

Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.942
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15159-L95851-P45982

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.942
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15159-L95851-P45982

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n2-HUEFT-TEP/1082 QI 1: Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			96,92%	>= 90,00%	innerhalb	95,64%	10
2014/17n2-HUEFT-TEP/265 QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,80%	>= 95,00%	innerhalb	99,71%	12
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 3a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			98,85%	>= 95,00%	innerhalb	95,91%	15
3b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,51%	>= 95,00%	innerhalb	99,22%	17

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,27%	nicht definiert	-	0,29%	20
4b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,74	<= 5,63	innerhalb	0,80	23
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Operationen			0,36%	nicht definiert	-	0,34%	25
5b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,21	<= 6,76	innerhalb	1,17	27

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Operationen			1,10%	nicht definiert	-	1,07%	29
6b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,14	<= 4,07	innerhalb	1,09	31
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Operationen			0,15%	nicht definiert	-	0,26%	33
7b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,53	<= 10,63	innerhalb	0,93	35
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Operationen			0,50%	nicht definiert	-	0,64%	37
8b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,03	<= 6,37	innerhalb	1,26	39

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Operationen			0,83%	nicht definiert	-	1,12%	45
9b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,95	<= 9,20	innerhalb	1,27	48
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			1,05%	nicht definiert	-	1,01%	50
10b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,00	<= 3,20	innerhalb	0,95	53

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Operationen			1,68%	nicht definiert	-	1,90%	55
11b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,11	<= 6,01	innerhalb	1,23	57
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			17,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	20,00 Fälle	59
12b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,03	nicht definiert	-	1,21	62

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

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 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n2-HUEFT-TEP/813129 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			57,82%	< 100,00%	innerhalb	55,61%	64
2014/17n2-HUEFT-TEP/813126 AK 6: Angabe von ASA 5			1,00 Fälle	<= 0,00 Fälle	außerhalb	1,00 Fälle	66

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel:	Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien
Grundgesamtheit:	Alle Operationen
Indikator-ID:	2014/17n2-HUEFT-TEP/1082
Referenzbereich:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		11 / 8.964	0,12%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		38 / 8.964	0,42%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		223 / 8.964	2,49%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		6.679 / 8.964	74,51%
Gruppe 5	10 Punkte		2.013 / 8.964	22,46%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		8.692 / 8.964	96,97%
Schmerzen				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz				
			1.844 / 8.964	20,57%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz				
			7.105 / 8.964	79,26%

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 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			5.078 / 8.964	56,65%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			5.038 / 8.964	56,20%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			4.542 / 8.964	50,67%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			7.078 / 8.964	78,96%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score oder mindestens einem Bewegungsein- schränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			8.688 / 8.964	96,92%
Vertrauensbereich				96,54% - 97,26%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score oder mindestens einem Bewegungsein- schränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			8.342 / 8.722	95,64%
Vertrauensbereich				95,19% - 96,05%

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)

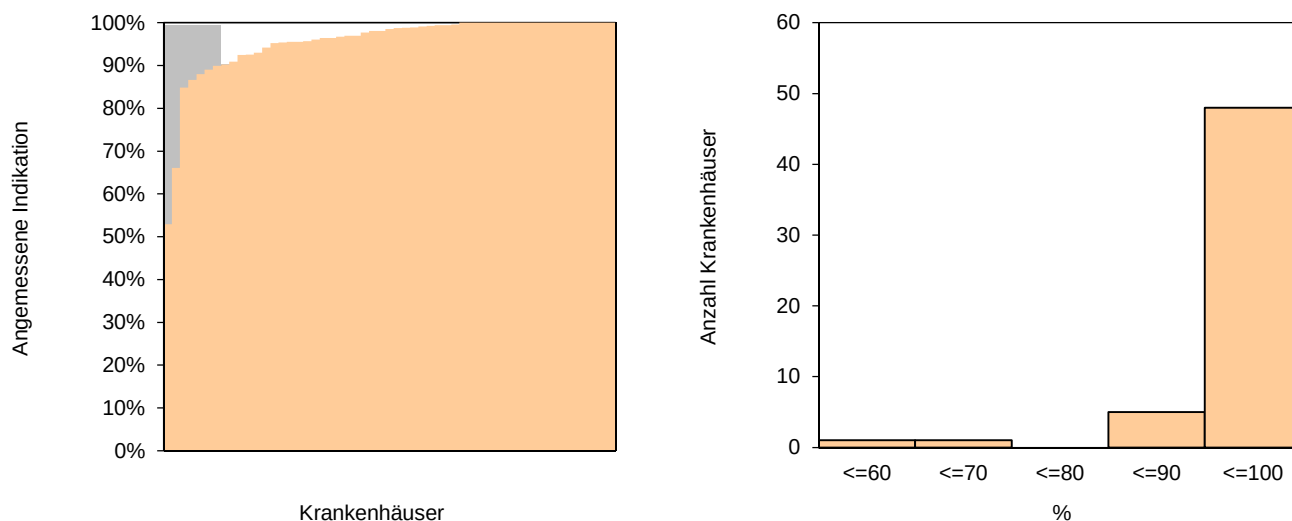
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/1082]:

Anteil von Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

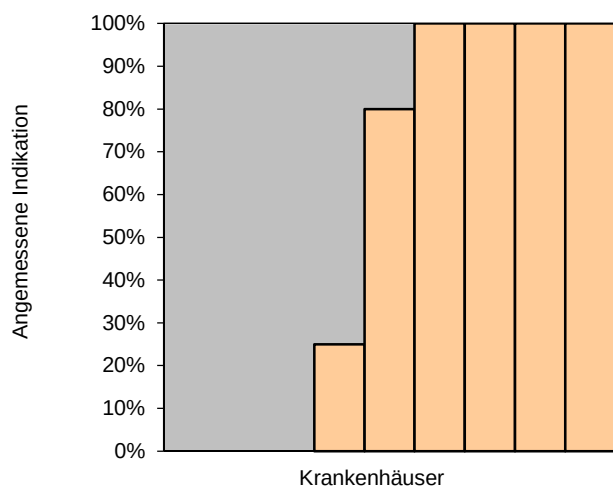
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,94	84,85	89,04	95,24	98,51	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	80,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Operationen
Gruppe 2: Operationsdauer <= 120 min
Gruppe 3: Operationsdauer > 120 min

Indikator-ID: Gruppe 1: 2014/17n2-HUEFT-TEP/265

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	8.946 / 8.964 99,80%	8.509 / 8.523 99,84%	437 / 441 99,09%
Vertrauensbereich	99,68% - 99,87%		
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot	7.946 / 8.946 88,82%	7.630 / 8.509 89,67%	316 / 437 72,31%
Zweitgabe oder öfter	1.000 / 8.946 11,18%	879 / 8.509 10,33%	121 / 437 27,69%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaphylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

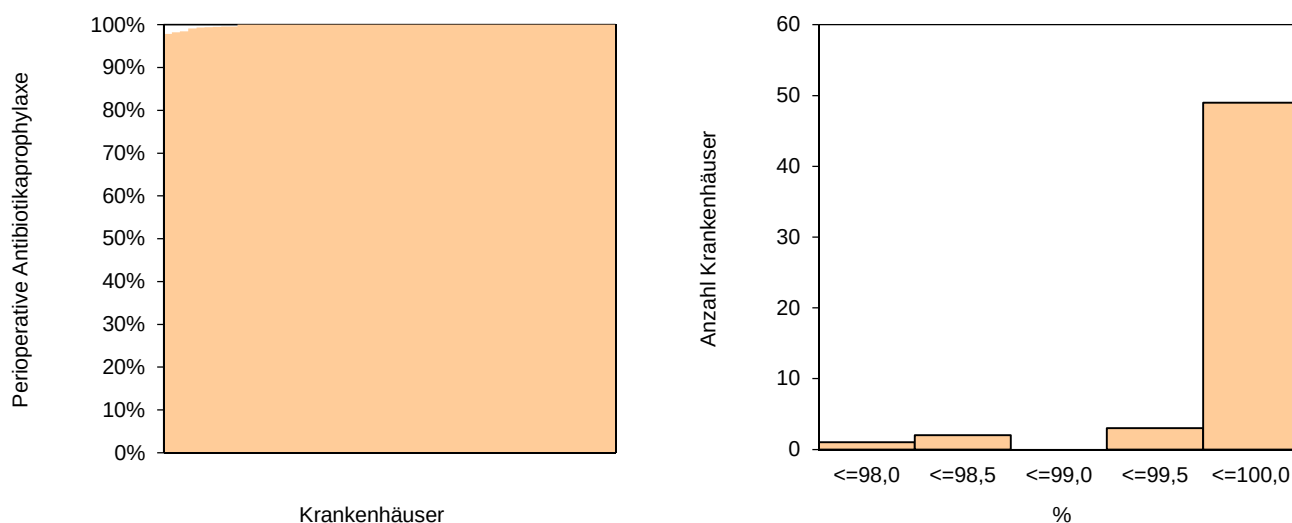
Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer ≤ 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaphylaxe durchgeführt wurde	8.697 / 8.722 99,71%	8.192 / 8.215 99,72%	505 / 507 99,61%
Vertrauensbereich	99,58% - 99,81%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/265]:

Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

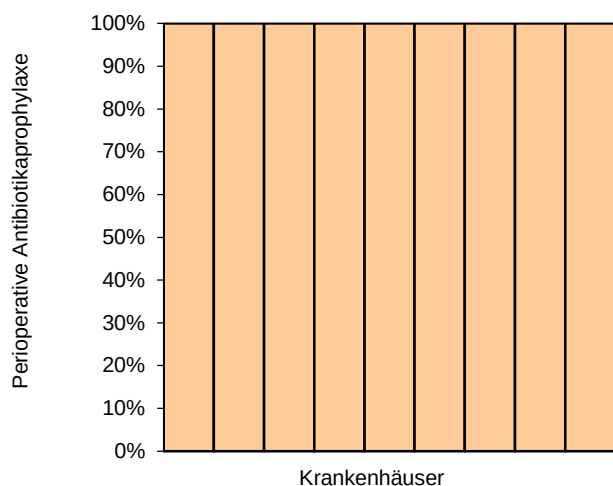
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,87	98,48	99,40	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 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 Operationen

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223

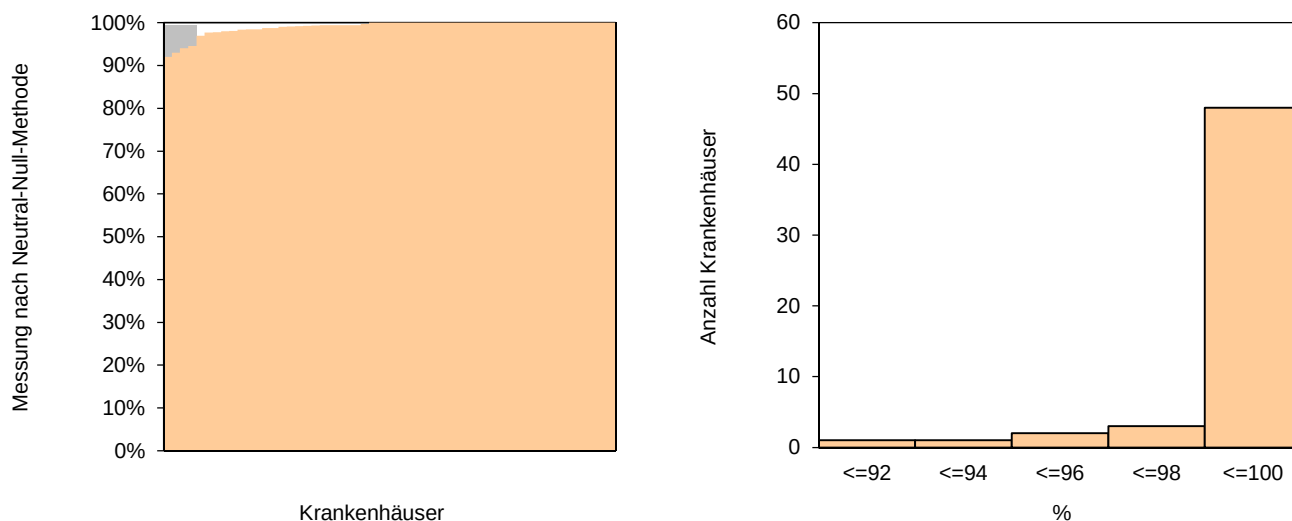
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			8.861 / 8.964	98,85%
Vertrauensbereich				98,61% - 99,05%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

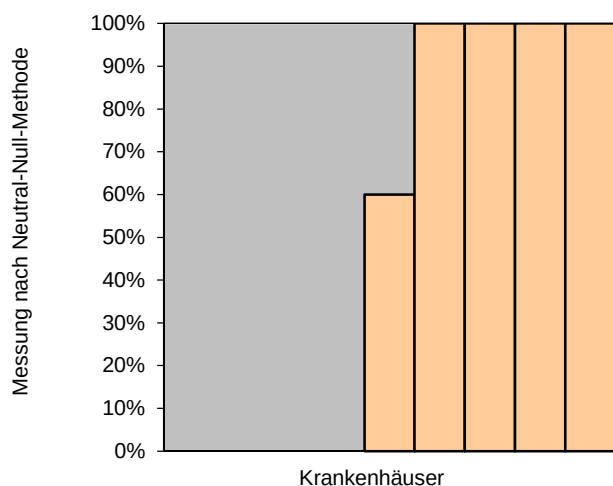
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			8.365 / 8.722	95,91%
Vertrauensbereich				95,47% - 96,30%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223]:
Anteil von Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde

Indikator-ID: (QI 3b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/446

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			8.818 / 8.861	99,51%
Vertrauensbereich				99,35% - 99,64%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			8.840 / 8.861	99,76%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 70 Grad)			8.839 / 8.861	99,75%

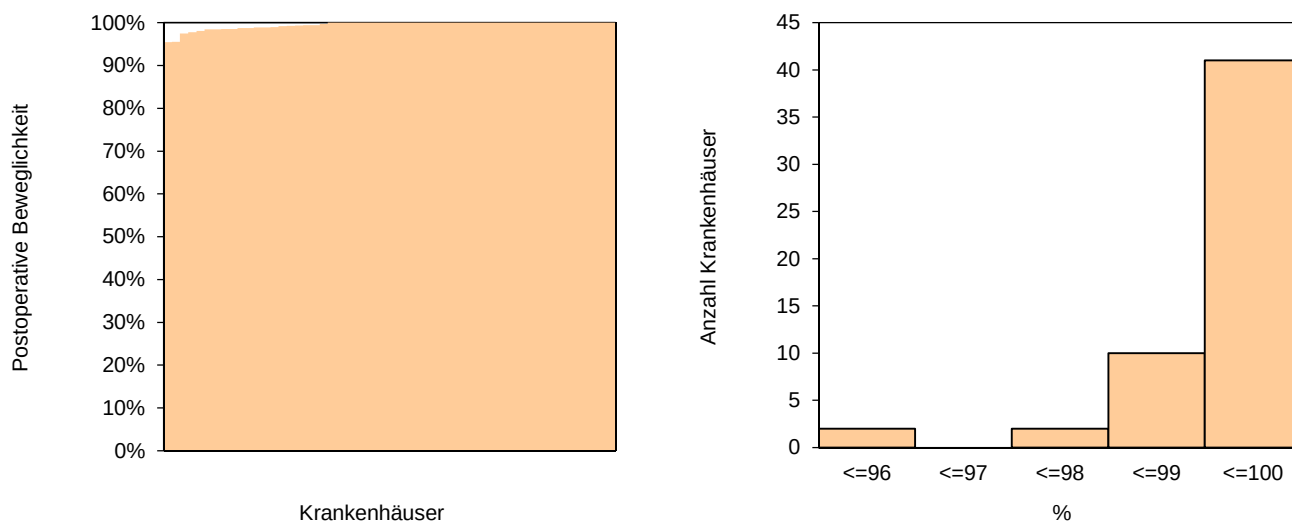
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			8.300 / 8.365	99,22%
Vertrauensbereich				99,01% - 99,39%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/446]:

Anteil von Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

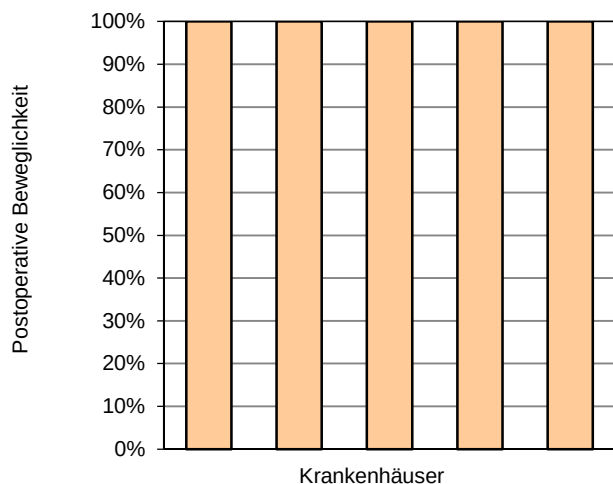
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,45	97,50	98,46	98,99	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Alle Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde

Gruppe 1: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen¹
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen¹
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
Gesamt 2014				
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	8.399 / 8.433 99,60%	193 / 197 97,97%	84 / 86 97,67%	142 / 145 97,93%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
und
Gruppe 1: alle Patienten
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen¹
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen¹
Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/264

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			8.880 / 8.925	99,50%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			24 / 8.925	0,27%
Vertrauensbereich				0,18% - 0,40%
Referenzbereich	nicht definiert			nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			15 / 8.473	0,18%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			3 / 204	1,47%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 92	1,09%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			5 / 156	3,21%

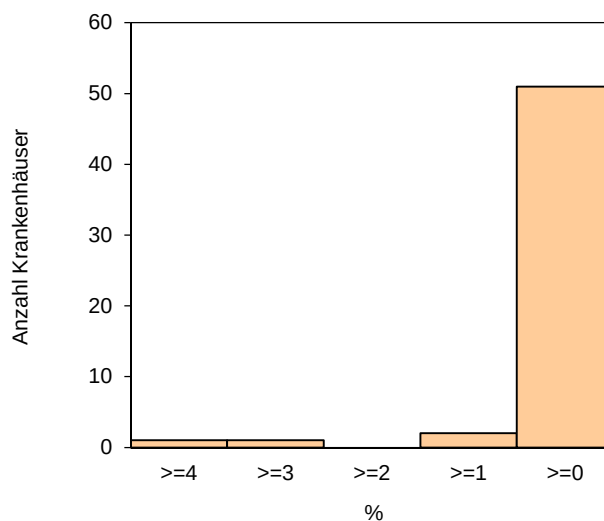
¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			25 / 8.680	0,29% 0,20% - 0,42%

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,83	1,33	8,00

Krankenhäuser	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Krankenhäuser	100%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden

Indikator-ID: (QI 4b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909

Referenzbereich: $\leq 5,63$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		24 / 8.925 0,27%
vorhergesagt (E) ¹		32,34 / 8.925 0,36%
O - E		-0,09%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50909.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,74
Vertrauensbereich		0,50 - 1,10
Referenzbereich	$\leq 5,63$	$\leq 5,63$

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

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

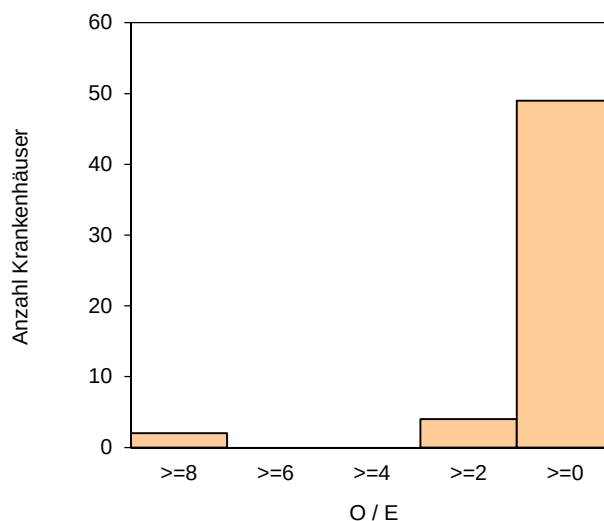
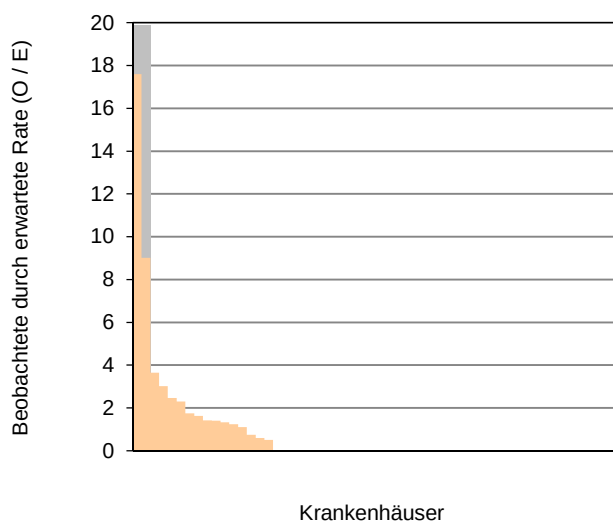
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		25 / 8.680 0,29%
vorhergesagt (E) ¹		31,43 / 8.680 0,36%
O - E		-0,07%
O / E ²		0,80
Vertrauensbereich		0,54 - 1,17

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung bei allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

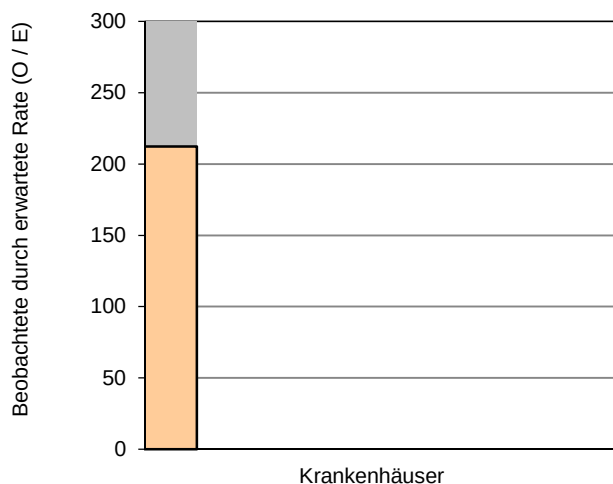
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,74	2,30	3,65	17,60

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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			212,38

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/447

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			4 / 8.964	0,04%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			28 / 8.964	0,31%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			32 / 8.964	0,36%
Vertrauensbereich				0,25% - 0,50%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

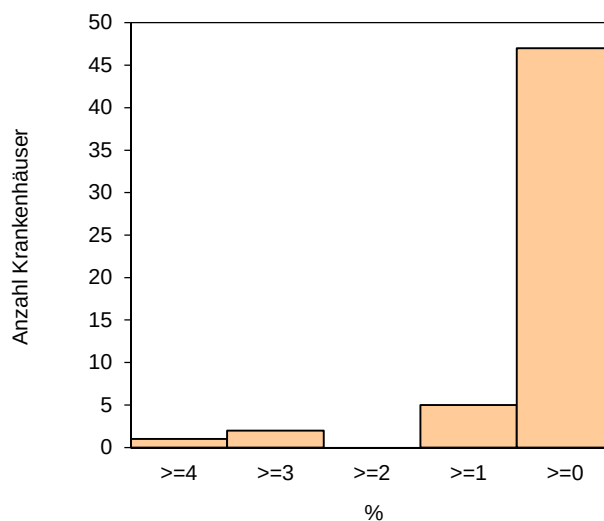
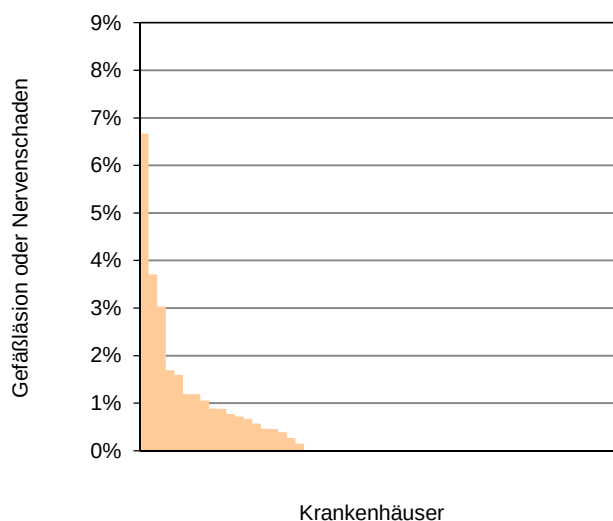
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			30 / 8.722	0,34%
Vertrauensbereich				0,24% - 0,49%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/447]:

Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion oder ein Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

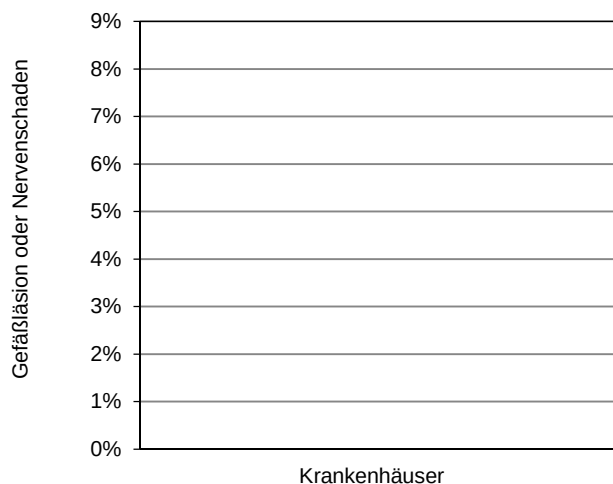
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	1,19	3,03	6,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	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.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 5b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914
Referenzbereich: $\leq 6,76$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		32 / 8.964 0,36%
vorhergesagt (E) ¹		26,36 / 8.964 0,29%
O - E		0,06%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50914.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		0,86 - 1,71
Referenzbereich	$\leq 6,76$	$\leq 6,76$

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.

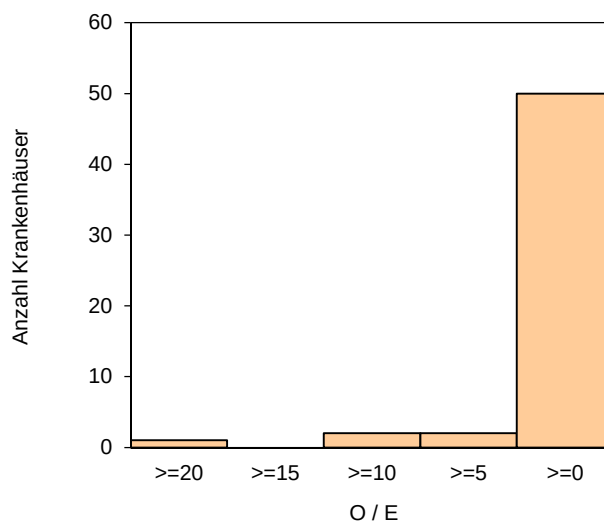
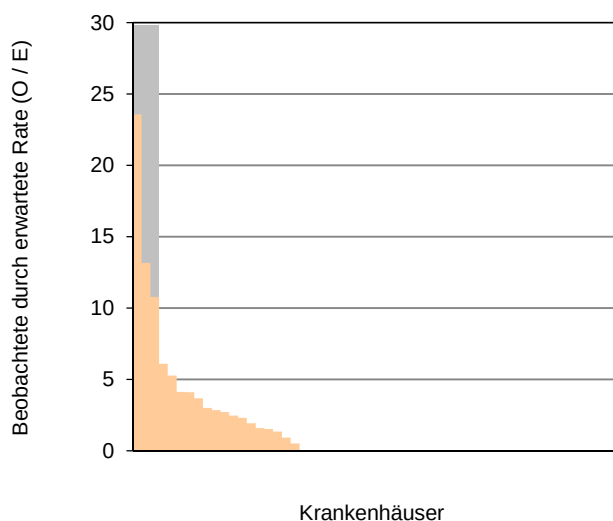
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		30 / 8.722 0,34%
vorhergesagt (E) ¹		25,59 / 8.722 0,29%
O - E		0,05%
O / E ²		1,17
Vertrauensbereich		0,82 - 1,67

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

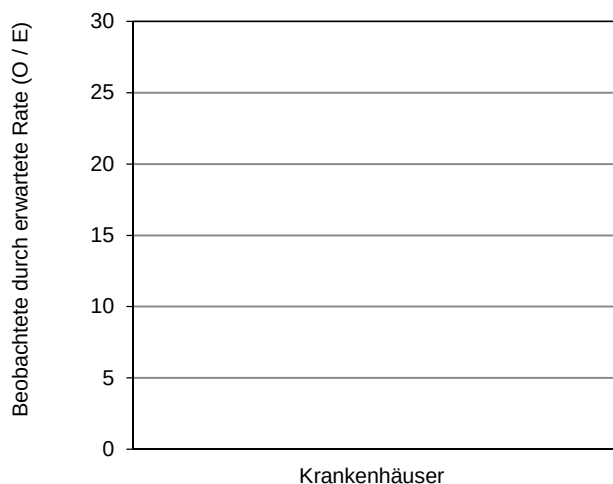
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,91	4,13	10,79	23,57

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/449

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			4 / 8.964	0,04%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			14 / 8.964	0,16%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			86 / 8.964	0,96%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			99 / 8.964	1,10%
Vertrauensbereich				0,91% - 1,34%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

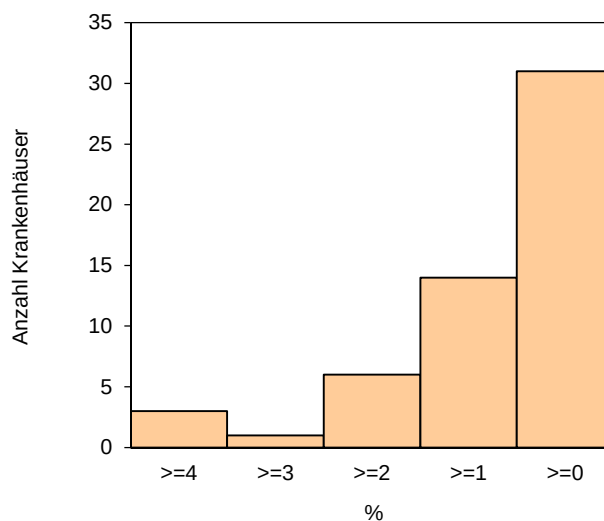
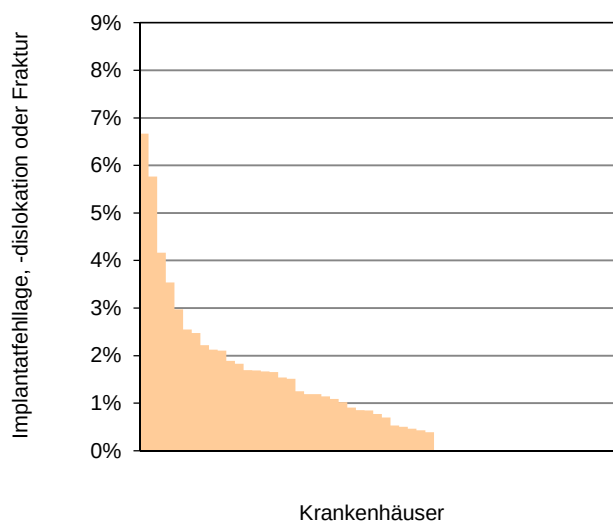
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			93 / 8.722	1,07%
Vertrauensbereich				0,87% - 1,30%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/449]:

Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

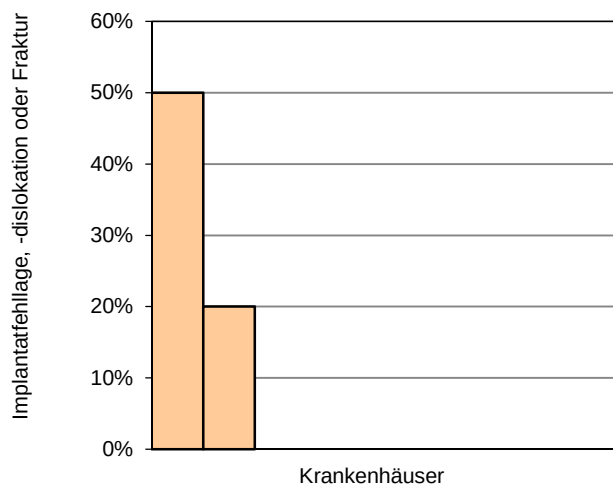
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,78	1,69	2,55	4,17	6,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 6b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919
Referenzbereich: <= 4,07 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		99 / 8.964 1,10%
vorhergesagt (E) ¹		86,80 / 8.964 0,97%
O - E		0,14%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50919.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,14
Vertrauensbereich		0,94 - 1,39
Referenzbereich	<= 4,07	<= 4,07

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.

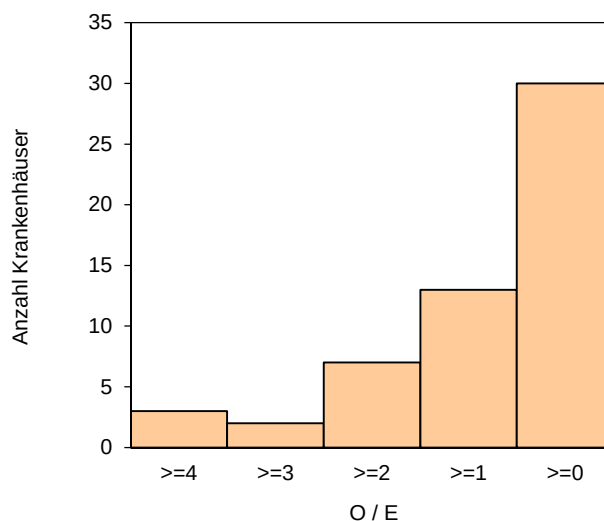
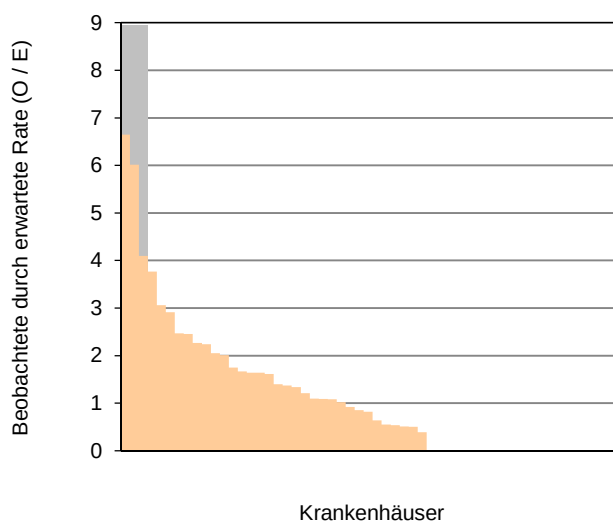
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		93 / 8.722 1,07%
vorhergesagt (E) ¹		85,29 / 8.722 0,98%
O - E		0,09%
O / E ²		1,09
Vertrauensbereich		0,89 - 1,33

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

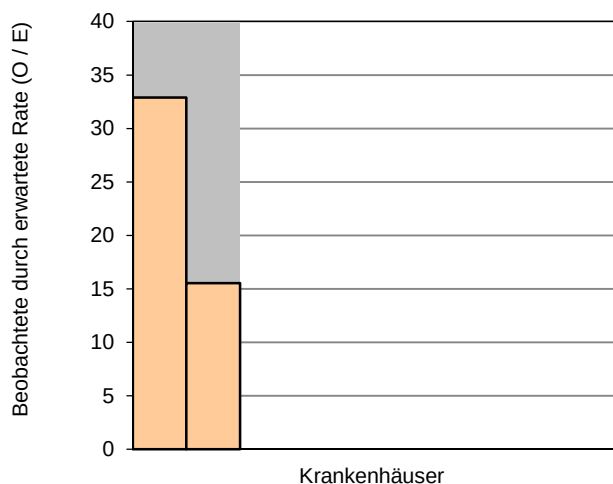
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	1,67	2,91	4,09	6,65

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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			32,90

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 7a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/451

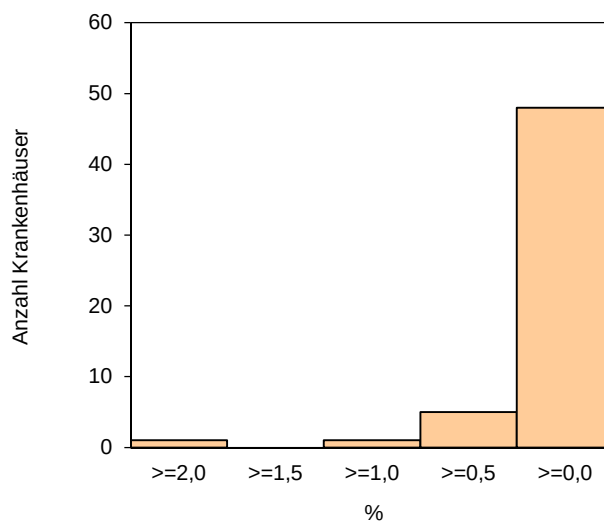
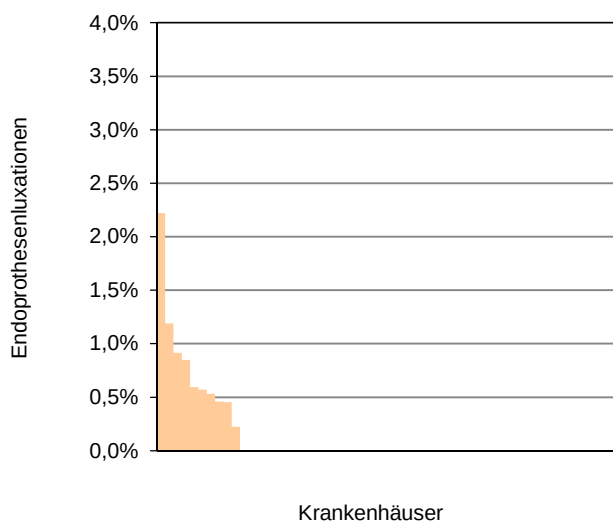
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			13 / 8.964	0,15%
Vertrauensbereich				0,08% - 0,25%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			23 / 8.722	0,26%
Vertrauensbereich				0,18% - 0,40%

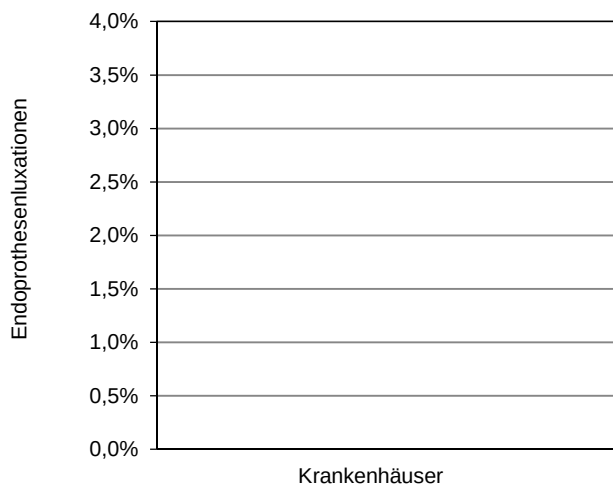
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/451]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,91	2,22

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 7b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924
Referenzbereich: $\leq 10,63$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		13 / 8.964 0,15%
vorhergesagt (E) ¹		24,64 / 8.964 0,27%
O - E		-0,13%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50924.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,53
Vertrauensbereich		0,31 - 0,90
Referenzbereich	$\leq 10,63$	$\leq 10,63$

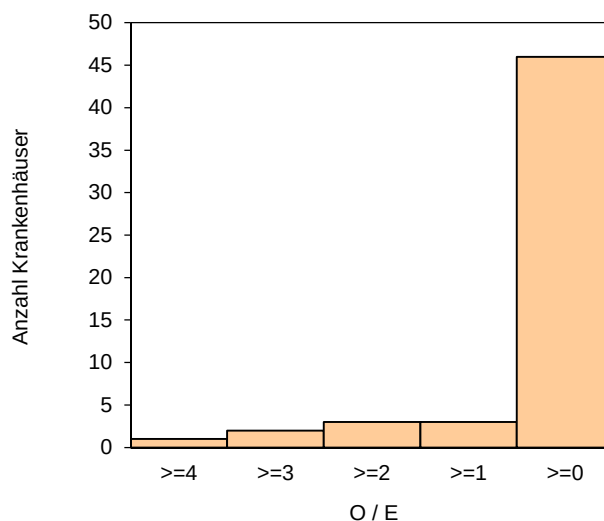
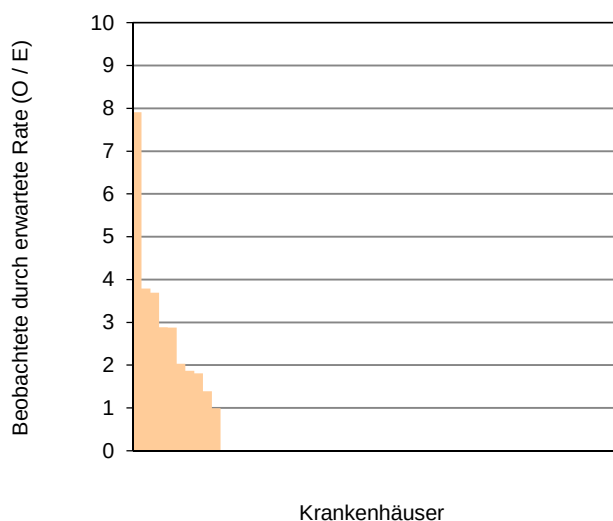
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		23 / 8.722 0,26%
vorhergesagt (E) ¹		24,63 / 8.722 0,28%
O - E		-0,02%
O / E ²		0,93
Vertrauensbereich		0,62 - 1,40

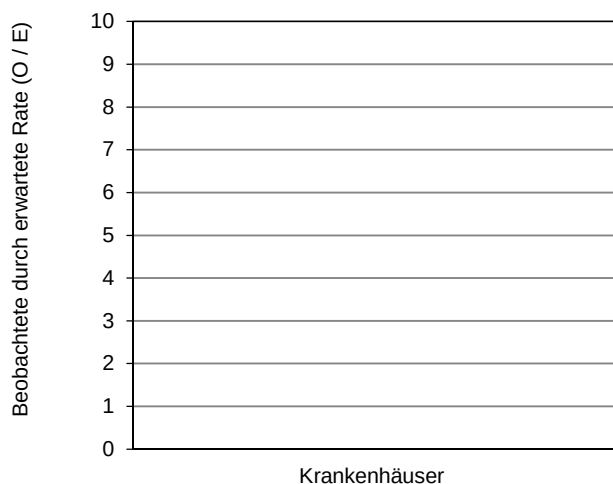
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	0,00	2,03	3,70	7,91

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/452

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich Referenzbereich		 nicht definiert	45 / 8.964	0,50% 0,38% - 0,67% nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			9 / 8.964	0,10%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			36 / 8.964	0,40%

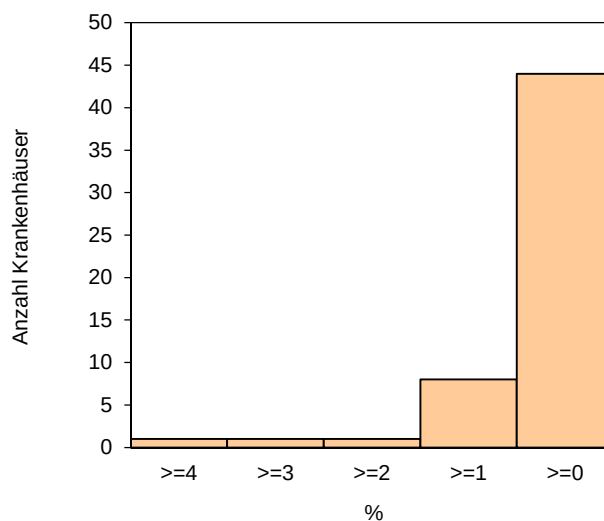
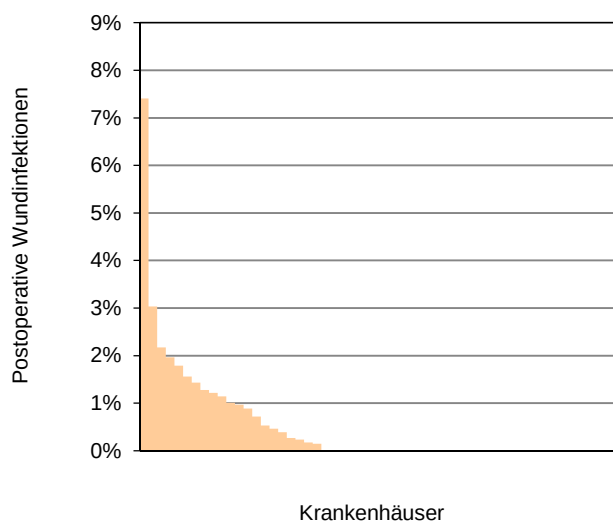
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich		 0,49% - 0,83%	56 / 8.722	0,64% 0,49% - 0,83%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/452]:

Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

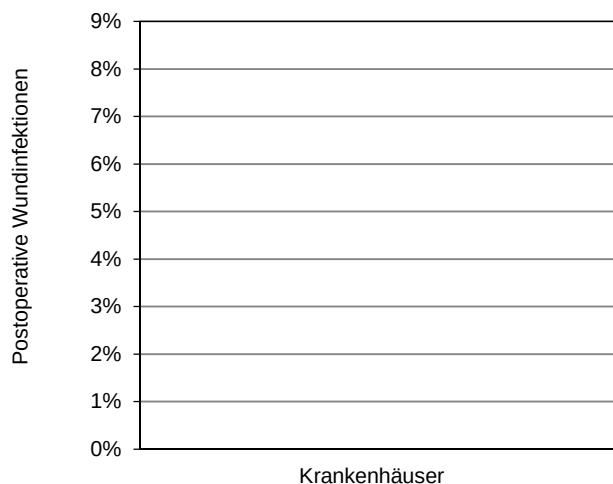
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	1,56	2,17	7,41

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 8b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929
Referenzbereich: $\leq 6,37$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		45 / 8.964 0,50%
vorhergesagt (E) ¹		43,70 / 8.964 0,49%
O - E		0,01%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50929.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,03
Vertrauensbereich		0,77 - 1,38
Referenzbereich	$\leq 6,37$	$\leq 6,37$

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.

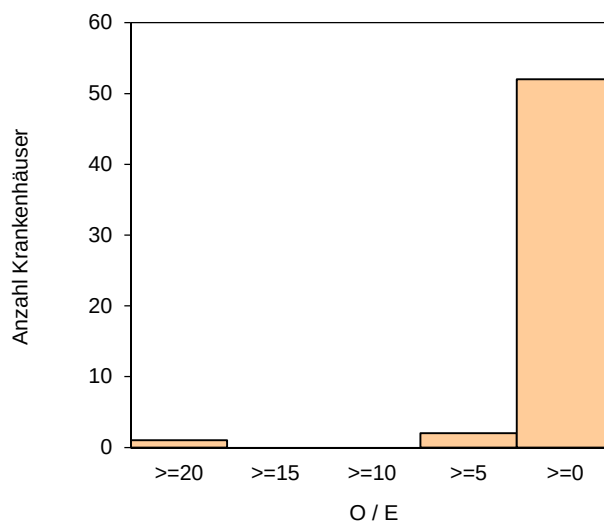
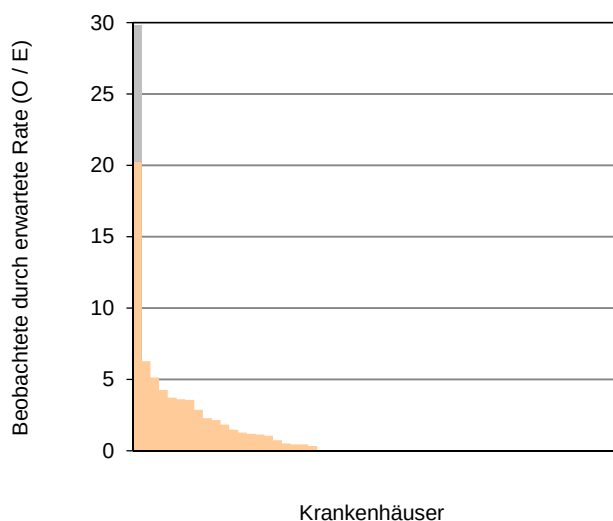
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		56 / 8.722 0,64%
vorhergesagt (E) ¹		44,44 / 8.722 0,51%
O - E		0,13%
O / E ²		1,26
Vertrauensbereich		0,97 - 1,63

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

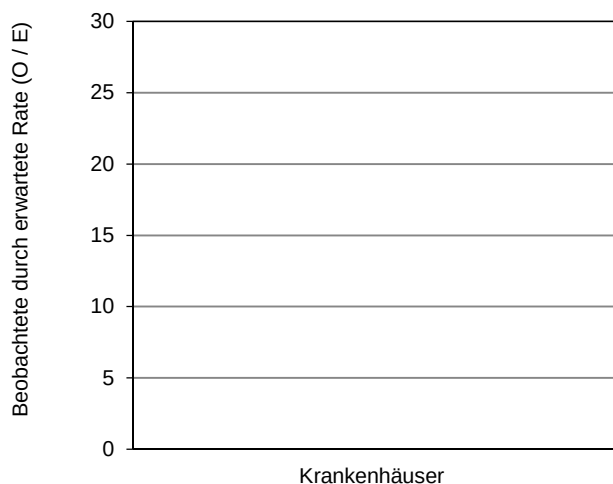
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	1,19	3,61	5,13	20,23

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

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: > 88 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			4.903 / 8.964	54,70%
Risikoklasse 1			3.282 / 8.964	36,61%
Risikoklasse 2			768 / 8.964	8,57%
Risikoklasse 3			11 / 8.964	0,12%

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 Operationen der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			18 / 4.903	0,37%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 4.903	0,04%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			16 / 4.903	0,33%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			20 / 3.282	0,61%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			5 / 3.282	0,15%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			15 / 3.282	0,46%

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 Operationen der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			6 / 768	0,78%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 768	0,26%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 768	0,52%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			1 / 11	9,09%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 11	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			1 / 11	9,09%

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)

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 9a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/454

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			74 / 8.964	0,83%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,04%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

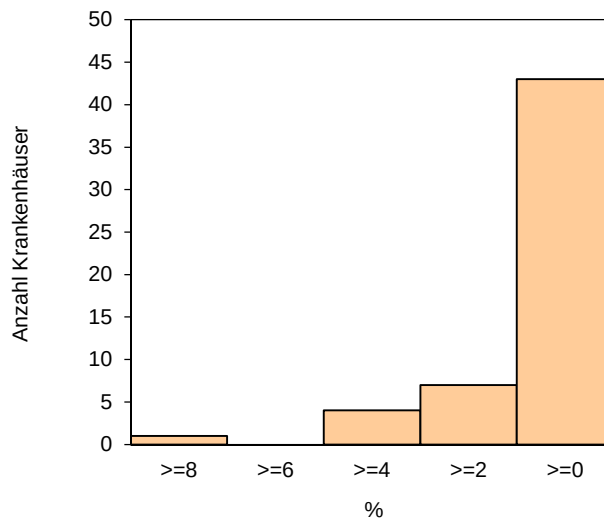
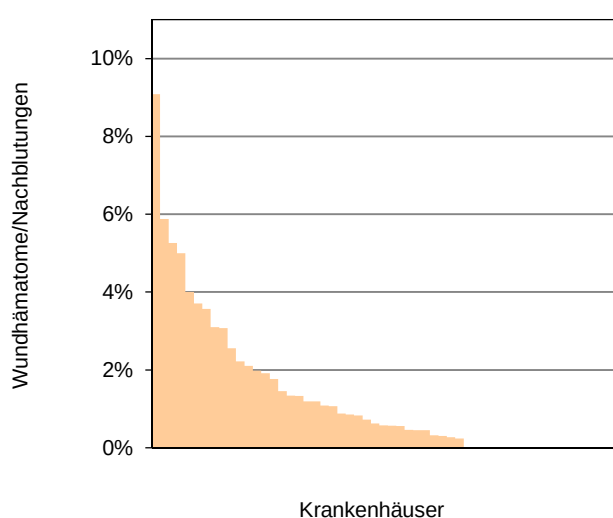
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			98 / 8.722	1,12%
Vertrauensbereich				0,92% - 1,37%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/454]:

Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

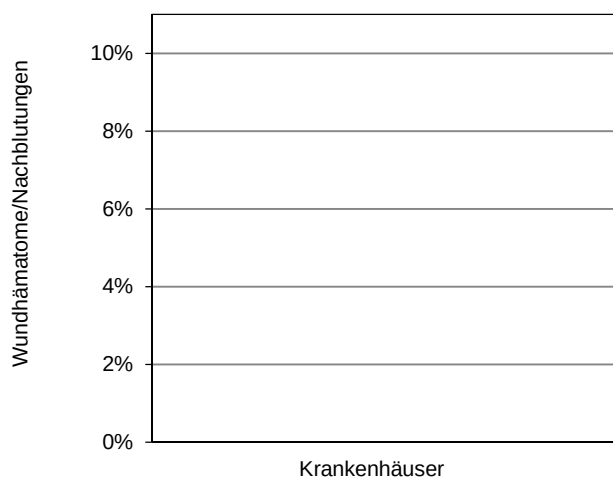
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	1,91	3,70	5,26	9,09

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	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.

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Operationen mit OP-Dauer 20 - 60 min
Gruppe 2: Operationen mit OP-Dauer 61 - 120 min
Gruppe 3: Operationen mit OP-Dauer 121 - 180 min
Gruppe 4: Operationen mit OP-Dauer > 180 min¹

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	11 / 2.595 0,42%	51 / 5.928 0,86%	11 / 388 2,84%	1 / 53 1,89%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 9b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934
Referenzbereich: <= 9,20 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		74 / 8.964 0,83%
vorhergesagt (E) ¹		77,96 / 8.964 0,87%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50934.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,95
Vertrauensbereich		0,76 - 1,19
Referenzbereich	<= 9,20	<= 9,20

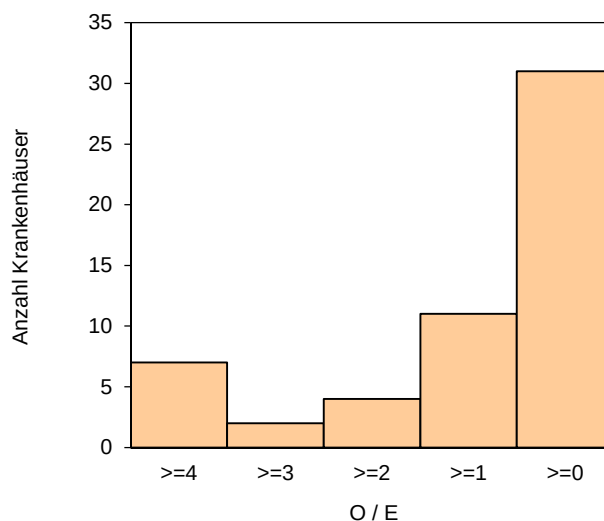
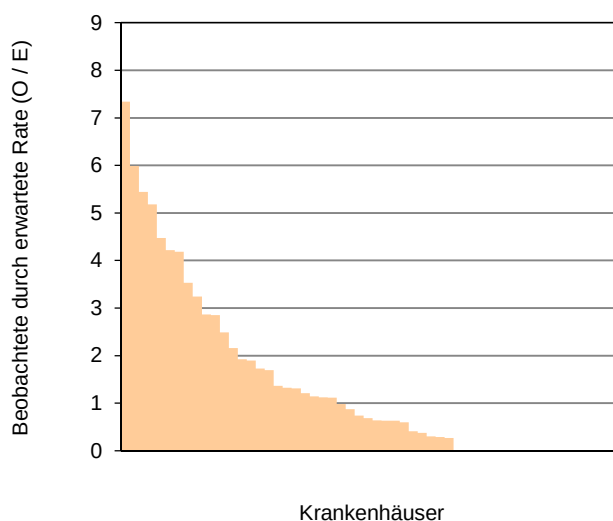
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		98 / 8.722 1,12%
vorhergesagt (E) ¹		77,07 / 8.722 0,88%
O - E		0,24%
O / E ²		1,27
Vertrauensbereich		1,04 - 1,55

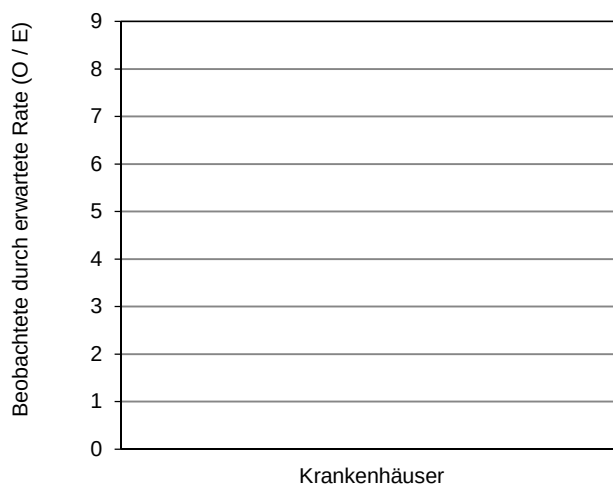
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	0,69	1,92	4,22	5,44	7,34

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

Qualitätsindikatorengruppe 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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 10a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/455

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle	Patienten mit	Patienten mit
	Patienten	ASA 1 - 2	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		

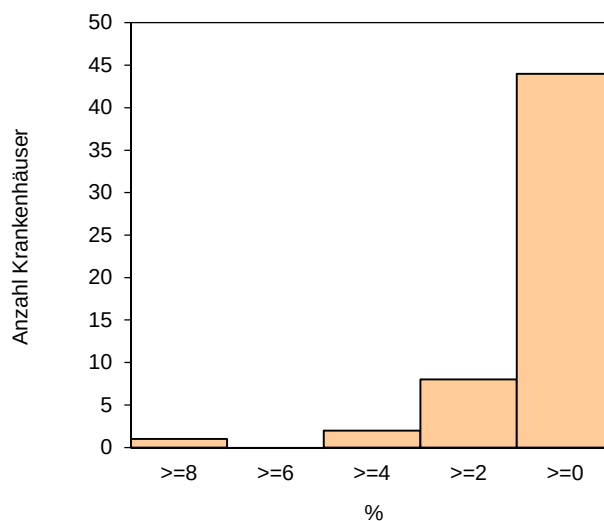
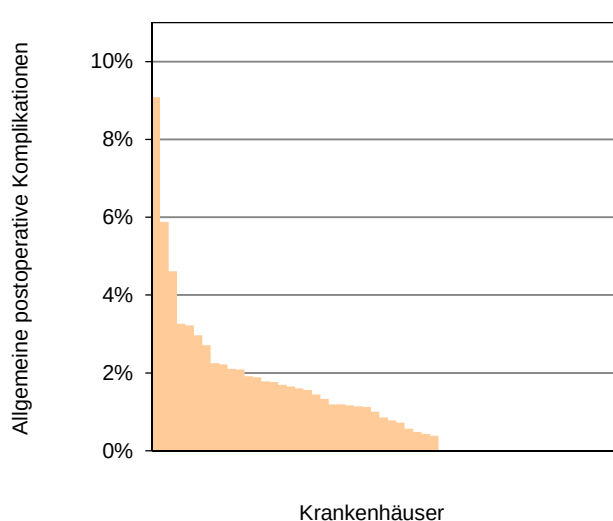
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	14 / 8.942 0,16%	7 / 6.359 0,11%	7 / 2.582 0,27%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	63 / 8.942 0,70%	20 / 6.359 0,31%	43 / 2.582 1,67%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	10 / 8.942 0,11%	6 / 6.359 0,09%	4 / 2.582 0,15%
Patienten mit Lungenembolie	15 / 8.942 0,17%	6 / 6.359 0,09%	9 / 2.582 0,35%
Patienten mit sonstiger Komplikation	226 / 8.942 2,53%	124 / 6.359 1,95%	101 / 2.582 3,91%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	94 / 8.942 1,05%	35 / 6.359 0,55%	59 / 2.582 2,29%
Vertrauensbereich	0,86% - 1,28%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	88 / 8.700 1,01%	31 / 6.029 0,51%	57 / 2.670 2,13%
Vertrauensbereich	0,82% - 1,24%		

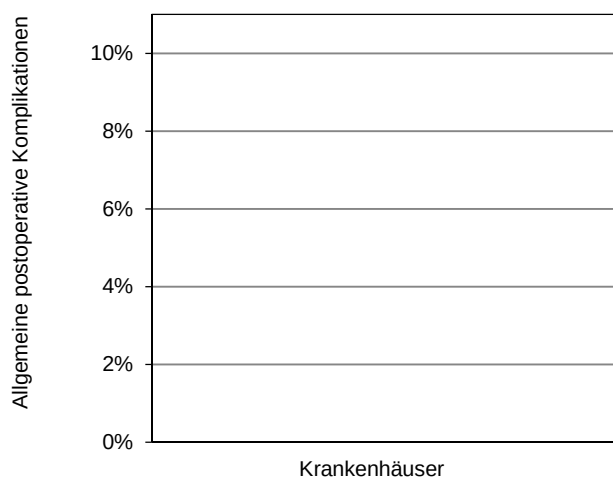
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/455]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,85	1,79	2,97	4,62	9,09

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	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.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10b:) 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939

Referenzbereich: $\leq 3,20$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		94 / 8.942 1,05%
vorhergesagt (E) ¹		94,47 / 8.942 1,06%
O - E		-0,01%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50939.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,00
Vertrauensbereich		0,81 - 1,22
Referenzbereich	$\leq 3,20$	$\leq 3,20$

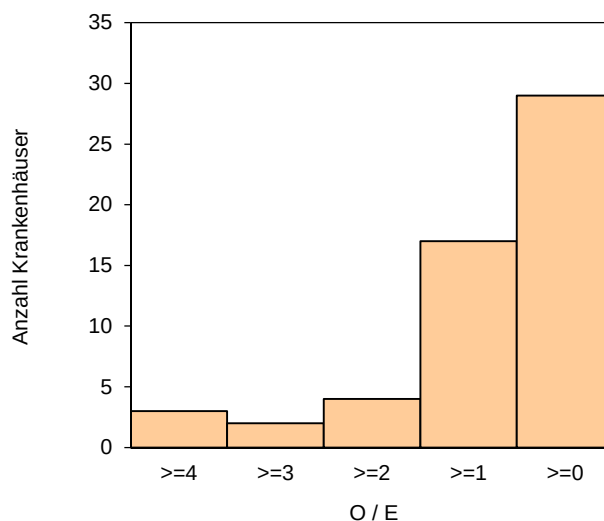
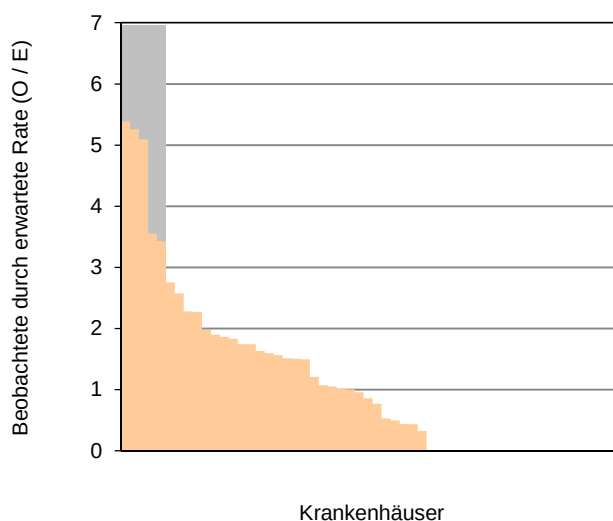
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		88 / 8.700 1,01%
vorhergesagt (E) ¹		92,94 / 8.700 1,07%
O - E		-0,06%
O / E ²		0,95
Vertrauensbereich		0,77 - 1,16

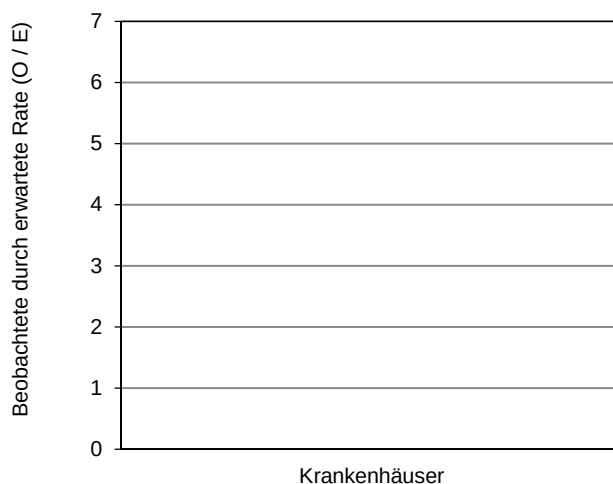
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	0,86	1,74	2,75	5,09	5,38

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 11a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/456

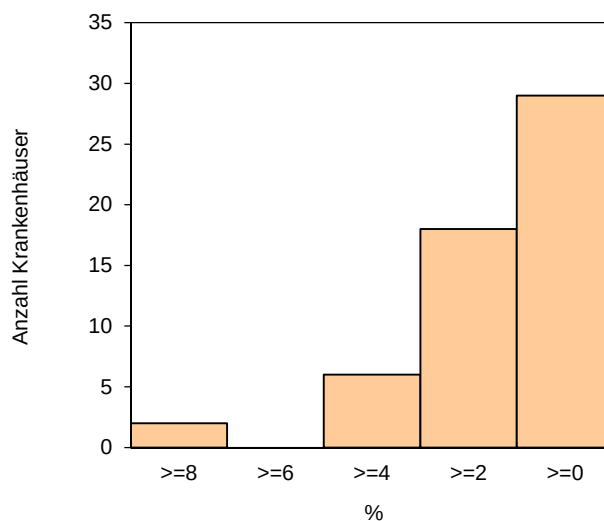
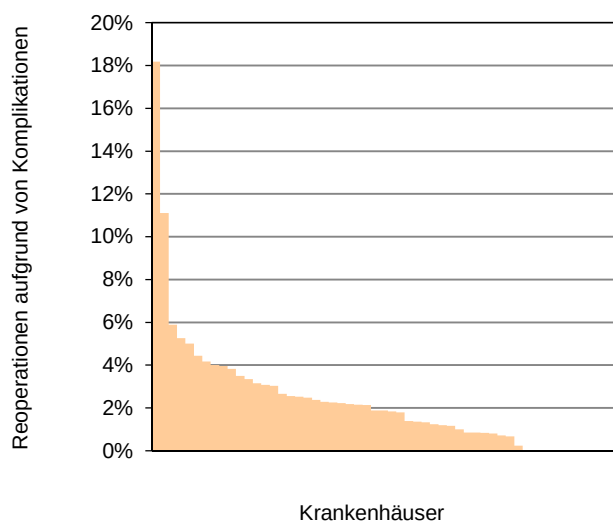
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			151 / 8.964	1,68%
Vertrauensbereich				1,44% - 1,97%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			166 / 8.722	1,90%
Vertrauensbereich				1,64% - 2,21%

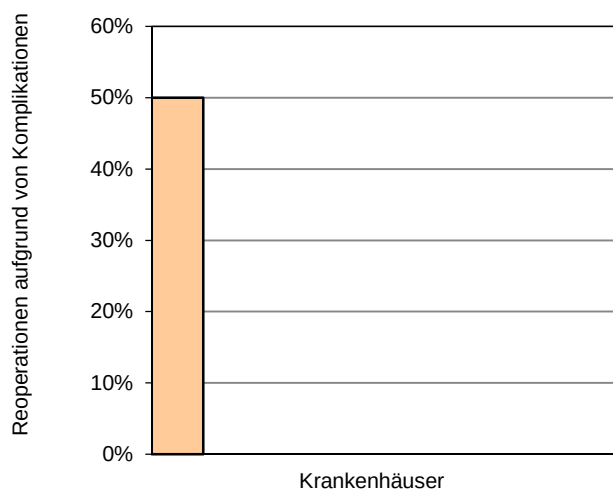
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/456]:
Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,72	1,88	3,08	4,44	5,88	18,18

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 11b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944
Referenzbereich: <= 6,01 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		151 / 8.964 1,68%
vorhergesagt (E) ¹		135,56 / 8.964 1,51%
O - E		0,17%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50944.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,11
Vertrauensbereich		0,95 - 1,30
Referenzbereich	<= 6,01	<= 6,01

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.

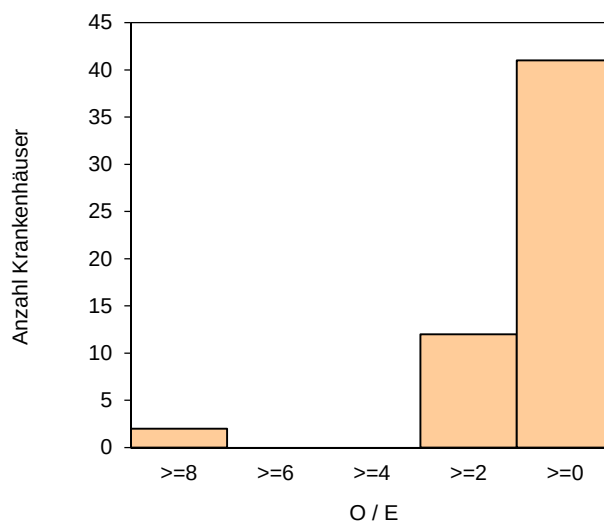
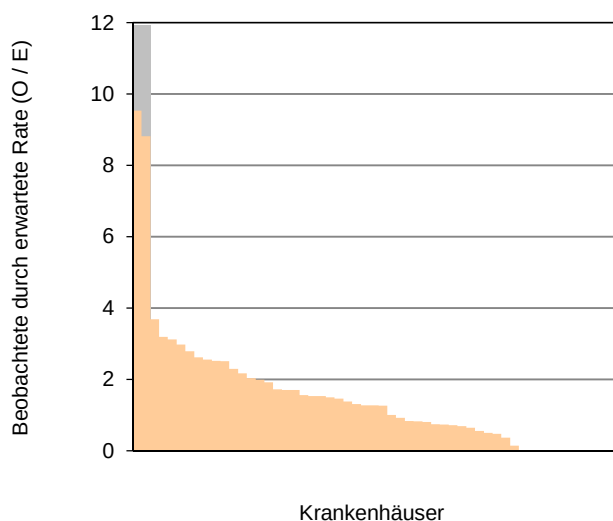
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		166 / 8.722 1,90%
vorhergesagt (E) ¹		135,16 / 8.722 1,55%
O - E		0,35%
O / E ²		1,23
Vertrauensbereich		1,06 - 1,43

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

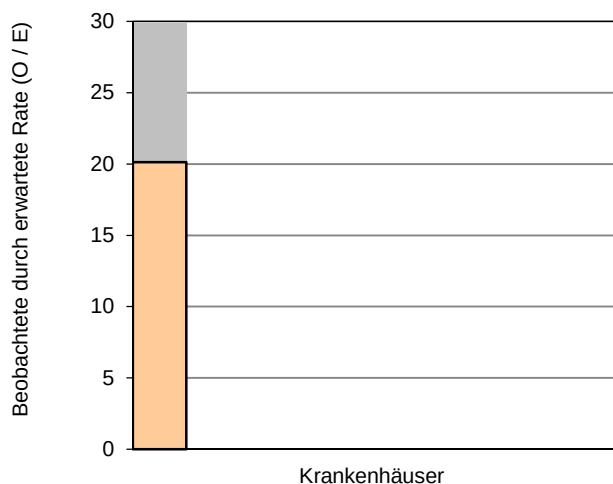
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,47	1,27	2,03	2,98	3,68	9,54

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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			20,13

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 12a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/457

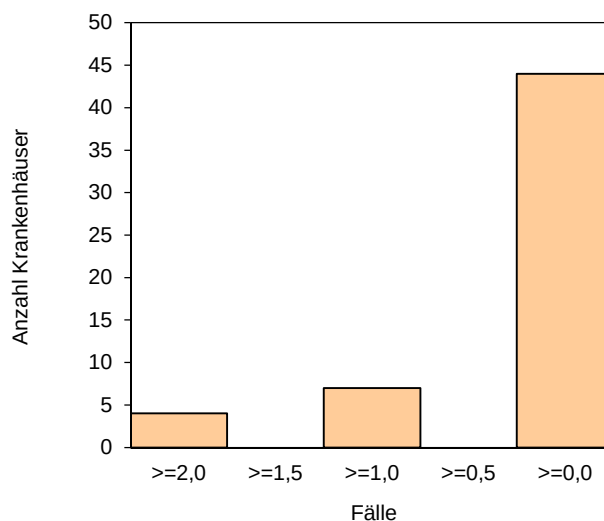
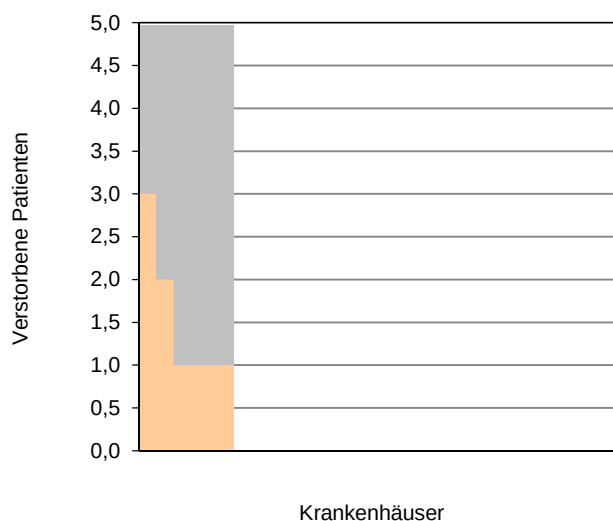
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	17 / 8.942	17,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			20 / 8.700	20,00 Fälle

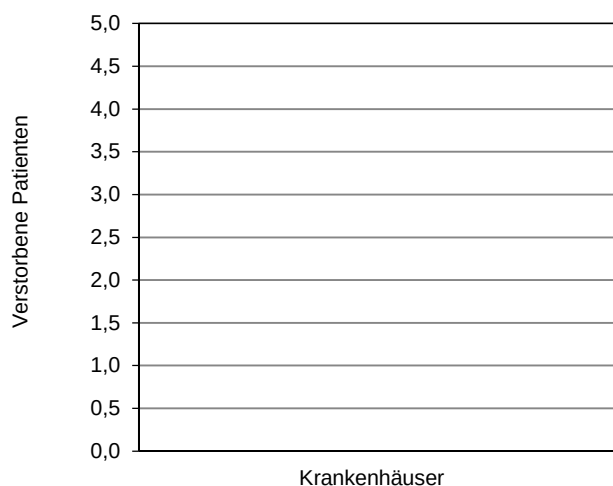
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/457]:
Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	3,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	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.

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 2014			
	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 2014			
	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	4 / 6.359 0,06%	10 / 2.548 0,39%	2 / 34 5,88%	1 / 1 100,00%

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 12b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		17 / 8.942 0,19%
vorhergesagt (E) ¹		16,54 / 8.942 0,18%
O - E		0,01%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50949.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,03
Vertrauensbereich		0,64 - 1,64
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

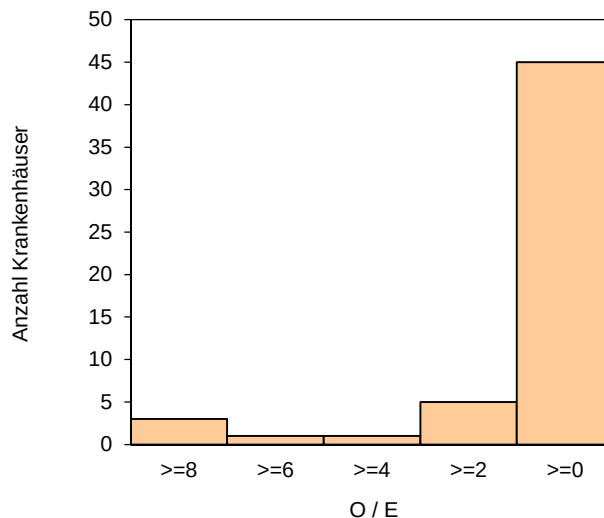
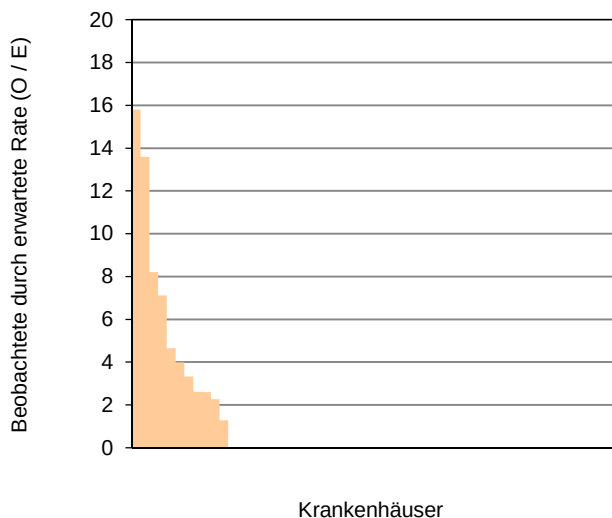
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		20 / 8.700 0,23%
vorhergesagt (E) ¹		16,55 / 8.700 0,19%
O - E		0,04%
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		0,78 - 1,87

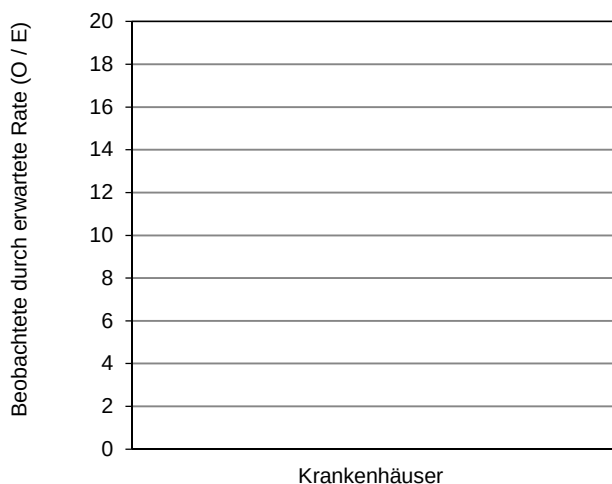
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
55 Krankenhäuser haben mindestens 10 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	0,00	3,99	8,21	15,81

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 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.

Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage
(90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) (nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2014/17n2-HUEFT-TEP/813129

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 50914, 50919, 50924, 50929, 50934, 50939

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			307 / 531	57,82% 53,57% - 61,95% < 100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			357 / 642	55,61% 51,74% - 59,41%

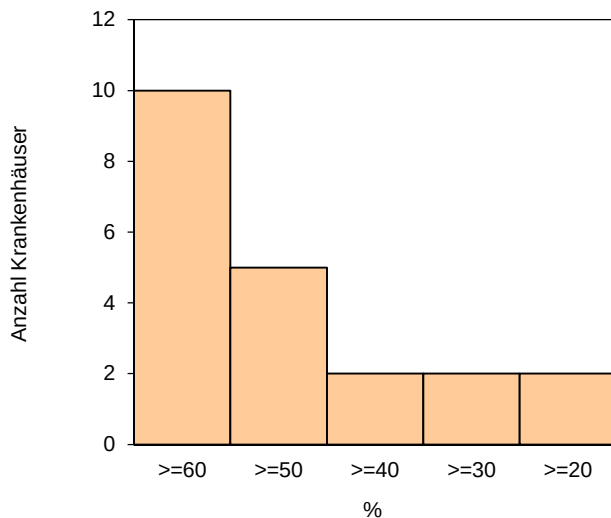
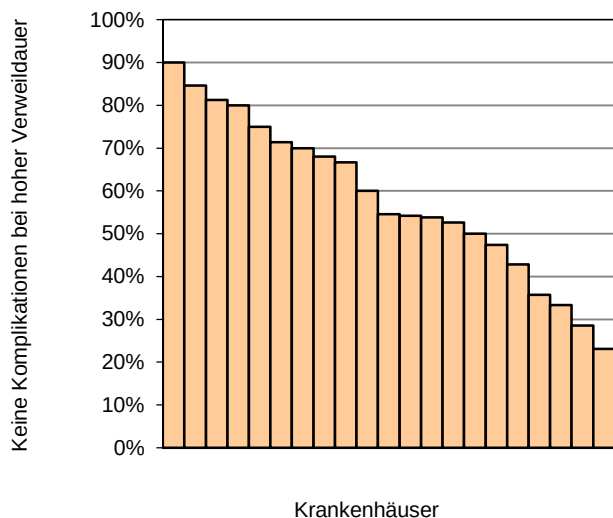
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2a, Indikator-ID 2014/17n2-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:

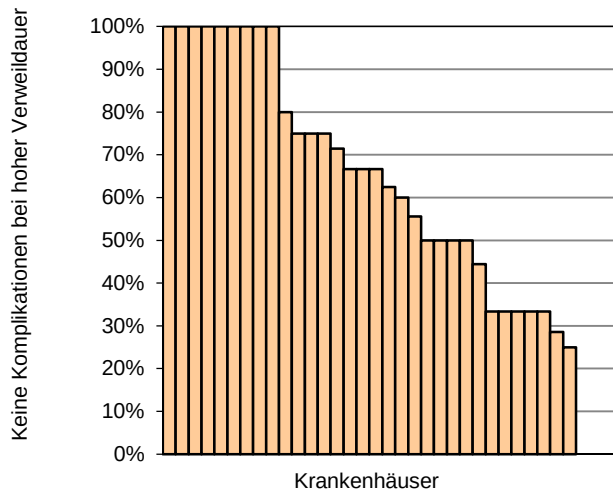
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	23,08	28,57	33,33	47,37	54,55	71,43	81,25	84,62	90,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

35 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	25,00	33,33	62,50	100,00	100,00	100,00	100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2014/17n2-HUEFT-TEP/813126

Referenzbereich: <= 0,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 50919, 50924, 50929, 50934, 50939, 50944, 50949

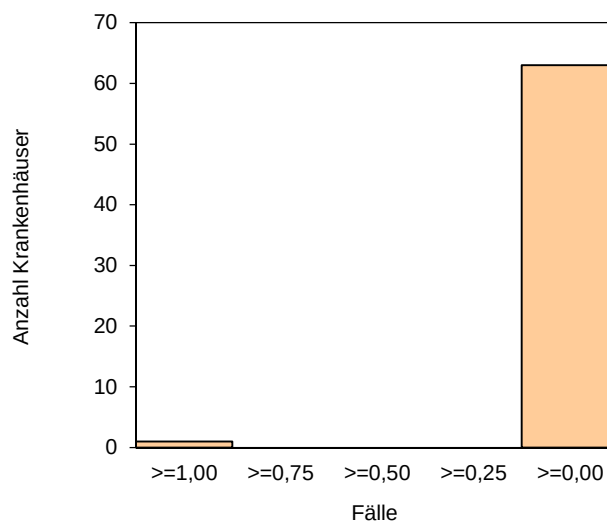
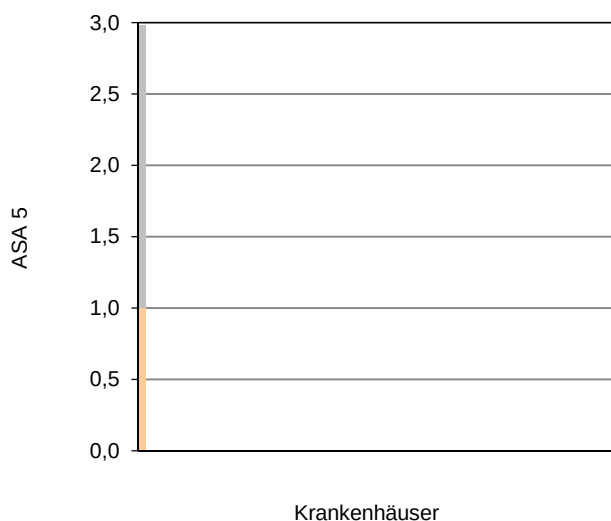
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		1 <= 0,00 Fälle	1 / 8.942	1,00 Fälle <= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5		1	1 / 8.700	1,00 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/813126]:
Anzahl Patienten mit ASA 5 von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

64 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00

Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 64
Anzahl Datensätze Gesamt: 8.942
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15159-L95851-P45982

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			2.564	28,67	2.344	26,94
2. Quartal			2.264	25,32	2.182	25,08
3. Quartal			2.044	22,86	2.080	23,91
4. Quartal			2.070	23,15	2.094	24,07
Gesamt			8.942		8.700	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.942		8.700	
Median				11,00		11,00
Mittelwert				12,15		12,53
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.964		8.722	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,42		1,55
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			8.964		8.722	
Median				10,00		10,00
Mittelwert				10,73		10,98

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
6	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
7	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	6.547	73,22	M16.1	6.265	72,01
2				I10.00	3.600	40,26	I10.00	3.446	39,61
3				D62	2.333	26,09	D62	2.187	25,14
4				Z96.6	1.167	13,05	Z96.6	1.120	12,87
5				E11.90	1.155	12,92	E11.90	1.075	12,36
6				I10.90	971	10,86	I10.90	802	9,22
7				M16.9	681	7,62	M16.9	698	8,02
8				M16.3	655	7,32	M16.3	684	7,86

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 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 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige

OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-820.00	6.058	67,58	5-820.00	5.794	66,43
2				5-820.02	1.485	16,57	5-820.02	1.513	17,35
3				8-803.2	1.069	11,93	8-803.2	1.031	11,82
4				5-820.01	930	10,37	5-820.01	866	9,93
5				5-986.x	742	8,28	5-986.x	606	6,95

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
5-983 Reoperation			3 / 8.964	0,03	6 / 8.722	0,07
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 8.964	0,00	0 / 8.722	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 8.964	0,00	0 / 8.722	0,00
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 8.964	0,00	5 / 8.722	0,06

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.942 / 8.942		8.700 / 8.700	
< 50 Jahre			327 / 8.942	3,66	360 / 8.700	4,14
50 - 59 Jahre			1.351 / 8.942	15,11	1.363 / 8.700	15,67
60 - 69 Jahre			2.254 / 8.942	25,21	2.230 / 8.700	25,63
70 - 79 Jahre			3.755 / 8.942	41,99	3.586 / 8.700	41,22
80 - 89 Jahre			1.225 / 8.942	13,70	1.131 / 8.700	13,00
>= 90 Jahre			30 / 8.942	0,34	30 / 8.700	0,34
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			8.942		8.700	
Median				71,00		71,00
Mittelwert				69,10		68,84
Geschlecht						
männlich			3.633	40,63	3.635	41,78
weiblich			5.309	59,37	5.065	58,22
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			4.803	53,58	4.586	52,58
links			4.161	46,42	4.136	47,42

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Schmerzen						
Ruheschmerz			7.105	79,26	6.785	77,79
Belastungsschmerz			1.844	20,57	1.911	21,91
keine Schmerzen			15	0,17	26	0,30
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			425	4,74	446	5,11

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			8.360	93,26	8.156	93,51
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.360		8.156	
Winkel Extension (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,25		0,25
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				3,72		2,99
Winkel Flexion (Grad) Median				90,00		90,00
Mittelwert				85,27		84,14
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.360		8.156	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,00		20,00
Mittelwert				16,32		16,76
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,15		0,14
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				10,67		10,70
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.360		8.156	
Winkel Außenrotation (Grad) Median				10,00		10,00
Mittelwert				13,56		13,39
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,56		1,53
Winkel Innenrotation (Grad) Median				5,00		5,00
Mittelwert				5,56		5,61

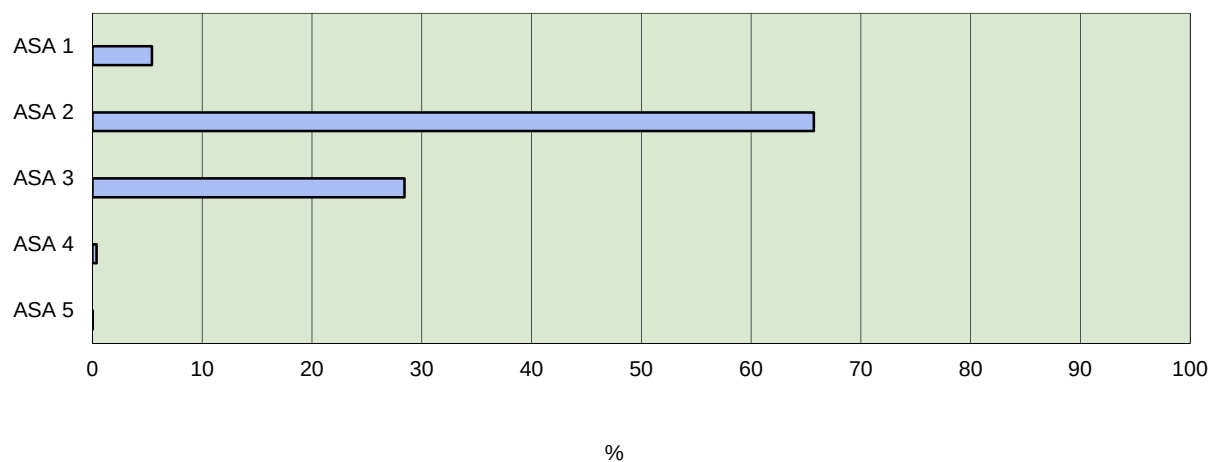
Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Osteophyten						
keine oder fraglich			262	2,92	230	2,64
eindeutig			4.061	45,30	4.255	48,78
große			4.641	51,77	4.237	48,58
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			47	0,52	59	0,68
eindeutig verschmälert			837	9,34	799	9,16
fortgeschritten verschmälert			4.176	46,59	4.336	49,71
aufgehoben			3.904	43,55	3.528	40,45
Sklerose						
keine Sklerose			24	0,27	52	0,60
leichte Sklerose			1.155	12,88	1.181	13,54
leichte Sklerose mit Zystenbildung			3.548	39,58	3.497	40,09
Sklerose mit Zysten			4.237	47,27	3.992	45,77
Deformierung						
keine Deformierung			250	2,79	259	2,97
leichte Deformierung			3.373	37,63	3.366	38,59
deutliche Deformierung			5.341	59,58	5.097	58,44

Befunde

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			488	5,44	533	6,11
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			5.892	65,73	5.514	63,22
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.549	28,44	2.644	30,31
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			34	0,38	30	0,34
5: moribunder Patient			1	0,01	1	0,01

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			8.913	99,43	8.648	99,15
bedingt aseptische Eingriffe			33	0,37	55	0,63
kontaminierte Eingriffe			6	0,07	5	0,06
septische Eingriffe			12	0,13	14	0,16

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			8.964		8.722	
Median				73,00		74,00
Mittelwert				76,40		77,80
perioperative Antibiotikaphylaxe						
Anzahl Patienten			8.946	99,80	8.697	99,71
davon						
single shot			7.946 / 8.946	88,82	7.543 / 8.697	86,73
Zweitgabe			583 / 8.946	6,52	651 / 8.697	7,49
öfter			417 / 8.946	4,66	503 / 8.697	5,78

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
postoperatives Röntgenbild a/p			8.938	99,71	8.692	99,66
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			7.313	81,58	6.532	74,89
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			309	3,45	297	3,41
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			4	0,04	2	0,02
Implantatdislokation			14	0,16	5	0,06
Endoprothesenluxation			13	0,15	23	0,26
Wundhämatom/Nachblutung			74	0,83	98	1,12
Gefäßläsion			4	0,04	3	0,03
Nervenschaden			28	0,31	27	0,31
Fraktur			86	0,96	86	0,99
Sonstige			102	1,14	72	0,83
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			45	0,50	56	0,64
A1 (oberflächliche Infektion)			9 / 45	20,00	15 / 56	26,79
A2 (tiefe Infektion)			32 / 45	71,11	37 / 56	66,07
A3 (Räume/Organe)			4 / 45	8,89	4 / 56	7,14
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			151	1,68	166	1,90

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			306	3,42	304	3,49
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			14	0,16	10	0,11
kardiovaskuläre Komplikation(en)			63	0,70	57	0,66
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			10	0,11	16	0,18
Lungenembolie			15	0,17	8	0,09
Sonstige			226	2,53	229	2,63

Entlassung I

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			8.964		8.722	
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			8.861	98,85	8.365	95,91
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			8.861		8.365	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,06		0,15
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,02		0,04
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				90,40		90,04

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			8.880	99,50	8.626	99,38
Nein			45	0,50	54	0,62
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			24	53,33	25	46,30
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			8.871	99,39	8.606	99,15
Nein			54	0,61	74	0,85
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			22	40,74	26	35,14

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patient	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
01: regulär beendet			4.222	47,22	3.782	43,47
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			119	1,33	137	1,57
03: aus sonstigen Gründen			13	0,15	11	0,13
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,08	7	0,08
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			57	0,64	45	0,52
07: Tod			17	0,19	20	0,23
08: Verlegung nach §14			3	0,03	8	0,09
09: in Rehabilitationseinrichtung			4.465	49,93	4.656	53,52
10: in Pflegeeinrichtung			27	0,30	21	0,24
11: in Hospiz			0	0,00	1	0,01
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,02	1	0,01
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,01
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			10	0,11	10	0,11
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			8.942		8.700	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.907	21,33	1.899	21,83
Dienstag			1.330	14,87	1.126	12,94
Mittwoch			1.154	12,91	1.168	13,43
Donnerstag			1.368	15,30	1.340	15,40
Freitag			1.598	17,87	1.605	18,45
Samstag			974	10,89	959	11,02
Sonntag			611	6,83	603	6,93

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-TEP-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

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 Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator 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 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.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. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

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 Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ 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 2014.

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: $\leq 2,50\%$

5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)

10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (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 $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).

Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).

Dieser ist kleiner als $4,70\%$ 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 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

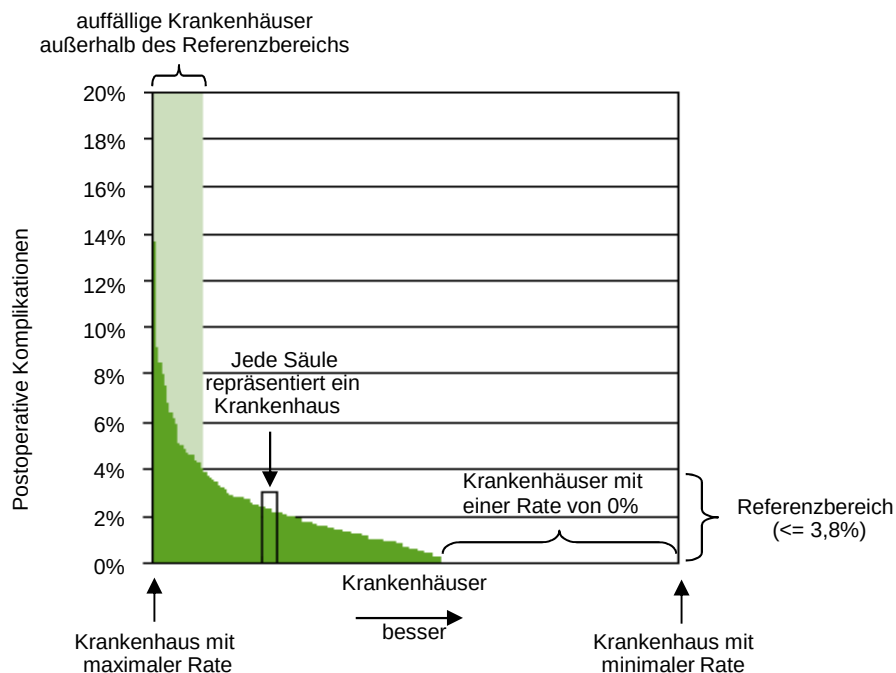
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

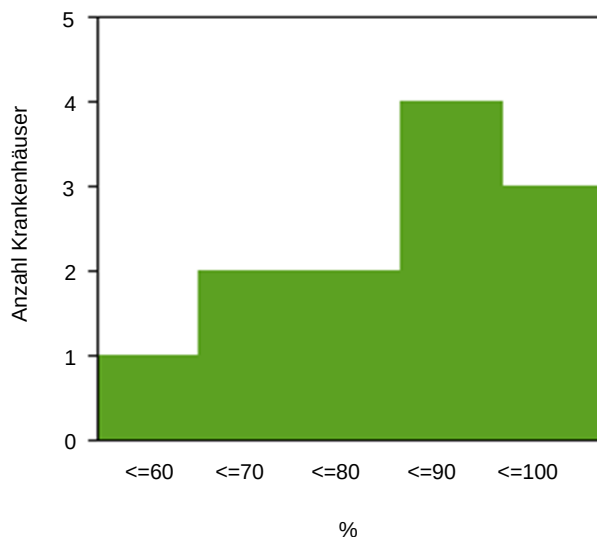
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

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. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. 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.

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

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 sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.