

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.543
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14101-L90196-P43727

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.543
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14101-L90196-P43727

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n2-HUEFT-TEP/1082 QI 1: Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			95,3%	>= 90,0%	innerhalb		11
2013/17n2-HUEFT-TEP/265 QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,9%	>= 95,0%	innerhalb		13
QI 3: Postoperative Beweglichkeit 3a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			95,5%	>= 95,0%	innerhalb		15
3b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,5%	>= 95,0%	innerhalb		17

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

² „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,4%	nicht definiert	-	0,3%	20
4b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,36	<= 6,17	innerhalb		23
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Operationen			0,4%	nicht definiert	-		25
5b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,30	<= 6,83	innerhalb		27

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

² „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Operationen			1,3%	nicht definiert	-		29
6b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,34	<= 4,16	innerhalb		31
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Operationen			0,2%	nicht definiert	-		33
7b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,58	<= 9,39	innerhalb		35
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Operationen			0,5%	nicht definiert	-		37
8b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,07	<= 6,56	innerhalb		39

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

² „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Operationen			0,6%	nicht definiert	-		45
9b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,61	<= 8,07	innerhalb		48
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			1,2%	nicht definiert	-	0,9%	50
10b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,01	<= 3,39	innerhalb		53

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

² „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Operationen			1,7%	nicht definiert	-		55
11b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,02	<= 5,77	innerhalb		57
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			15,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	10,0 Fälle	59
12b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,59	nicht definiert	-		62

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

² „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

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 Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/17n2-HUEFT-TEP/813129 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			63,5%	< 100,0%	innerhalb		64
2013/17n2-HUEFT-TEP/813126 AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			0,0 Fälle	<= 0,0 Fälle	innerhalb		66

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Vorjahresergebnisse

Im Erfassungsjahr 2013 werden erstmalig die Operationen auf einem separaten Bogen dokumentiert. Aufgrund der damit verbundenen Änderungen hinsichtlich Datensatz und Rechenregeln werden in dieser Auswertung lediglich Vorjahresergebnisse dargestellt, deren Datenfelder unverändert auf dem Basisbogen basieren, und die aktuellen Rechenregeln eine Vergleichbarkeit zulassen.

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2013/17n2-HUEFT-TEP/1082

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		9 / 4.544	0,2%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		28 / 4.544	0,6%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		170 / 4.544	3,7%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		3.692 / 4.544	81,3%
Gruppe 5	10 Punkte		645 / 4.544	14,2%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.337 / 4.544	95,4%
Schmerzen				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz				
			929 / 4.544	20,4%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz				
			3.593 / 4.544	79,1%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			2.392 / 4.544	52,6%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			2.540 / 4.544	55,9%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			2.239 / 4.544	49,3%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.492 / 4.544	76,8%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score oder mindestens einem Bewegungsein- schränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			4.332 / 4.544	95,3%
Vertrauensbereich				94,7% - 95,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

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

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

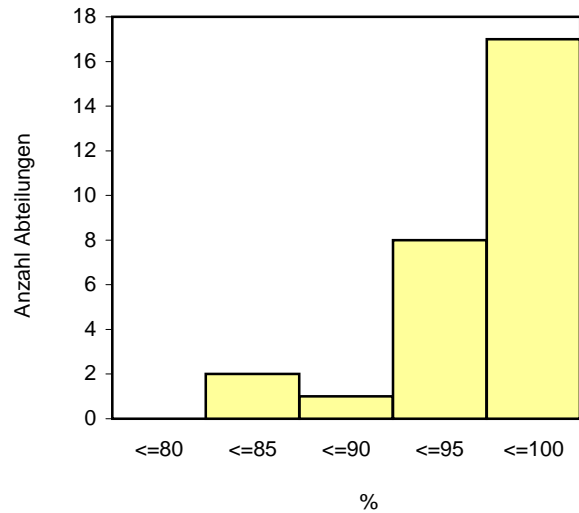
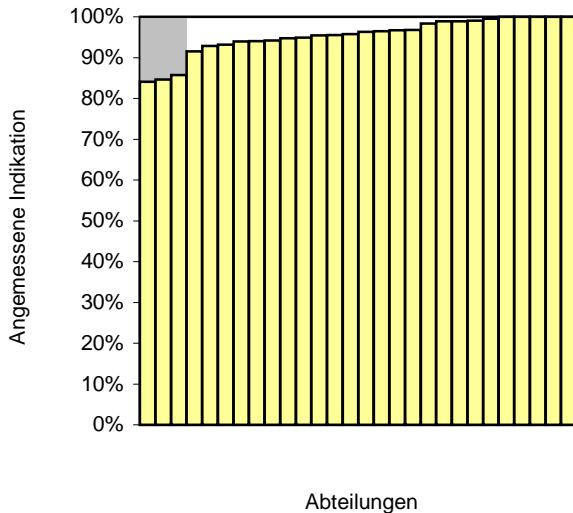
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/1082]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

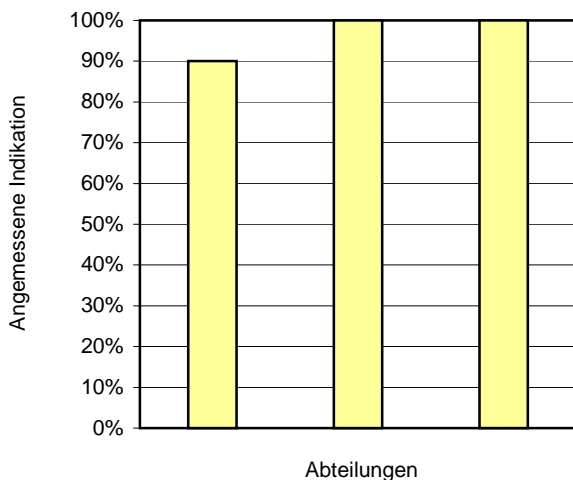
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,0	84,6	85,7	94,0	96,0	99,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,0				100,0				100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Operationen
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/17n2-HUEFT-TEP/265
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 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			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

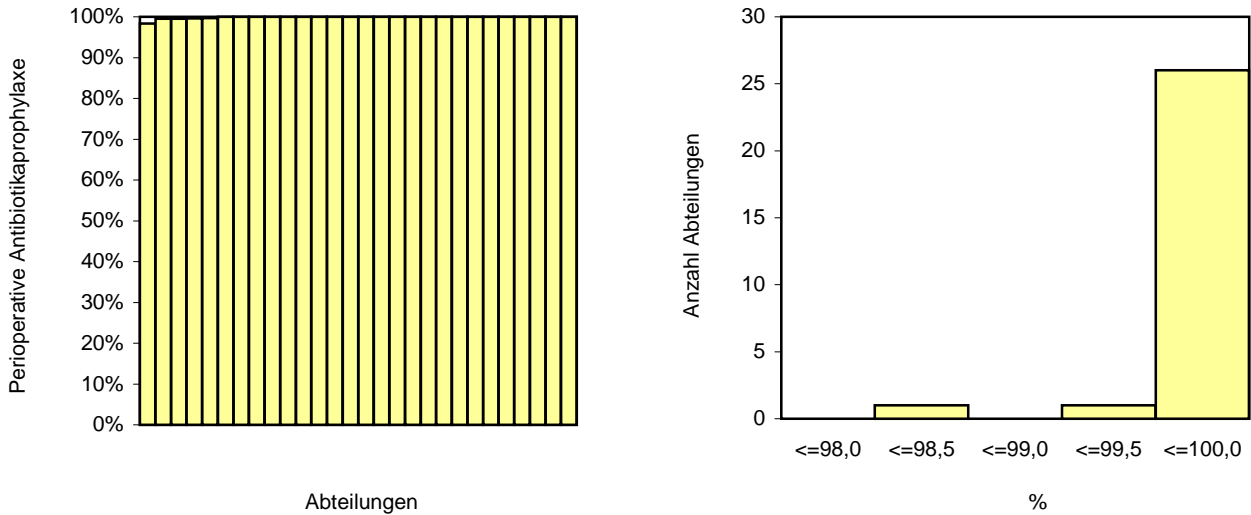
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	4.538 / 4.544 99,9%	4.289 / 4.295 99,9%	249 / 249 100,0%
Vertrauensbereich	99,7% - 99,9%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon single shot	4.102 / 4.538 90,4%	3.943 / 4.289 91,9%	159 / 249 63,9%
Zweitgabe oder öfter	436 / 4.538 9,6%	346 / 4.289 8,1%	90 / 249 36,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/265]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

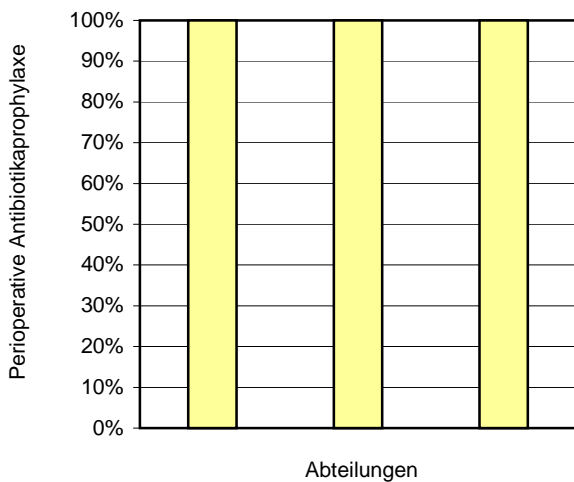
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

Qualitätsziel: Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/70

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 3a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/2223

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

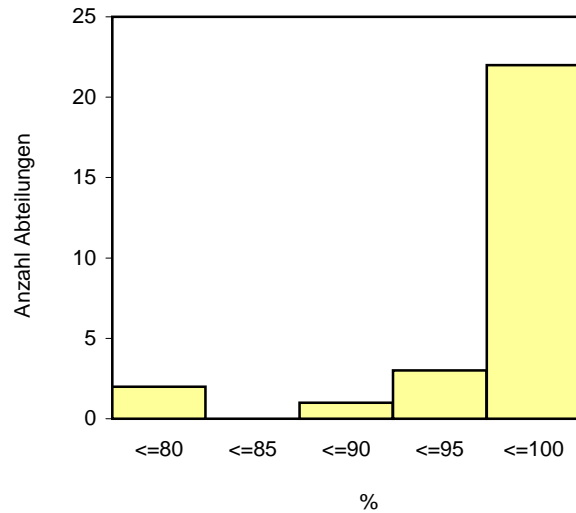
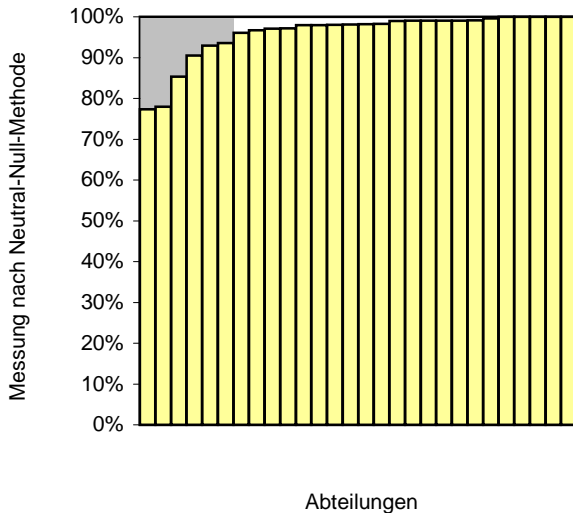
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			4.338 / 4.544	95,5%
Vertrauensbereich				94,8% - 96,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/2223]:

Anteil von Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

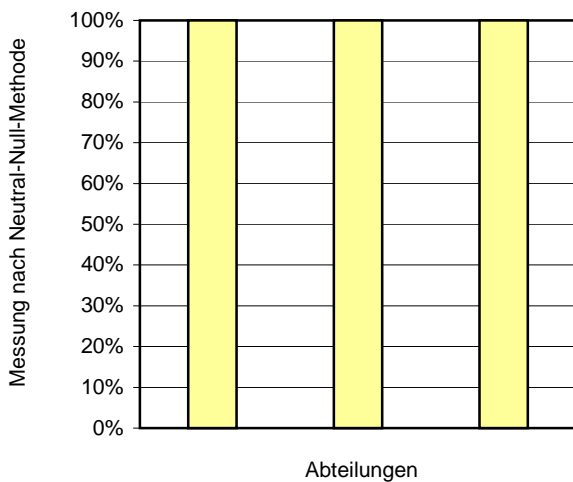
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,4	77,9	85,3	96,4	98,2	99,1	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: (QI 3b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/446

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

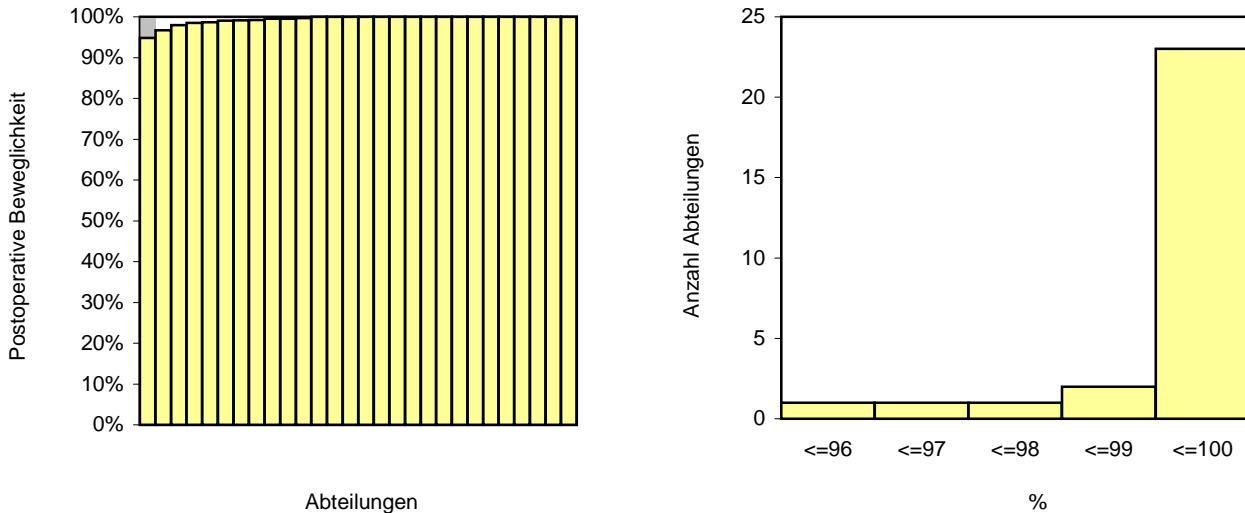
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich Referenzbereich			4.316 / 4.338	99,5% 99,2% - 99,7% >= 95,0%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			4.326 / 4.338	99,7%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 70 Grad)			4.328 / 4.338	99,8%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/446]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

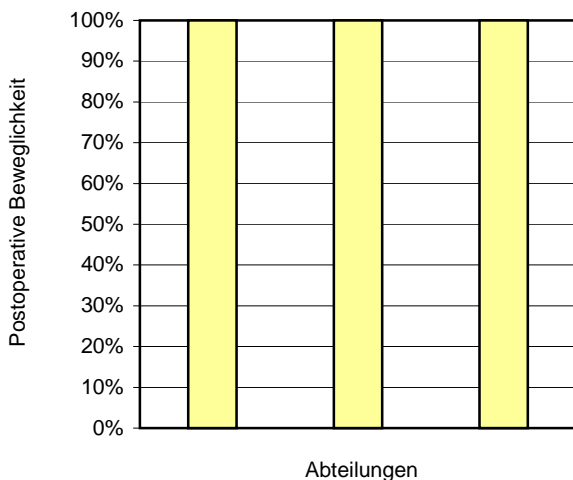
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,8	96,7	97,9	99,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilung 2013				
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
Gesamt 2013				
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	4.103 / 4.120 99,6%	84 / 86 97,7%	41 / 43 95,3%	88 / 89 98,9%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/264

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.492 / 4.528	99,2%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			19 / 4.528	0,4%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			15 / 4.284	0,4%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			2 / 94	2,1%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 48	2,1%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			1 / 102	1,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

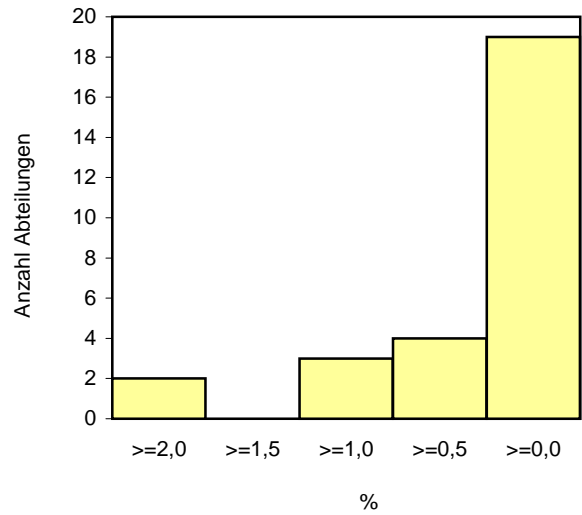
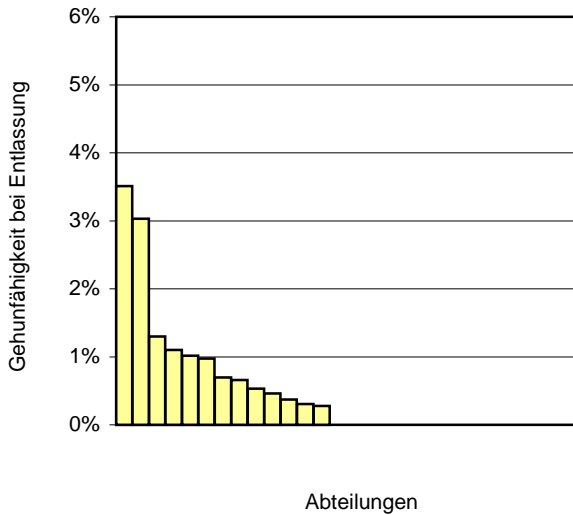
Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			13 / 4.373	0,3% 0,2% - 0,5%

¹ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

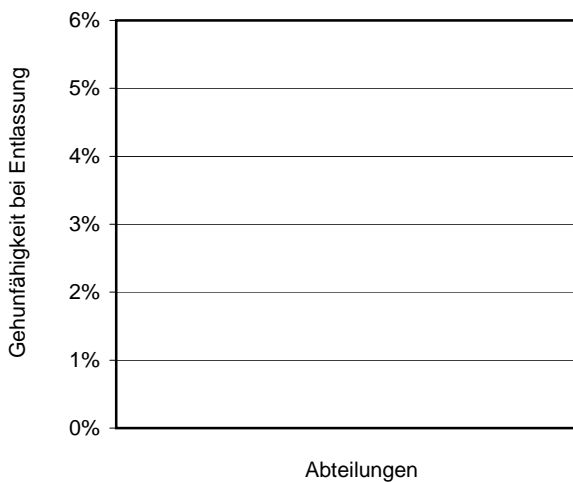
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/264]:
Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 4b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50909
Referenzbereich: <= 6,17 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		19 / 4.528 0,42%
vorhergesagt (E) ¹		13,98 / 4.528 0,31%
O - E		0,11%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,36
Vertrauensbereich		0,87 - 2,12
Referenzbereich	<= 6,17	<= 6,17

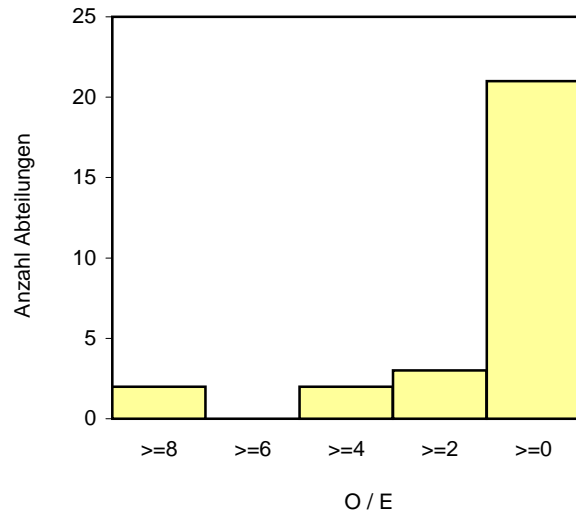
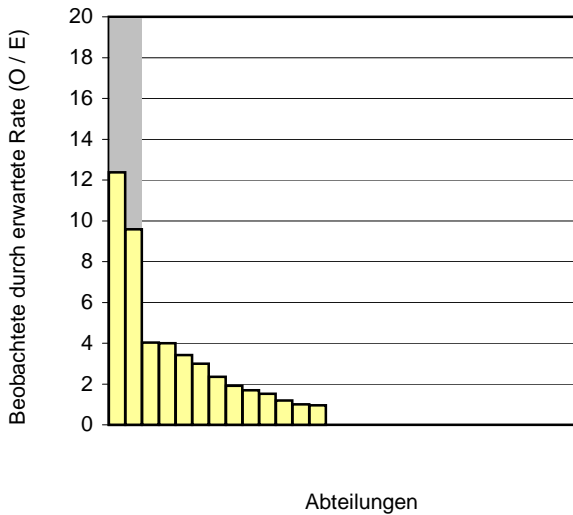
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete 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.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50909]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

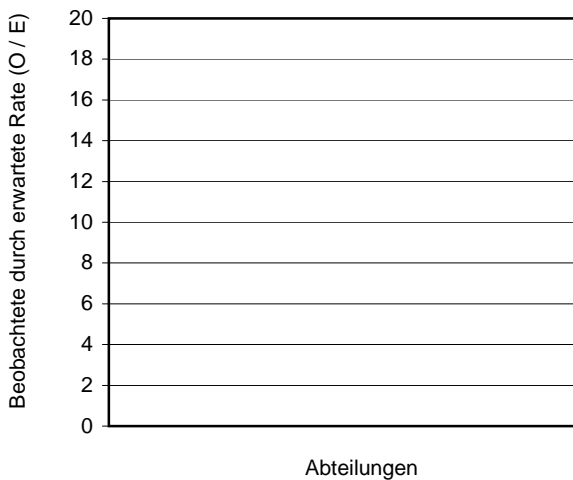
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13	4,03	9,58	12,37

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 5a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/447

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

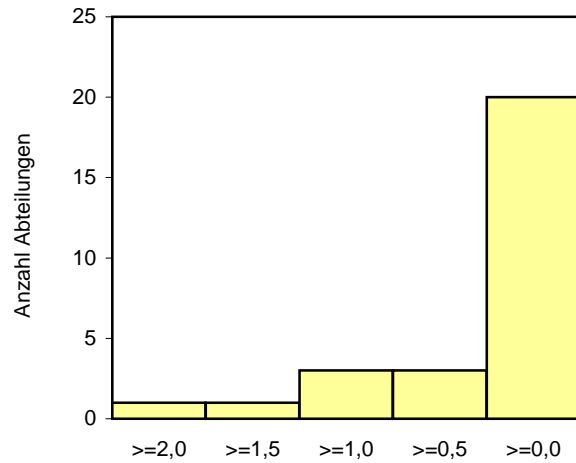
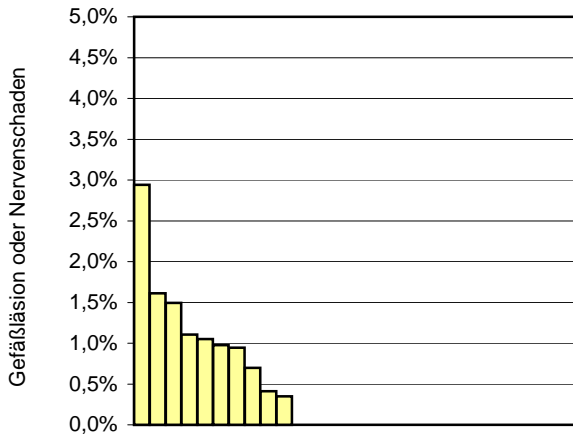
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			3 / 4.544	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			14 / 4.544	0,3%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			17 / 4.544	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/447]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



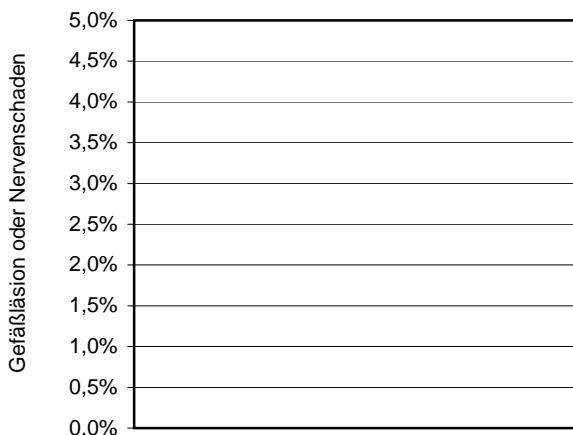
Abteilungen

%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 5b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50914
Referenzbereich: <= 6,83 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		17 / 4.544 0,37%
vorhergesagt (E) ¹		13,04 / 4.544 0,29%
O - E		0,09%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,30
Vertrauensbereich		0,81 - 2,09
Referenzbereich	<= 6,83	<= 6,83

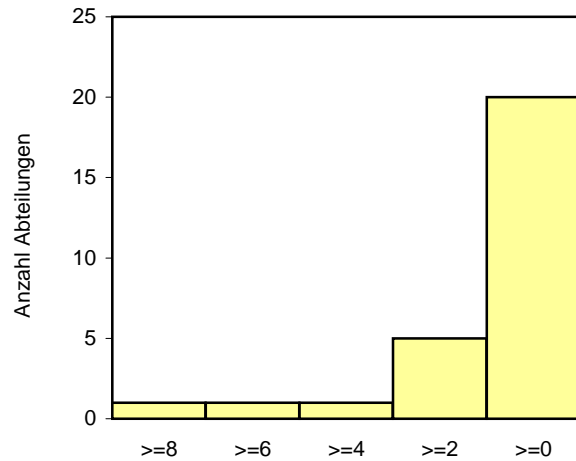
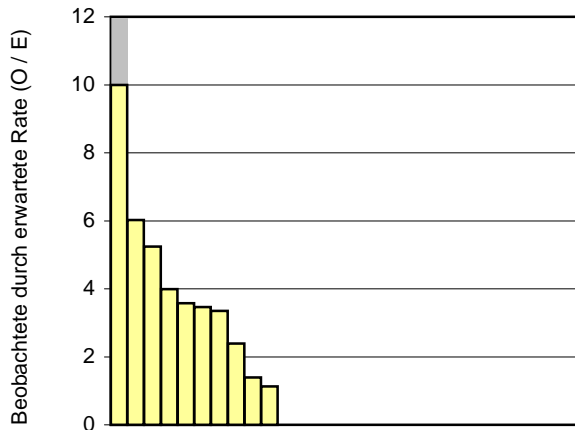
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50914]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,87	5,25	6,02	9,99

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/449

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

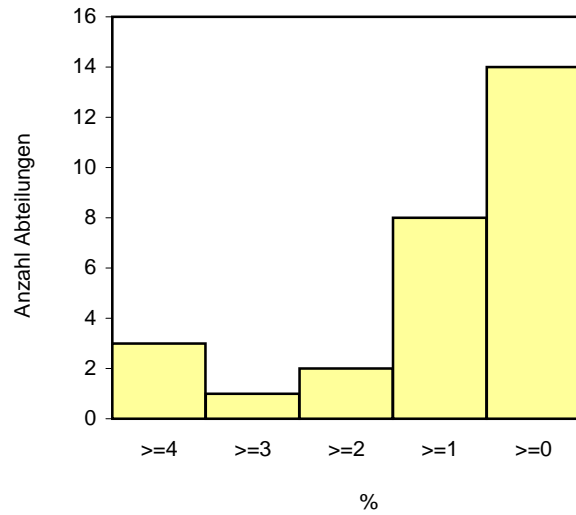
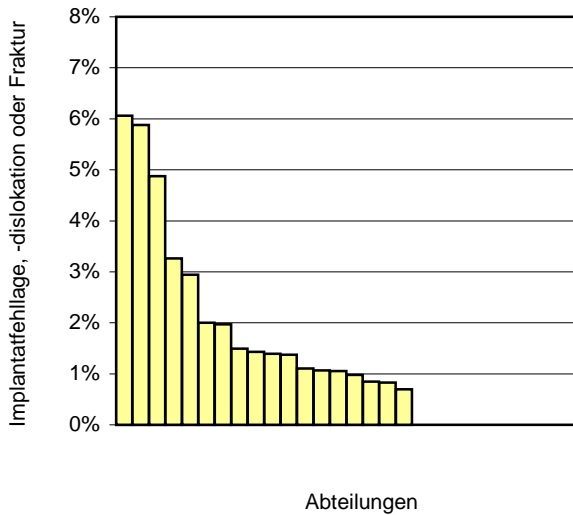
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			2 / 4.544	0,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			5 / 4.544	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			55 / 4.544	1,2%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			59 / 4.544	1,3%
Vertrauensbereich				1,0% - 1,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/449]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

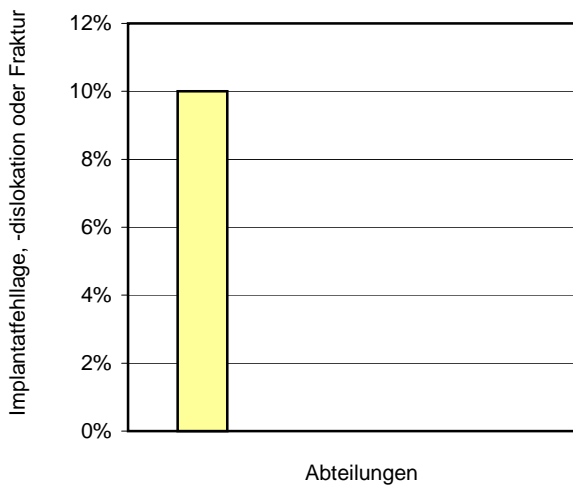
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,7	4,9	5,9	6,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				10,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 6b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919
Referenzbereich: <= 4,16 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		59 / 4.544 1,30%
vorhergesagt (E) ¹		44,19 / 4.544 0,97%
O - E		0,33%

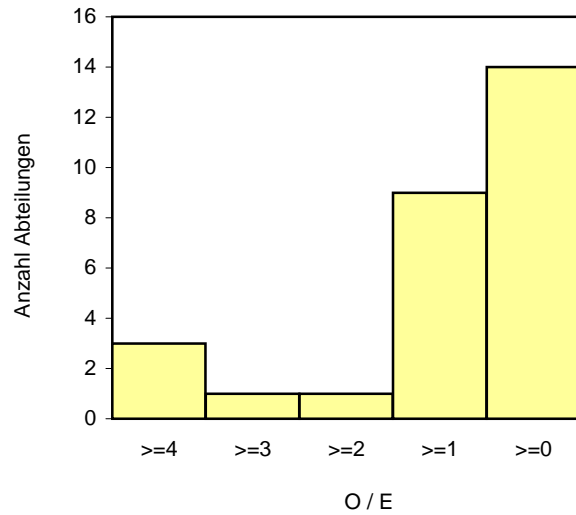
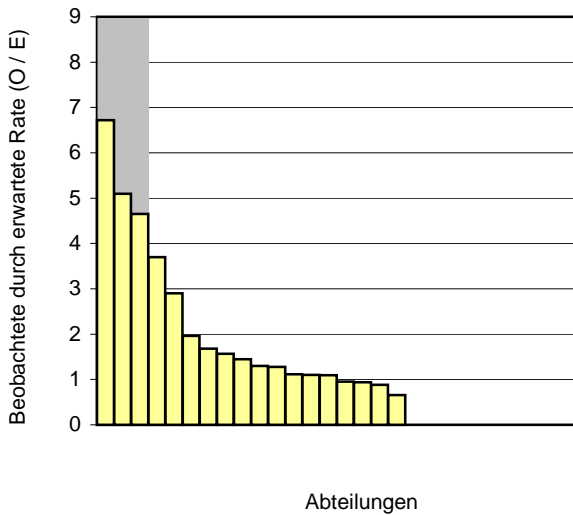
¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50919.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,34
Vertrauensbereich		1,04 - 1,72
Referenzbereich	<= 4,16	<= 4,16

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.

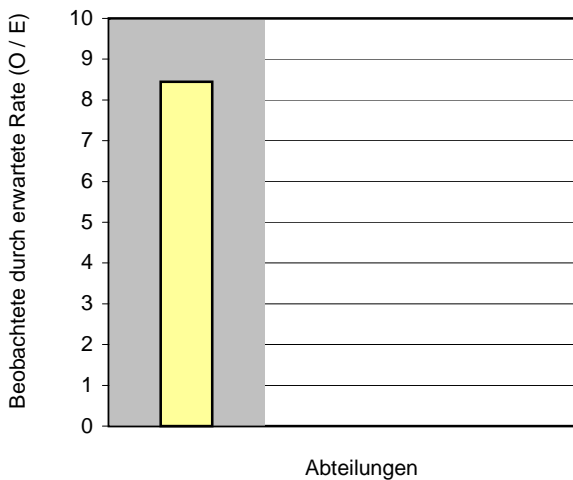
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,02	1,62	4,65	5,10	6,72

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				8,45

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

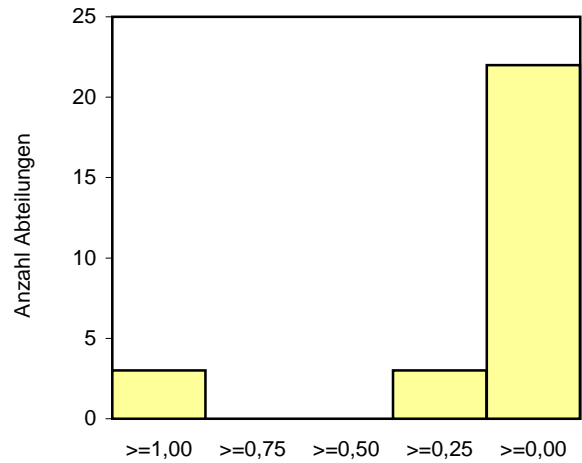
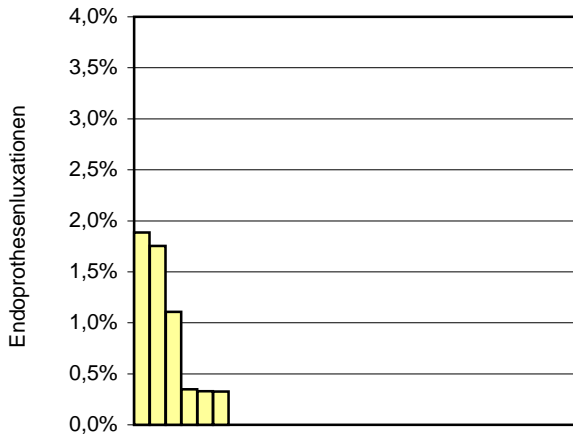
Indikator-ID: (QI 7a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/451

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			9 / 4.544	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/451]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

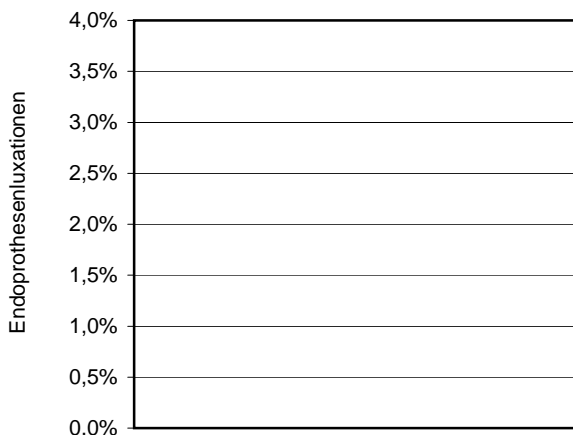


Abteilungen

%

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 7b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50924
Referenzbereich: <= 9,39 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		9 / 4.544 0,20%
vorhergesagt (E) ¹		15,49 / 4.544 0,34%
O - E		-0,14%

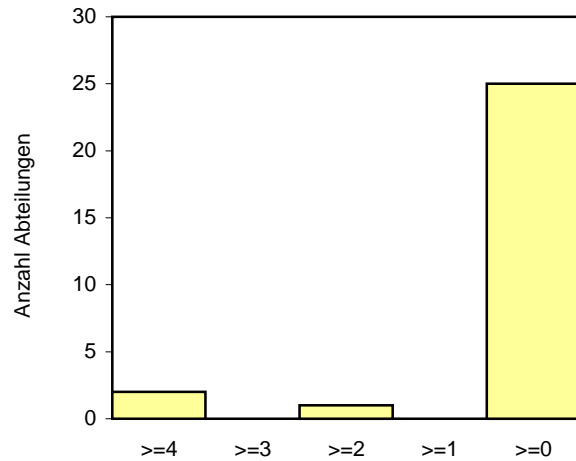
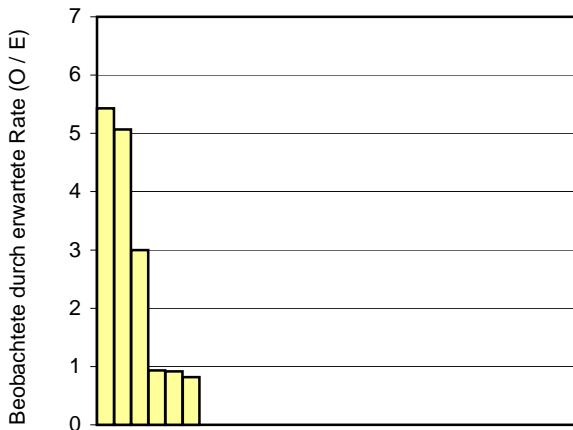
¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50924.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,58
Vertrauensbereich		0,31 - 1,10
Referenzbereich	<= 9,39	<= 9,39

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.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50924]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,00	5,07	5,43

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/452

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

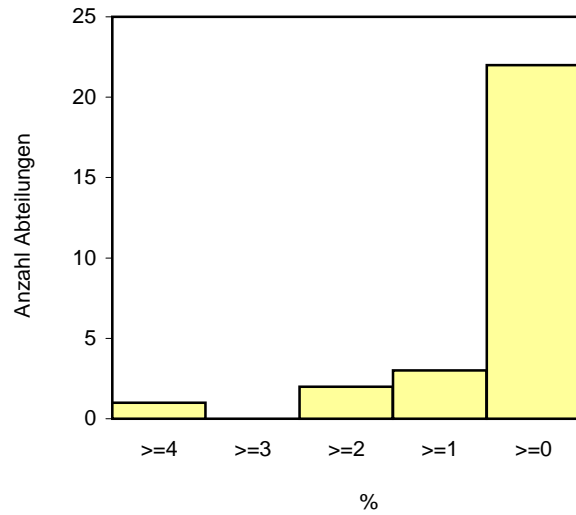
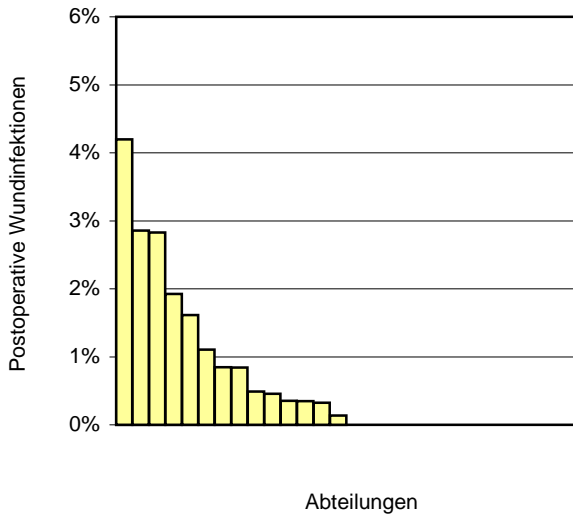
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich Referenzbereich			24 / 4.544	0,5% 0,4% - 0,8% nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat		nicht definiert	8 / 4.544	0,2%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			16 / 4.544	0,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/452]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

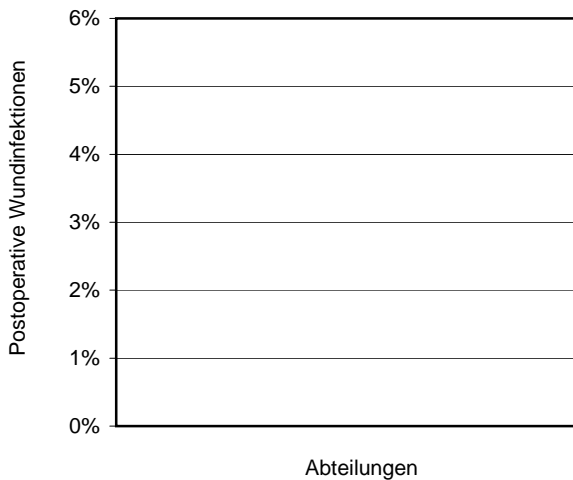
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 8b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929
Referenzbereich: <= 6,56 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		24 / 4.544 0,53%
vorhergesagt (E) ¹		22,36 / 4.544 0,49%
O - E		0,04%

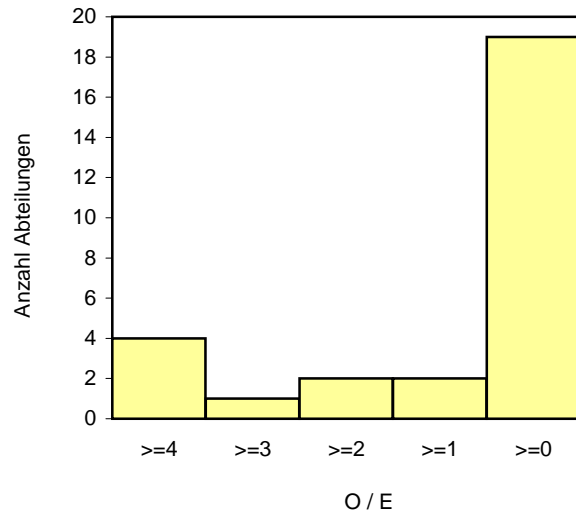
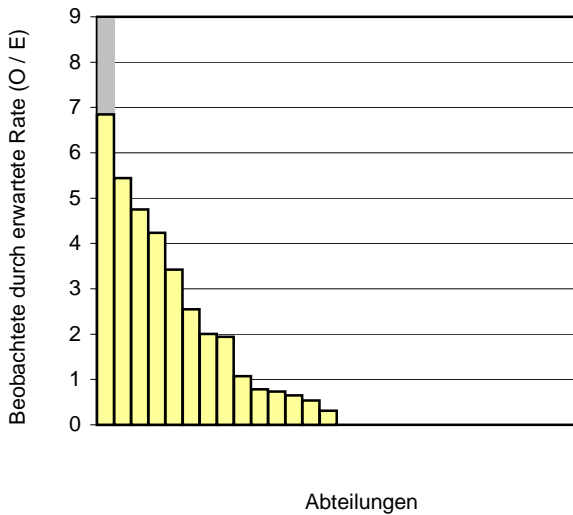
¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50929.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,07
Vertrauensbereich		0,72 - 1,59
Referenzbereich	<= 6,56	<= 6,56

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

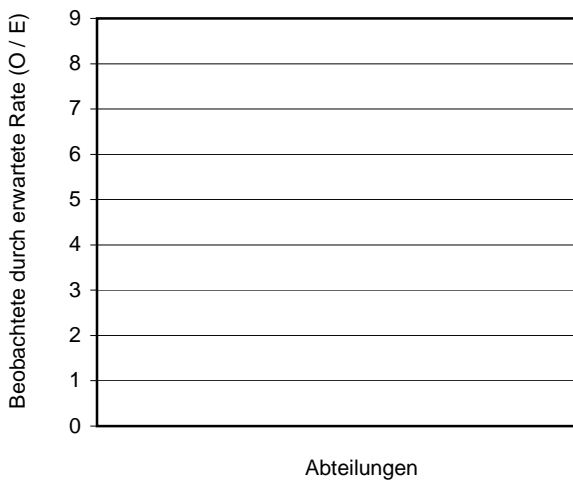
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	1,97	4,75	5,44	6,85

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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: > 90 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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.311 / 4.544	50,9%
Risikoklasse 1			1.829 / 4.544	40,3%
Risikoklasse 2			400 / 4.544	8,8%
Risikoklasse 3			4 / 4.544	0,1%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 0

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			4 / 2.311	0,2%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 2.311	0,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 2.311	0,1%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			9 / 1.829	0,5%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 1.829	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			7 / 1.829	0,4%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 2

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			10 / 400	2,5%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			5 / 400	1,3%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			5 / 400	1,3%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			1 / 4	25,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 4	0,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			1 / 4	25,0%

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 9a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/454

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

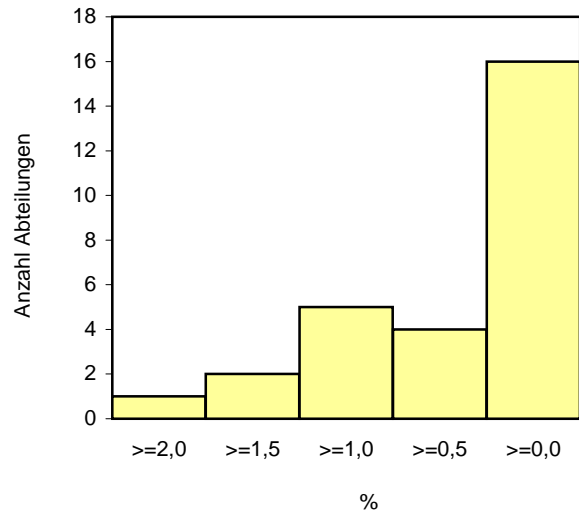
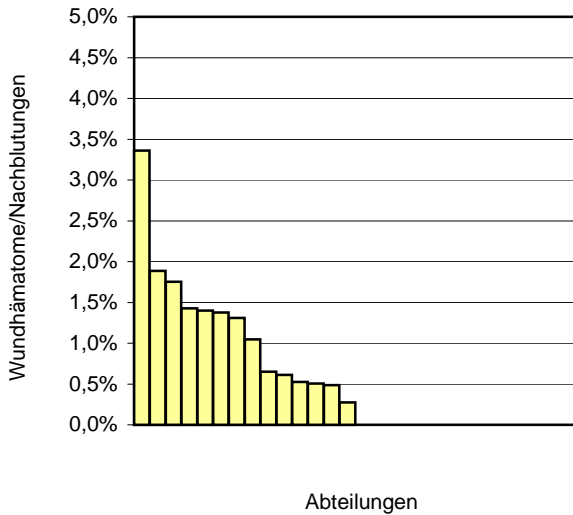
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			29 / 4.544	0,6%
Vertrauensbereich				0,4% - 0,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/454]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

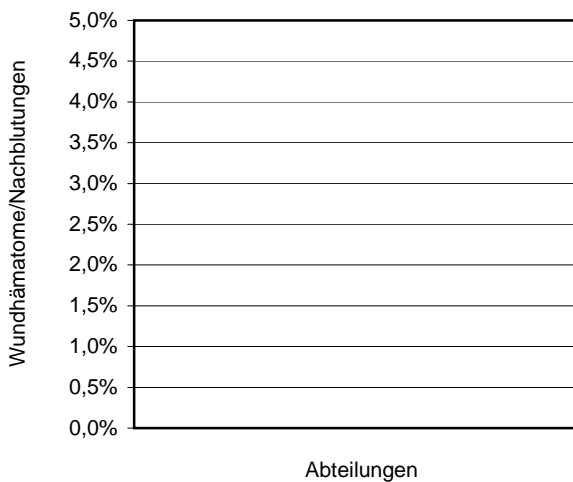
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2	1,8	1,9	3,4

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilung 2013				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
Gesamt 2013				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	3 / 1.385 0,2%	22 / 2.910 0,8%	2 / 217 0,9%	2 / 32 6,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 9b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50934
Referenzbereich: <= 8,07 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		29 / 4.544 0,64%
vorhergesagt (E) ¹		47,16 / 4.544 1,04%
O - E		-0,40%

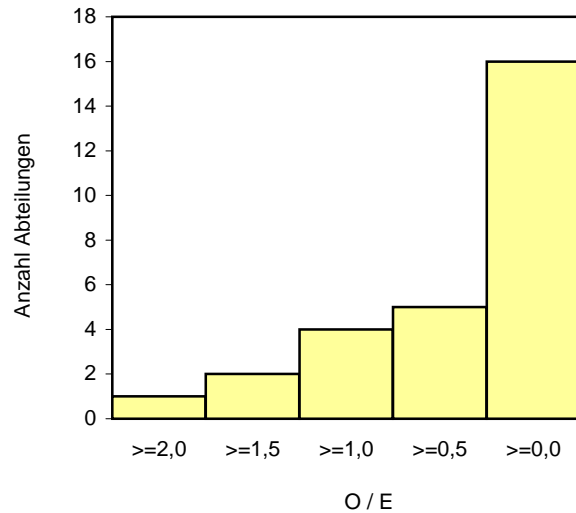
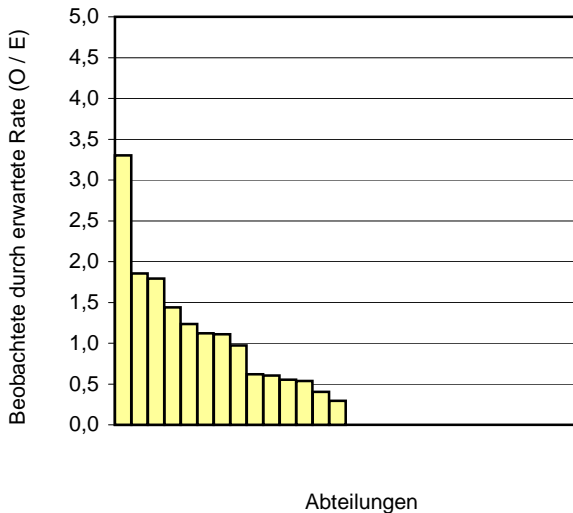
¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50934.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,61
Vertrauensbereich		0,43 - 0,88
Referenzbereich	<= 8,07	<= 8,07

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.

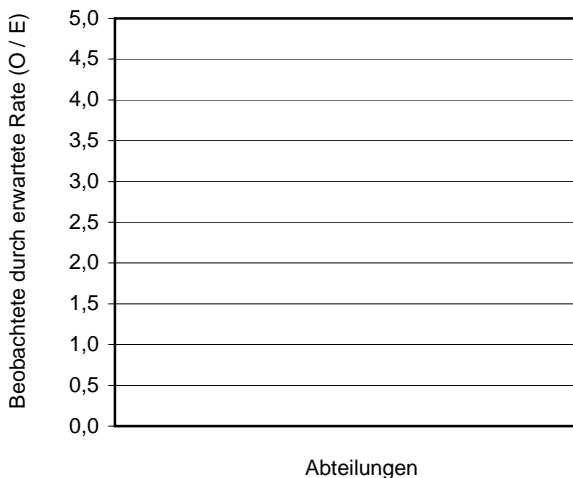
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50934]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Operationen**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	1,04	1,79	1,85	3,30

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 10a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/455

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

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich			nicht definiert

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	10 / 4.543 0,2%	2 / 2.811 0,1%	8 / 1.732 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	37 / 4.543 0,8%	12 / 2.811 0,4%	25 / 1.732 1,4%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	3 / 4.543 0,1%	2 / 2.811 0,1%	1 / 1.732 0,1%
Patienten mit Lungenembolie	6 / 4.543 0,1%	1 / 2.811 0,0%	5 / 1.732 0,3%
Patienten mit sonstiger Komplikation	115 / 4.543 2,5%	42 / 2.811 1,5%	73 / 1.732 4,2%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	54 / 4.543 1,2% 0,9% - 1,5% nicht definiert	16 / 2.811 0,6%	38 / 1.732 2,2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ¹ Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 ¹ Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ¹ Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 ¹ Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	39 / 4.383 0,9% 0,7% - 1,2%		

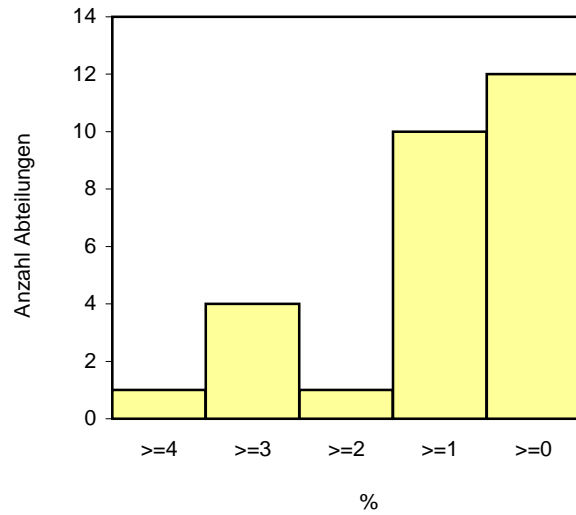
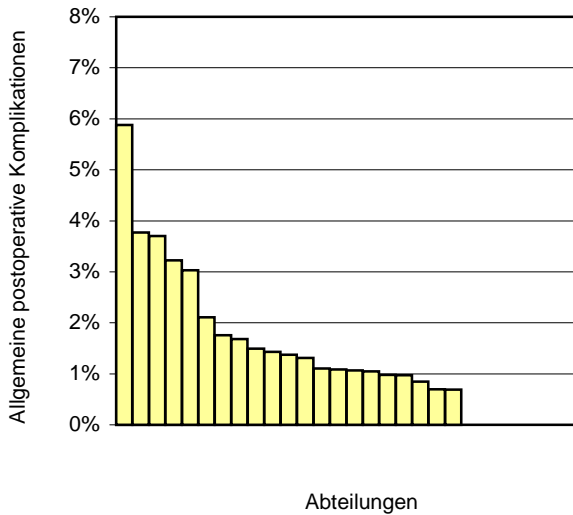
¹ Aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/455]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

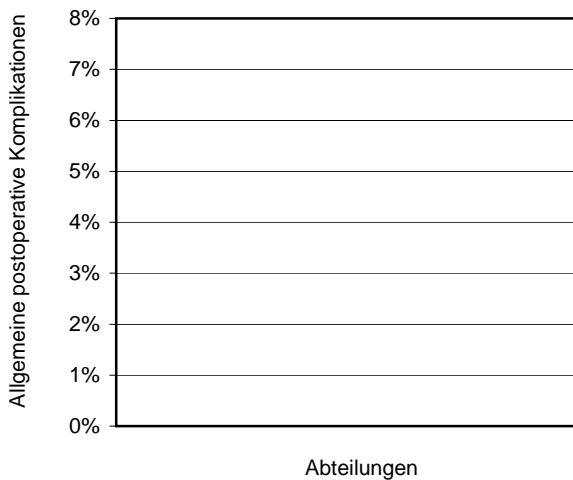
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	1,1	1,7	3,7	3,8	5,9

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10b:) 2013/17n2-HUEFT-TEP/50939

Referenzbereich: <= 3,39 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		54 / 4.543 1,19%
vorhergesagt (E) ¹		53,70 / 4.543 1,18%
O - E		0,01%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,01
Vertrauensbereich		0,77 - 1,31
Referenzbereich	<= 3,39	<= 3,39

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

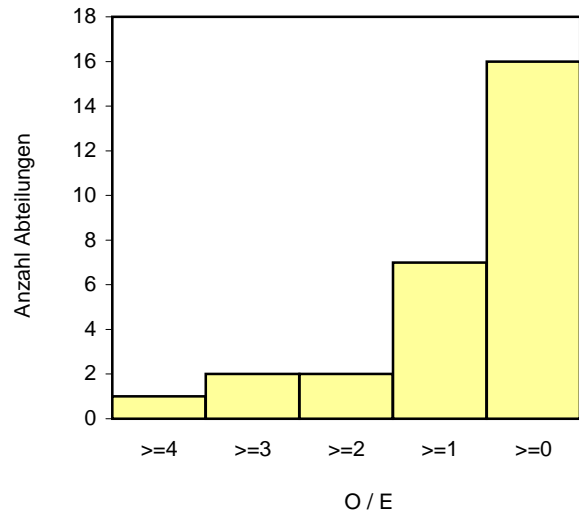
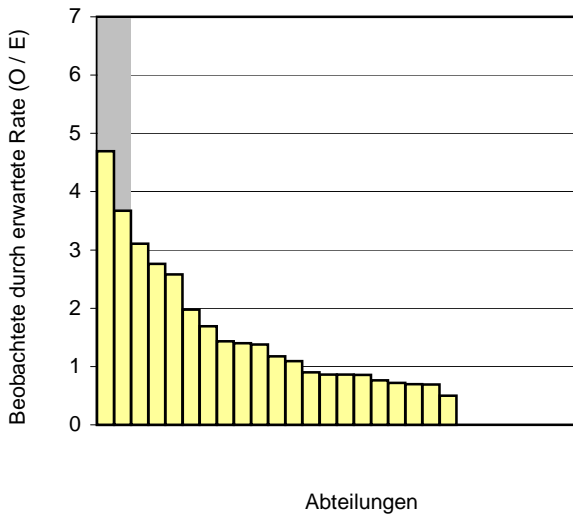
Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50939]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

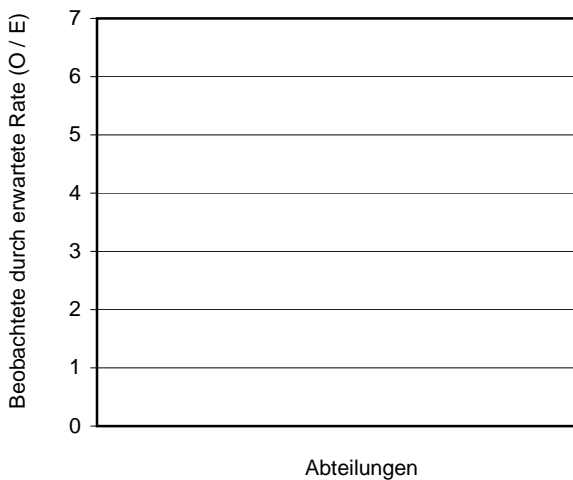
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,25	0,86	1,56	3,11	3,67	4,69

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 11a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/456

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

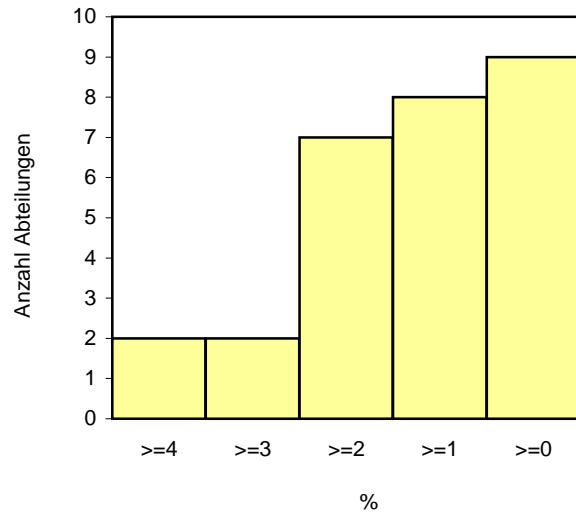
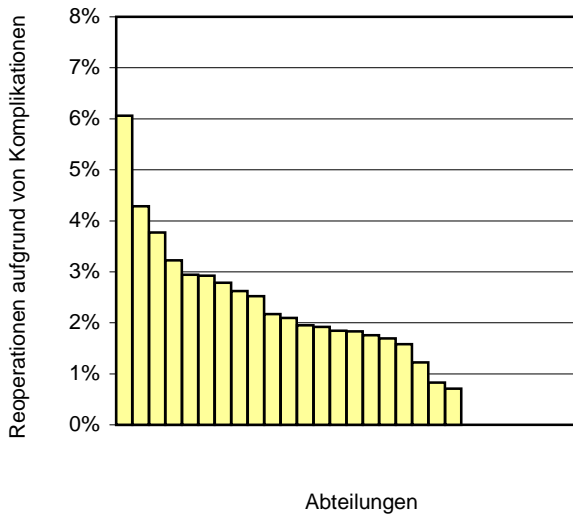
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			76 / 4.544	1,7%
Vertrauensbereich				1,3% - 2,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/456]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

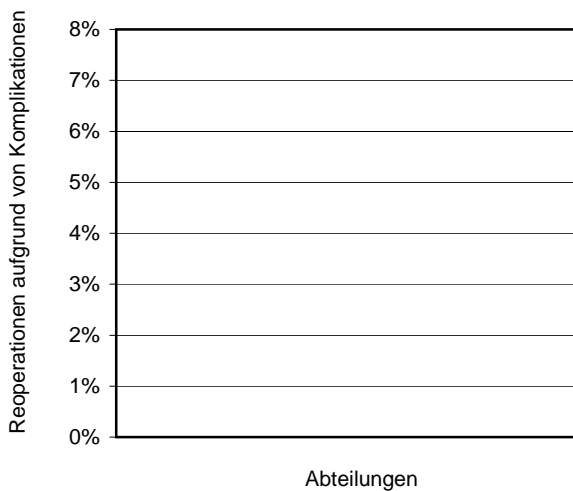
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,4	1,8	2,7	3,8	4,3	6,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 11b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50944
Referenzbereich: <= 5,77 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		76 / 4.544 1,67%
vorhergesagt (E) ¹		74,50 / 4.544 1,64%
O - E		0,03%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,02
Vertrauensbereich		0,82 - 1,27
Referenzbereich	<= 5,77	<= 5,77

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.

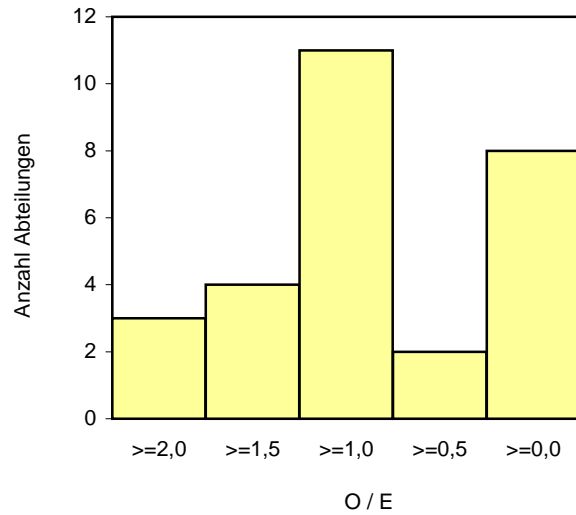
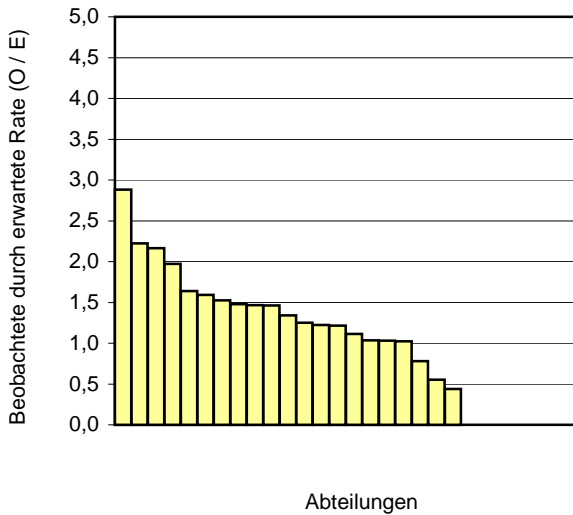
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50944]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

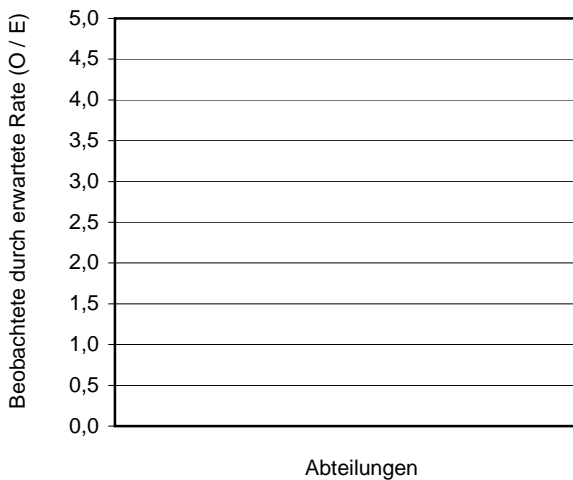
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,22	1,17	1,50	2,16	2,22	2,88

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus


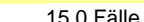
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus


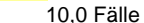
Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 12a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/457

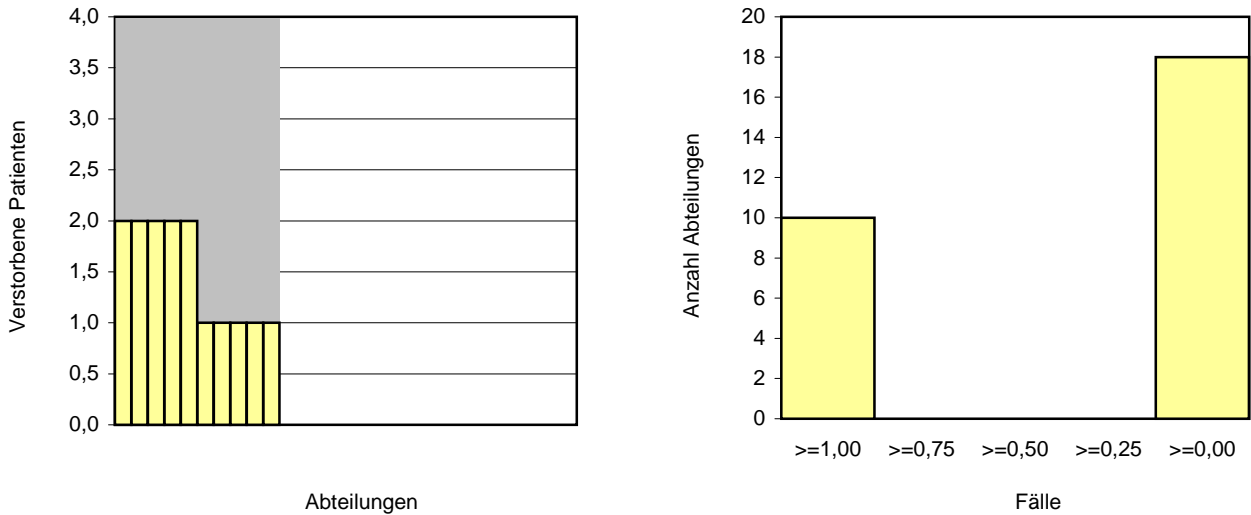
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	15 / 4.543	 15,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			10 / 4.383	 10,0 Fälle

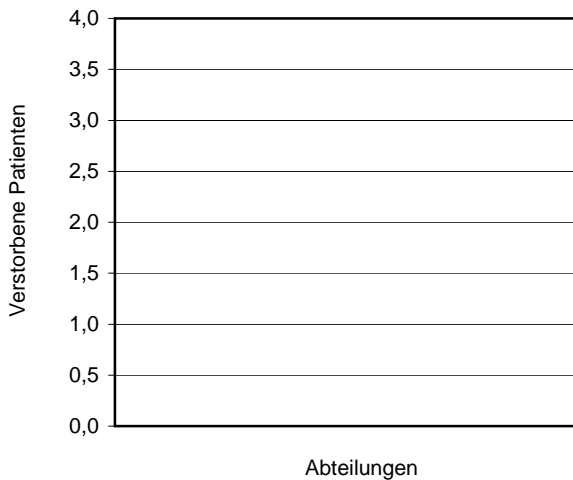
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/457]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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

	Abteilung 2013			
	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 2013			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 2.811 0,1%	11 / 1.710 0,6%	2 / 22 9,1%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 12b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50949

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 4.543 0,33%
vorhergesagt (E) ¹		9,46 / 4.543 0,21%
O - E		0,12%

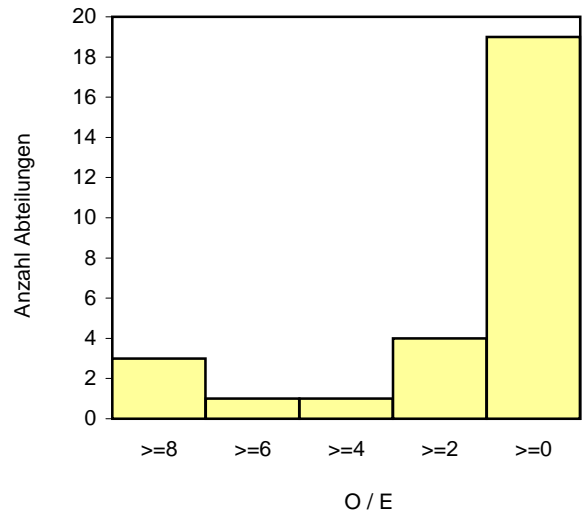
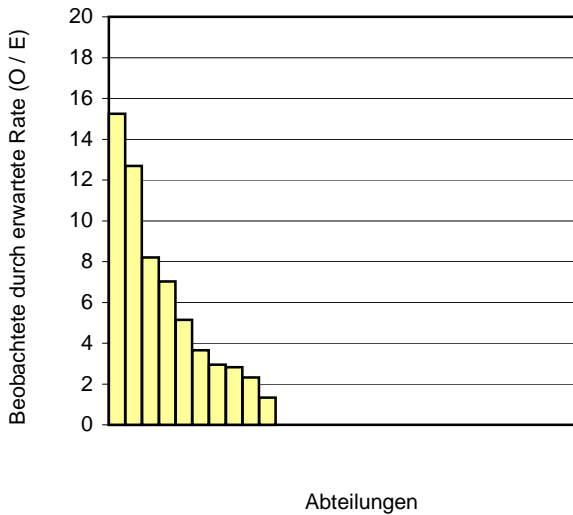
¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score für QI-ID 50949.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,59
Vertrauensbereich		0,96 - 2,61
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.

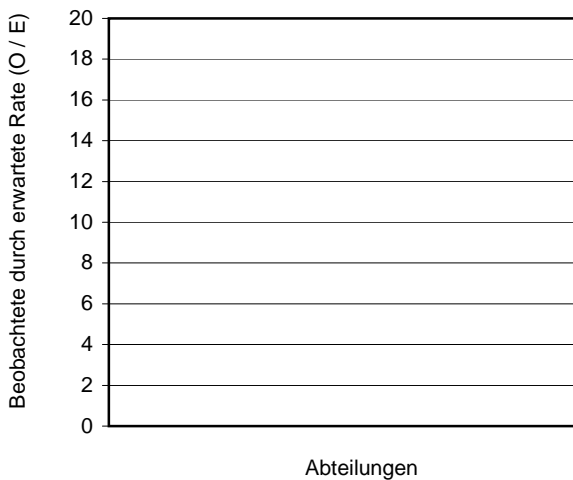
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50949]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,89	8,20	12,69	15,25

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

Indikator-ID: 2013/17n2-HUEFT-TEP/813129

Referenzbereich: < 100,0%

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

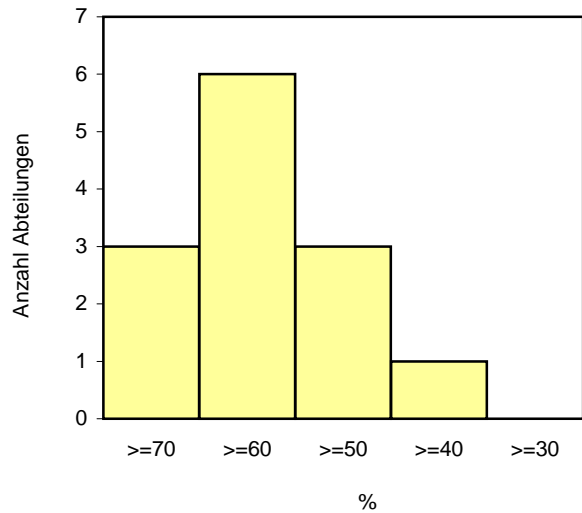
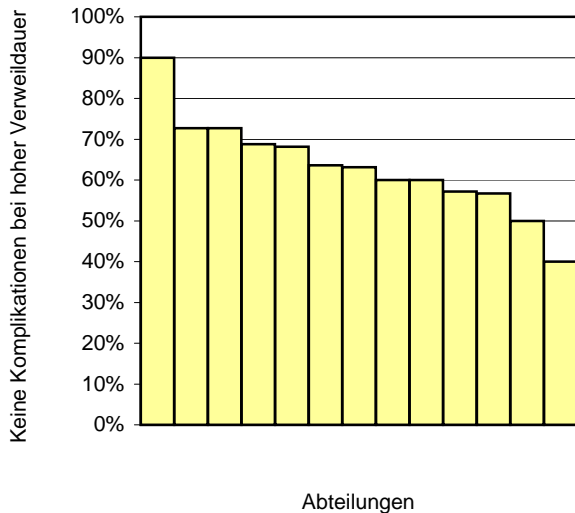
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			181 / 285	63,5% 57,8% - 68,9% < 100,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK2a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/813129]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

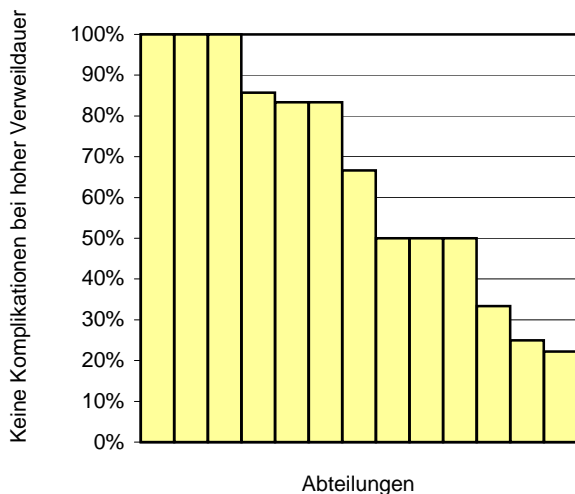
13 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0		50,0	57,1	63,2	68,8	72,7		90,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	22,2		25,0	50,0	66,7	85,7	100,0		100,0

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

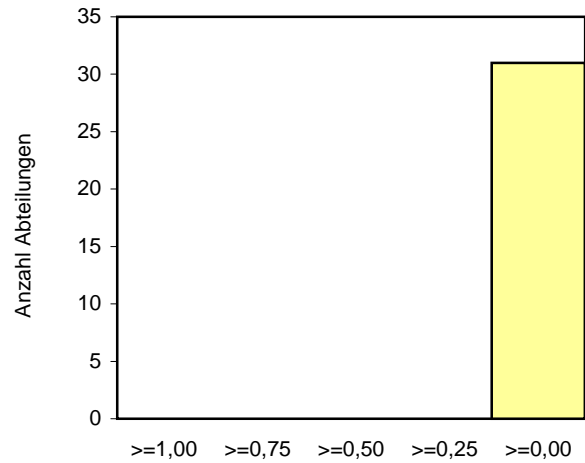
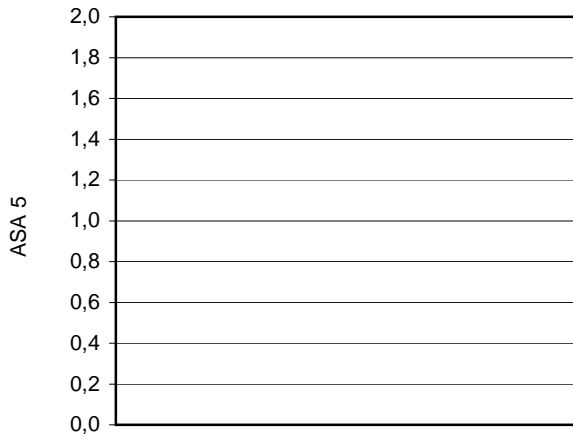
Auffälligkeitskriterium 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2013/17n2-HUEFT-TEP/813126
Referenzbereich: <= 0,0 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): 50919, 50924, 50929, 50934, 50939, 50944, 50949

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		0 / 4.543 <= 0,0 Fälle	0 / 4.543	0,0 Fälle <= 0,0 Fälle

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/813126]:
Anzahl Patienten mit ASA 5 von allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 31 Abteilungen haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Fälle

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

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.543
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14101-L90196-P43727

Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.273	28,0	1.278	29,2
2. Quartal			1.104	24,3	1.082	24,7
3. Quartal			1.065	23,4	1.003	22,9
4. Quartal			1.101	24,2	1.020	23,3
Gesamt			4.543		4.383	

Behandlungszeiten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.543		4.383	
Median				11,0		11,0
Mittelwert				12,1		12,1
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.544			
Median				1,0		
Mittelwert				1,4		
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.544			
Median				10,0		
Mittelwert				10,7		

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D62	Akute Blutungsanämie
4	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
8	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	3.414	75,1	M16.1	3.243	74,0
2				I10.00	1.733	38,1	I10.00	1.590	36,3
3				D62	1.501	33,0	D62	1.225	27,9
4				Z96.6	841	18,5	Z96.6	666	15,2
5				I10.90	838	18,4	E11.90	430	9,8
6				E11.90	537	11,8	I10.90	367	8,4
7				E66.00	377	8,3	M16.9	357	8,1
8				M16.9	349	7,7	E66.00	351	8,0

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 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 2013¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
3	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
4	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung

OPS 2013

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-820.00	3.500	77,0			
2				8-915	436	9,6			
3				5-820.94	428	9,4			
4				5-820.02	363	8,0			
5				8-803.2	330	7,3			

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2012 und OPS 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
5-983 Reoperation			9 / 4.544	0,2		
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.544	0,0		
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.544	0,0		
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			327 / 4.544	7,2		

Patienten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.543 / 4.543		4.383 / 4.383	
< 50 Jahre			230 / 4.543	5,1	227 / 4.383	5,2
50 - 59 Jahre			799 / 4.543	17,6	751 / 4.383	17,1
60 - 69 Jahre			1.138 / 4.543	25,0	1.115 / 4.383	25,4
70 - 79 Jahre			1.859 / 4.543	40,9	1.810 / 4.383	41,3
80 - 89 Jahre			489 / 4.543	10,8	468 / 4.383	10,7
>= 90 Jahre			28 / 4.543	0,6	12 / 4.383	0,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.543		4.383	
Median				70,0		70,0
Mittelwert				67,9		67,9
Geschlecht						
männlich			2.040	44,9	1.899	43,3
weiblich			2.503	55,1	2.484	56,7
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			2.429	53,5		
links			2.115	46,5		

Präoperative Anamnese

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Schmerzen						
Ruhschmerz			3.593	79,1		
Belastungsschmerz			929	20,4		
keine Schmerzen			22	0,5		
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			279	6,1		

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.335	95,4		
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.335			
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,1		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				3,3		
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		
Mittelwert				86,0		
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.335			
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,0		
Mittelwert				15,9		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,3		
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,0		
Mittelwert				10,3		
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.335			
Winkel Außenrotation (Grad) Median				15,0		
Mittelwert				14,8		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				2,0		
Winkel Innenrotation (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				4,8		

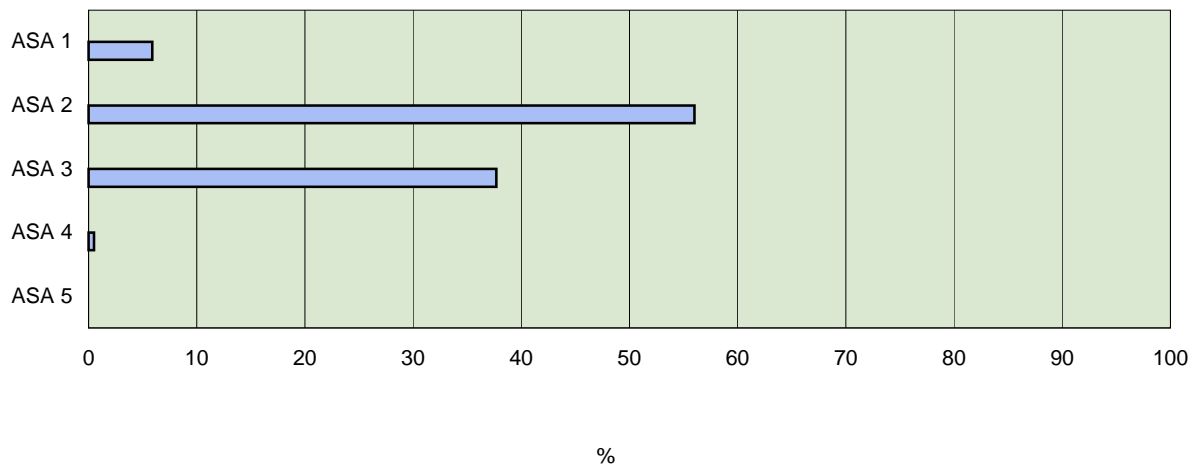
Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Osteophyten						
keine oder fraglich			219	4,8		
eindeutig			2.355	51,8		
große			1.970	43,4		
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			25	0,6		
eindeutig verschmälert			465	10,2		
fortgeschritten verschmälert			2.139	47,1		
aufgehoben			1.915	42,1		
Sklerose						
keine Sklerose			32	0,7		
leichte Sklerose			532	11,7		
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.144	47,2		
Sklerose mit Zysten			1.836	40,4		
Deformierung						
keine Deformierung			301	6,6		
leichte Deformierung			2.047	45,0		
deutliche Deformierung			2.196	48,3		

Befunde

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			267	5,9		
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.544	56,0		
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.711	37,7		
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			22	0,5		
5: moribunder Patient			0	0,0		

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



■ Abteilung
 ■ Gesamt

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.527	99,6		
bedingt aseptische Eingriffe			13	0,3		
kontaminierte Eingriffe			3	0,1		
septische Eingriffe			1	0,0		

Operation

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.544			
Median				70,0		
Mittelwert				75,8		
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten davon			4.538	99,9		
single shot			4.102 / 4.538	90,4		
Zweitgabe			214 / 4.538	4,7		
öfter			222 / 4.538	4,9		

Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
postoperatives Röntgenbild a/p			4.522	99,5		
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			3.401	74,8		
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			135	3,0		
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,0		
Implantatdislokation			5	0,1		
Endoprothesenluxation			9	0,2		
Wundhämatom/Nachblutung			29	0,6		
Gefäßläsion			3	0,1		
Nervenschaden			14	0,3		
Fraktur			55	1,2		
Sonstige			25	0,6		
postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten davon			24	0,5		
A1 (oberflächliche Infektion)			8 / 24	33,3		
A2 (tiefe Infektion)			12 / 24	50,0		
A3 (Räume/Organe)			4 / 24	16,7		
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			76	1,7		

Postoperativer Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			158	3,5	138	3,1
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			10	0,2	4	0,1
kardiovaskuläre Komplikation(en)			37	0,8	28	0,6
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			3	0,1	3	0,1
Lungenembolie			6	0,1	6	0,1
Sonstige			115	2,5	105	2,4

Entlassung I

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.544			
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.338	95,5		
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.338			
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,1		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,1		
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		
Mittelwert				87,8		

Entlassung I (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.492	99,2	4.344	99,3
Nein			36	0,8	29	0,7
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			19	52,8	13	44,8
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.473	98,8	4.336	99,2
Nein			55	1,2	37	0,8
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			25	45,5	21	56,8

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patient	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
01: regulär beendet			2.056	45,3	1.966	44,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			29	0,6	32	0,7
03: aus sonstigen Gründen			3	0,1	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,1	2	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			104	2,3	86	2,0
07: Tod			15	0,3	10	0,2
08: Verlegung nach § 14			3	0,1	19	0,4
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.298	50,6	2.229	50,9
10: in Pflegeeinrichtung			25	0,6	28	0,6
11: in Hospiz			2	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,0	9	0,2
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.543		4.383	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			871	19,2	853	19,5
Dienstag			561	12,3	554	12,6
Mittwoch			678	14,9	563	12,8
Donnerstag			678	14,9	694	15,8
Freitag			931	20,5	946	21,6
Samstag			588	12,9	485	11,1
Sonntag			236	5,2	288	6,6

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-TEP-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2012 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2012 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 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 ein 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 2013 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:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% 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% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (auffällig)

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 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.

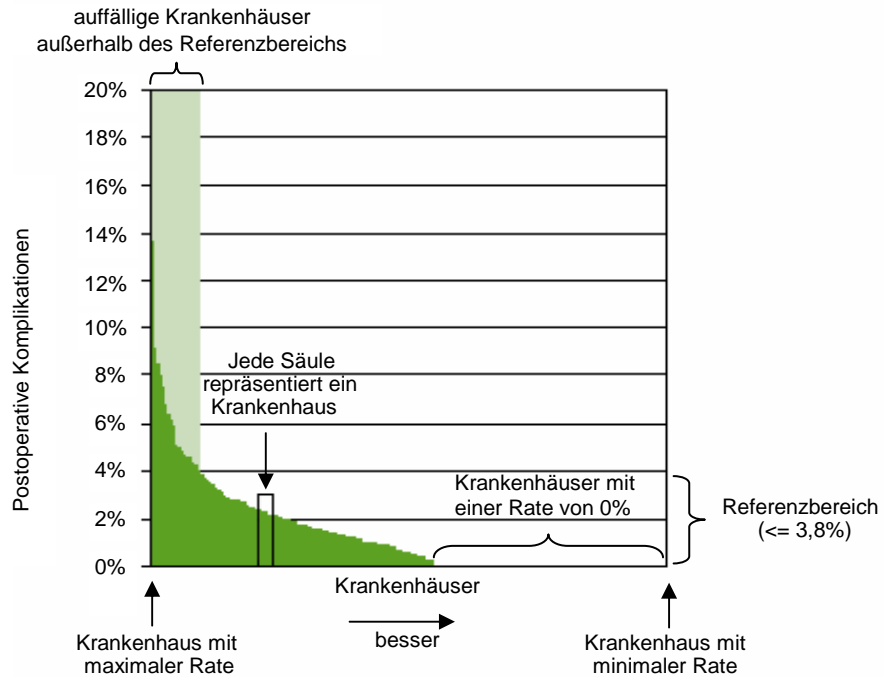
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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

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

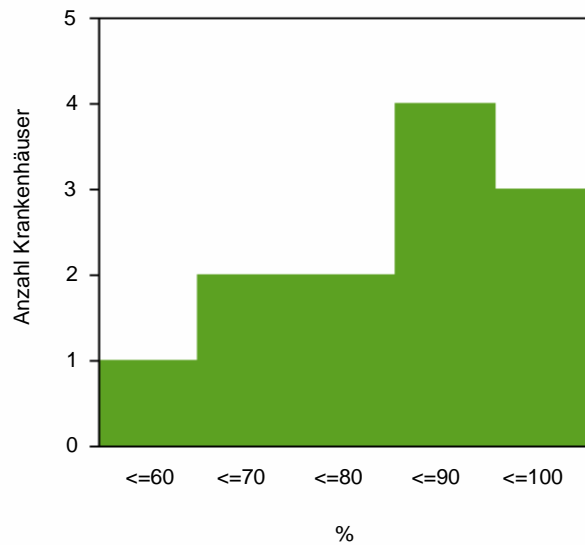
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.