

Jahresauswertung 2014
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 811
Datensatzversion: 17/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15088-L95889-P45967

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-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 811
Datensatzversion: 17/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15088-L95889-P45967

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
2014/17n3-HUEFT-WECH/268 QI 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien			90,32%	>= 86,00%	innerhalb	92,06%	10
2014/17n3-HUEFT-WECH/270 QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,75%	>= 95,00%	innerhalb	99,87%	12
QI 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
3a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/10878 bei allen Patienten			3,02%	nicht definiert	-	2,56%	15
3b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50954 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,36	<= 4,87	innerhalb	1,36	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: Gefäßläsion/Nervenschaden							
4a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/2221 bei allen Operationen			0,49%	nicht definiert	-	1,06%	19
4b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50959 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,77	<= 3,28	innerhalb	1,68	21
QI 5: Implantatfehlloge, -dislokation oder Fraktur							
5a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/463 bei allen Operationen			2,33%	nicht definiert	-	1,59%	23
5b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50964 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,36	<= 4,15	innerhalb	0,96	25
QI 6: Endoprothesenluxation							
6a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/465 bei allen Operationen			1,23%	nicht definiert	-	1,06%	27
6b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50969 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,69	<= 5,19	innerhalb	0,59	29

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
2014/17n3-HUEFT-WECH/51866 QI 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen							
			4,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	4,00 Fälle	31
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen							
8a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/468							
bei allen Operationen			2,94%	nicht definiert	-	2,12%	37
8b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50979							
Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,95	<= 4,17	innerhalb	0,70	40

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: Allgemeine postoperative Komplikationen							
9a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/469 bei allen Patienten			2,96%	nicht definiert	-	2,93%	42
9b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50984 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,87	<= 3,75	innerhalb	0,95	45
QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
10a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/470 bei allen Operationen			7,23%	nicht definiert	-	5,56%	47
10b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50989 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,09	<= 2,23	innerhalb	0,87	49

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: Sterblichkeit im Krankenhaus							
11a: 2014/17n3-HUEFT-WECH/471 bei allen Patienten			16,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	9,00 Fälle	51
11b: 2014/17n3-HUEFT-WECH/50994 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,19	nicht definiert	-	0,89	54

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 ²	Seite
2014/17n3-HUEFT-WECH/850204							
AK 1: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen			33,00 Fälle	<= 2,00 Fälle	außerhalb	20,00 Fälle	56
2014/17n3-HUEFT-WECH/850205							
AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			50,67%	< 100,00%	innerhalb	51,67%	58

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel: Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2014/17n3-HUEFT-WECH/268

Referenzbereich: >= 86,00% (Zielbereich)

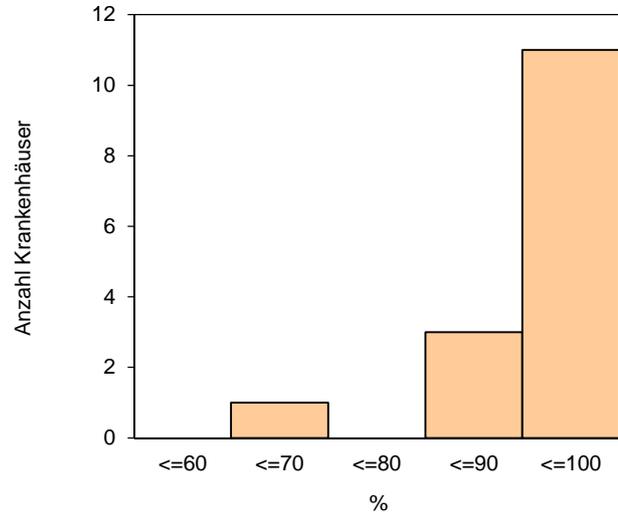
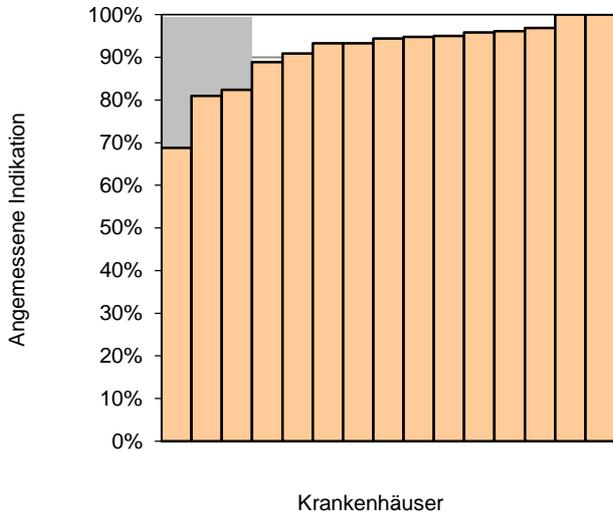
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			549 / 816	67,28%
Patienten mit Ruheschmerz			213 / 816	26,10%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			398 / 816	48,77%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			244 / 816	29,90%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			197 / 816	24,14%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			205 / 816	25,12%
Patienten mit Substanzverlust Femur			126 / 816	15,44%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			161 / 816	19,73%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			122 / 816	14,95%
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b)			227 / 816	27,82%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			144 / 816	17,65%
Patienten mit Erregernachweis			64 / 816	7,84%

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/ -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindes- tens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungs- zeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis Vertrauensbereich Referenzbereich			737 / 816	90,32%
		>= 86,00%		88,10% - 92,16% >= 86,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/ -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindes- tens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungs- zeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis Vertrauensbereich			696 / 756	92,06%
				89,92% - 93,78%

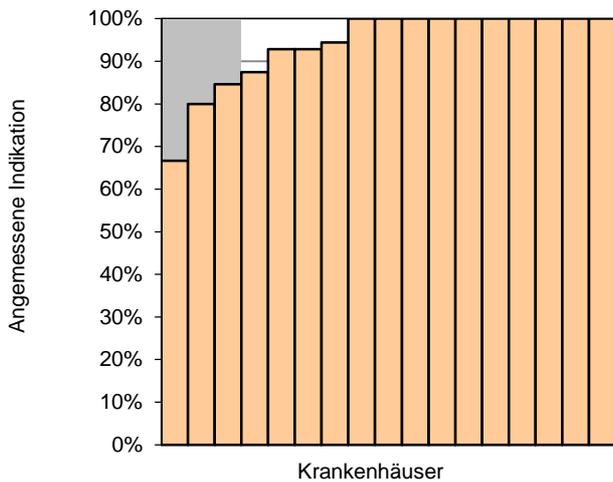
Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/268]:
Anteil von Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis an allen Operationen

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,75		80,95	88,89	94,44	96,15	100,00		100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67		80,00	92,86	100,00	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprofylaxe

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2014/17n3-HUEFT-WECH/270

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 Antibiotikaprofylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

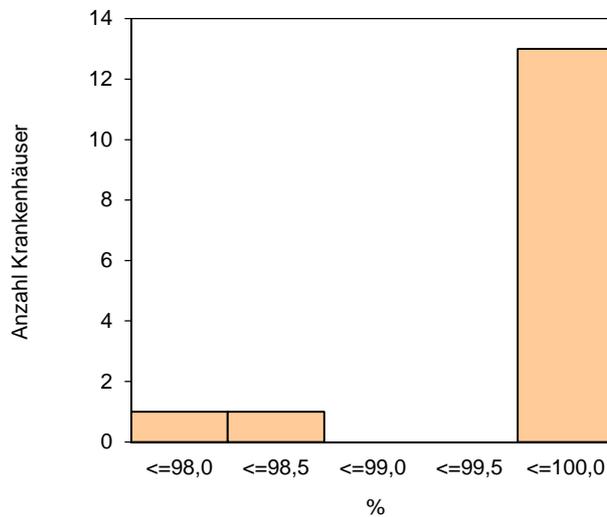
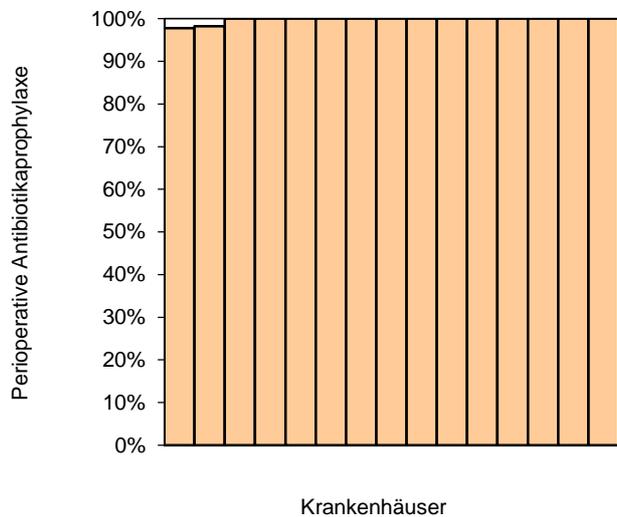
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprofylaxe durchgeführt wurde	814 / 816 99,75%	492 / 493 99,80%	322 / 323 99,69%
Vertrauensbereich	99,11% - 99,93%		
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon			
single shot	400 / 814 49,14%	290 / 492 58,94%	110 / 322 34,16%
Zweitgabe oder öfter	414 / 814 50,86%	202 / 492 41,06%	212 / 322 65,84%

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 Vertrauensbereich	755 / 756 99,87% 99,25% - 99,98%	454 / 454 100,00%	301 / 302 99,67%

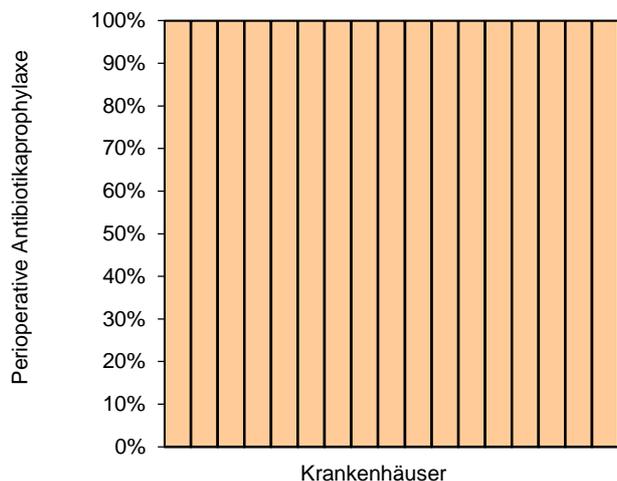
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/270]:
 Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,78		98,28	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 3a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/10878

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			744 / 795	93,58%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			24 / 795	3,02%
Vertrauensbereich				2,04% - 4,45%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			9 / 617	1,46%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			1 / 68	1,47%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			2 / 33	6,06%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			12 / 77	15,58%

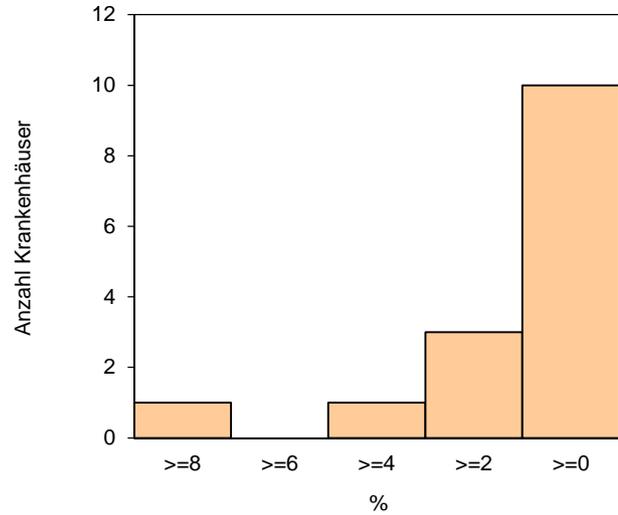
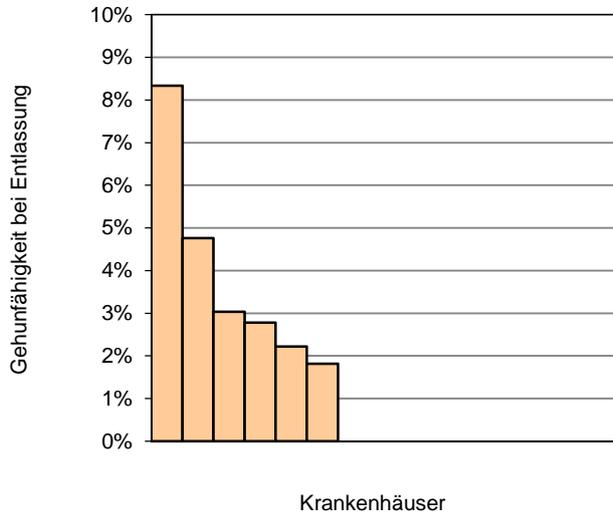
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			19 / 743	2,56%
Vertrauensbereich				1,64% - 3,96%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

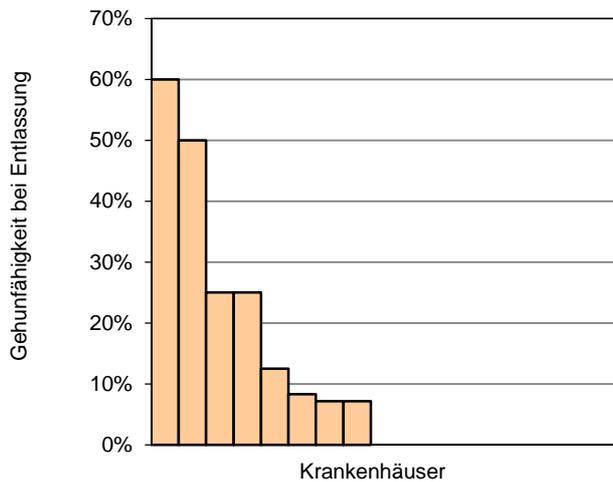
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/10878]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	2,78	4,76		8,33

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	12,50	50,00		60,00

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 3b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50954
Referenzbereich: <= 4,87 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		24 / 795 3,02%
vorhergesagt (E) ¹		17,69 / 795 2,22%
O - E		0,79%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50954.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,36
Vertrauensbereich		0,92 - 2,00
Referenzbereich	<= 4,87	<= 4,87

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.

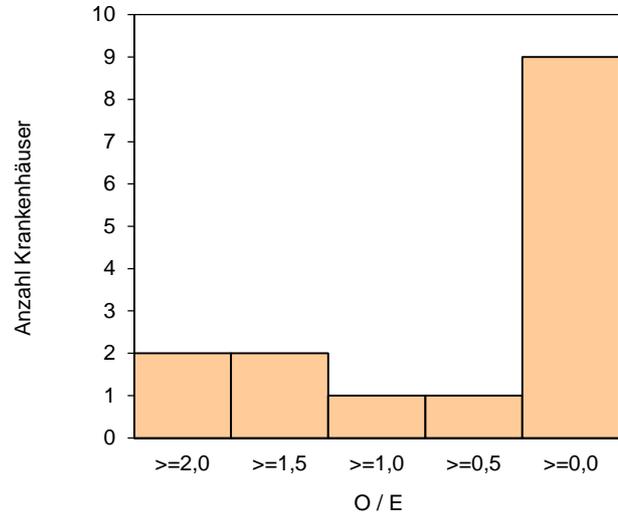
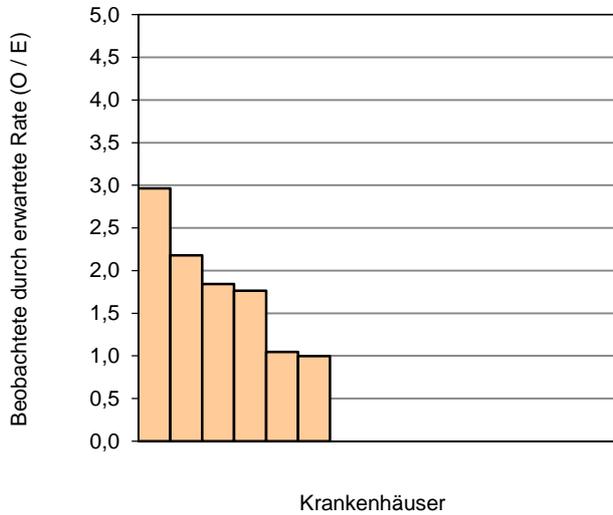
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		19 / 743 2,56%
vorhergesagt (E)		13,94 / 743 1,88%
O - E		0,68%
O / E		1,36
Vertrauensbereich		0,88 - 2,11

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50954]:

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:

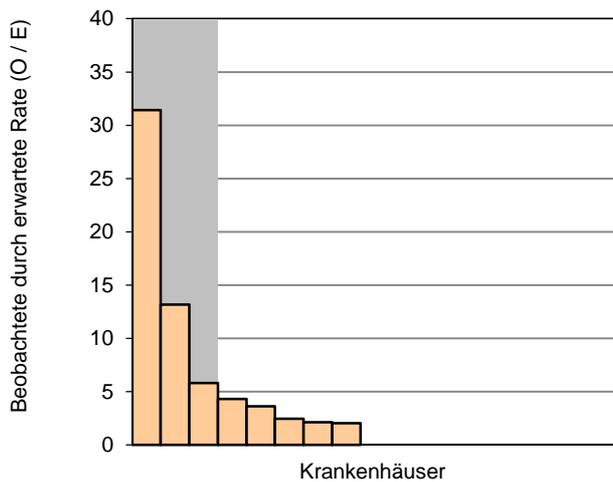
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,76	2,18		2,96

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	3,60	13,15		31,41

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 4a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/2221

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			0 / 816	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			4 / 816	0,49%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			4 / 816	0,49%
Vertrauensbereich				0,19% - 1,25%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

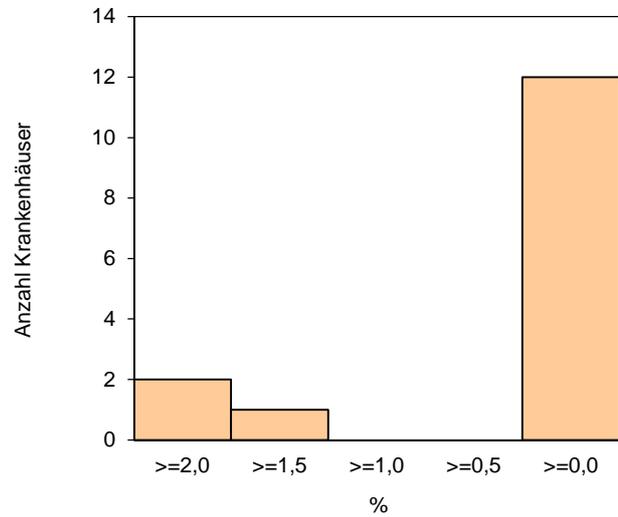
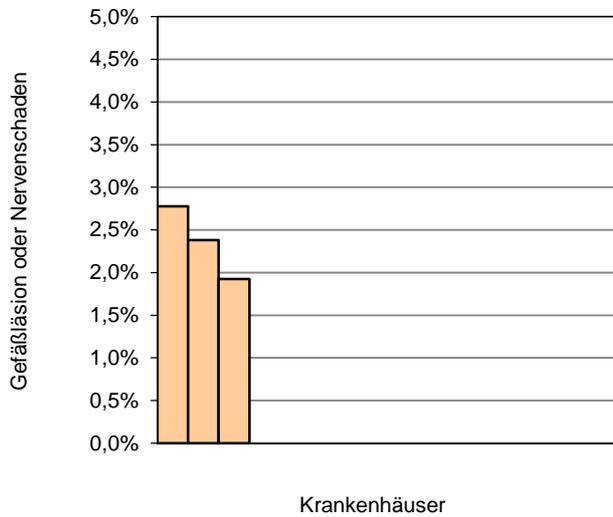
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			8 / 756	1,06%
Vertrauensbereich				0,54% - 2,07%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/2221]:

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:

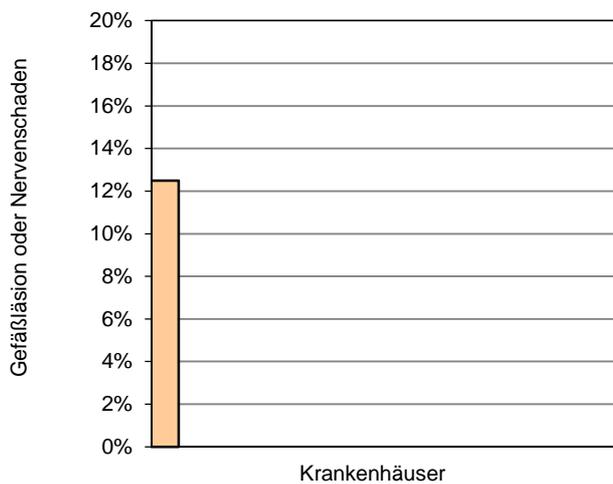
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	2,38		2,78

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 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	0,00		12,50

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 4b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50959
Referenzbereich: <= 3,28 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		4 / 816 0,49%
vorhergesagt (E) ¹		5,18 / 816 0,64%
O - E		-0,15%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50959.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,77
Vertrauensbereich		0,30 - 1,97
Referenzbereich	<= 3,28	<= 3,28

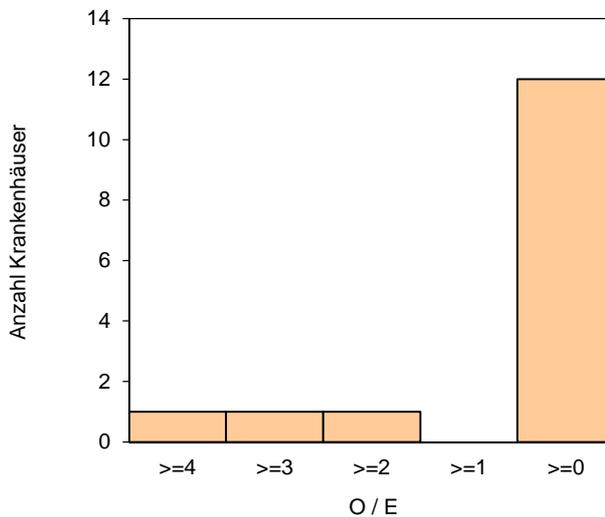
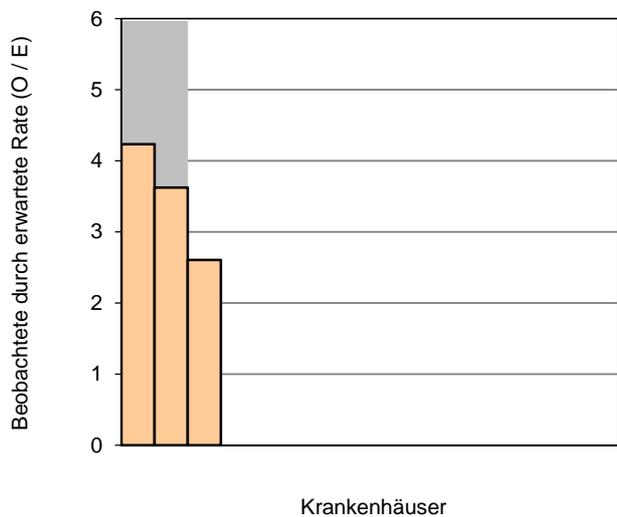
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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)		8 / 756 1,06%
vorhergesagt (E)		4,77 / 756 0,63%
O - E		0,43%
O / E		1,68
Vertrauensbereich		0,85 - 3,29

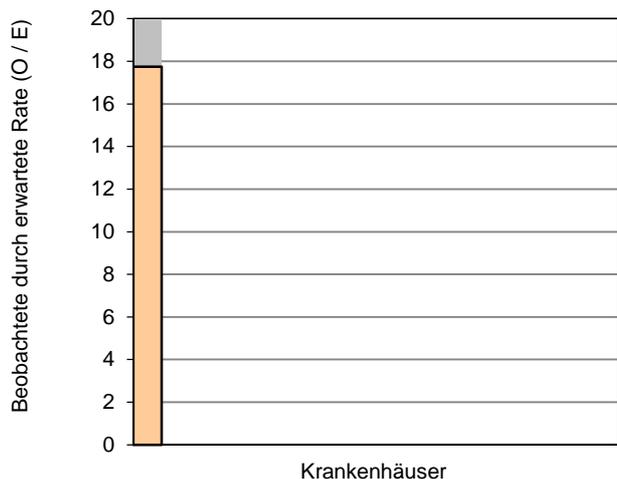
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50959]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	3,62		4,24

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		17,75

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 5a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/463

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			0 / 816	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			3 / 816	0,37%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			16 / 816	1,96%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			19 / 816	2,33%
Vertrauensbereich				1,50% - 3,61%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

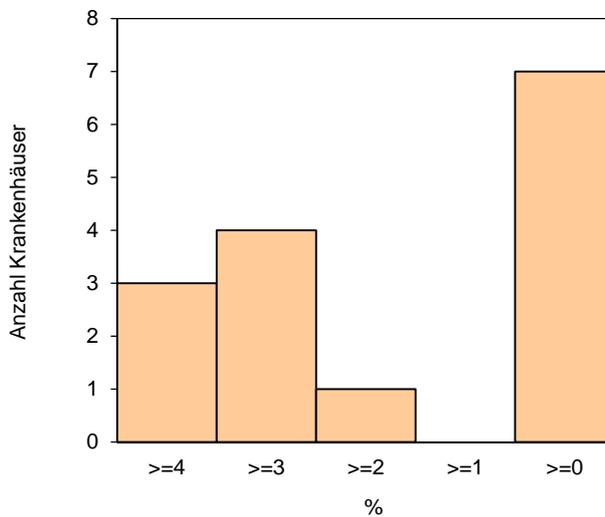
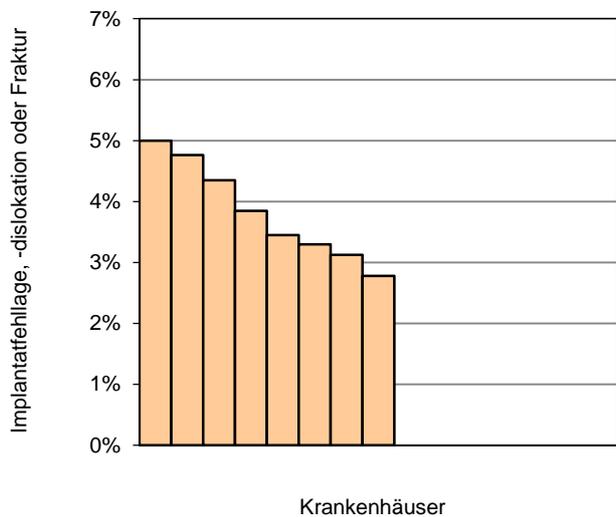
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			12 / 756	1,59%
Vertrauensbereich				0,91% - 2,75%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/463]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

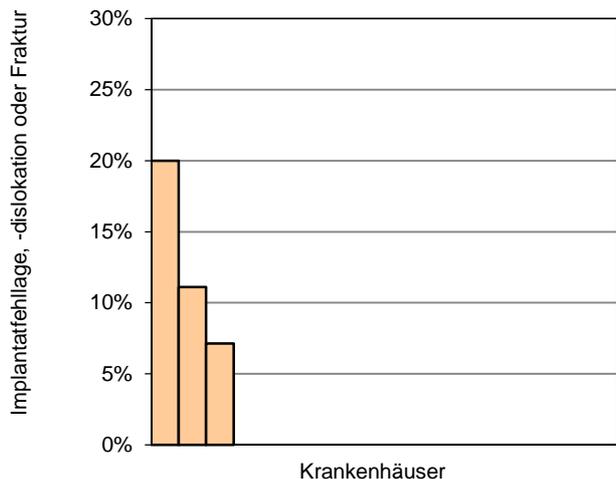
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	2,78	3,85	4,76		5,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 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	11,11		20,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 5b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50964
Referenzbereich: <= 4,15 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		19 / 816 2,33%
vorhergesagt (E) ¹		14,00 / 816 1,72%
O - E		0,61%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50964.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,36
Vertrauensbereich		0,87 - 2,10
Referenzbereich	<= 4,15	<= 4,15

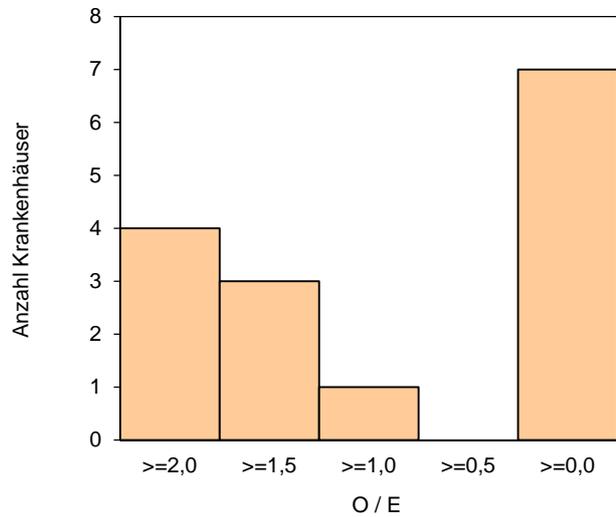
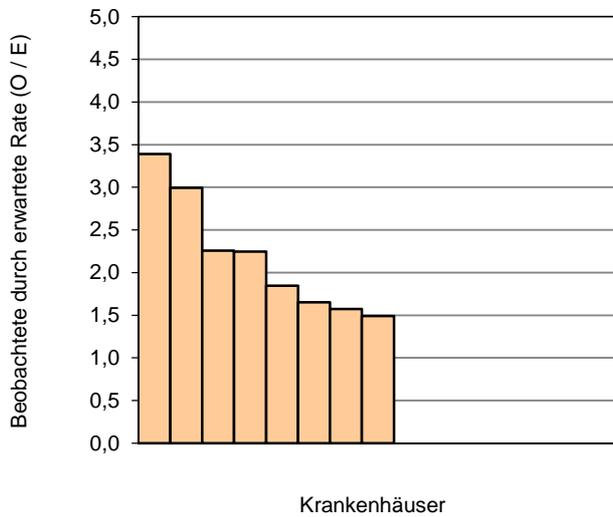
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		12 / 756 1,59%
vorhergesagt (E)		12,48 / 756 1,65%
O - E		-0,06%
O / E		0,96
Vertrauensbereich		0,55 - 1,67

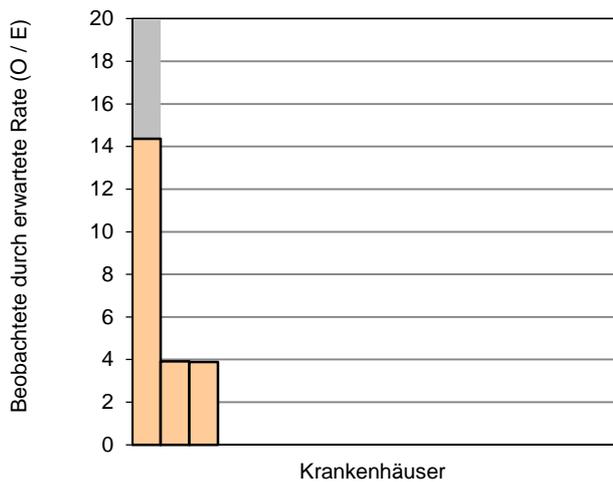
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50964]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	1,49	2,25	2,99		3,39

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	3,92		14,37

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/465

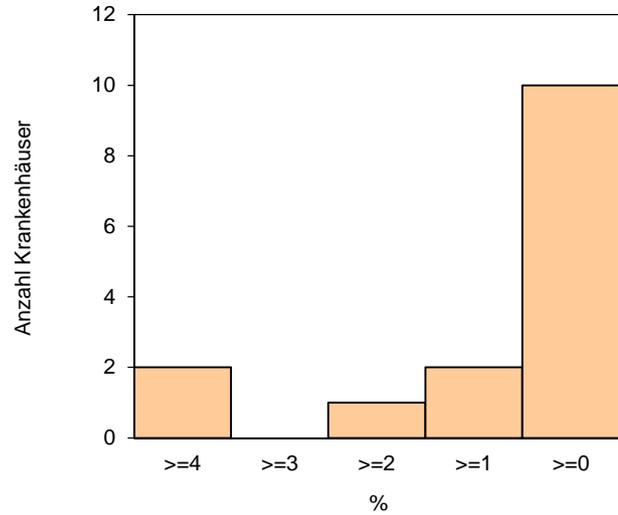
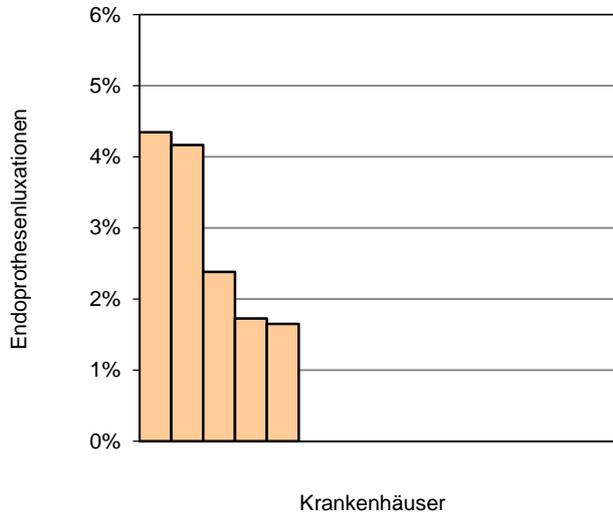
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			10 / 816	1,23%
Vertrauensbereich				0,67% - 2,24%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			8 / 756	1,06%
Vertrauensbereich				0,54% - 2,07%

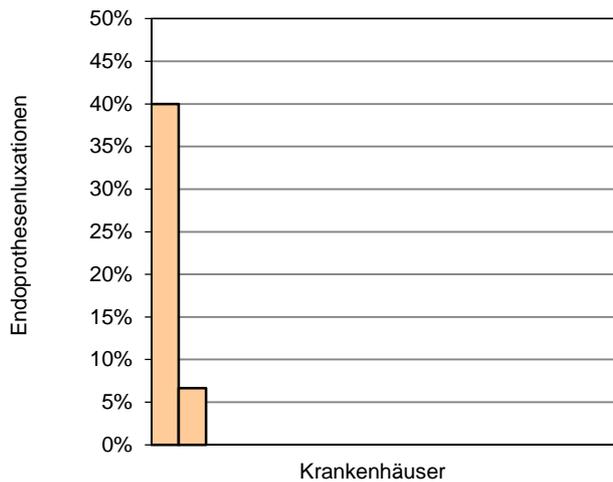
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/465]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	1,72	4,17		4,35

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	6,67		40,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 6b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50969
Referenzbereich: <= 5,19 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		10 / 816 1,23%
vorhergesagt (E) ¹		14,44 / 816 1,77%
O - E		-0,54%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50969.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,69
Vertrauensbereich		0,38 - 1,27
Referenzbereich	<= 5,19	<= 5,19

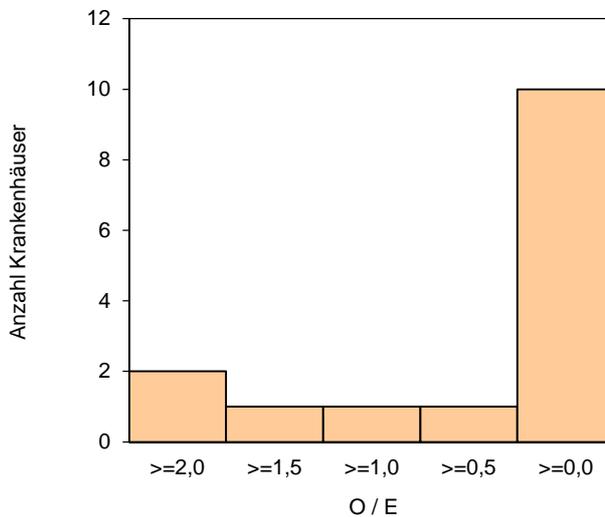
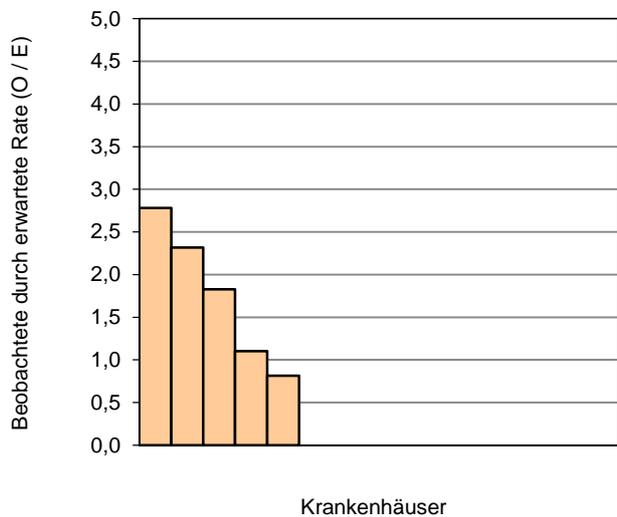
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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)		8 / 756 1,06%
vorhergesagt (E)		13,46 / 756 1,78%
O - E		-0,72%
O / E		0,59
Vertrauensbereich		0,30 - 1,16

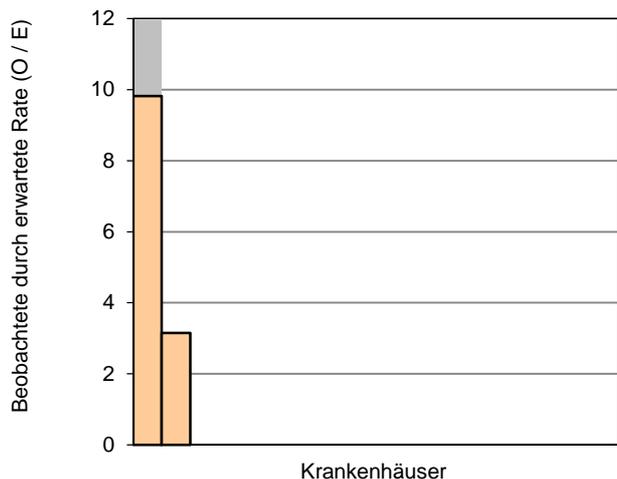
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50969]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,10	2,32		2,78

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	3,15		9,82

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten ohne Entzündungszeichen im Labor, negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)

Indikator-ID: 2014/17n3-HUEFT-WECH/51866

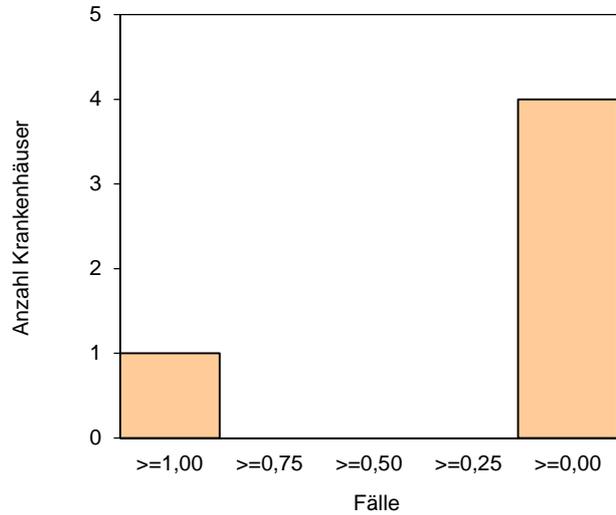
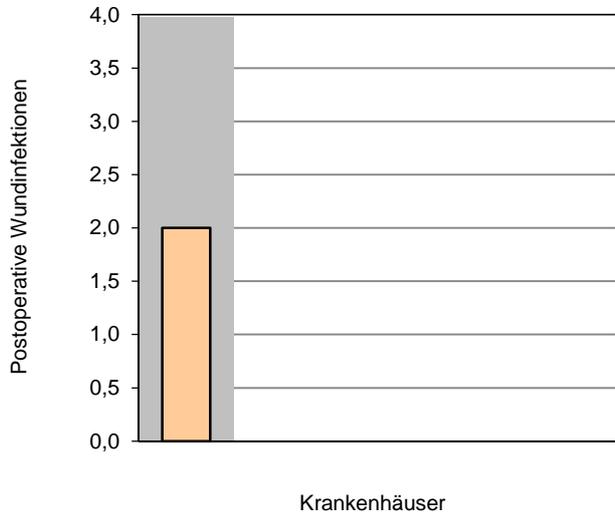
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Referenzbereich		Sentinel Event	4 / 344	4,00 Fälle Sentinel Event
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 344	2,00 Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			2 / 344	2,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			4 / 296	4,00 Fälle

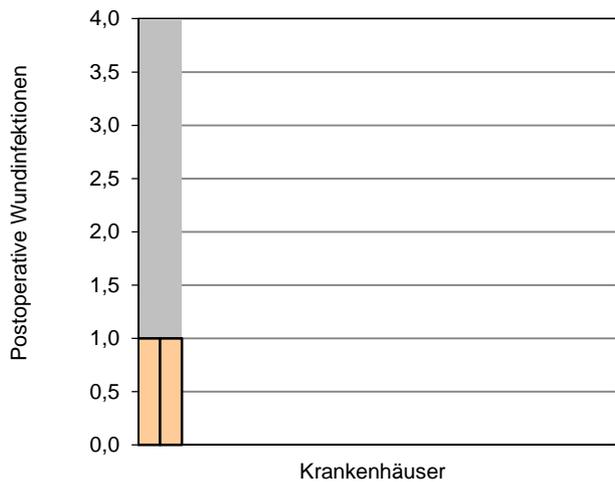
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/51866]:
 Anzahl Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat von allen Operationen ohne
 Entzündungszeichen im Labor, negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			2,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 22 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	0,00	0,00	1,00	1,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 155 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			268 / 816	32,84%
Risikoklasse 1			425 / 816	52,08%
Risikoklasse 2			120 / 816	14,71%
Risikoklasse 3			3 / 816	0,37%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			4 / 268	1,49%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 268	0,37%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 268	1,12%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			18 / 425	4,24%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			4 / 425	0,94%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			14 / 425	3,29%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			9 / 120	7,50%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 120	0,83%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			8 / 120	6,67%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			1 / 3	33,33%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 3	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			1 / 3	33,33%

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 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/468

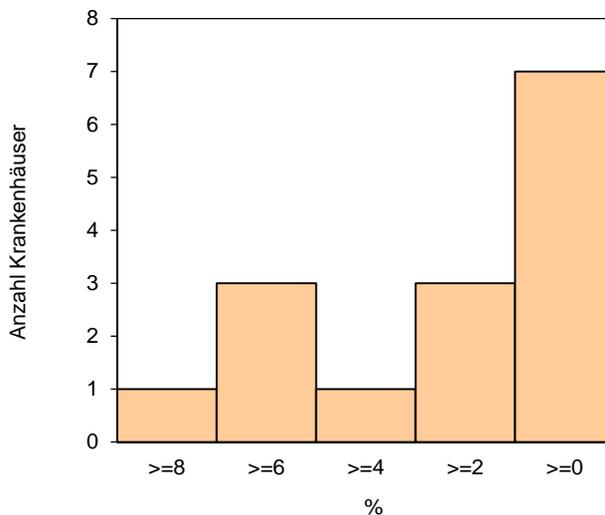
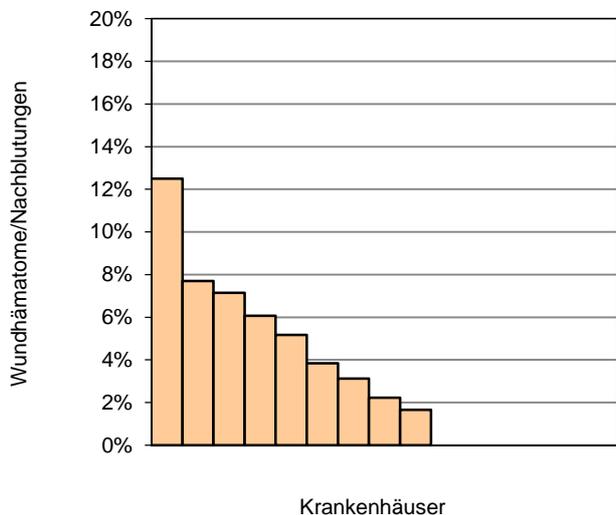
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			24 / 816	2,94%
Vertrauensbereich				1,98% - 4,34%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			16 / 756	2,12%
Vertrauensbereich				1,31% - 3,41%

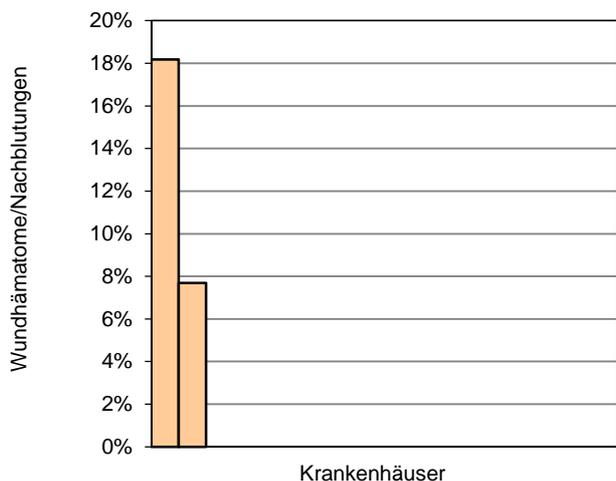
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/468]:
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	2,22	6,06	7,69		12,50

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	7,69		18,18

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	12 / 493 2,43%	8 / 229 3,49%	2 / 72 2,78%	2 / 22 9,09%

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 8b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50979
Referenzbereich: <= 4,17 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		24 / 816 2,94%
vorhergesagt (E) ¹		25,20 / 816 3,09%
O - E		-0,15%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50979.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,95
Vertrauensbereich		0,64 - 1,40
Referenzbereich	<= 4,17	<= 4,17

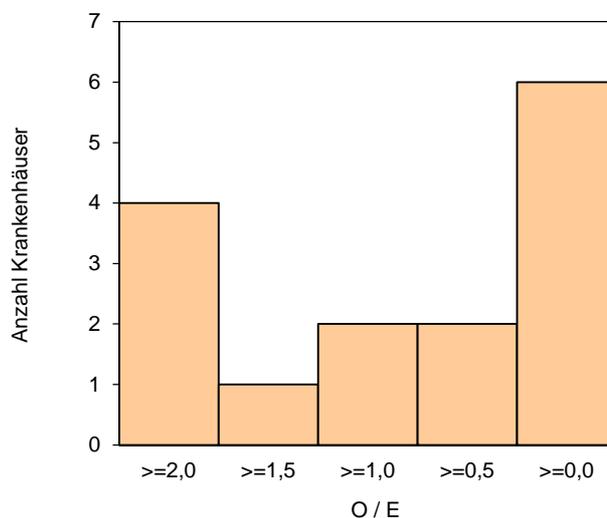
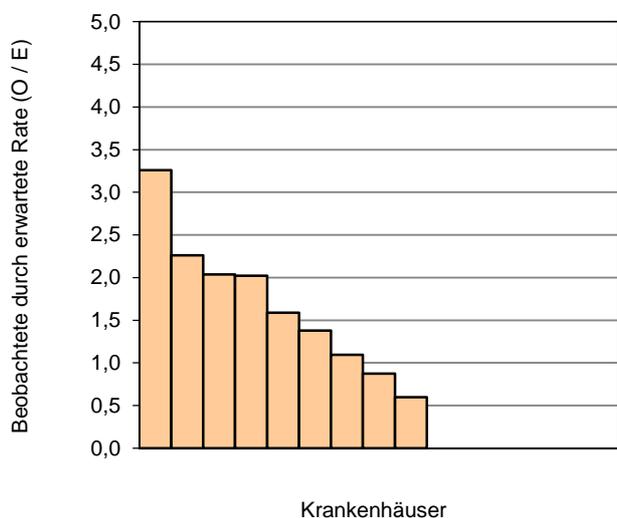
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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)		16 / 756 2,12%
vorhergesagt (E)		22,93 / 756 3,03%
O - E		-0,92%
O / E		0,70
Vertrauensbereich		0,43 - 1,12

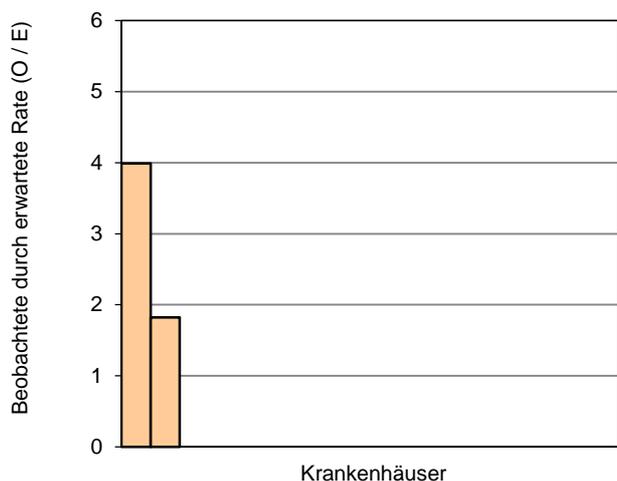
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50979]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,87	2,02	2,26		3,26

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	1,82		3,99

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: 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 9a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/469

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-/Becken- venenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich			
			nicht definiert

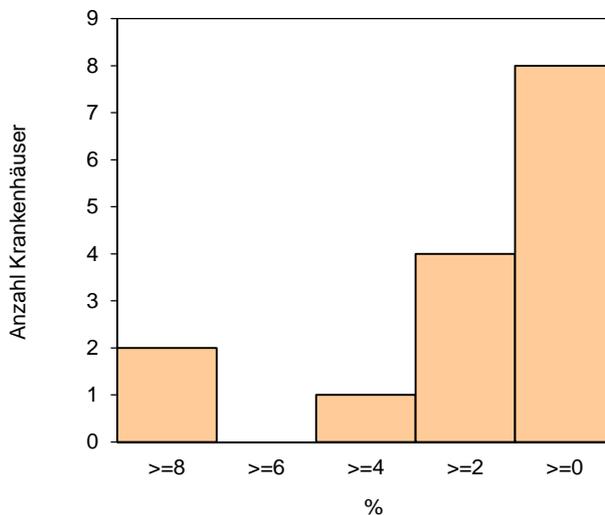
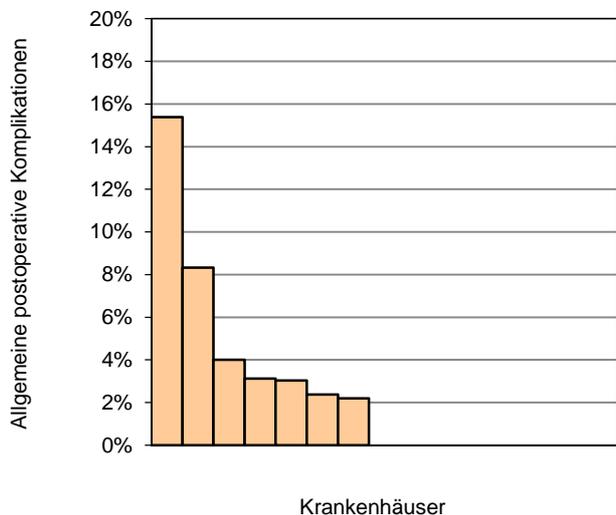
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	8 / 811 0,99%	0 / 337 0,00%	8 / 472 1,69%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	17 / 811 2,10%	5 / 337 1,48%	12 / 472 2,54%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	1 / 811 0,12%	0 / 337 0,00%	1 / 472 0,21%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 811 0,12%	0 / 337 0,00%	1 / 472 0,21%
Patienten mit sonstiger Komplikation	38 / 811 4,69%	9 / 337 2,67%	29 / 472 6,14%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	24 / 811 2,96%	5 / 337 1,48%	19 / 472 4,03%
Vertrauensbereich	2,00% - 4,37%		
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)	22 / 752 2,93%	2 / 328 0,61%	20 / 424 4,72%
Vertrauensbereich	1,94% - 4,39%		

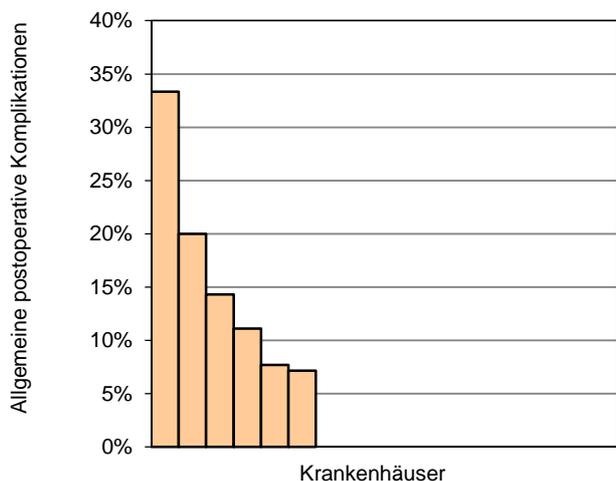
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/469]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	3,13	8,33		15,38

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	7,69	20,00		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 9b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50984
Referenzbereich: <= 3,75 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		24 / 811 2,96%
vorhergesagt (E) ¹		27,57 / 811 3,40%
O - E		-0,44%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50984.

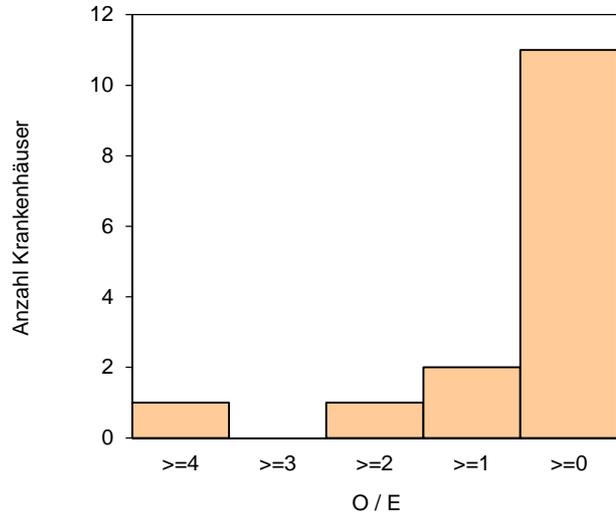
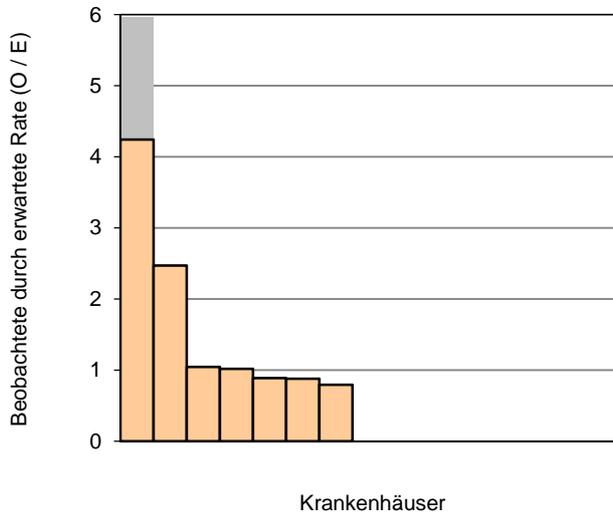
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,87
Vertrauensbereich		0,59 - 1,28
Referenzbereich	<= 3,75	<= 3,75

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)		22 / 752 2,93%
vorhergesagt (E)		23,15 / 752 3,08%
O - E		-0,15%
O / E		0,95
Vertrauensbereich		0,63 - 1,43

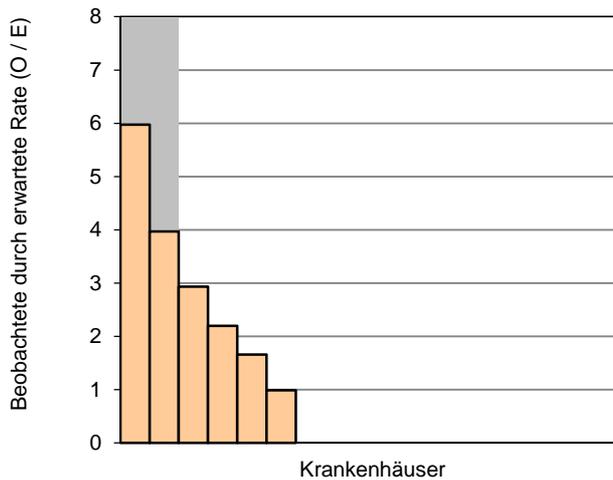
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50984]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,02	2,47		4,24

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,65	3,97		5,97

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 10a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/470

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			59 / 816	7,23%
Vertrauensbereich				5,65% - 9,21%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

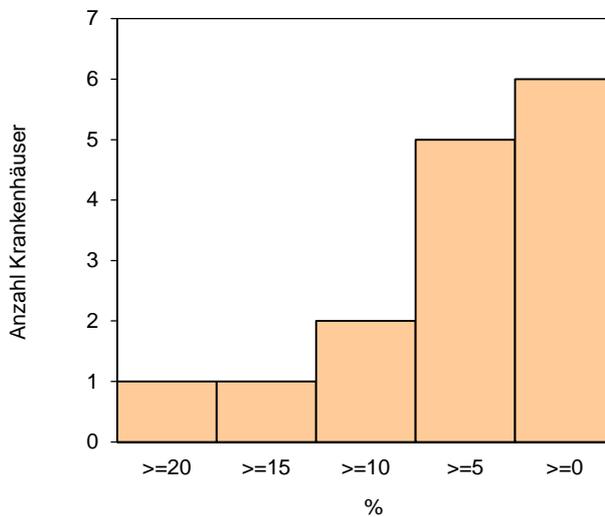
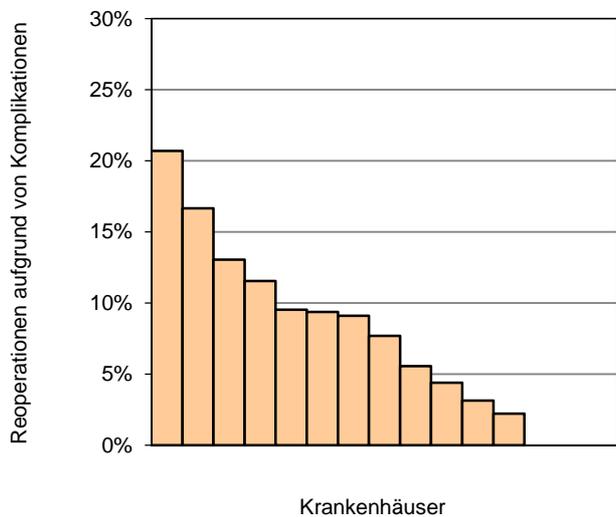
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			42 / 756	5,56%
Vertrauensbereich				4,14% - 7,42%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/470]:

Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

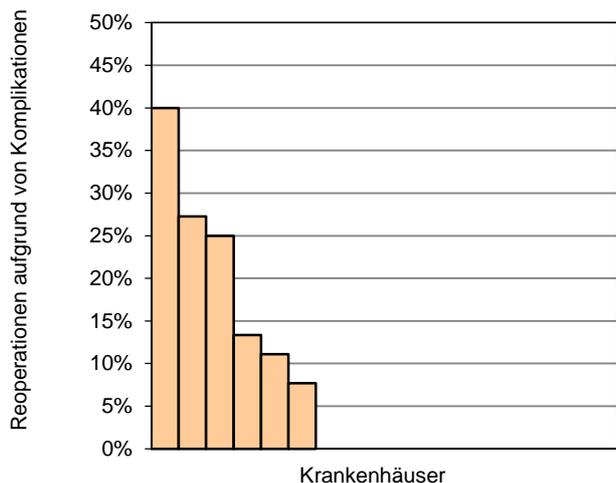
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	2,22	7,69	11,54	16,67		20,69

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 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	11,11	27,27		40,00

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 10b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50989
Referenzbereich: <= 2,23 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		59 / 816 7,23%
vorhergesagt (E) ¹		54,27 / 816 6,65%
O - E		0,58%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50989.

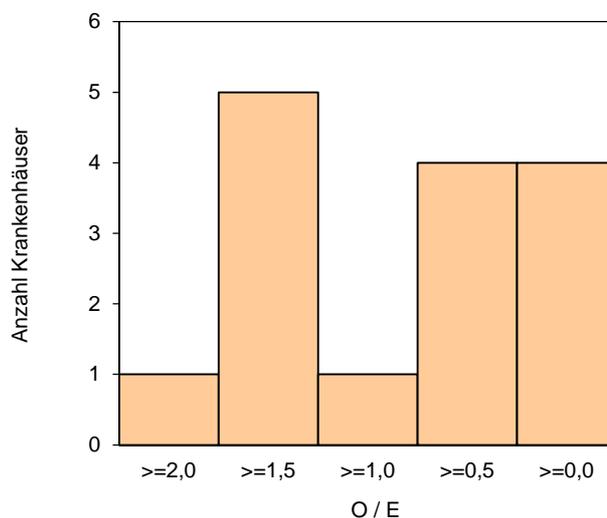
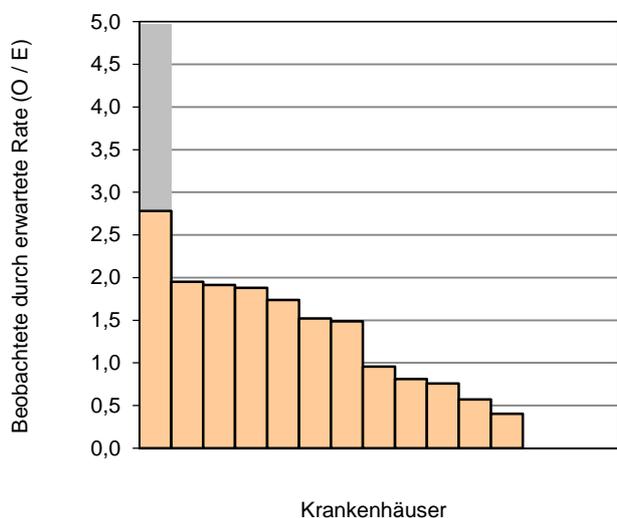
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,09
Vertrauensbereich		0,85 - 1,39
Referenzbereich	<= 2,23	<= 2,23

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)		42 / 756 5,56%
vorhergesagt (E)		48,25 / 756 6,38%
O - E		-0,83%
O / E		0,87
Vertrauensbereich		0,65 - 1,16

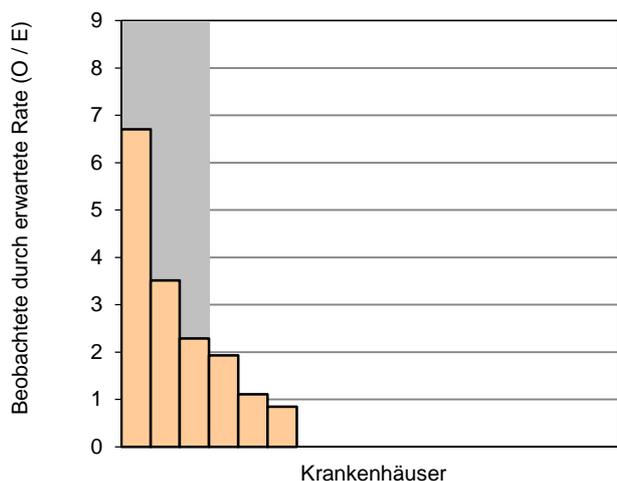
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50989]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen
 Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,40	0,96	1,88	1,95		2,78

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,11	3,51		6,71

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 11a): 2014/17n3-HUEFT-WECH/471

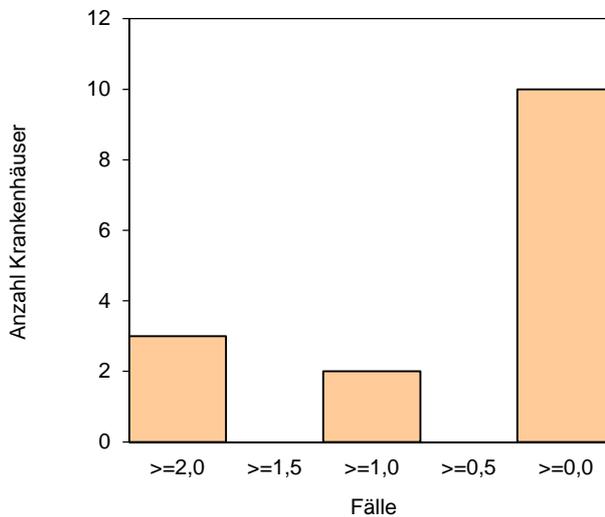
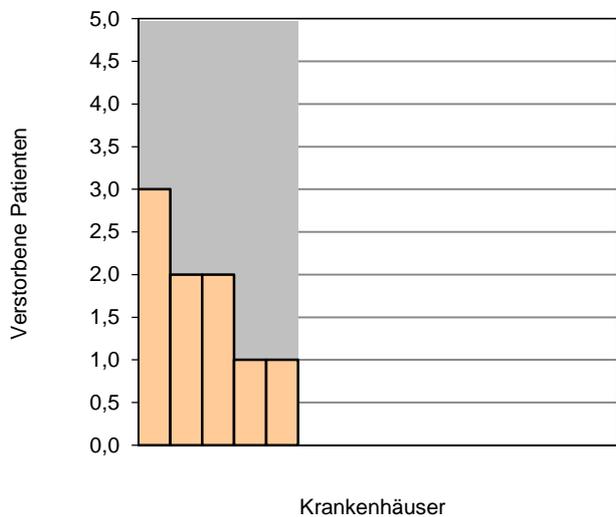
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	16 / 811	16,00 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			9 / 752	9,00 Fälle

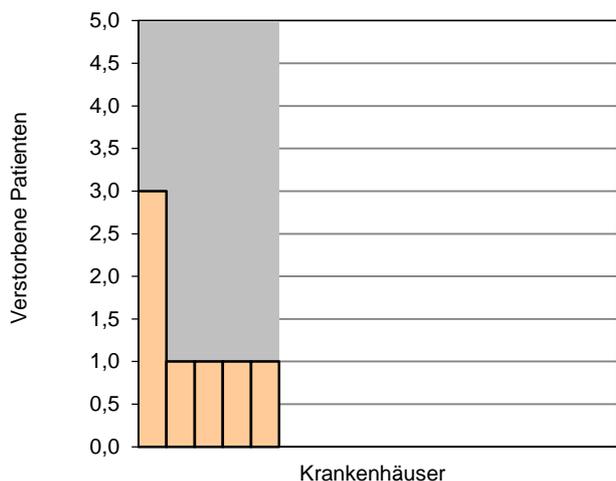
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/471]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 15 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	1,00	2,00		3,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	1,00	1,00		3,00

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	0 / 337 0,00%	9 / 456 1,97%	7 / 16 43,75%	0 / 2 0,00%
-----------------------	------------------	------------------	------------------	----------------

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 11b): 2014/17n3-HUEFT-WECH/50994
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		16 / 811 1,97%
vorhergesagt (E) ¹		13,39 / 811 1,65%
O - E		0,32%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50994.

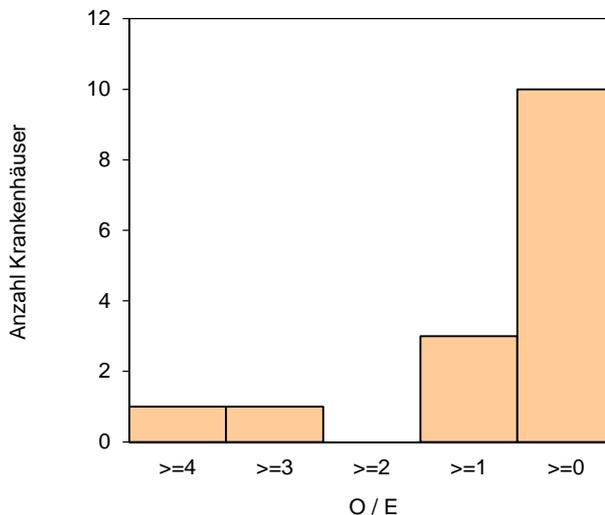
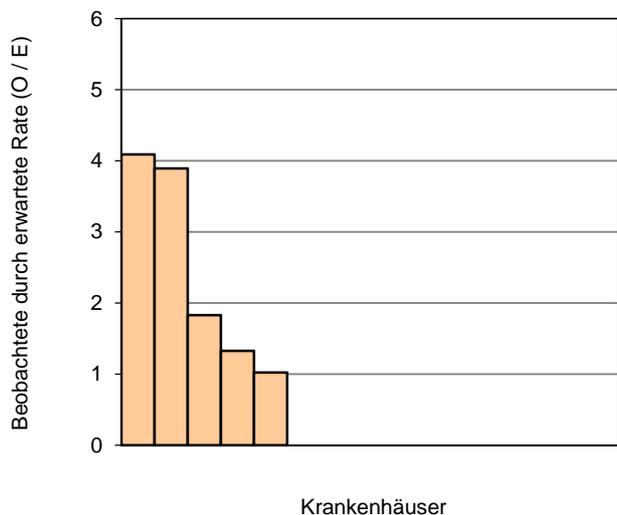
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,19
Vertrauensbereich		0,74 - 1,93
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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)		9 / 752 1,20%
vorhergesagt (E)		10,10 / 752 1,34%
O - E		-0,15%
O / E		0,89
Vertrauensbereich		0,47 - 1,68

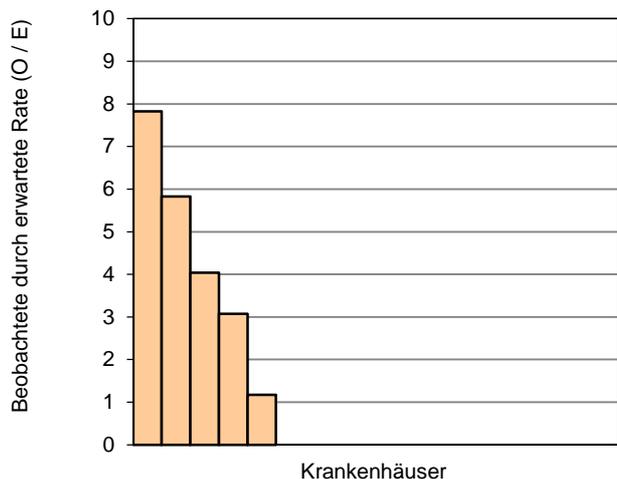
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/50994]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,33	3,89		4,09

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,17	5,83		7,82

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium 1:
 Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen**

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einzeitigem Wechsel

Indikator-ID: 2014/17n3-HUEFT-WECH/850204

Referenzbereich: <= 2,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 268, 51866

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde Referenzbereich			33 / 757	33,00 Fälle <= 2,00 Fälle

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde			20 / 662	20,00 Fälle

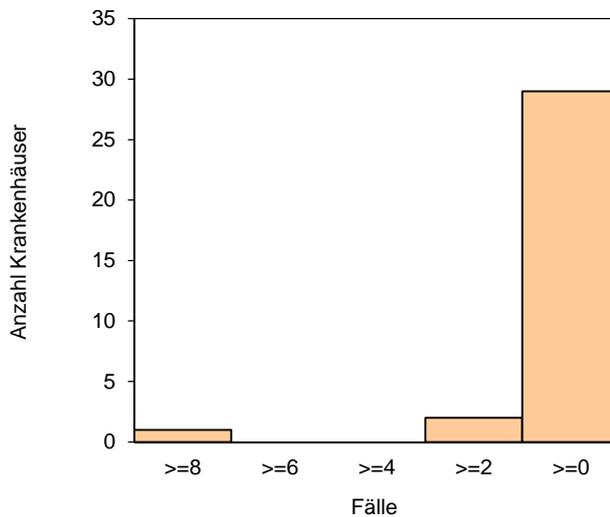
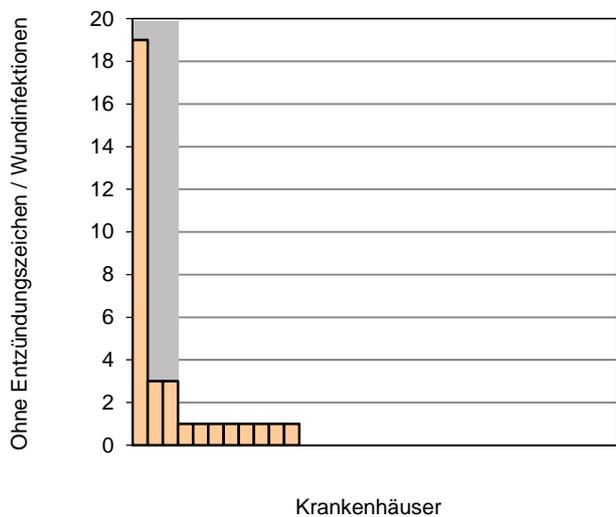
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2014 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2013 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/850204]:

Anzahl Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde von allen Patienten mit einzeitigem Wechsel

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

32 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	1,00	1,00	3,00	19,00

Auffälligkeitskriterium 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 27 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) (nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2014/17n3-HUEFT-WECH/850205

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 50959, 50964, 50969, 50979, 50984

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			38 / 75	50,67%
			39,60%	61,67%
		< 100,00%		< 100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			31 / 60	51,67%
			39,31%	63,82%

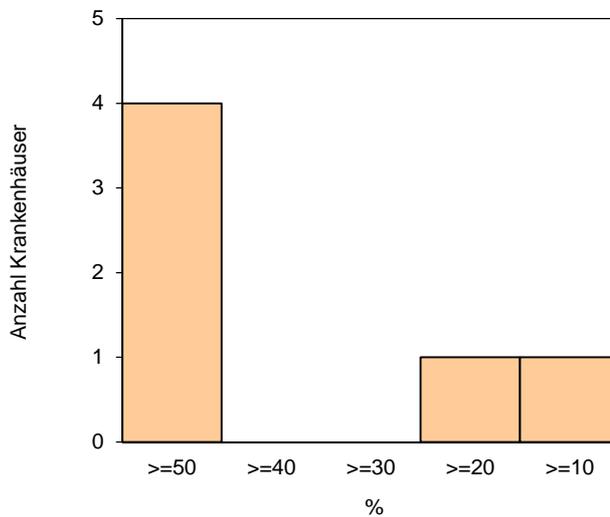
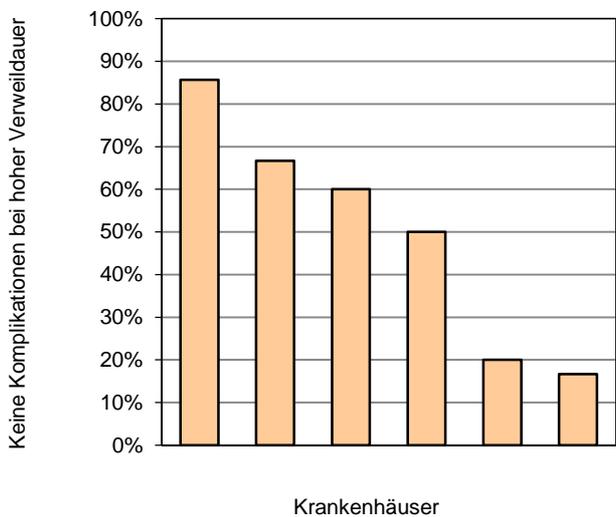
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2014/17n3-HUEFT-WECH/850205]:

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 27 Tage (90%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund) (nach der ersten Operation)

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

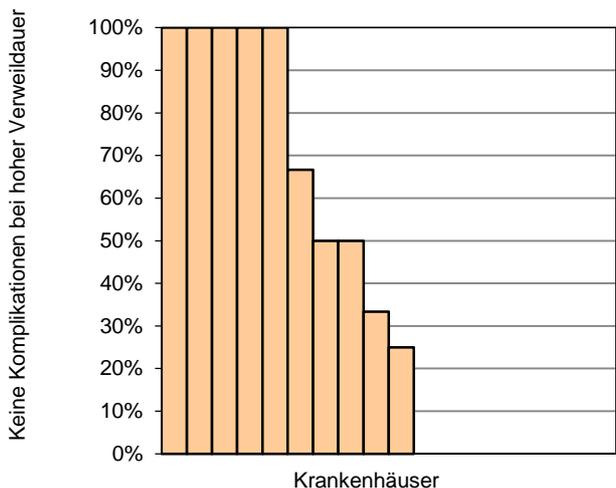
6 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	16,67			20,00	55,00	66,67			85,71

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	29,17	100,00	100,00		100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 811
Datensatzversion: 17/3 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15088-L95889-P45967

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			811		752	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			224	27,62	200	26,60
2. Quartal			223	27,50	169	22,47
3. Quartal			188	23,18	180	23,94
4. Quartal			176	21,70	203	26,99
Gesamt			811		752	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			811		752	
Median				14,00		14,00
Mittelwert				19,92		19,17
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			816		756	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				5,18		4,38
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			816		756	
Median				12,00		12,00
Mittelwert				15,22		14,90

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendothese
2	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendothese
7	E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	555	68,43	T84.0	531	70,61
2				Z96.6	338	41,68	D62	336	44,68
3				D62	331	40,81	Z96.6	268	35,64
4				I10.00	253	31,20	I10.00	218	28,99
5				I10.90	174	21,45	I10.90	165	21,94
6				T84.5	130	16,03	T84.5	106	14,10
7				E11.90	105	12,95	E11.90	81	10,77
8				E79.0	71	8,75	E66.00	51	6,78

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2014¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
2	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
3	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	5-821.43	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk

OPS 2014

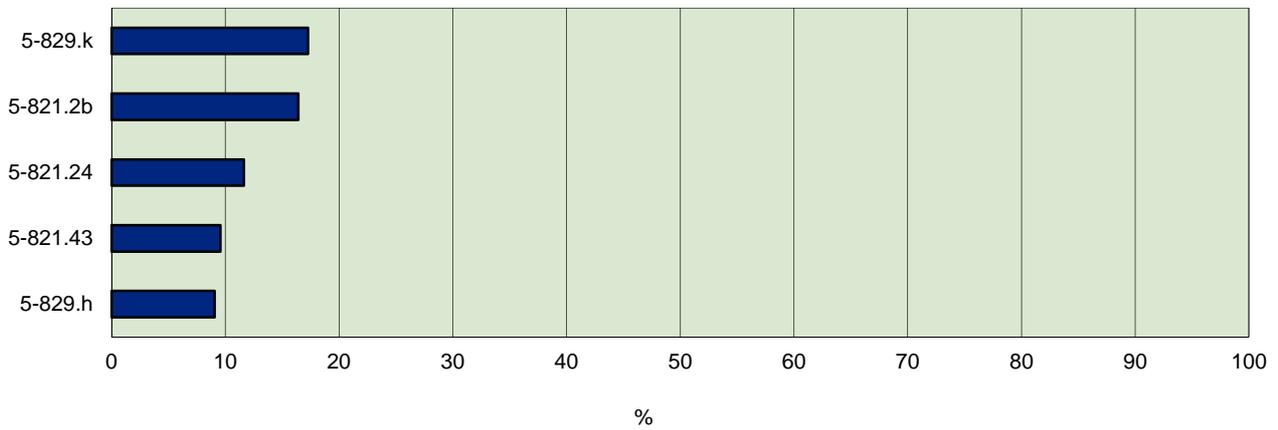
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-829.k	141	17,28	5-821.2b	140	18,52
2				5-821.2b	134	16,42	5-829.k	118	15,61
3				5-821.24	95	11,64	5-821.24	95	12,57
4				5-821.43	78	9,56	5-784.7d	88	11,64
5				5-829.h	74	9,07	5-829.h	84	11,11

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

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

OPS 2014 (Gesamt 2014)



Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
5-983 Reoperation			39 / 816	4,78	38 / 756	5,03
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 816	0,00	0 / 756	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 816	0,00	0 / 756	0,00
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			13 / 816	1,59	12 / 756	1,59

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			811 / 811		752 / 752	
< 50 Jahre			29 / 811	3,58	26 / 752	3,46
50 - 59 Jahre			87 / 811	10,73	110 / 752	14,63
60 - 69 Jahre			144 / 811	17,76	152 / 752	20,21
70 - 79 Jahre			362 / 811	44,64	308 / 752	40,96
80 - 89 Jahre			180 / 811	22,19	133 / 752	17,69
>= 90 Jahre			9 / 811	1,11	23 / 752	3,06
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			811		752	
Median				74,00		73,00
Mittelwert				71,83		70,85
Geschlecht						
männlich			335	41,31	320	42,55
weiblich			476	58,69	432	57,45
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			427	52,33	393	51,98
links			389	47,67	363	48,02
Zweizeitiger Wechsel			54	6,62	92	12,17

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Schmerzen						
Ruhschmerz			549	67,28	500	66,14
Belastungsschmerz			213	26,10	200	26,46
keine Schmerzen			54	6,62	56	7,41

Labor präoperativ

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			144	17,65	129	17,06
Gelenkpunktion			330	40,44	296	39,15
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			330	40,44	302	39,95
durchgeführt, negativ			422	51,72	385	50,93
durchgeführt, positiv			64	7,84	69	9,13

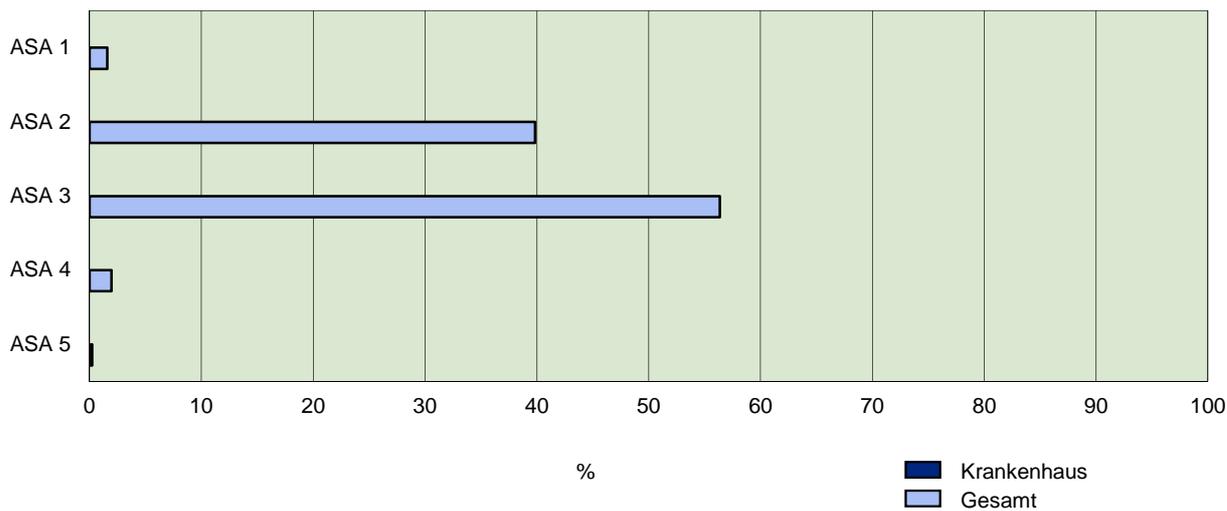
Röntgendiagnostik und klinische Befunde präoperativ

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			398	48,77	376	49,74
Lockerung Pfannen- Komponente			244	29,90	254	33,60
Lockerung Schaft- Komponente			197	24,14	187	24,74
Substanzverluste Pfanne			205	25,12	223	29,50
Substanzverluste Femur			126	15,44	149	19,71
periprothetische Fraktur			161	19,73	109	14,42
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation			122	14,95	130	17,20

Röntgendiagnostik und klinische Befunde präoperativ (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			13	1,59	18	2,38
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			325	39,83	314	41,53
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			460	56,37	409	54,10
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			16	1,96	15	1,98
5: moribunder Patient			2	0,25	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			687	84,19	644	85,19
bedingt aseptische Eingriffe			87	10,66	81	10,71
kontaminierte Eingriffe			13	1,59	7	0,93
septische Eingriffe			29	3,55	24	3,17

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			816		756	
Median				105,50		110,00
Mittelwert				117,74		117,97
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			285	34,93	254	33,60
90 - 239 min			500	61,27	480	63,49
>= 240 min			31	3,80	22	2,91
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			814	99,75	755	99,87
davon						
single shot			400 / 814	49,14	360 / 755	47,68
Zweitgabe			119 / 814	14,62	117 / 755	15,50
öfter			295 / 814	36,24	278 / 755	36,82

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			816		756	
Postoperatives Röntgenbild a/p			810	99,26	747	98,81
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			659	80,76	585	77,38
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			69	8,46	54	7,14
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			0	0,00	0	0,00
Implantatdislokation			3	4,35	5	9,26
Endoprothesenluxation			10	14,49	8	14,81
Wundhämatom/Nachblutung			24	34,78	16	29,63
Gefäßläsion			0	0,00	1	1,85
Nervenschaden			4	5,80	7	12,96
Fraktur			16	23,19	7	12,96
Sonstige			19	27,54	12	22,22
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			32	3,92	27	3,57
A1 (oberflächliche Infektion)			6 / 32	18,75	5 / 27	18,52
A2 (tiefe Infektion)			15 / 32	46,88	14 / 27	51,85
A3 (Räume/Organe)			11 / 32	34,38	8 / 27	29,63
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			59 / 86	68,60	42	61,76

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			53	6,54	60	7,98
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			8	15,09	2	3,33
kardiovaskuläre Komplikation(en)			17	32,08	20	33,33
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			1	1,89	0	0,00
Lungenembolie			1	1,89	2	3,33
Sonstige			38	71,70	42	70,00

Entlassung I

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			744	93,58	702	94,48
Nein			51	6,42	41	5,52
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			24	47,06	19	46,34
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			739	92,96	695	93,54
Nein			56	7,04	48	6,46
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			29	51,79	15	31,25

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
01: regulär beendet			382	47,10	377	50,13
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			23	2,84	19	2,53
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	2	0,27
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,12	1	0,13
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			68	8,38	62	8,24
07: Tod			16	1,97	9	1,20
08: Verlegung nach §14			4	0,49	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			278	34,28	251	33,38
10: in Pflegeeinrichtung			37	4,56	30	3,99
11: in Hospiz			1	0,12	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	1	0,13
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,12	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			811		752	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			140	17,26	159	21,14
Dienstag			140	17,26	112	14,89
Mittwoch			126	15,54	103	13,70
Donnerstag			138	17,02	99	13,16
Freitag			148	18,25	156	20,74
Samstag			87	10,73	79	10,51
Sonntag			32	3,95	44	5,85

Hüft-Endoprothesenwechsel Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-WECH-Score

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

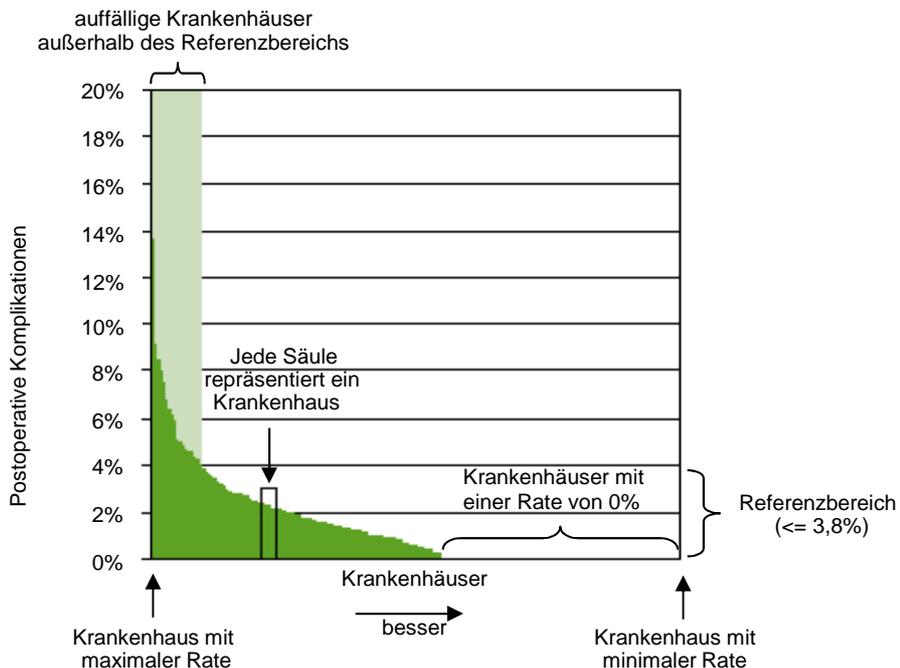
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

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

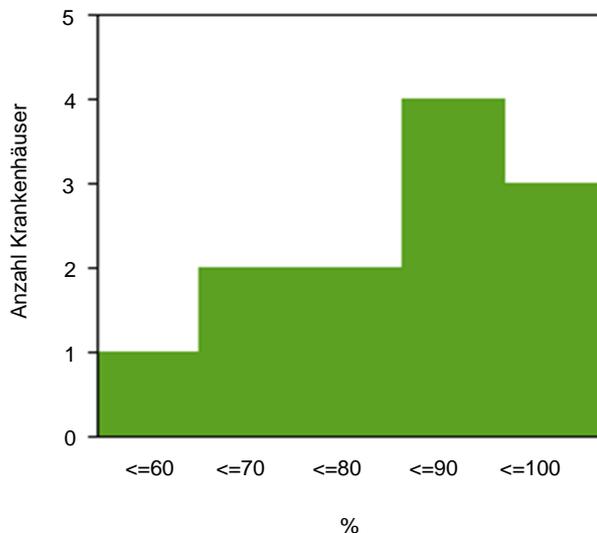
Beispiel:

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

- 1. Klasse: <= 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 Krankhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankhausergebnisse kleiner und 50% der Krankhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse 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 Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse 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.