Jahresauswertung 2014
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.555
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15087-L95859-P45965

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

Jahresauswertung 2014
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.555
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15087-L95859-P45965

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

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**			96,38%	>= 90,00%	innerhalb	95,33%	10
2014/17n2-HUEFT-TEP/265 **QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe**			99,89%	>= 95,00%	innerhalb	99,87%	12
QI 3: Postoperative Beweglichkeit							
3a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			97,98%	>= 95,00%	innerhalb	95,47%	15
3b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,62%	>= 95,00%	innerhalb	99,49%	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			0,42%	nicht definiert	-	0,42%	20
4b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,17	<= 5,63	innerhalb	1,18	23
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Operationen			0,37%	nicht definiert	-	0,37%	25
5b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,29	<= 6,76	innerhalb	1,29	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: Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Operationen			1,40%	nicht definiert	-	1,30%	29
6b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,39	<= 4,07	innerhalb	1,28	31
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Operationen			0,18%	nicht definiert	-	0,20%	33
7b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,58	<= 10,63	innerhalb	0,65	35
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Operationen			0,46%	nicht definiert	-	0,53%	37
8b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	<= 6,37	innerhalb	1,03	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			0,79%	nicht definiert	-	0,64%	45
9b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934							
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,85	<= 9,20	innerhalb	0,69	48
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/455							
bei allen Patienten			0,79%	nicht definiert	-	1,19%	50
10b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939							
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,69	<= 3,20	innerhalb	1,05	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			1,58%	nicht definiert	-	1,67%	55
11b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,00	<= 6,01	innerhalb	1,05	57
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			10,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	15,00 Fälle	59
12b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	nicht definiert	-	1,46	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**			58,06%	< 100,00%	innerhalb	63,38%	64
2014/17n2-HUEFT-TEP/813126 **AK 6: Angabe von ASA 5**			0,00 Fälle	<= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 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			6 / 4.560	0,13%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			27 / 4.560	0,59%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			130 / 4.560	2,85%
Gruppe 4 5 - 9 Punkte			3.622 / 4.560	79,43%
Gruppe 5 10 Punkte			775 / 4.560	17,00%
Gruppe 6 5 - 10 Punkte			4.397 / 4.560	96,43%
Schmerzen				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz			819 / 4.560	17,96%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz			3.718 / 4.560	81,54%

[1] Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

Osteophyten
0 = keine oder fraglich
1 = eindeutig
2 = große

Sklerose
0 = keine Sklerose
1 = leichte Sklerose
2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung
3 = Sklerose mit Zysten

Gelenkspalt
0 = nicht oder fraglich verschmälert
1 = eindeutig verschmälert
2 = fortgeschritten verschmälert
3 = aufgehoben

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]			2.439 / 4.560	53,49%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10[2]			2.899 / 4.560	63,57%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang[3]			2.574 / 4.560	56,45%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.628 / 4.560	79,56%
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			4.395 / 4.560	96,38%
Vertrauensbereich				95,80% - 96,89%
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			4.332 / 4.544	95,33%
Vertrauensbereich				94,68% - 95,91%

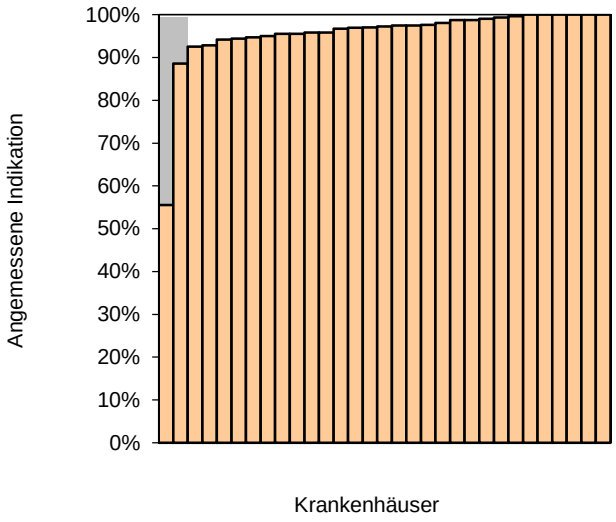
[1] Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad

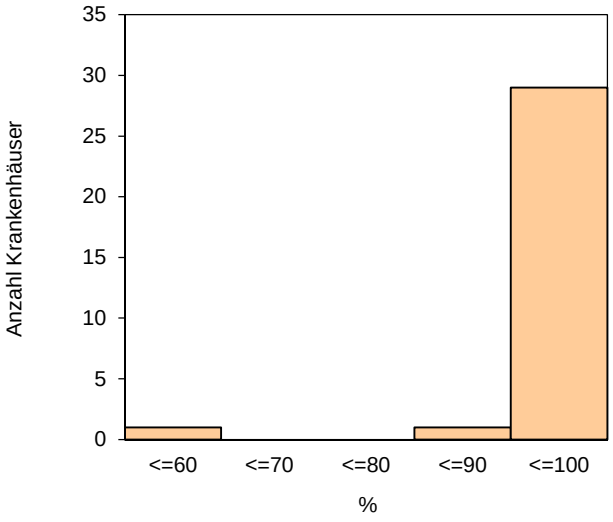
[2] Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

[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 Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score an allen Operationen

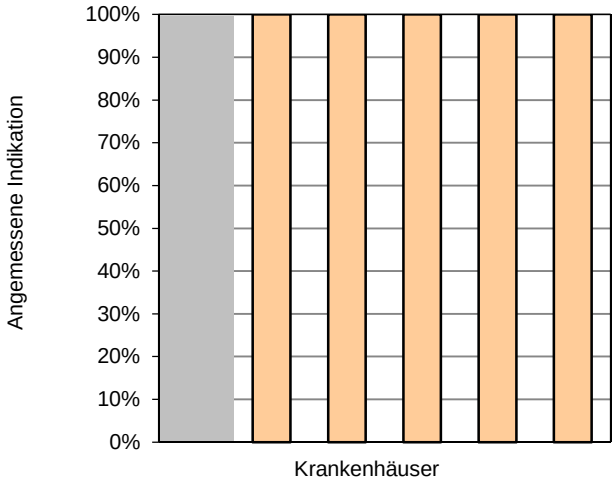
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,56	88,62	92,86	95,00	97,30	99,34	100,00	100,00	100,00

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



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

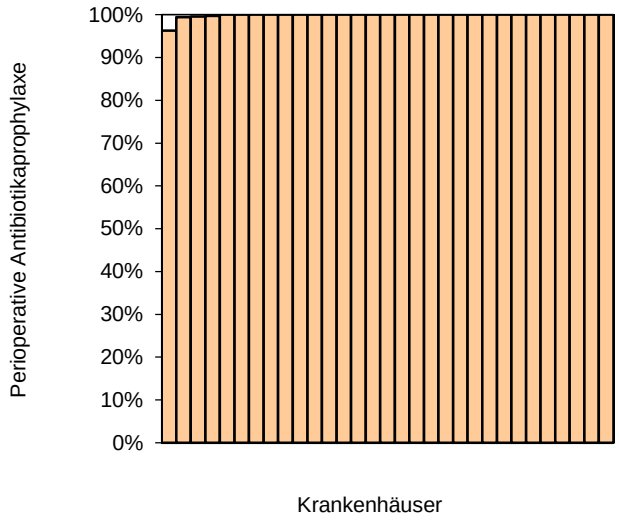
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	4.555 / 4.560	4.330 / 4.334	225 / 226
	99,89%	99,91%	99,56%
Vertrauensbereich	99,74% - 99,95%		
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon			
single shot	4.123 / 4.555	3.983 / 4.330	140 / 225
	90,52%	91,99%	62,22%
Zweitgabe oder öfter	432 / 4.555	347 / 4.330	85 / 225
	9,48%	8,01%	37,78%

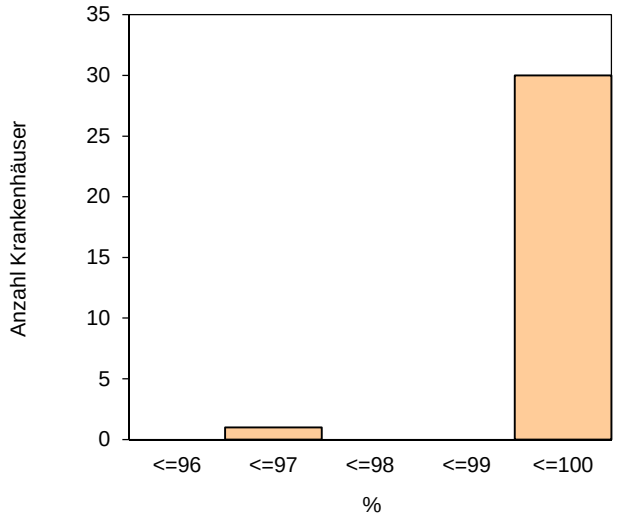
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	4.538 / 4.544	4.289 / 4.295	249 / 249
	99,87%	99,86%	100,00%
Vertrauensbereich	99,71% - 99,94%		

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

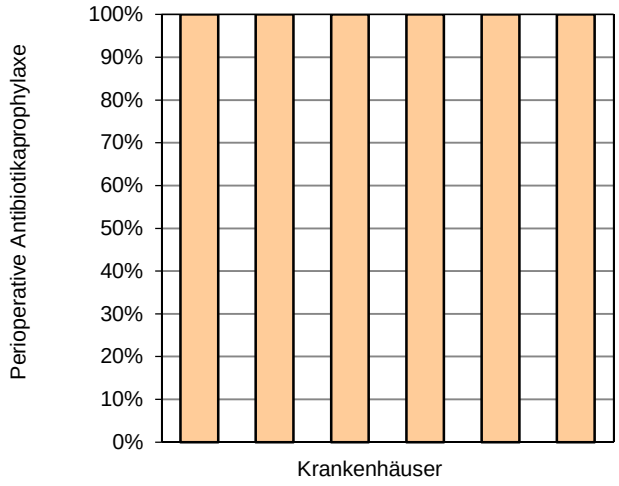
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	96,30	99,41	99,75	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

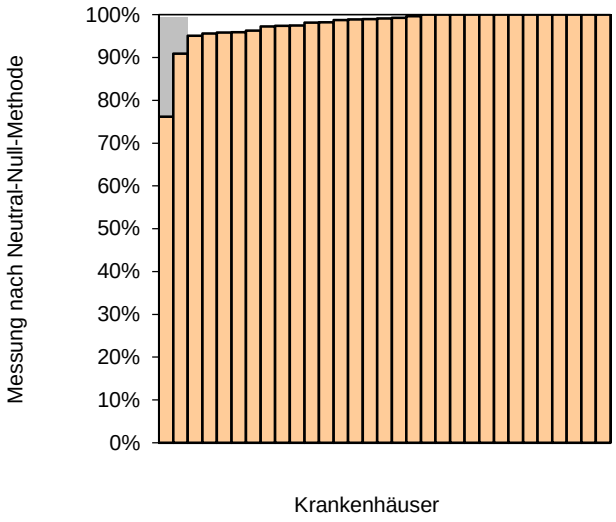
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

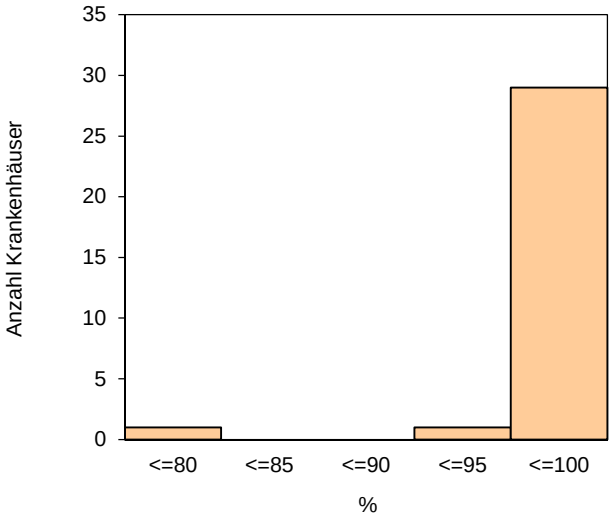
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			4.468 / 4.560	97,98%
Vertrauensbereich				97,53% - 98,35%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

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			4.338 / 4.544	95,47%
Vertrauensbereich				94,82% - 96,03%

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

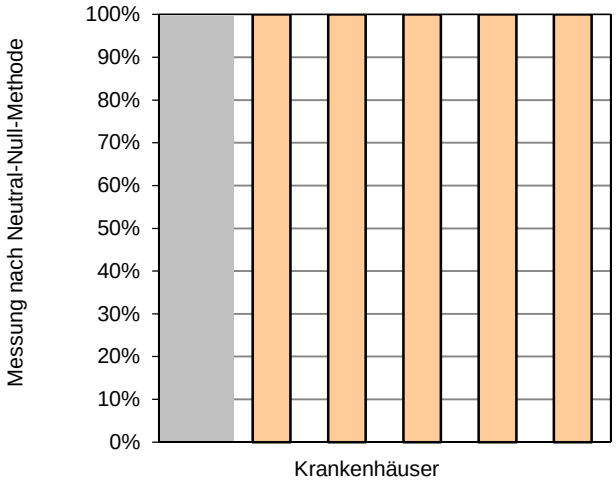
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	76,19	90,91	95,63	97,30	99,11	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

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

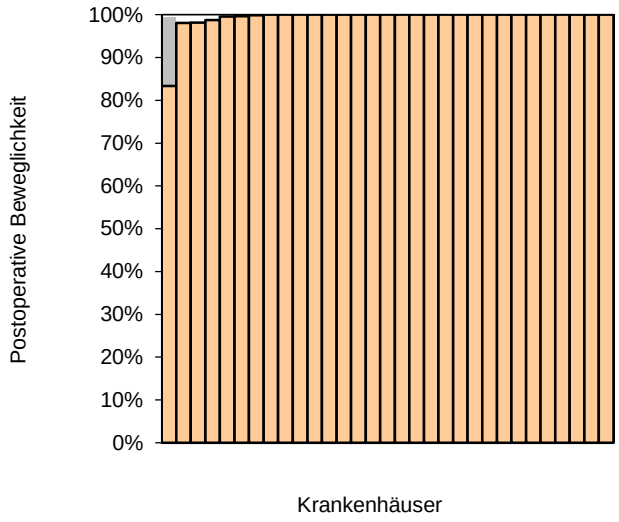
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

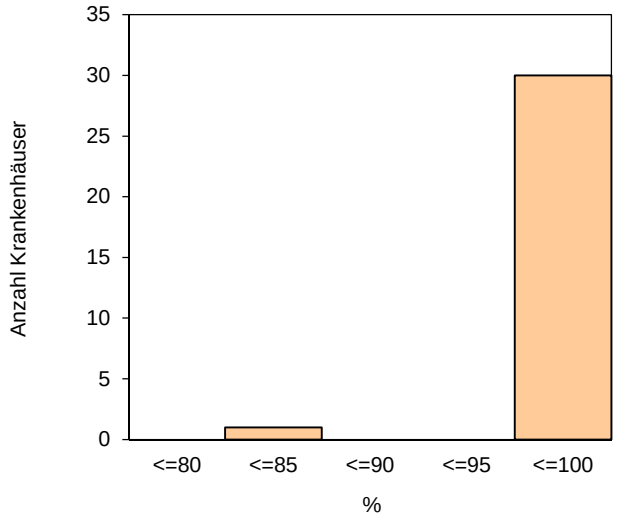
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			4.451 / 4.468	99,62%
Vertrauensbereich				99,39% - 99,76%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			4.458 / 4.468	99,78%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 70 Grad)			4.461 / 4.468	99,84%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			4.316 / 4.338	99,49%
Vertrauensbereich				99,23% - 99,66%

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

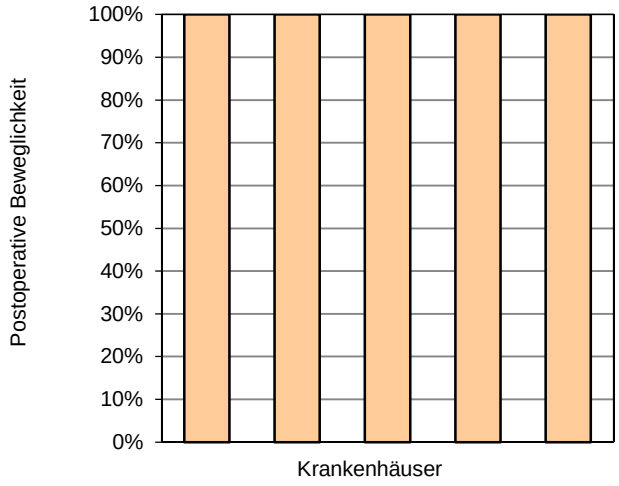
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	83,33	98,06	98,73	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

1 Krankenhaus hat 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 Tage[1]
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen[1]
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen[1]
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage[1]

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)	4.240 / 4.254 99,67%	88 / 90 97,78%	43 / 43 100,00%	80 / 81 98,77%

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

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			4.517 / 4.545	99,38%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung[2]				
Gruppe 1 (alle Patienten)			19 / 4.545	0,42%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,65%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			9 / 4.324	0,21%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			3 / 90	3,33%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			0 / 44	0,00%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			7 / 87	8,05%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

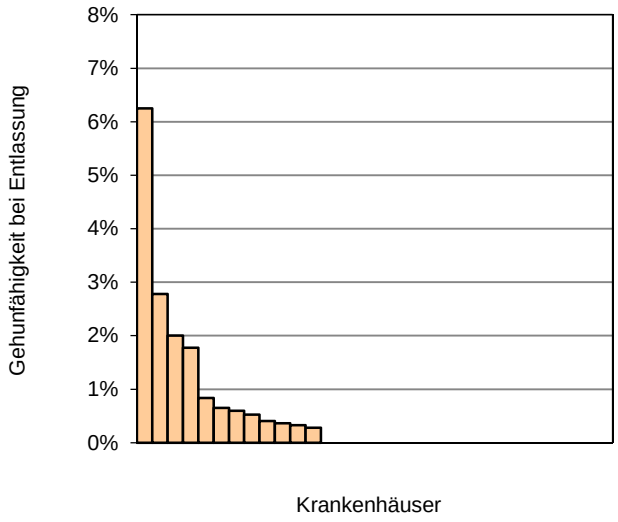
[2] d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

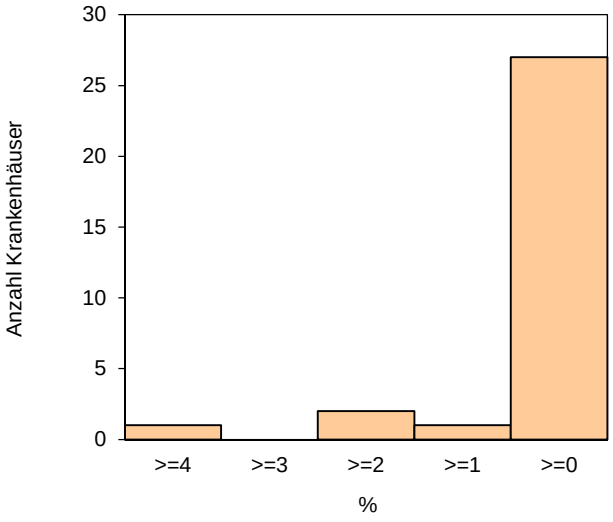
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung[2]				
Gruppe 1 (alle Patienten)			19 / 4.528	0,42%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,65%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/264]:
Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

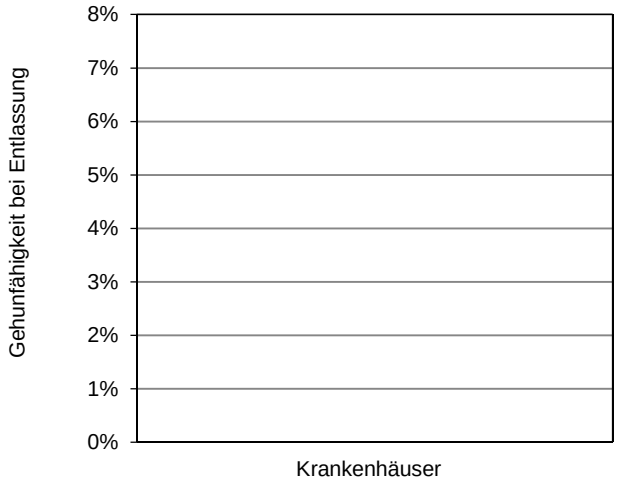
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	1,78	2,78	6,25

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	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 Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden

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

Referenzbereich: <= 5,63 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		19 / 4.545 0,42%
vorhergesagt (E)[1]		16,22 / 4.545 0,36%
O - E		0,06%

[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]		1,17
Vertrauensbereich		0,75 - 1,83
Referenzbereich	<= 5,63	<= 5,63

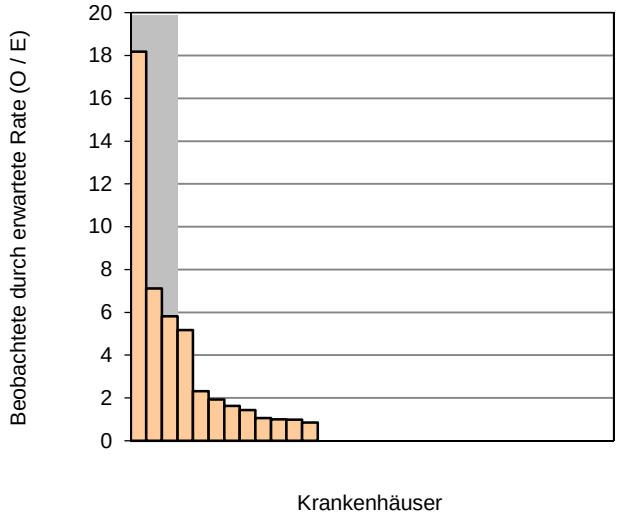
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

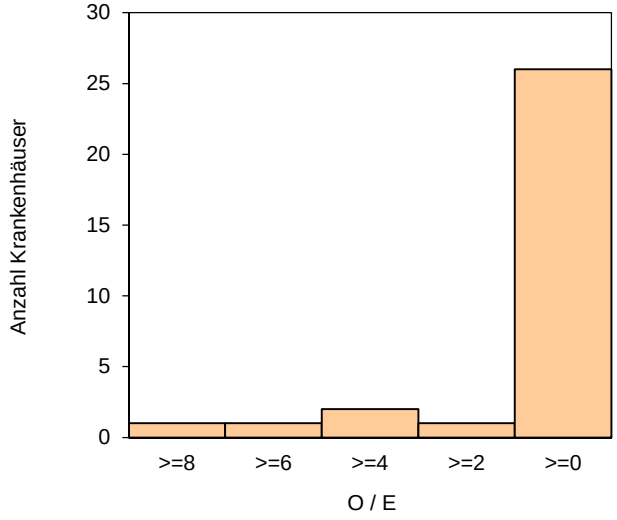
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		19 / 4.528 0,42%
vorhergesagt (E)[1]		16,05 / 4.528 0,35%
O - E		0,07%
O / E[2]		1,18
Vertrauensbereich		0,76 - 1,85

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

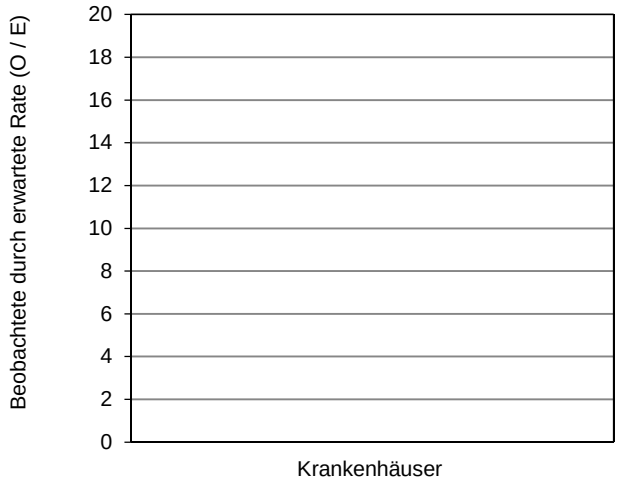
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,43	5,17	7,12	18,19

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



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

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

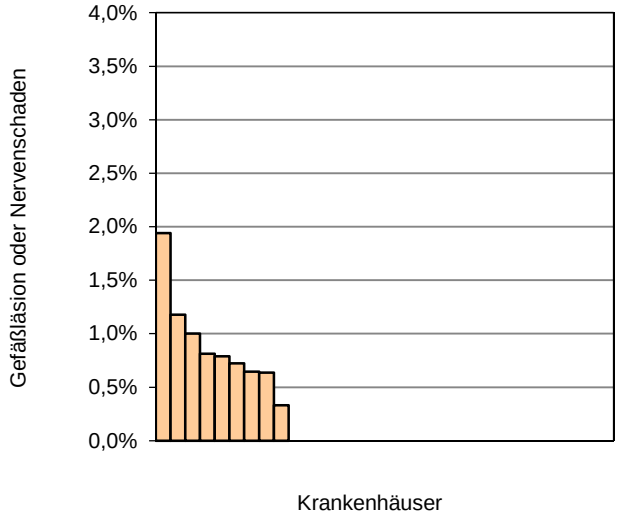
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

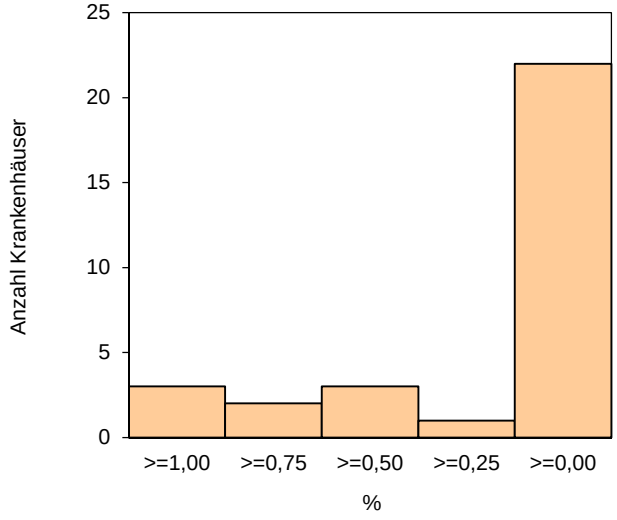
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			4 / 4.560	0,09%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			14 / 4.560	0,31%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			17 / 4.560	0,37%
Vertrauensbereich				0,23% - 0,60%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			17 / 4.544	0,37%
Vertrauensbereich				0,23% - 0,60%

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

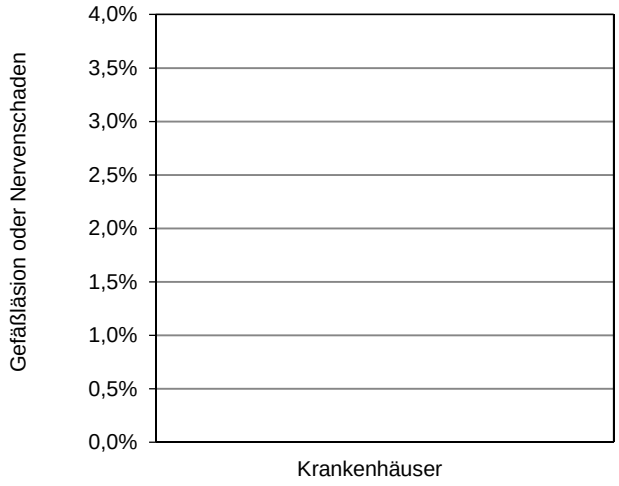
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,81	1,18	1,94

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 Krankenhäuser haben weniger als 20 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: <= 6,76 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		17 / 4.560 0,37%
vorhergesagt (E)[1]		13,23 / 4.560 0,29%
O - E		0,08%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		1,29
Vertrauensbereich		0,80 - 2,06
Referenzbereich	<= 6,76	<= 6,76

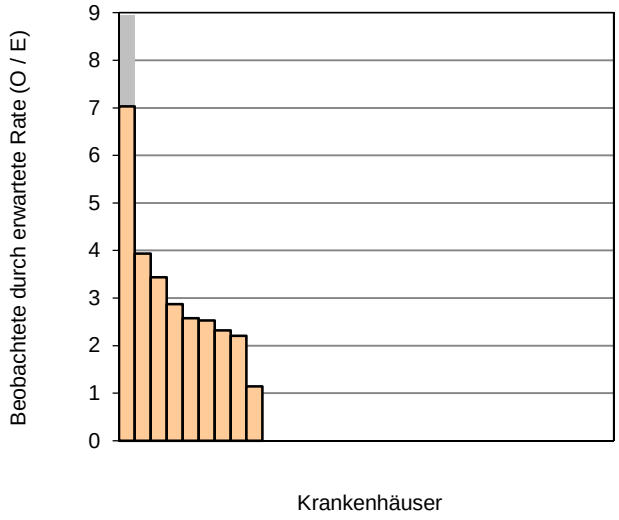
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

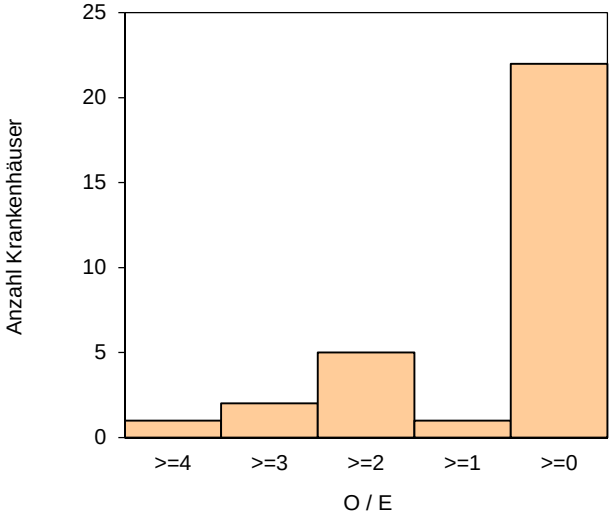
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		17 / 4.544 0,37%
vorhergesagt (E)[1]		13,21 / 4.544 0,29%
O - E		0,08%
O / E[2]		1,29
Vertrauensbereich		0,80 - 2,06

Verteilung der Krankenhausergebnisse [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

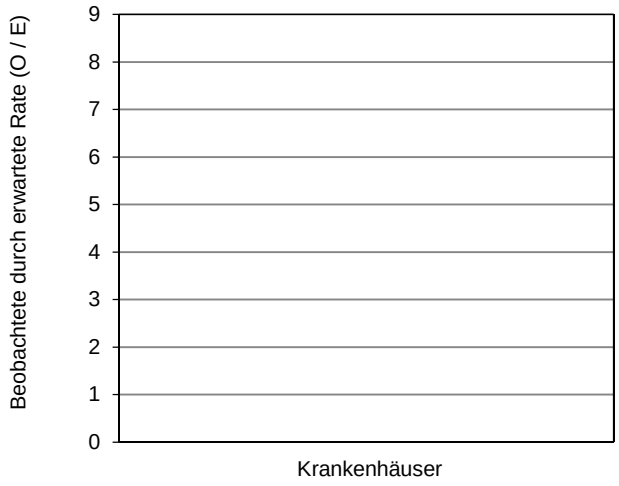
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,21	2,87	3,94	7,03

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

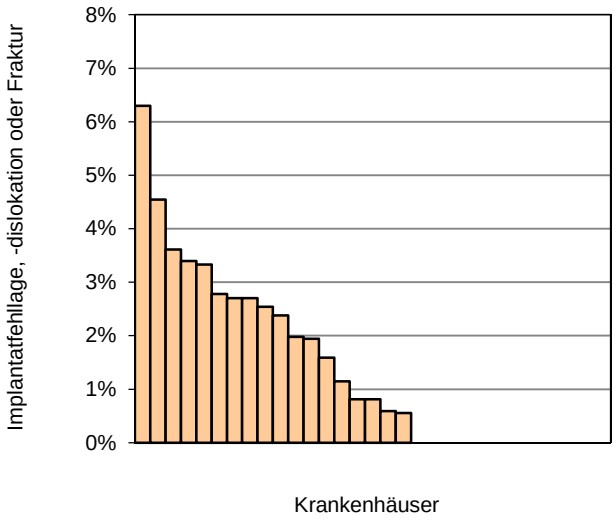
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

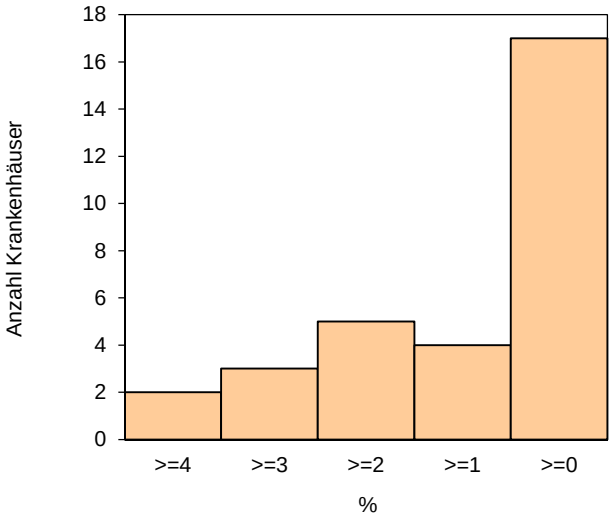
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehllage auftrat			2 / 4.560	0,04%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			6 / 4.560	0,13%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			57 / 4.560	1,25%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			64 / 4.560	1,40%
Vertrauensbereich				1,10% - 1,79%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			59 / 4.544	1,30%
Vertrauensbereich				1,01% - 1,67%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/449]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

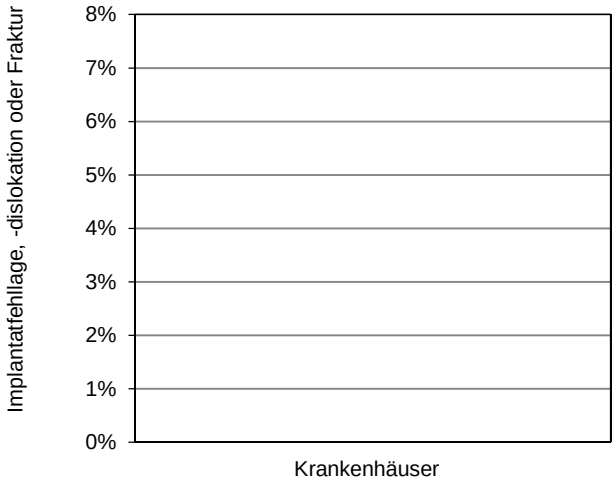
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	2,70	3,40	4,55	6,30

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	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 Implantatfehllagen, -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)		64 / 4.560 1,40%
vorhergesagt (E)[1]		46,19 / 4.560 1,01%
O - E		0,39%

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

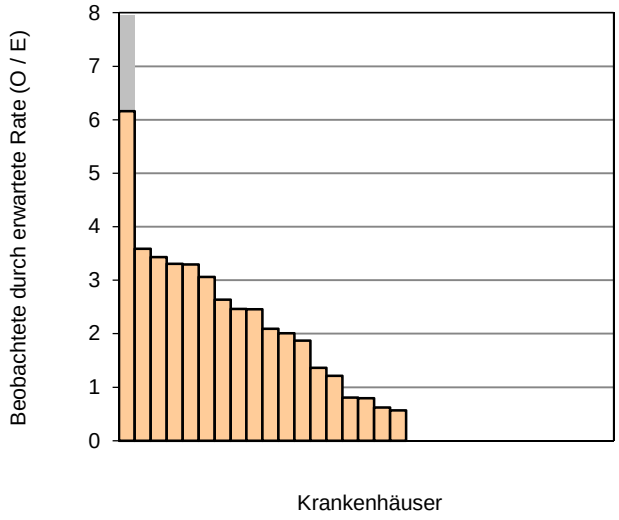
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		1,39
Vertrauensbereich		1,09 - 1,77
Referenzbereich	<= 4,07	<= 4,07

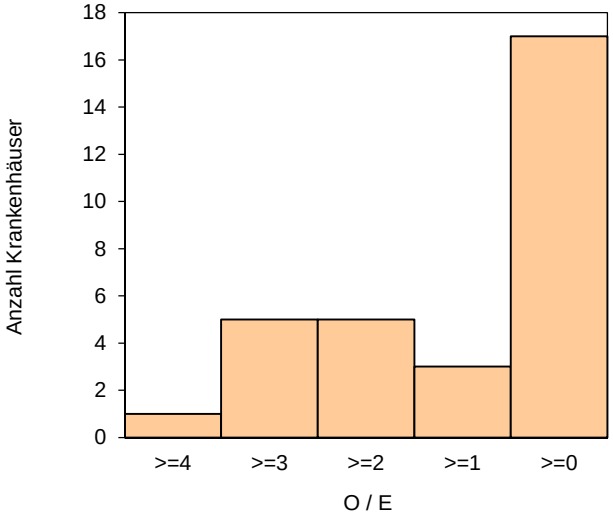
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		59 / 4.544 1,30%
vorhergesagt (E)[1]		45,97 / 4.544 1,01%
O - E		0,29%
O / E[2]		1,28
Vertrauensbereich		1,00 - 1,65

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen

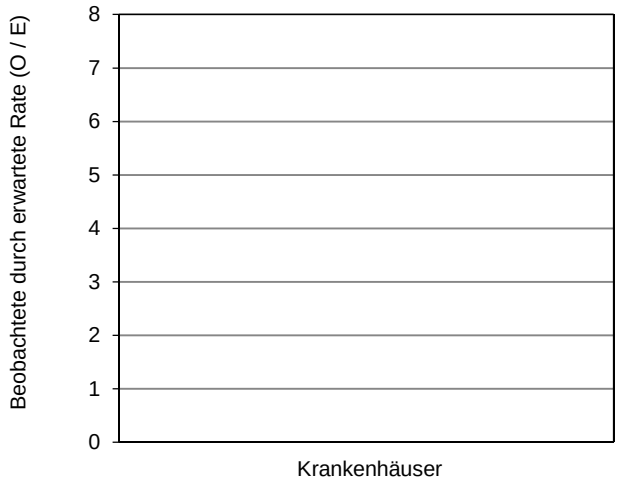
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	2,46	3,31	3,59	6,16

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



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

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

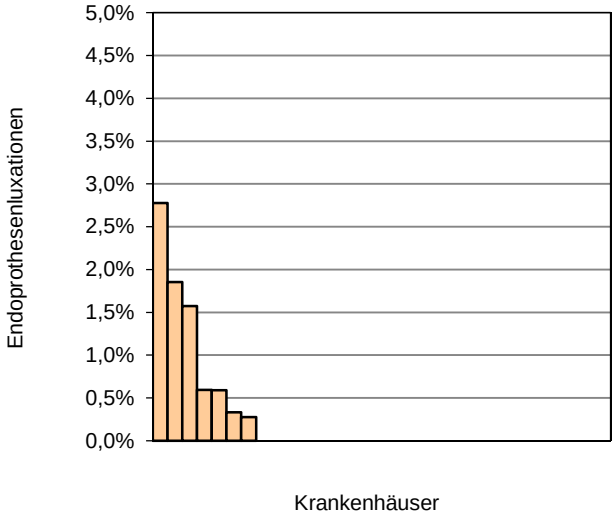
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

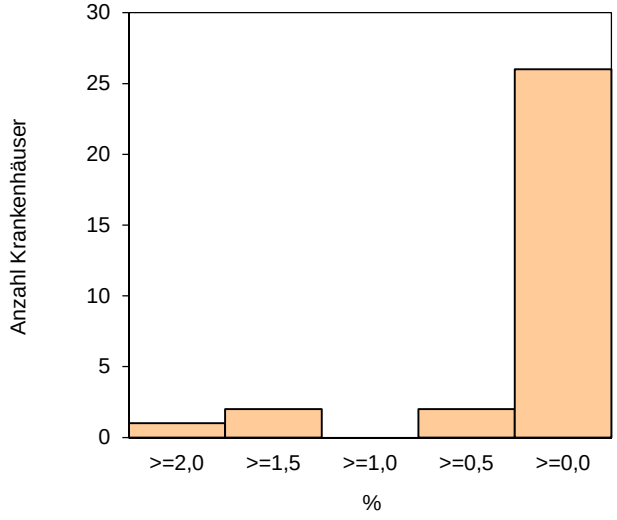
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			8 / 4.560	0,18%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,35%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			9 / 4.544	0,20%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,38%

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

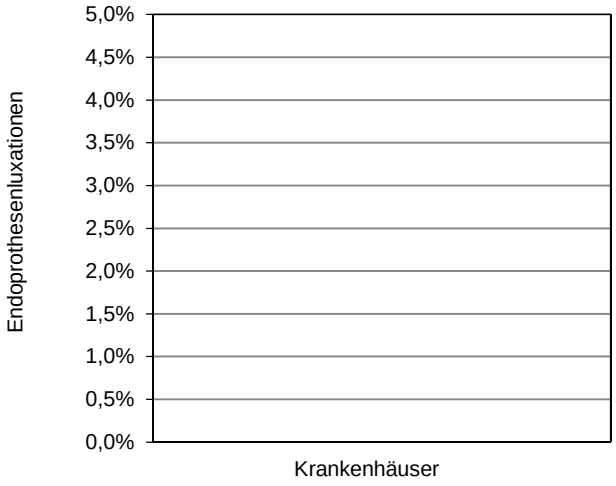
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	0,60	1,85	2,78

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Endoprothesenluxationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 7b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924

Referenzbereich: <= 10,63 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		8 / 4.560 0,18%
vorhergesagt (E)[1]		13,85 / 4.560 0,30%
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]		0,58
Vertrauensbereich		0,29 - 1,14
Referenzbereich	<= 10,63	<= 10,63

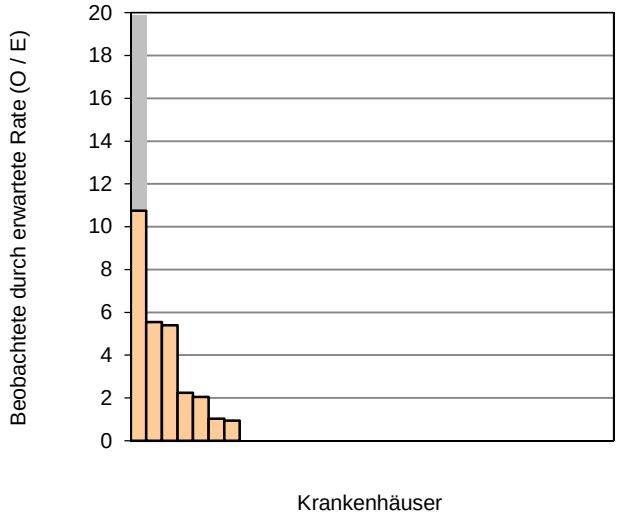
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

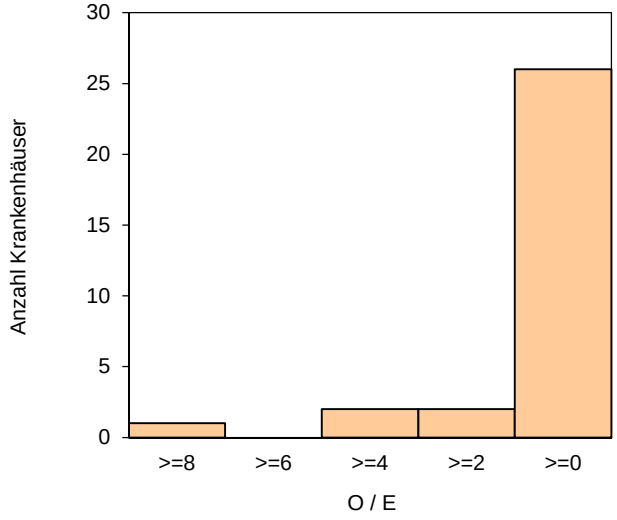
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		9 / 4.544 0,20%
vorhergesagt (E)[1]		13,87 / 4.544 0,31%
O - E		-0,11%
O / E[2]		0,65
Vertrauensbereich		0,34 - 1,23

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

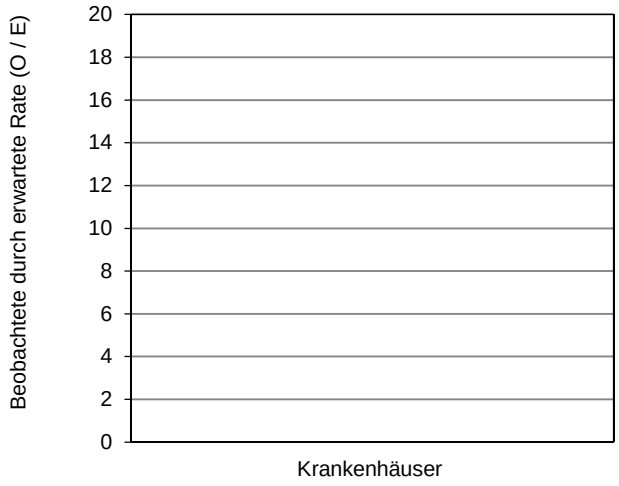
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,24	5,54	10,75

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



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

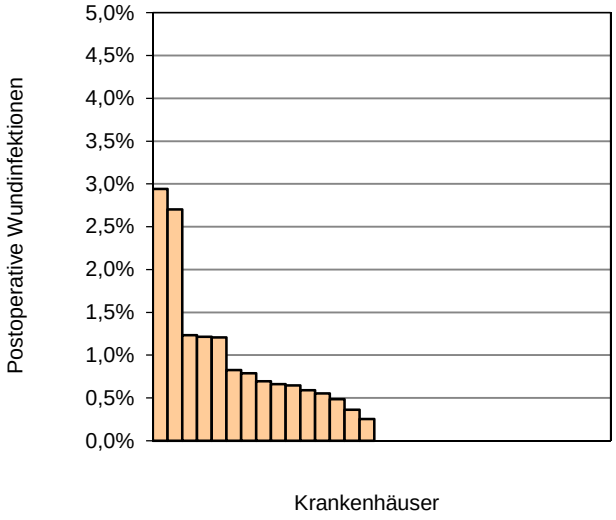
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

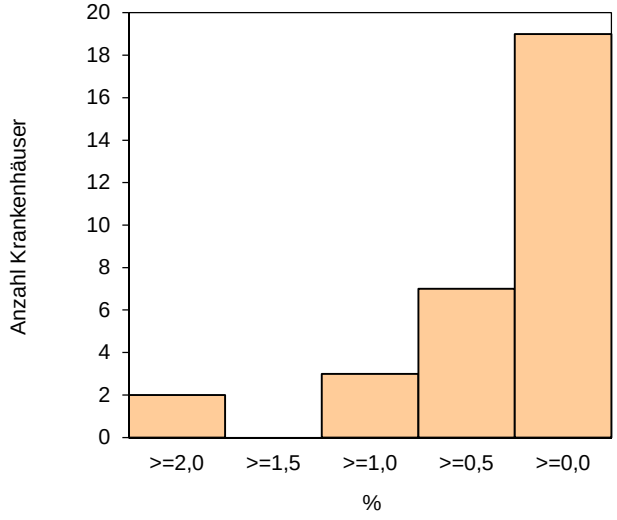
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			21 / 4.560	0,46%
Vertrauensbereich				0,30% - 0,70%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			6 / 4.560	0,13%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			15 / 4.560	0,33%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			24 / 4.544	0,53%
Vertrauensbereich				0,36% - 0,78%

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

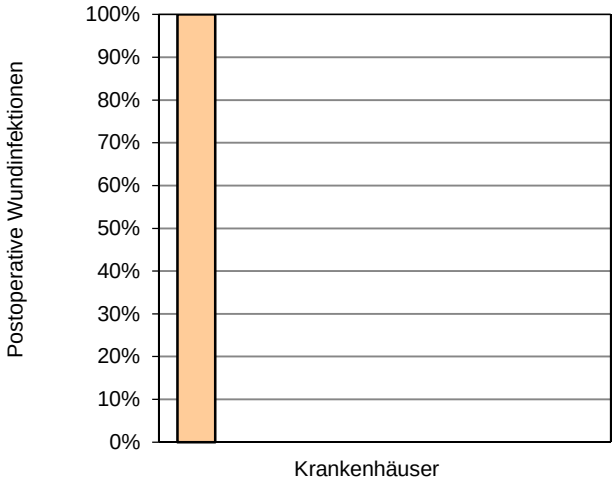
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	1,21	2,70	2,94

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



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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929

Referenzbereich: <= 6,37 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		21 / 4.560 0,46%
vorhergesagt (E)[1]		22,92 / 4.560 0,50%
O - E		-0,04%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		0,92
Vertrauensbereich		0,60 - 1,40
Referenzbereich	<= 6,37	<= 6,37

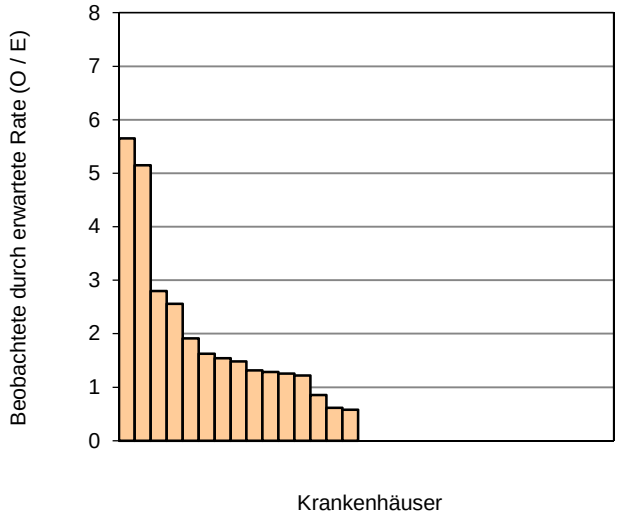
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

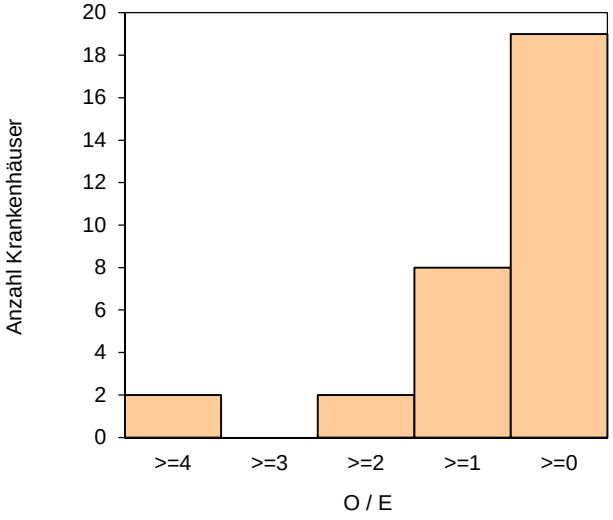
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		24 / 4.544 0,53%
vorhergesagt (E)[1]		23,26 / 4.544 0,51%
O - E		0,02%
O / E[2]		1,03
Vertrauensbereich		0,69 - 1,53

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

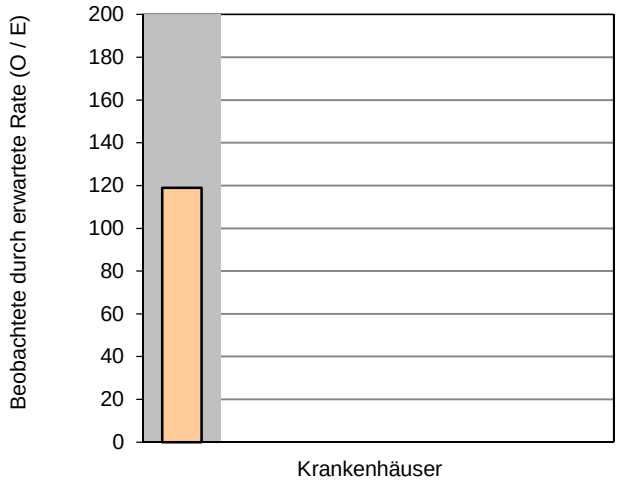
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	2,56	5,15	5,65

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00			0,00	0,00	0,00			118,89

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 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 NNIS[1]

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.201 / 4.560	48,27%
Risikoklasse 1			1.916 / 4.560	42,02%
Risikoklasse 2			443 / 4.560	9,71%
Risikoklasse 3			0 / 4.560	0,00%

[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 NNIS[1] Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			3 / 2.201	0,14%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 2.201	0,05%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			2 / 2.201	0,09%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1] Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			12 / 1.916	0,63%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 1.916	0,10%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			10 / 1.916	0,52%

[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 NNIS[1] Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			6 / 443	1,35%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			3 / 443	0,68%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 443	0,68%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1] Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

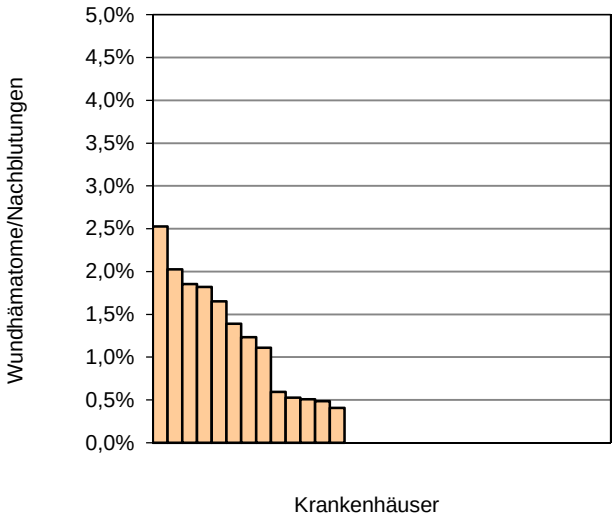
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

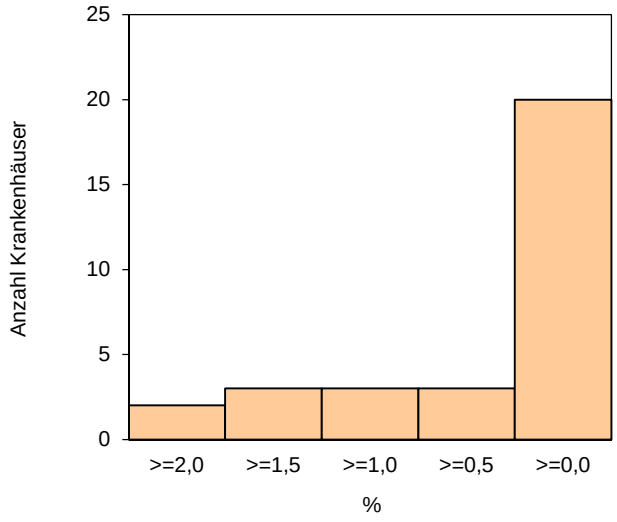
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			36 / 4.560	0,79%
Vertrauensbereich				0,57% - 1,09%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			29 / 4.544	0,64%
Vertrauensbereich				0,44% - 0,92%

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

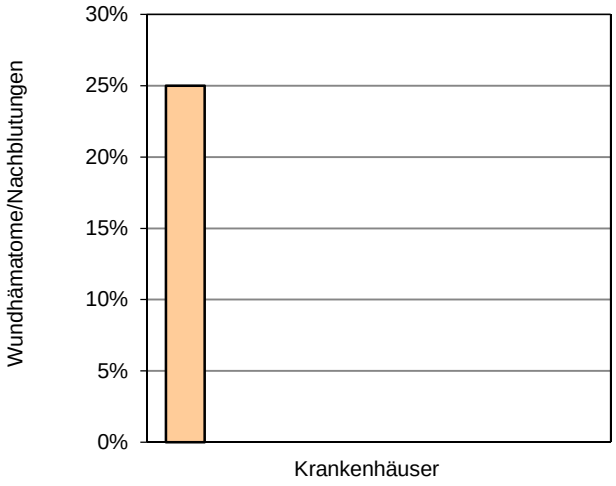
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	1,82	2,02	2,53

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 Krankenhäuser haben weniger als 20 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			25,00

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 min[1]

	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	16 / 1.477 1,08%	16 / 2.857 0,56%	3 / 196 1,53%	1 / 30 3,33%

[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)		36 / 4.560 0,79%
vorhergesagt (E)[1]		42,51 / 4.560 0,93%
O - E		-0,14%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		0,85
Vertrauensbereich		0,61 - 1,17
Referenzbereich	<= 9,20	<= 9,20

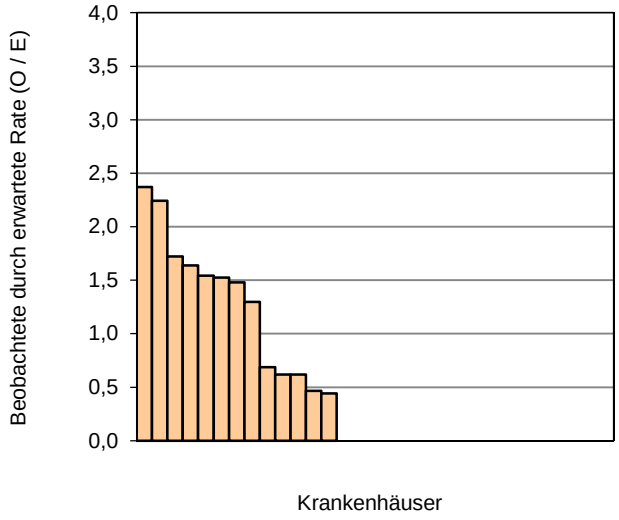
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

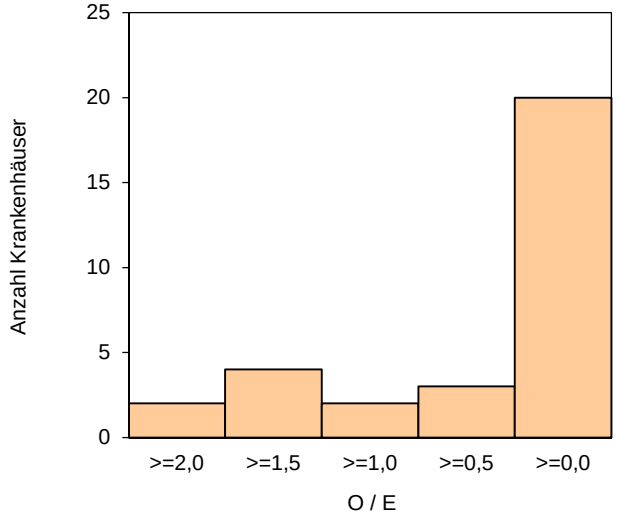
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		29 / 4.544 0,64%
vorhergesagt (E)[1]		42,03 / 4.544 0,93%
O - E		-0,29%
O / E[2]		0,69
Vertrauensbereich		0,48 - 0,99

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

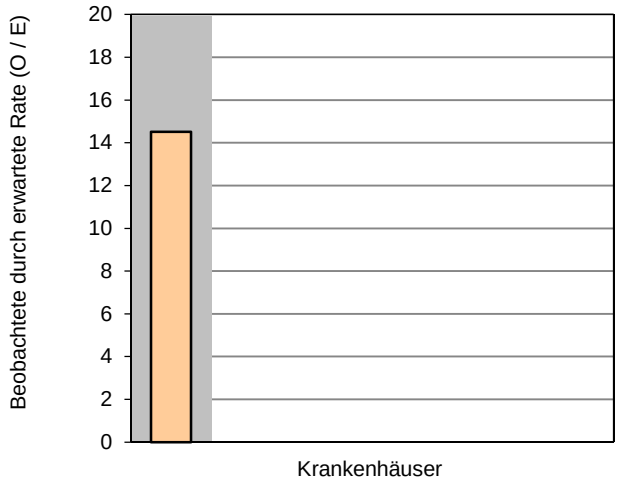
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,30	1,64	2,24	2,37

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00			0,00	0,00	0,00			14,52

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

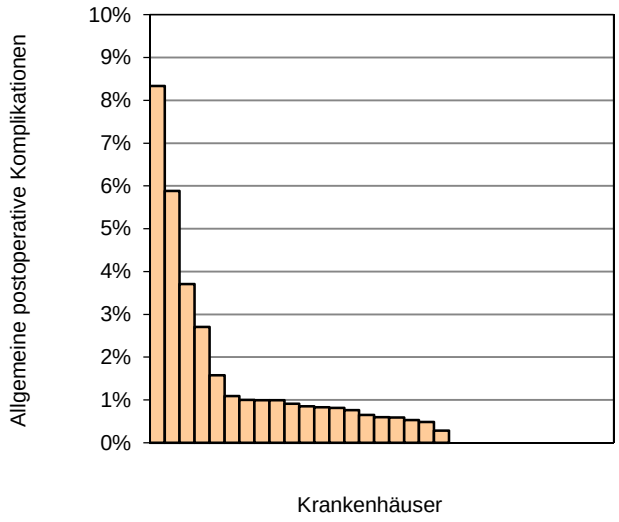
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	7 / 4.555 0,15%	2 / 2.776 0,07%	5 / 1.779 0,28%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	23 / 4.555 0,50%	8 / 2.776 0,29%	15 / 1.779 0,84%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	4 / 4.555 0,09%	3 / 2.776 0,11%	1 / 1.779 0,06%
Patienten mit Lungenembolie	3 / 4.555 0,07%	1 / 2.776 0,04%	2 / 1.779 0,11%
Patienten mit sonstiger Komplikation	110 / 4.555 2,41%	45 / 2.776 1,62%	65 / 1.779 3,65%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	36 / 4.555 0,79%	13 / 2.776 0,47%	23 / 1.779 1,29%
Vertrauensbereich	0,57% - 1,09%		
Referenzbereich	nicht definiert		

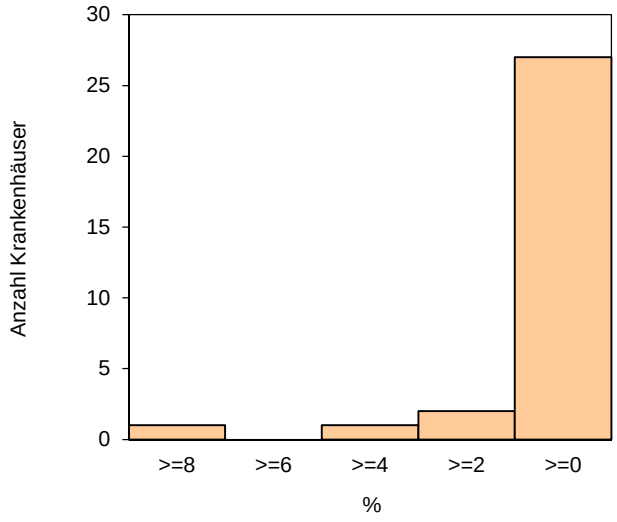
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	54 / 4.543 1,19%	16 / 2.811 0,57%	38 / 1.732 2,19%
Vertrauensbereich	0,91% - 1,55%		

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

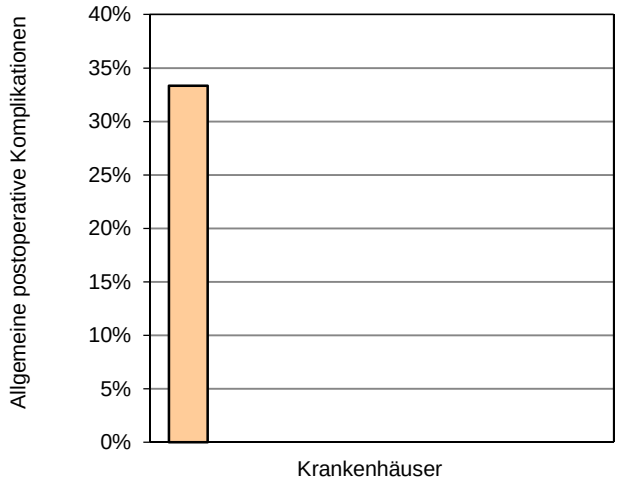
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,99	2,70	5,88	8,33

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



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

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: <= 3,20 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		36 / 4.555 0,79%
vorhergesagt (E)[1]		52,35 / 4.555 1,15%
O - E		-0,36%

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

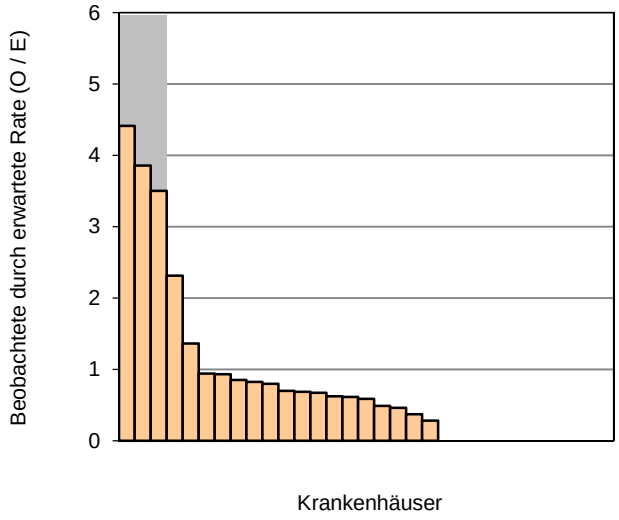
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		0,69
Vertrauensbereich		0,50 - 0,95
Referenzbereich	<= 3,20	<= 3,20

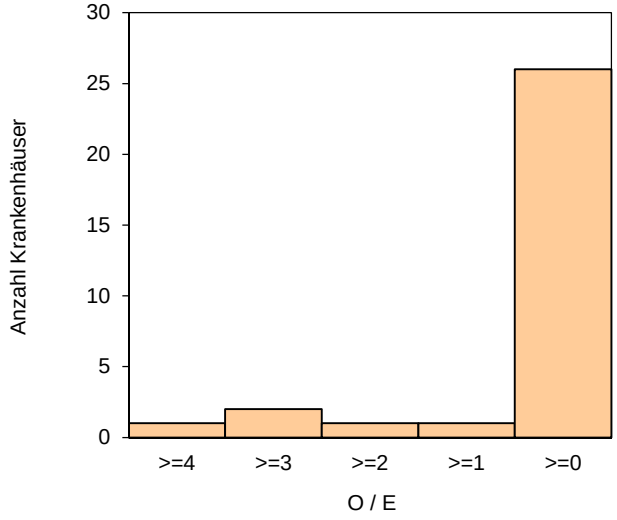
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
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)		54 / 4.543 1,19%
vorhergesagt (E)[1]		51,30 / 4.543 1,13%
O - E		0,06%
O / E[2]		1,05
Vertrauensbereich		0,81 - 1,37

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

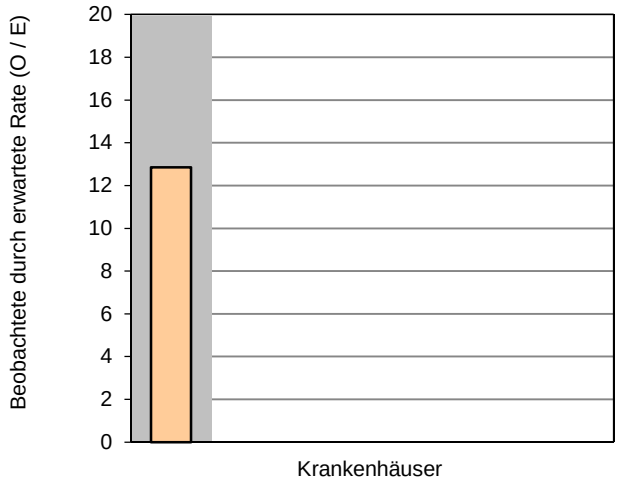
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	0,85	2,32	3,86	4,41

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00			0,00	0,00	0,00			12,86

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

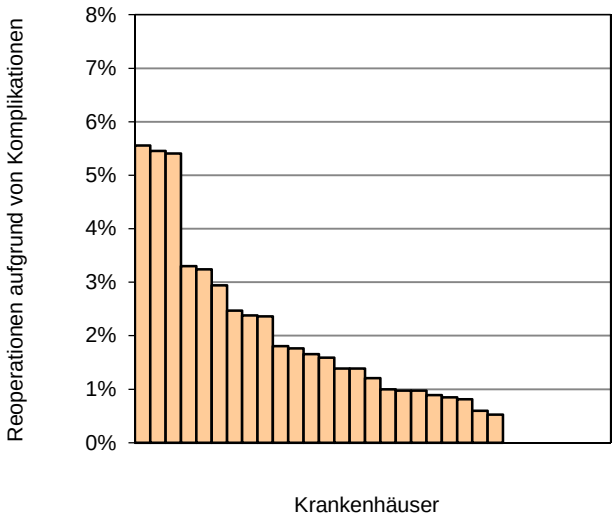
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

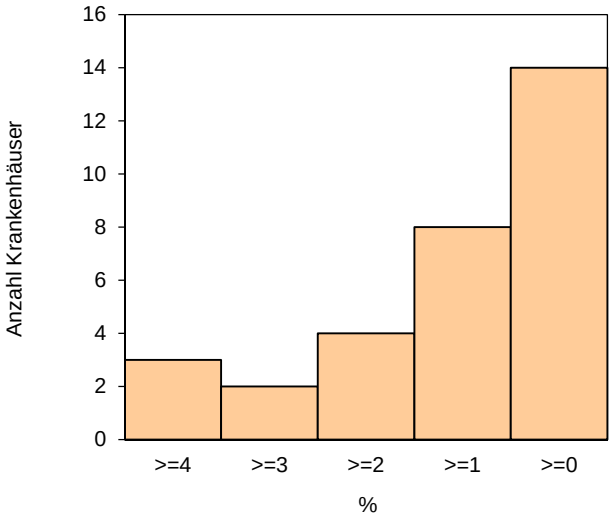
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			72 / 4.560	1,58%
Vertrauensbereich				1,26% - 1,98%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			76 / 4.544	1,67%
Vertrauensbereich				1,34% - 2,09%

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

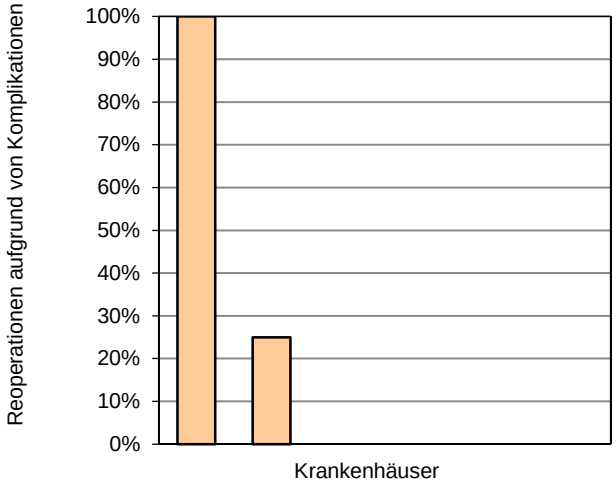
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00	0,00	0,00	0,53	1,20	2,38	3,30	5,45	5,56

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



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

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)		72 / 4.560 1,58%
vorhergesagt (E)[1]		72,24 / 4.560 1,58%
O - E		-0,01%

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

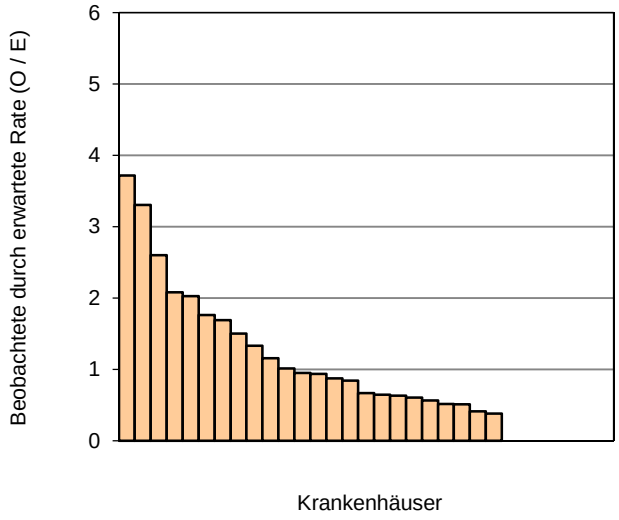
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		1,00
Vertrauensbereich		0,79 - 1,25
Referenzbereich	<= 6,01	<= 6,01

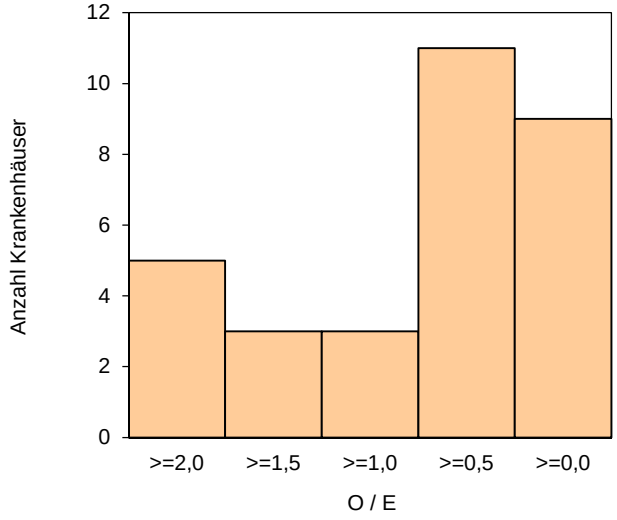
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: 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)		76 / 4.544 1,67%
vorhergesagt (E)[1]		72,26 / 4.544 1,59%
O - E		0,08%
O / E[2]		1,05
Vertrauensbereich		0,84 - 1,31

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

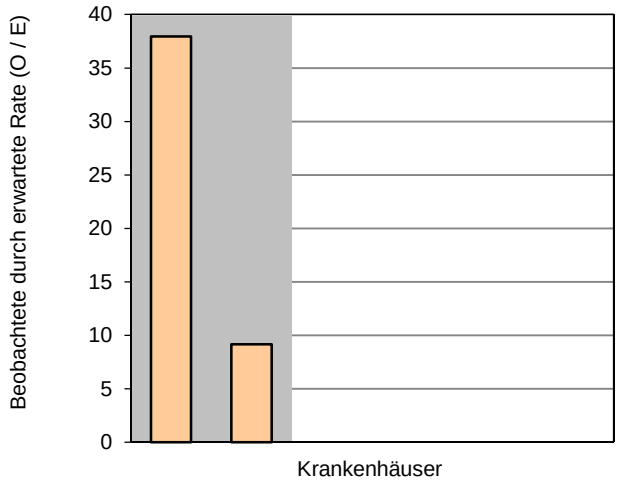
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,38	0,67	1,50	2,08	3,31	3,72

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00			0,00	0,00	9,15			37,96

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

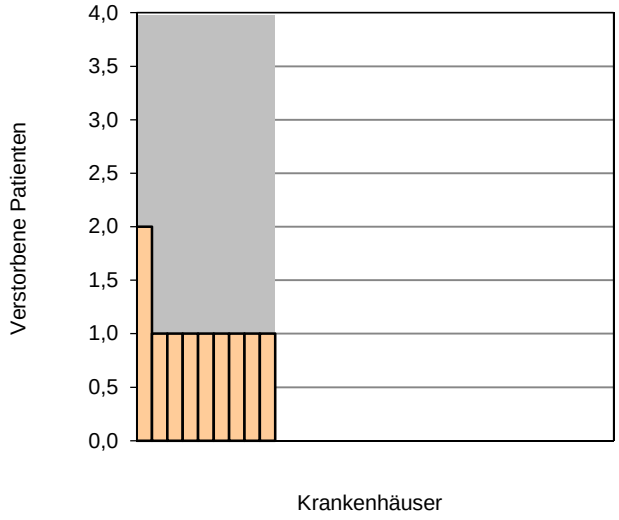
Referenzbereich: Sentinel Event

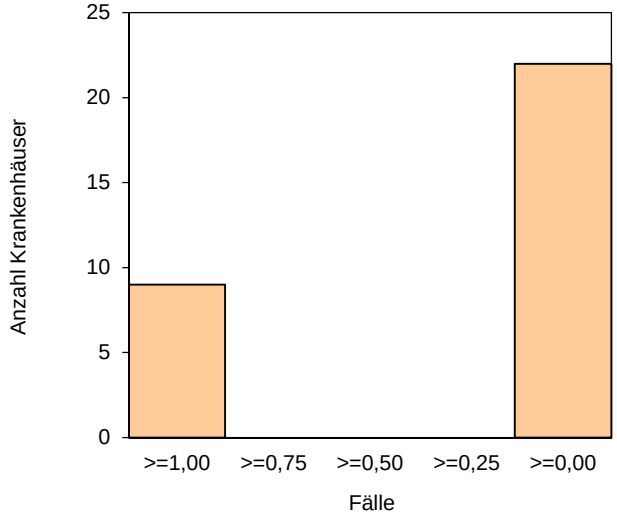
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			10 / 4.555	10,00 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			15 / 4.543	15,00 Fälle

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

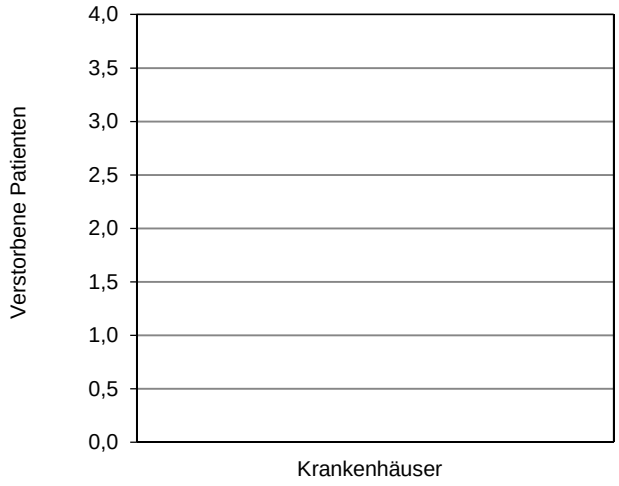
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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	1,00	1,00	1,00	2,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
6 Krankenhäuser haben weniger als 20 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	2 / 2.776 0,07%	6 / 1.751 0,34%	2 / 28 7,14%	0 / 0

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)		10 / 4.555 0,22%
vorhergesagt (E)[1]		10,81 / 4.555 0,24%
O - E		-0,02%

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

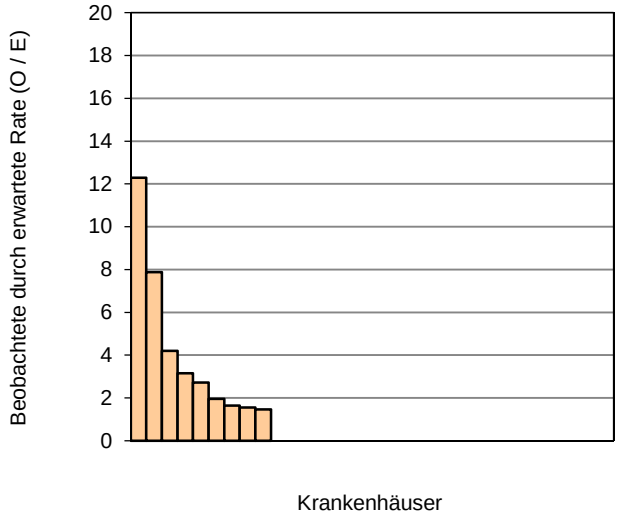
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E[2]		0,92
Vertrauensbereich		0,50 - 1,70
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

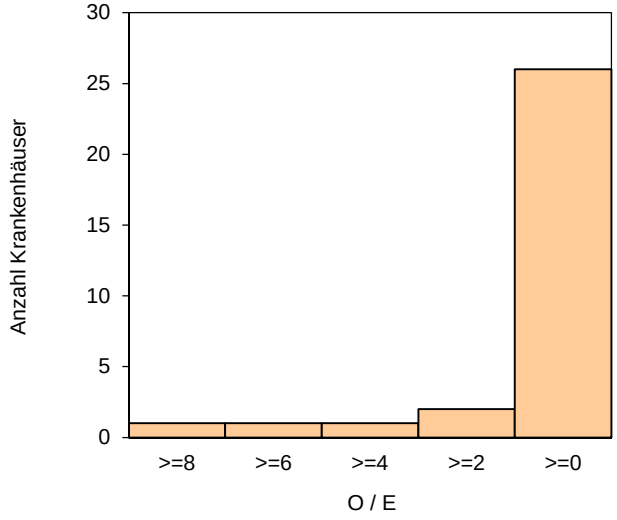
[2] Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet
und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 4.543 0,33%
vorhergesagt (E)[1]		10,29 / 4.543 0,23%
O - E		0,10%
O / E[2]		1,46
Vertrauensbereich		0,88 - 2,40

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

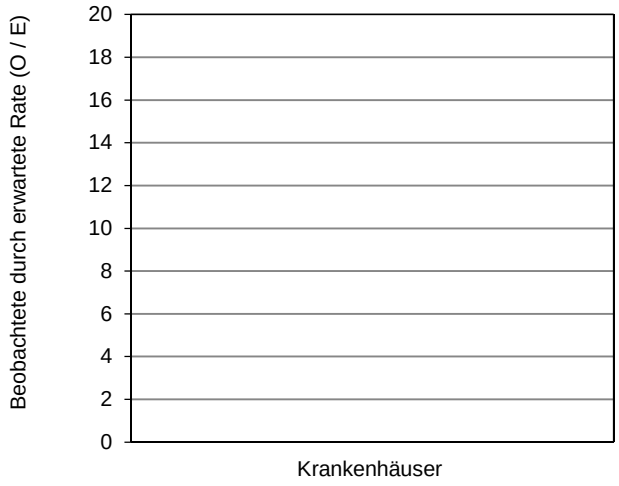
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
31 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (O / E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,55	3,15	7,88	12,29

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



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

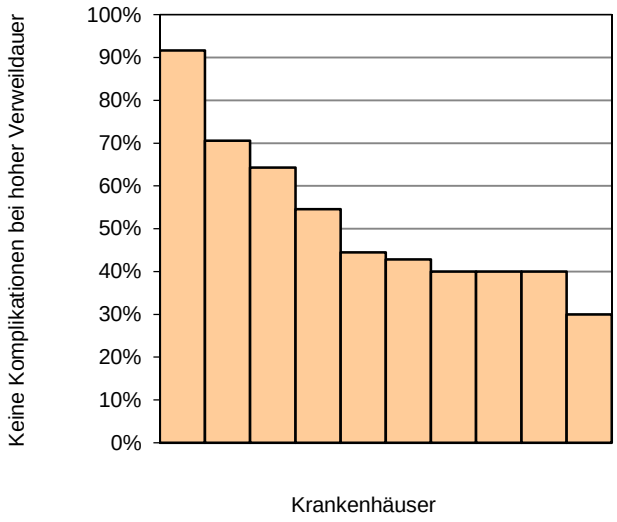
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation[1]			144 / 248	58,06%
Vertrauensbereich				51,85% - 64,04%
Referenzbereich		< 100,00%		< 100,00%

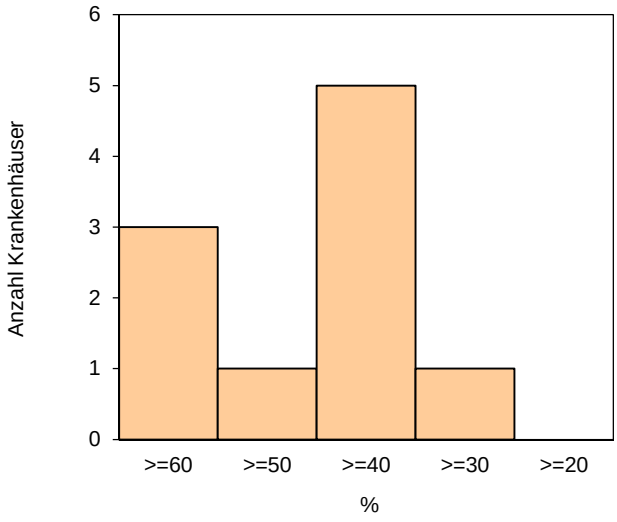
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			180 / 284	63,38%
Vertrauensbereich				57,63% - 68,77%

[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)

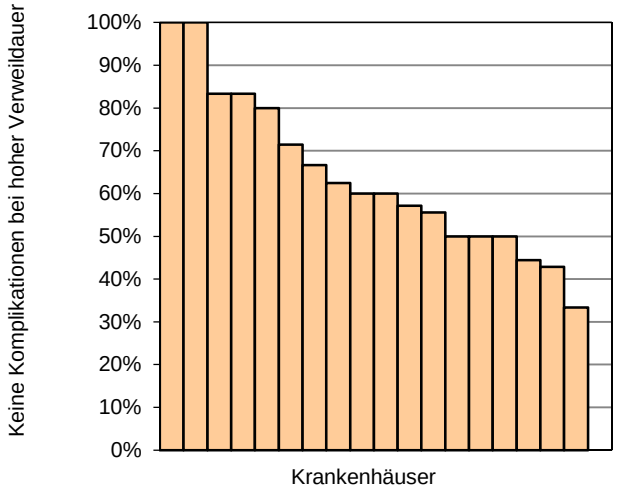
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	30,00		35,00	40,00	43,65	64,29	81,13		91,67

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



Perzentil der Ergebnisse der	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Krankenhäuser (%)	0,00		33,33	50,00	60,00	80,00	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

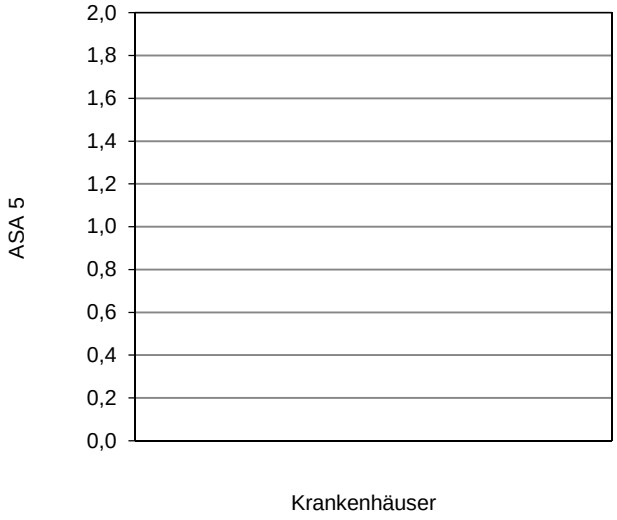
ID-Bezugsindikator(en): 50919, 50924, 50929, 50934, 50939, 50944, 50949

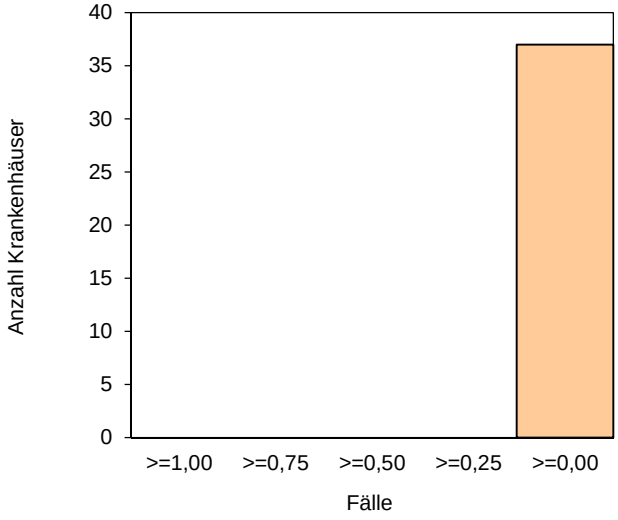
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5			0 / 4.555	0,00 Fälle
Referenzbereich		<= 0,00 Fälle		<= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5			0 / 4.543	0,00 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:
37 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	0,00

Jahresauswertung 2014
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 37
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.555
Datensatzversion: 17/2 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15087-L95859-P45965

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

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.555		4.543	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.333	29,26	1.273	28,02
2. Quartal			1.078	23,67	1.104	24,30
3. Quartal			1.019	22,37	1.065	23,44
4. Quartal			1.125	24,70	1.101	24,24
Gesamt			4.555		4.543	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten		4.555		4.543	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.555		4.543	
Median			*11,00*		*11,00*
Mittelwert			*11,56*		*12,09*
Bezug: Anzahl der Operationen		4.560		4.544	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.560		4.544	
Median			*1,00*		*1,00*
Mittelwert			*1,32*		*1,39*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.560		4.544	
Median			*9,00*		*10,00*
Mittelwert			*10,25*		*10,72*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014[1]

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	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	U50.10	Leichte motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 80-95 Punkte
8	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

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	3.527	77,43	M16.1	3.414	75,15
2				I10.00	1.814	39,82	I10.00	1.733	38,15
3				D62	1.346	29,55	D62	1.501	33,04
4				Z96.6	944	20,72	Z96.6	841	18,51
5				I10.90	864	18,97	I10.90	838	18,45
6				E11.90	552	12,12	E11.90	537	11,82
7				U50.10	459	10,08	E66.00	377	8,30
8				E66.00	445	9,77	M16.9	349	7,68

[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 Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2014[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
3	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
4	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5	5-988	Anwendung eines Navigationssystems

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	3.505	76,86	5-820.00	3.500	77,02
2				8-915	480	10,53	8-915	436	9,60
3				5-820.94	476	10,44	5-820.94	428	9,42
4				5-820.02	363	7,96	5-820.02	363	7,99
5				5-988	354	7,76	8-803.2	330	7,26

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes 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				4.560		4.544	
5-983	Reoperation			2 / 4.560	0,04	9 / 4.544	0,20
5-986	Minimalinvasive Technik			0 / 4.560	0,00	0 / 4.544	0,00
5-987	Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.560	0,00	0 / 4.544	0,00
5-988	Anwendung eines Navigationssystems			354 / 4.560	7,76	327 / 4.544	7,20

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.555		4.543	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.555 / 4.555		4.543 / 4.543	
< 50 Jahre			199 / 4.555	4,37	230 / 4.543	5,06
50 - 59 Jahre			752 / 4.555	16,51	799 / 4.543	17,59
60 - 69 Jahre			1.183 / 4.555	25,97	1.138 / 4.543	25,05
70 - 79 Jahre			1.880 / 4.555	41,27	1.859 / 4.543	40,92
80 - 89 Jahre			530 / 4.555	11,64	489 / 4.543	10,76
>= 90 Jahre			11 / 4.555	0,24	28 / 4.543	0,62
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.555		4.543	
Median				*70,00*		*70,00*
Mittelwert				*68,29*		*67,93*
Geschlecht						
männlich			2.002	43,95	2.040	44,90
weiblich			2.553	56,05	2.503	55,10
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			2.414	52,94	2.429	53,46
links			2.146	47,06	2.115	46,54

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.718	81,54	3.593	79,07
Belastungsschmerz			819	17,96	929	20,44
keine Schmerzen			23	0,50	22	0,48
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			244	5,35	279	6,14

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.392	96,32	4.335	95,40
Extension/Flexion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.392		4.335	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,11*		*0,09*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*3,29*		*3,33*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,00*		*90,00*
Mittelwert				*85,41*		*85,96*
Ab-/Adduktion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.392		4.335	
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				*10,00*		*15,00*
Mittelwert				*14,49*		*15,90*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,48*		*0,30*
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				*10,00*		*10,00*
Mittelwert				*9,71*		*10,27*
Außen-/Innenrotation						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.392		4.335	
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				*10,00*		*15,00*
Mittelwert				*13,91*		*14,78*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*2,50*		*1,97*
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*4,29*		*4,75*

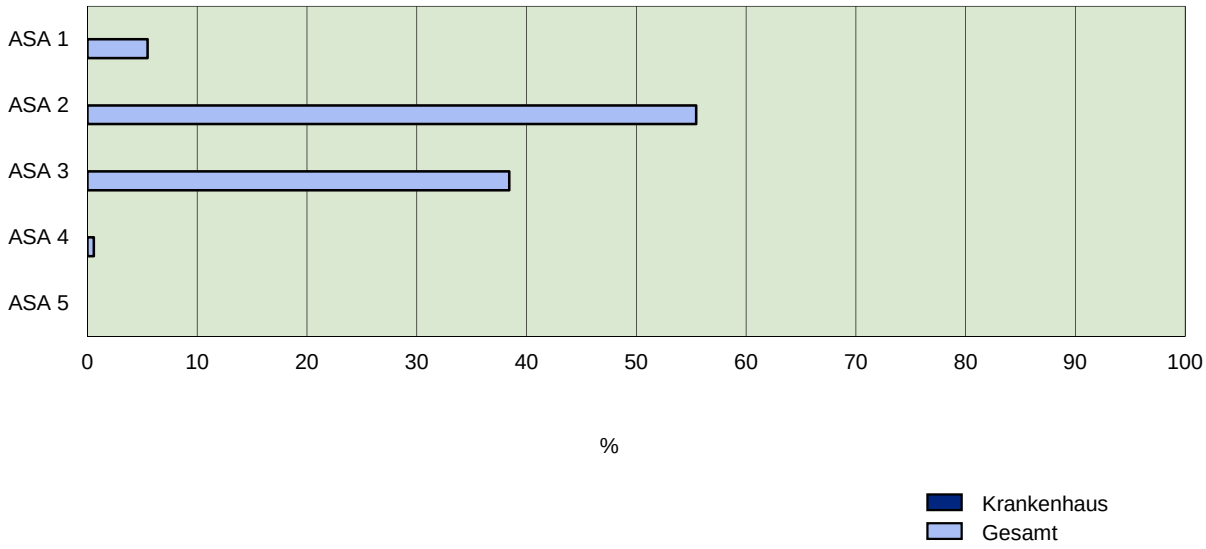
Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Osteophyten						
keine oder fraglich			168	3,68	219	4,82
eindeutig			2.266	49,69	2.355	51,83
große			2.126	46,62	1.970	43,35
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich verschmälert			29	0,64	25	0,55
eindeutig verschmälert			364	7,98	465	10,23
fortgeschritten verschmälert			2.058	45,13	2.139	47,07
aufgehoben			2.109	46,25	1.915	42,14
Sklerose						
keine Sklerose			18	0,39	32	0,70
leichte Sklerose			433	9,50	532	11,71
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.079	45,59	2.144	47,18
Sklerose mit Zysten			2.030	44,52	1.836	40,40
Deformierung						
keine Deformierung			282	6,18	301	6,62
leichte Deformierung			2.059	45,15	2.047	45,05
deutliche Deformierung			2.219	48,66	2.196	48,33

Befunde

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			250	5,48	267	5,88
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.529	55,46	2.544	55,99
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.753	38,44	1.711	37,65
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			28	0,61	22	0,48
5: moribunder Patient			0	0,00	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.547	99,71	4.527	99,63
bedingt aseptische Eingriffe			12	0,26	13	0,29
kontaminierte Eingriffe			0	0,00	3	0,07
septische Eingriffe			1	0,02	1	0,02

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten						
mit gültiger Angabe			4.560		4.544	
Median				*70,00*		*70,00*
Mittelwert				*75,08*		*75,76*
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			4.555	99,89	4.538	99,87
davon						
single shot			4.123 / 4.555	90,52	4.102 / 4.538	90,39
Zweitgabe			163 / 4.555	3,58	214 / 4.538	4,72
öfter			269 / 4.555	5,91	222 / 4.538	4,89

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
postoperatives Röntgenbild a/p			4.545	99,67	4.522	99,52
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			3.567	78,22	3.401	74,85
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			136	2,98	135	2,97
(Mehrfachnennungen möglich)						
Implantatfehllage			2	0,04	2	0,04
Implantatdislokation			6	0,13	5	0,11
Endoprothesenluxation			8	0,18	9	0,20
Wundhämaton/Nachblutung			36	0,79	29	0,64
Gefäßläsion			4	0,09	3	0,07
Nervenschaden			14	0,31	14	0,31
Fraktur			57	1,25	55	1,21
Sonstige			23	0,50	25	0,55
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			21	0,46	24	0,53
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			6 / 21	28,57	8 / 24	33,33
A2 (tiefe Infektion)			9 / 21	42,86	12 / 24	50,00
A3 (Räume/Organe)			6 / 21	28,57	4 / 24	16,67
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			72	1,58	76	1,67

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.555		4.543	
allgemeine behandlungs-bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			136	2,99	158	3,48
(Mehrfachnennungen möglich)						
Pneumonie			7	0,15	10	0,22
kardiovaskuläre Komplikation(en)			23	0,50	37	0,81
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			4	0,09	3	0,07
Lungenembolie			3	0,07	6	0,13
Sonstige			110	2,41	115	2,53

Entlassung I

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.560		4.544	
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.468	97,98	4.338	95,47
Extension/Flexion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.468		4.338	
Winkel Extension (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,01*		*0,05*
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				*0,00*		*0,00*
Mittelwert				*0,02*		*0,05*
Winkel Flexion (Grad)						
Median				*90,00*		*90,00*
Mittelwert				*87,82*		*87,84*

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.555		4.543	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.517	99,38	4.492	99,20
Nein			28	0,62	36	0,80
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			19	67,86	19	52,78
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.510	99,23	4.473	98,79
Nein			35	0,77	55	1,21
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			20	57,14	25	45,45

Entlassung II

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patient	Krankenhaus 2014 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%	Gesamt 2013 Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.555		4.543	
01: regulär beendet			2.103	46,17	2.056	45,26
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			50	1,10	29	0,64
03: aus sonstigen Gründen			1	0,02	3	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			10	0,22	6	0,13
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,02	0	0,00
06: Verlegung			132	2,90	104	2,29
07: Tod			10	0,22	15	0,33
08: Verlegung nach §14			2	0,04	3	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.224	48,83	2.298	50,58
10: in Pflegeeinrichtung			20	0,44	25	0,55
11: in Hospiz			0	0,00	2	0,04
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,02	1	0,02
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			1	0,02	1	0,02
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 BPflV)
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 BPflV 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			4.555		4.543	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			785	17,23	871	19,17
Dienstag			613	13,46	561	12,35
Mittwoch			810	17,78	678	14,92
Donnerstag			771	16,93	678	14,92
Freitag			864	18,97	931	20,49
Samstag			528	11,59	588	12,94
Sonntag			184	4,04	236	5,19

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 <= 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 <= 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:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 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 <= 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.

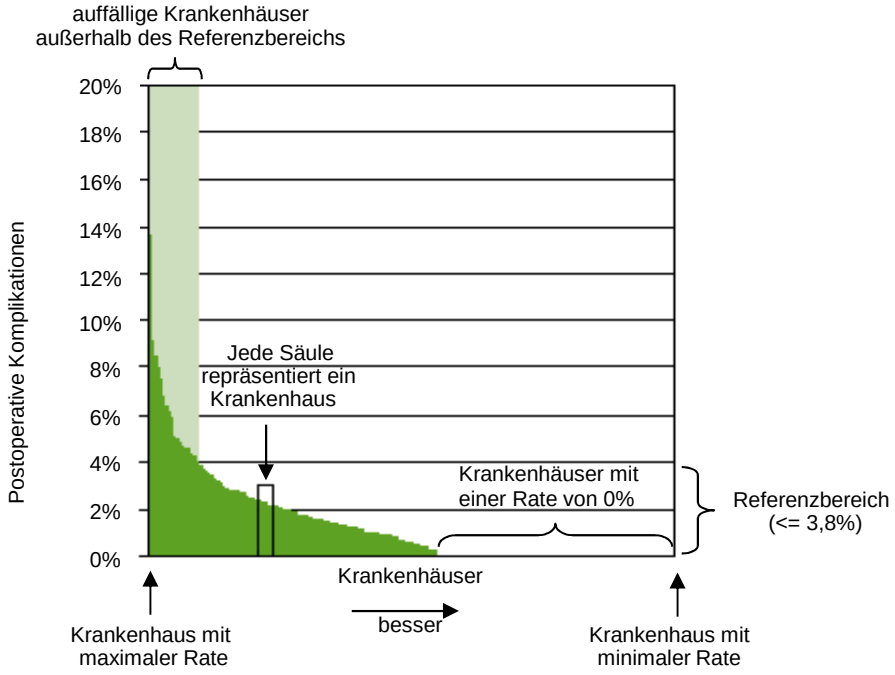
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

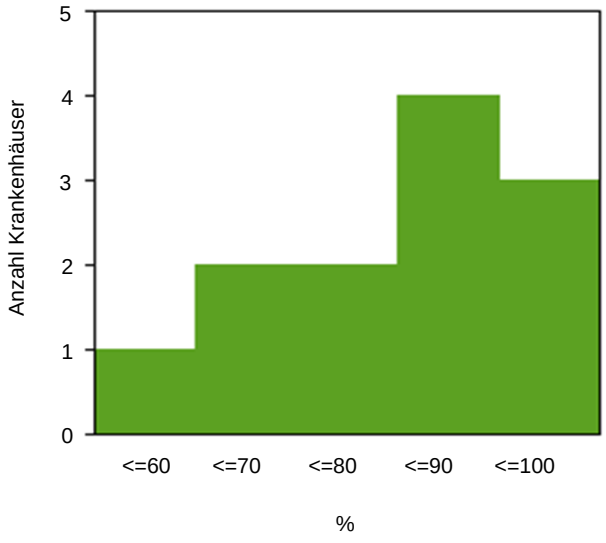
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 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.