaden			42	0,4	44	0,5
Fraktur			74	0,8	76	0,8
Sonstige			58	0,6	48	0,5
postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			74	0,8	74	0,8
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			28 / 74	37,8	39 / 74	52,7
A2 (tiefe Infektion)			40 / 74	54,1	34 / 74	45,9
A3 (Räume/Organe)			6 / 74	8,1	1 / 74	1,4
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			191	2,0	188	2,0

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			270	2,9	250	2,7
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			18	0,2	16	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			65	0,7	73	0,8
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			15	0,2	9	0,1
Lungenembolie			8	0,1	7	0,1
Sonstige			184	2,0	163	1,7

Entlassung I

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null- Methode bestimmt			9.226	98,8	9.249	98,7
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			9.226		9.249	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,2
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				90,2		90,0

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			9.291	99,6	9.311	99,5
Nein			35	0,4	45	0,5
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			18	51,4	31	68,9
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			9.274	99,4	9.299	99,4
Nein			52	0,6	57	0,6
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			29	55,8	34	59,6

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3.945	42,2	4.463	47,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			219	2,3	104	1,1
03: aus sonstigen Gründen			8	0,1	4	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			10	0,1	3	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	2	0,0
06: Verlegung			63	0,7	62	0,7
07: Tod			14	0,1	14	0,1
08: Verlegung nach § 14			5	0,1	8	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			5.005	53,6	4.664	49,8
10: in Pflegeeinrichtung			34	0,4	25	0,3
11: in Hospiz			1	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			8	0,1	14	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			19	0,2	5	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,0	0	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			1	0,0	1	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.839	19,7	1.901	20,3
Dienstag			1.360	14,6	1.477	15,8
Mittwoch			1.336	14,3	1.287	13,7
Donnerstag			1.472	15,8	1.329	14,2
Freitag			1.640	17,6	1.636	17,5
Samstag			987	10,6	989	10,6
Sonntag			706	7,6	751	8,0

Anhang: OPS 2011

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			6.140 / 9.340	65,7	5.957 / 9.370	63,6
5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.077 / 9.340	11,5	1.122 / 9.370	12,0
5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			1.659 / 9.340	17,8	1.801 / 9.370	19,2
5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			76 / 9.340	0,8	91 / 9.370	1,0
5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			12 / 9.340	0,1	24 / 9.370	0,3
5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			30 / 9.340	0,3	36 / 9.370	0,4
5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			1 / 9.340	0,0	1 / 9.370	0,0
5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			0 / 9.340	0,0	0 / 9.370	0,0
5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			15 / 9.340	0,2	16 / 9.370	0,2

OPS 2011 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			18 / 9.340	0,2	13 / 9.370	0,1
5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			6 / 9.340	0,1	8 / 9.370	0,1
5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			2 / 9.340	0,0	3 / 9.370	0,0
5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			0 / 9.340	0,0	1 / 9.370	0,0
5-820.80 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert			0 / 9.340	0,0	1 / 9.370	0,0
5-820.81 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert			1 / 9.340	0,0	1 / 9.370	0,0
5-820.82 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)			91 / 9.340	1,0	121 / 9.370	1,3
5-820.92 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert			0 / 9.340	0,0	0 / 9.370	0,0

OPS 2011 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-820.93 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert			0 / 9.340	0,0	0 / 9.370	0,0
5-820.94 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert			212 / 9.340	2,3	189 / 9.370	2,0
5-820.95 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert			5 / 9.340	0,1	0 / 9.370	0,0
5-820.96 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)			5 / 9.340	0,1	1 / 9.370	0,0

Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Statistische Basisprüfung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Sachsen): 57
Anzahl Datensätze Gesamt: 9.340
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0
Datenbankstand: 29. Februar 2012
2011 - D11403-L75717-P35876

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
2011/17n2-HUEFT-TEP/813129 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			60,3%	< 100,0%	AK.1
2011/17n2-HUEFT-TEP/813126 AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			0,0%	<= 0,0 Fälle	AK.3

Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage
 (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/813129

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugskennzahl(en): 452, 455

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			441 / 731	60,3% 56,7% - 63,9% < 100,0%

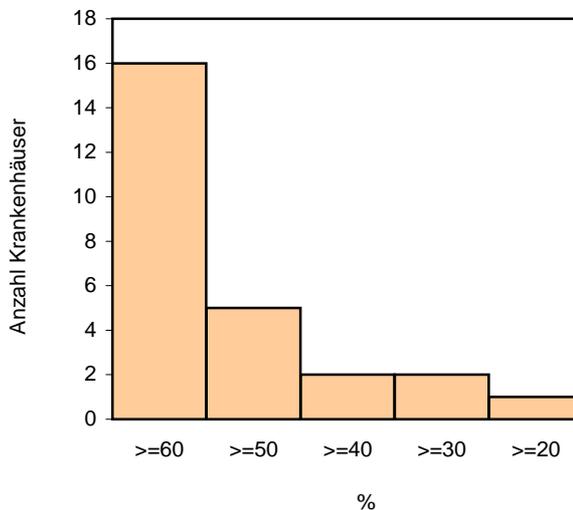
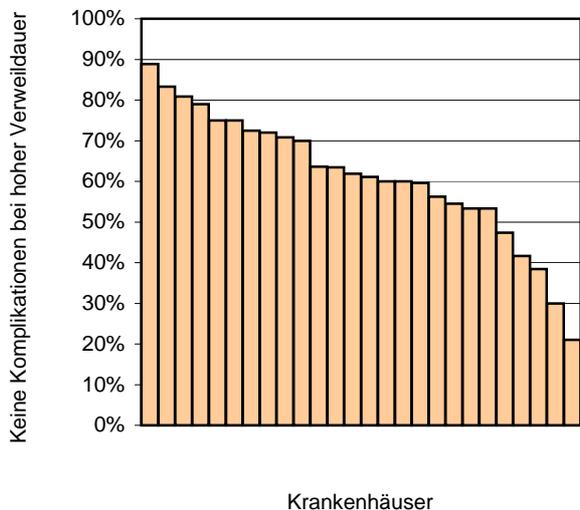
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			513 / 806	63,6% 60,2% - 67,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/813129]:

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

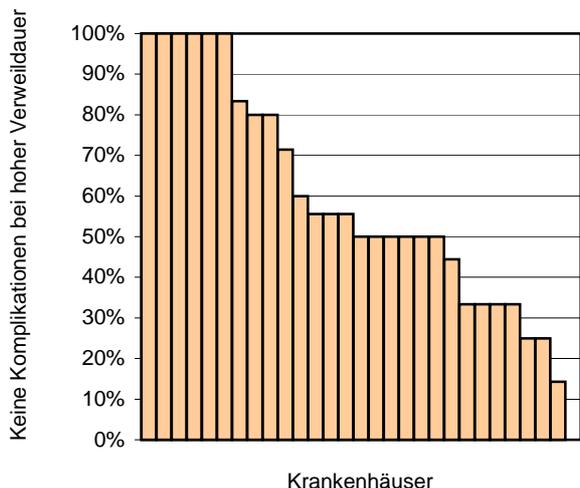
26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	21,1	30,0	38,5	53,3	61,5	72,5	80,9	83,3	88,9

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

29 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	14,3	25,0	33,3	50,0	80,0	100,0	100,0	100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

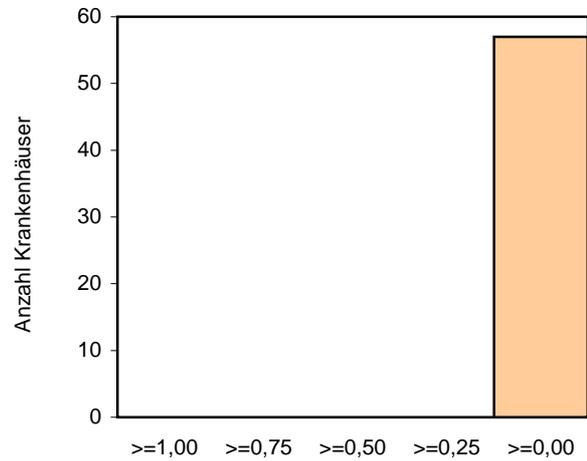
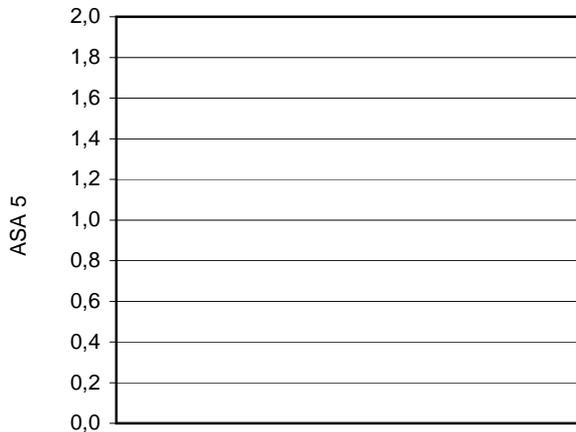
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Kennzahl-ID: 2011/17n2-HUEFT-TEP/813126
Referenzbereich: <= 0,0 Fälle
ID-Bezugskennzahl(en): -

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich Referenzbereich			0 / 9.340	0,0%
		<= 0,0 Fälle		0,0% - 0,0% <= 0,0 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich			1 / 9.370	0,0%
				0,0% - 0,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/813126]:
Anzahl von Patienten mit ASA 5 an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 57 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2011 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sgg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Einflüsse überdeckt der Vertrauensbereich 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%. Als Berechnungsvorschrift kann die DIN ISO 11453 herangezogen werden. Die Umsetzung der Berechnung erfolgte hier jedoch nach DIN 55303 Teil 6. Für die dargestellten Ergebnisse, mit Rundung auf eine Nachkommastelle, ergeben sich dabei praktisch keine Unterschiede.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren 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 2011.

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 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 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 © 2011. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2010 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2011 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.

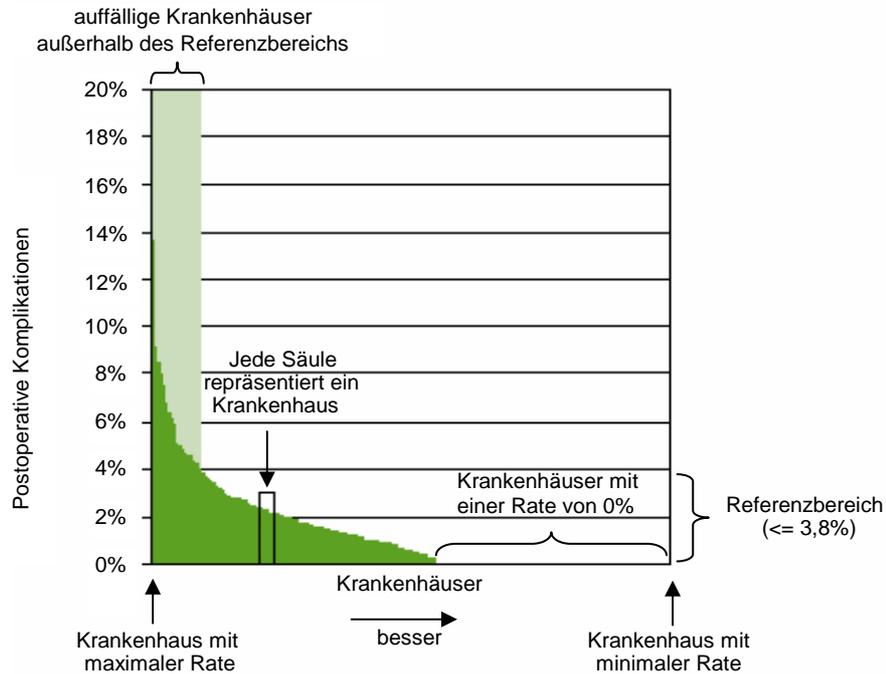
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

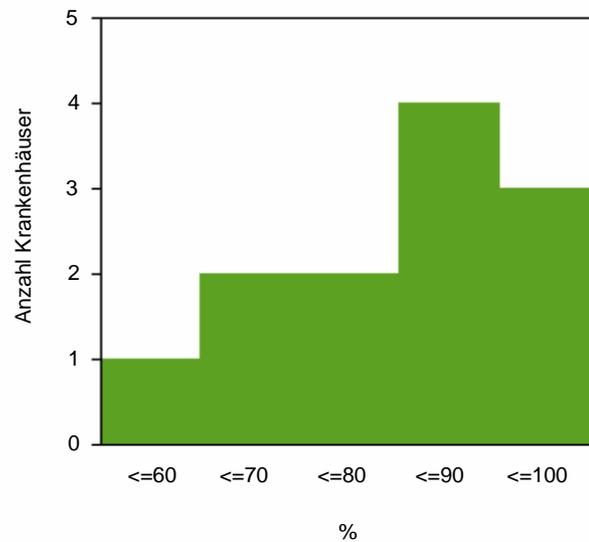
Beispiel:

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 2011/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2011.

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.