

Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 752
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14102-L90440-P43923

Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 752
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14102-L90440-P43923

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n3-HUEFT-WECH/268 QI 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien			92,1%	>= 84,7%	innerhalb		11
2013/17n3-HUEFT-WECH/270 QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,9%	>= 95,0%	innerhalb		13
QI 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
3a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/10878 bei allen Patienten			2,6%	nicht definiert	-	1,7%	15
3b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,36	<= 3,72	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: Gefäßläsion/Nervenschaden							
4a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221 bei allen Operationen			1,1%	nicht definiert	-		19
4b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,82	<= 3,57	innerhalb		21
QI 5: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur							
5a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/463 bei allen Operationen			1,6%	nicht definiert	-		23
5b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50964 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,87	<= 3,69	innerhalb		25
QI 6: Endoprothesenluxation							
6a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/465 bei allen Operationen			1,1%	nicht definiert	-		27
6b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50969 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,61	<= 5,46	innerhalb		29

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 Erhebungsbogenstruktur 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
2013/17n3-HUEFT-WECH/51866 QI 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen			4,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig		31
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen 8a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/468 bei allen Operationen			2,1%	nicht definiert	-		37
8b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50979 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,73	<= 4,47	innerhalb		40

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: Allgemeine postoperative Komplikationen							
9a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/469 bei allen Patienten			2,9%	nicht definiert	-	3,5%	42
9b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,02	<= 3,47	innerhalb		45
QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
10a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/470 bei allen Operationen			5,6%	nicht definiert	-		47
10b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,89	<= 2,40	innerhalb		49

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: Sterblichkeit im Krankenhaus							
11a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/471 bei allen Patienten			9,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	12,0 Fälle	51
11b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50994 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,87	nicht definiert	-		54

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
2013/17n3-HUEFT-WECH/850204 AK 1: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“			41,0 Fälle	<= 2,0 Fälle	auffällig		56
2013/17n3-HUEFT-WECH/850205 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			51,7%	< 100,0%	innerhalb		58

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-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel:	Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien oder Entzündungszeichen
Grundgesamtheit:	Alle Operationen
Indikator-ID:	2013/17n3-HUEFT-WECH/268
Referenzbereich:	>= 84,7% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			500 / 756	66,1%
Patienten mit Ruheschmerz			200 / 756	26,5%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			376 / 756	49,7%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			254 / 756	33,6%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			187 / 756	24,7%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			223 / 756	29,5%
Patienten mit Substanzverlust Femur			149 / 756	19,7%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			109 / 756	14,4%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			130 / 756	17,2%
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b)			215 / 756	28,4%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			129 / 756	17,1%
Patienten mit Erregernachweis			69 / 756	9,1%

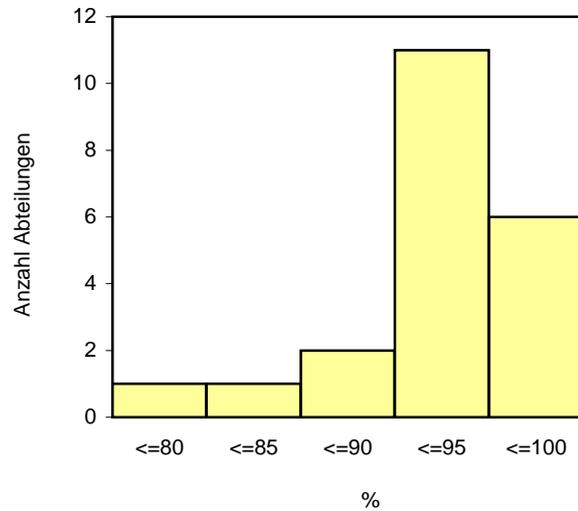
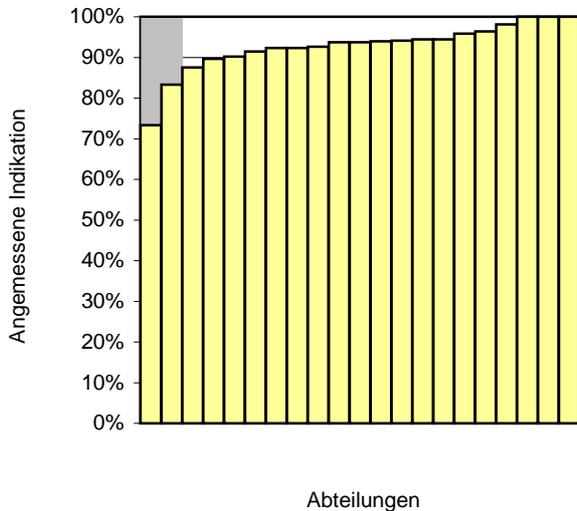
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/ -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindes- tens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungs- zeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis Vertrauensbereich Referenzbereich			696 / 756	92,1%
		>= 84,7%		89,9% - 93,8% >= 84,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/268]:

Anteil von Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

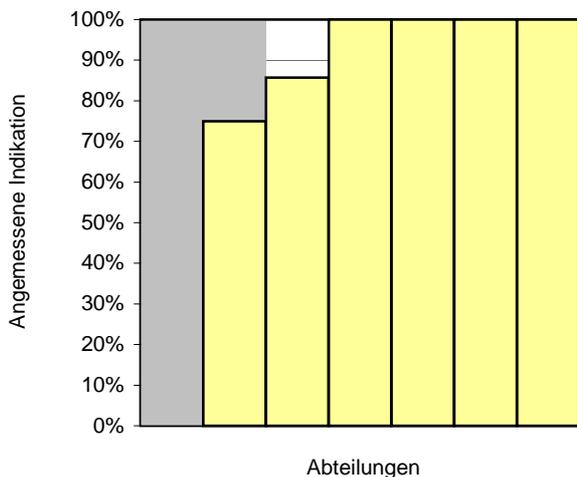
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	73,3	83,3	87,5	91,4	93,8	95,8	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			75,0	100,0	100,0			100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

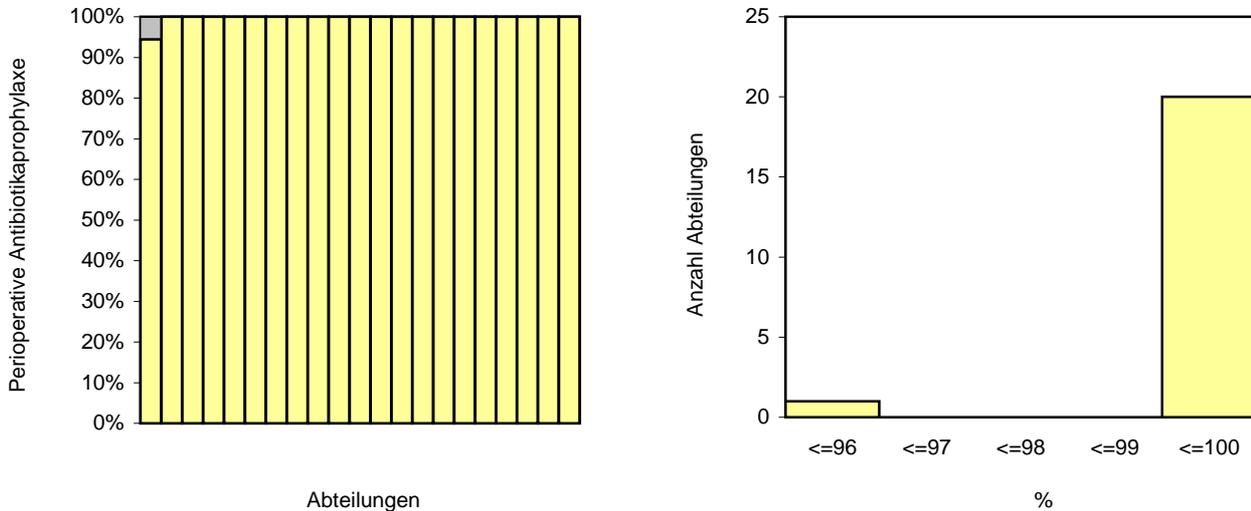
Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Operationen
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/17n3-HUEFT-WECH/270
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)

	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	755 / 756 99,9%	454 / 454 100,0%	301 / 302 99,7%
Vertrauensbereich	99,3% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot	360 / 755 47,7%	251 / 454 55,3%	109 / 301 36,2%
Zweitgabe oder öfter	395 / 755 52,3%	203 / 454 44,7%	192 / 301 63,8%

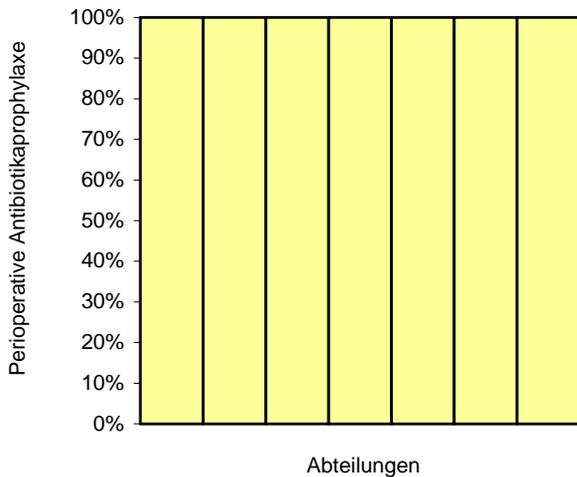
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/270]:
Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaphylaxe durchgeführt wurde an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 3a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/10878

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			702 / 743	94,5%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			19 / 743	2,6%
Vertrauensbereich				1,6% - 4,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			10 / 567	1,8%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			2 / 66	3,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			3 / 42	7,1%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			4 / 68	5,9%

Vorjahresdaten ³	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			13 / 758	1,7%
Vertrauensbereich				1,6% - 4,0%

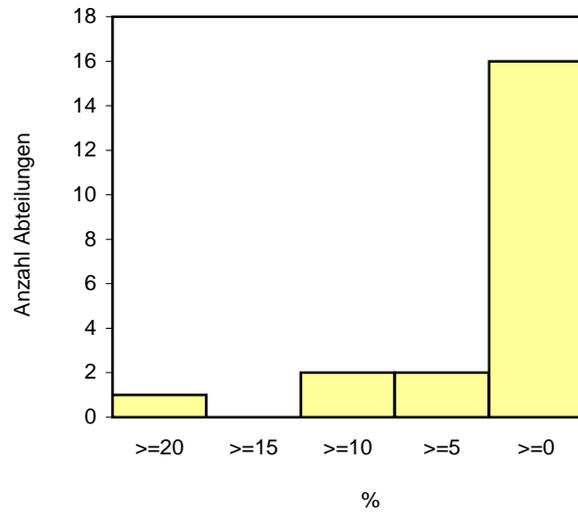
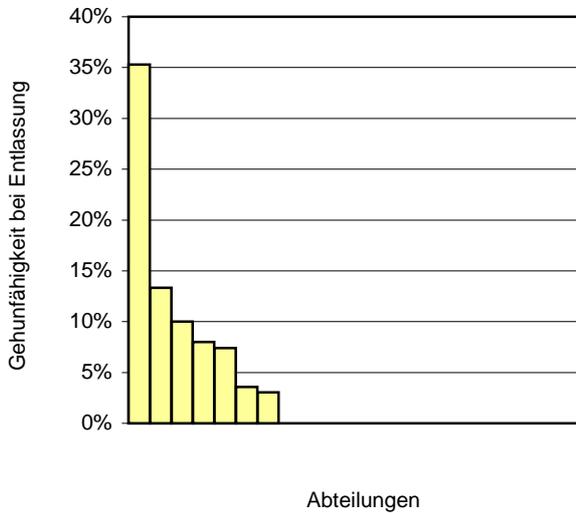
¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

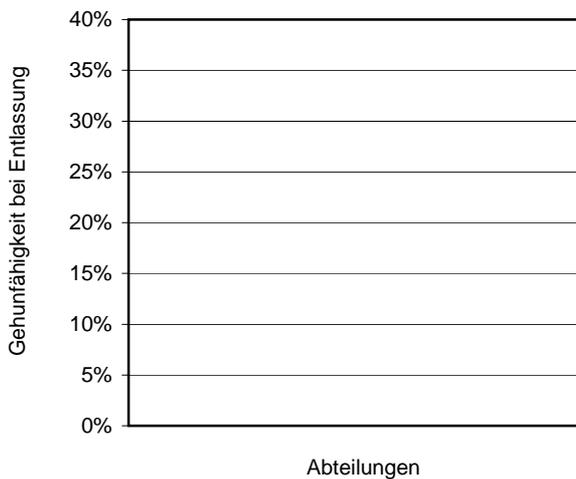
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/10878]:
Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	3,6	10,0	13,3	35,3

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Abteilungen haben weniger als 10 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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 3b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954
Referenzbereich: <= 3,72 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		19 / 743 2,56%
vorhergesagt (E) ¹		13,96 / 743 1,88%
O - E		0,68%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,36
Vertrauensbereich		0,87 - 2,11
Referenzbereich	<= 3,72	<= 3,72

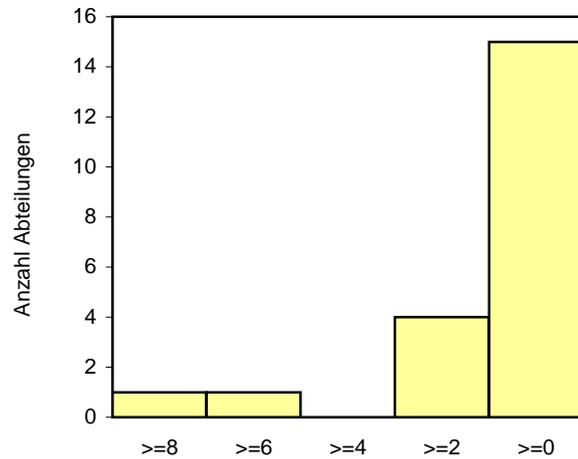
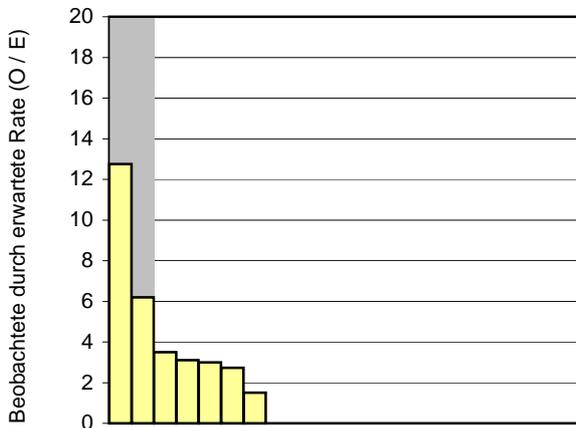
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete 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 3b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



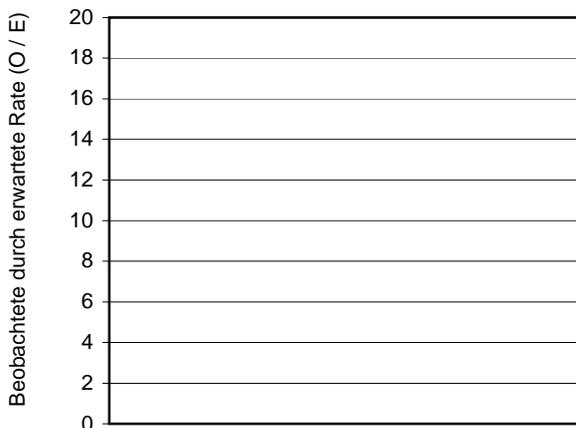
Abteilungen

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	2,72	3,50	6,20	12,75

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 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	0,00			0,00

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 4a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221

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

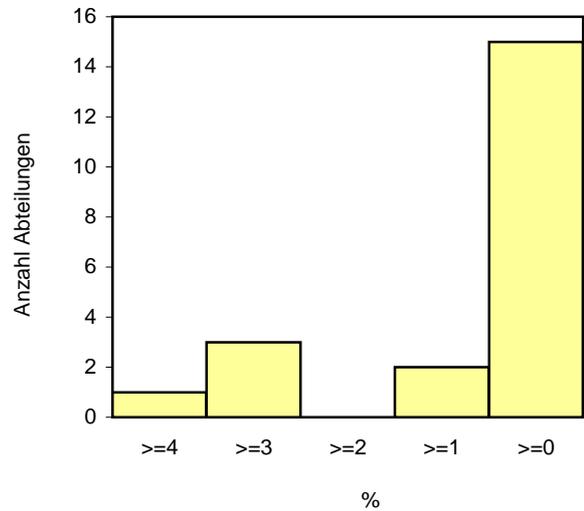
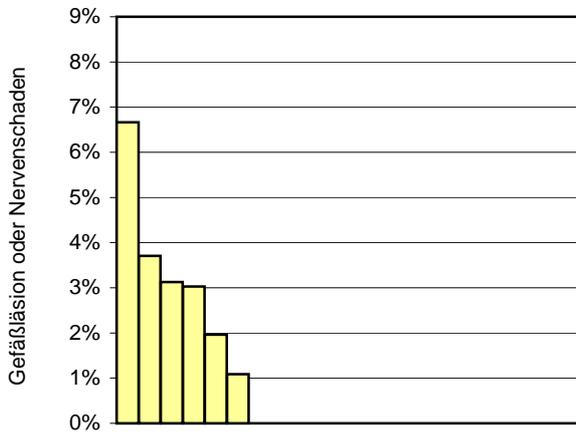
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			1 / 756	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			7 / 756	0,9%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			8 / 756	1,1%
Vertrauensbereich				0,5% - 2,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

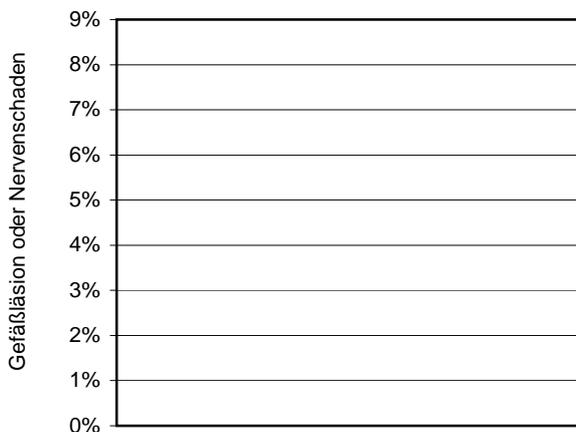
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 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 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 4b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959
Referenzbereich: <= 3,57 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 756 1,06%
vorhergesagt (E) ¹		4,39 / 756 0,58%
O - E		0,48%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,82
Vertrauensbereich		0,93 - 3,57
Referenzbereich	<= 3,57	<= 3,57

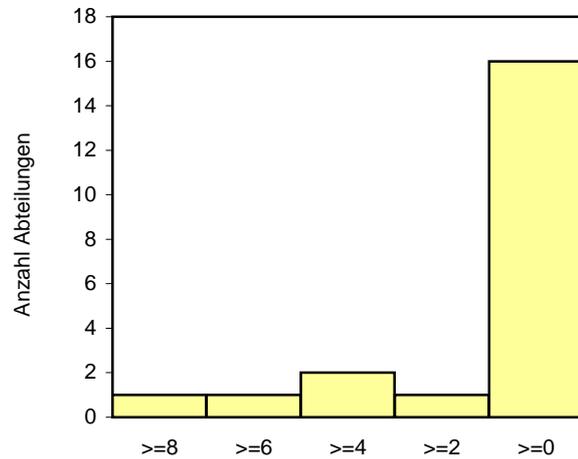
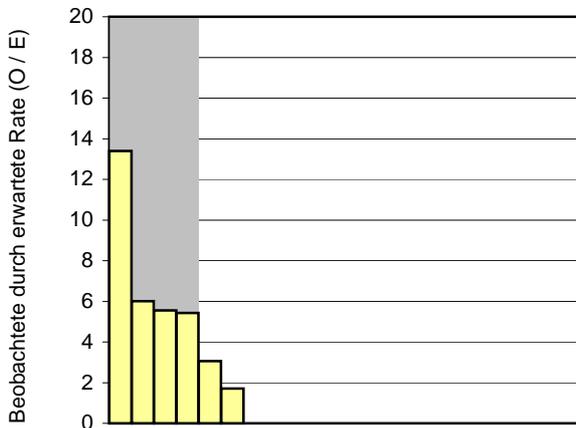
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete 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 4b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



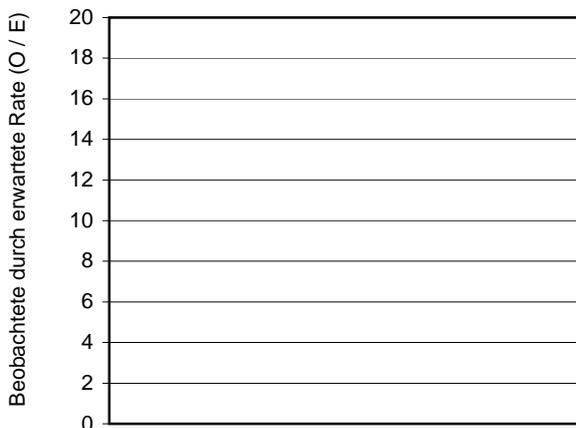
Abteilungen

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	1,72	5,55	6,01	13,40

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 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	0,00			0,00

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/463

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

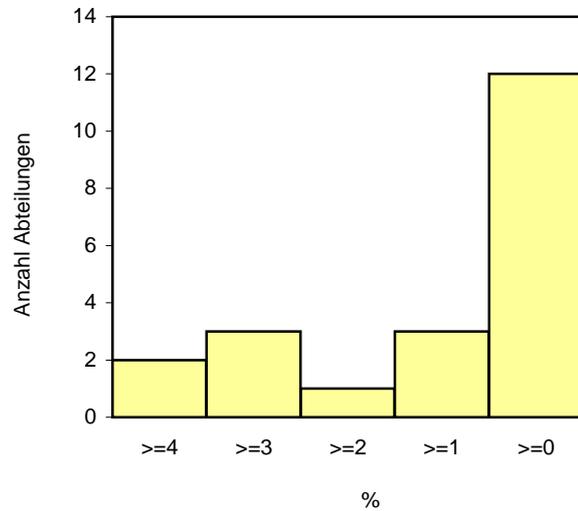
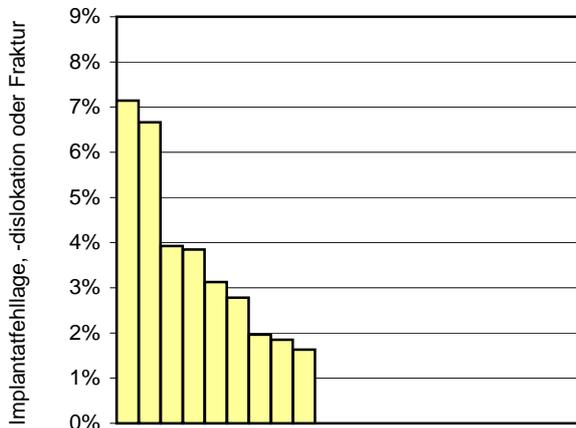
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			0 / 756	0,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			5 / 756	0,7%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			7 / 756	0,9%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			12 / 756	1,6%
Vertrauensbereich				0,9% - 2,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/463]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Abteilungen haben mindestens 10 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	2,8	3,9	6,7	7,1

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 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 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 5b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50964
Referenzbereich: <= 3,69 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		12 / 756 1,59%
vorhergesagt (E) ¹		13,75 / 756 1,82%
O - E		-0,23%

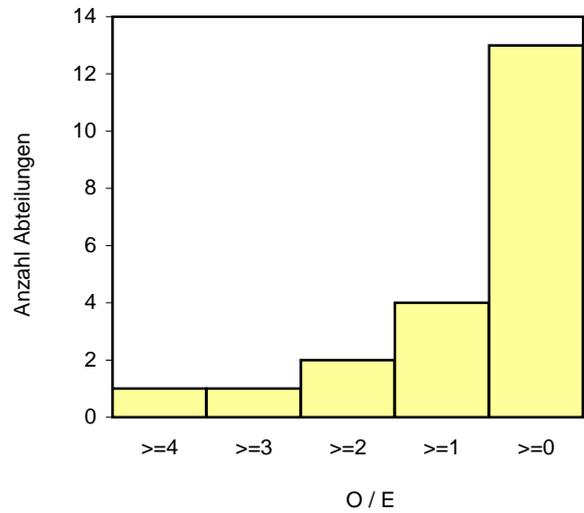
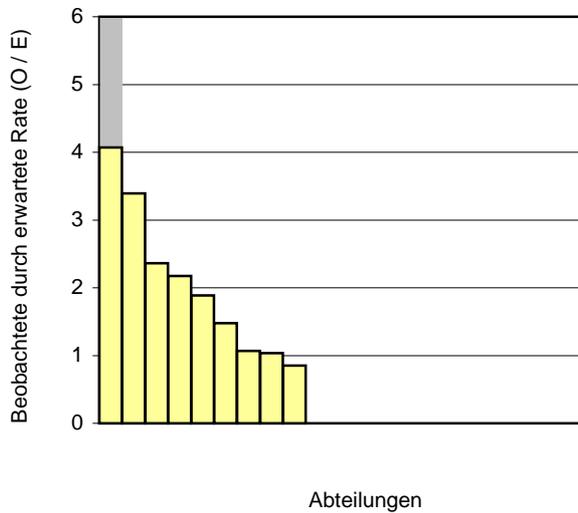
¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50964.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,87
Vertrauensbereich		0,50 - 1,51
Referenzbereich	<= 3,69	<= 3,69

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.

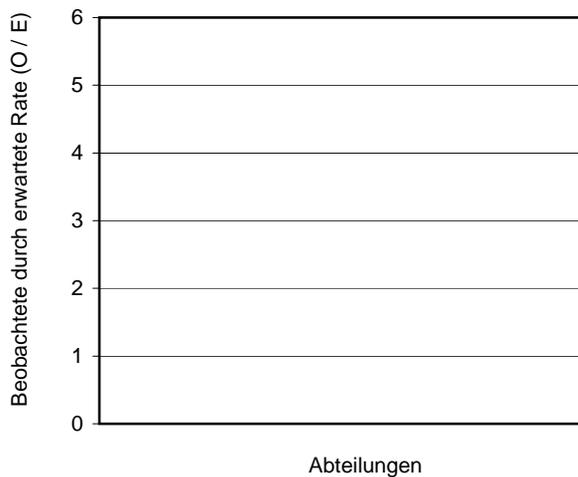
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50964]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	1,48	2,36	3,39	4,07

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

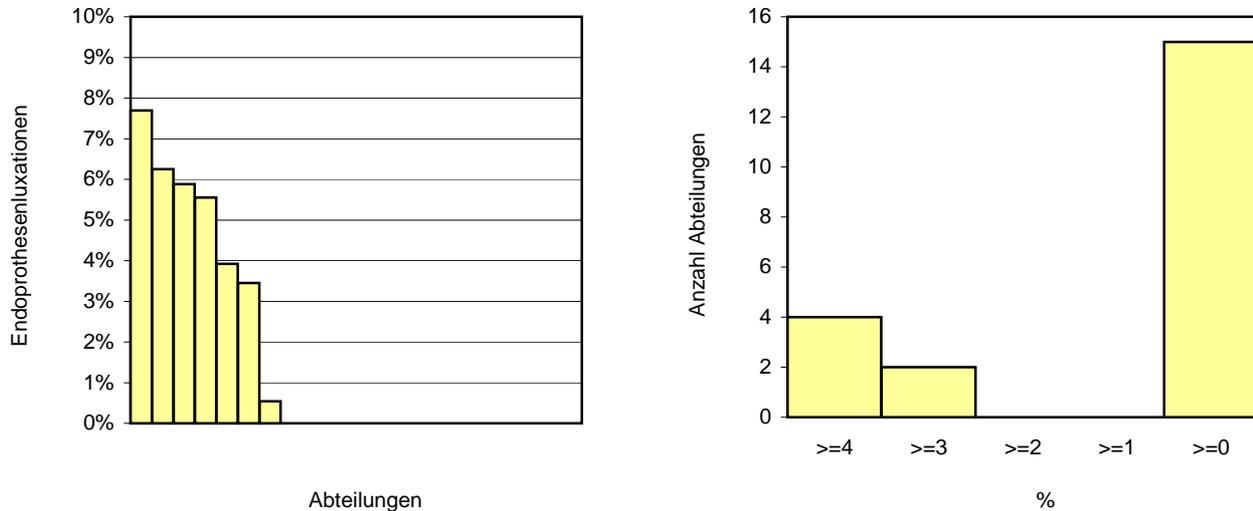
Indikator-ID: (QI 6a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/465

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			8 / 756	1,1%
Vertrauensbereich				0,5% - 2,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

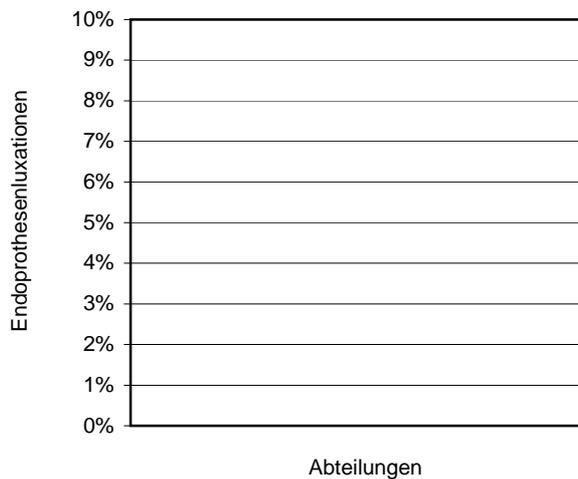
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/465]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	3,4	5,9	6,3	7,7

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 6b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50969
Referenzbereich: <= 5,46 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 756 1,06%
vorhergesagt (E) ¹		13,15 / 756 1,74%
O - E		-0,68%

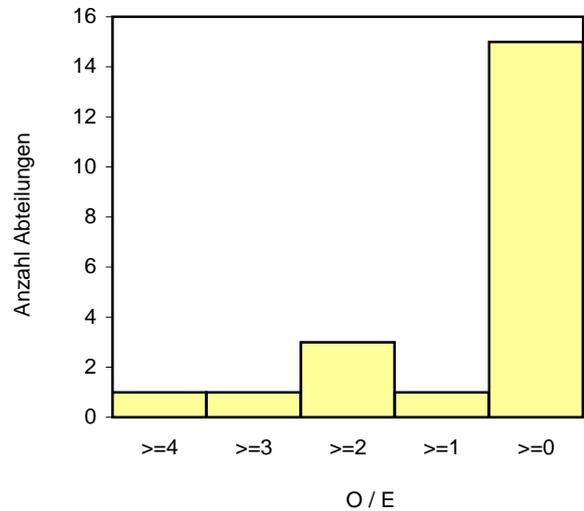
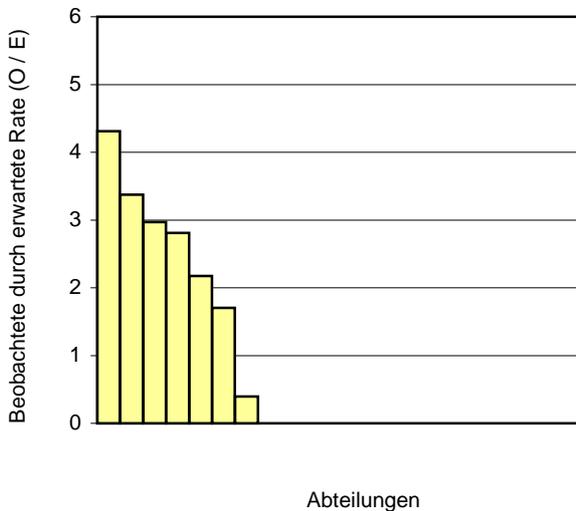
¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50969.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,61
Vertrauensbereich		0,31 - 1,19
Referenzbereich	<= 5,46	<= 5,46

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.

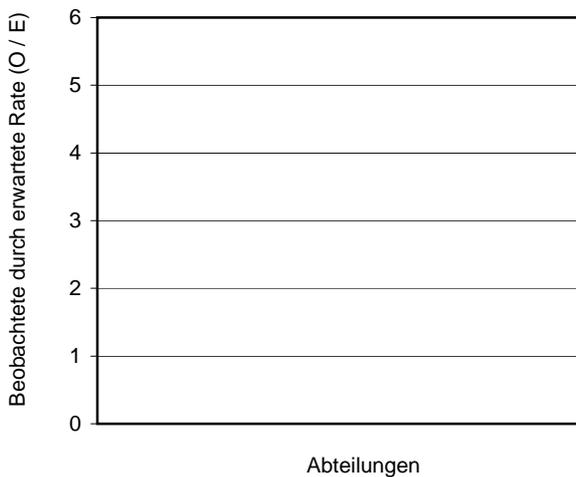
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50969]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Operationen**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	1,70	2,97	3,37	4,31

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

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

Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/51866

Referenzbereich: Sentinel Event

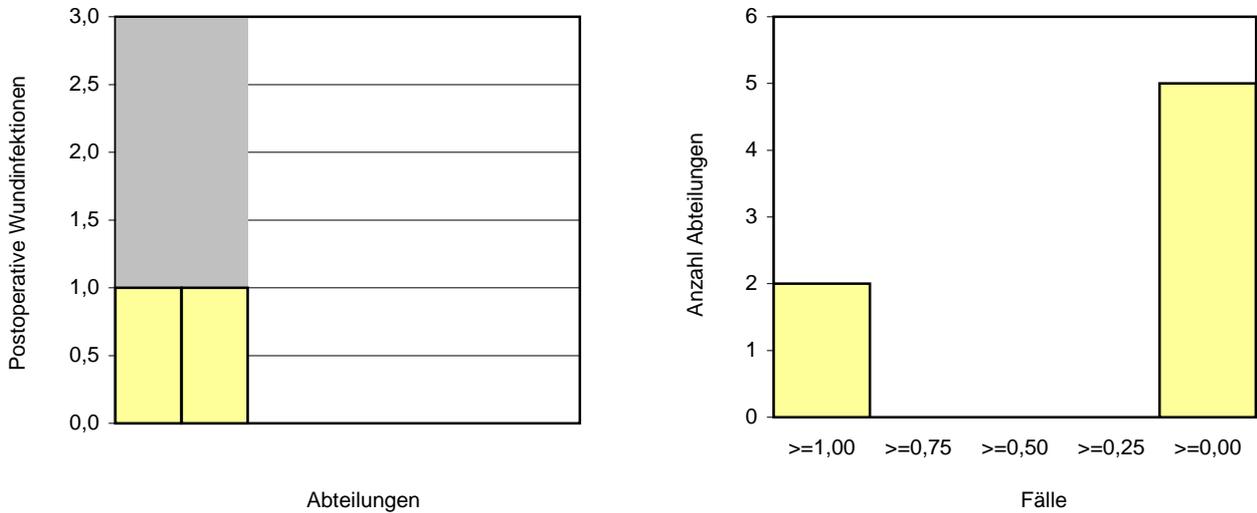
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Referenzbereich		Sentinel Event	4 / 296	4,0 Fälle Sentinel Event
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 296	1,0 Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 296	3,0 Fälle

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/51866]:

Anzahl Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat von allen Operationen ohne Entzündungszeichen im Labor, negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

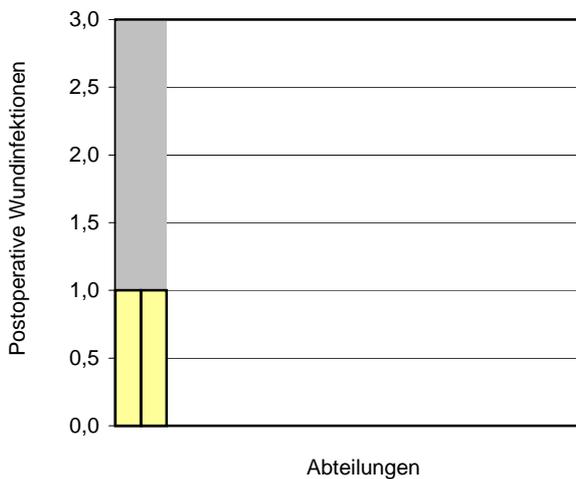
7 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Abteilungen haben weniger als 10 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		1,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			279 / 756	36,9%
Risikoklasse 1			359 / 756	47,5%
Risikoklasse 2			116 / 756	15,3%
Risikoklasse 3			2 / 756	0,3%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 0

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			5 / 279	1,8%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 279	0,4%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 279	1,4%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 1

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			8 / 359	2,2%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 359	0,6%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			6 / 359	1,7%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 2

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			14 / 116	12,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 116	1,7%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			12 / 116	10,3%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 3

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

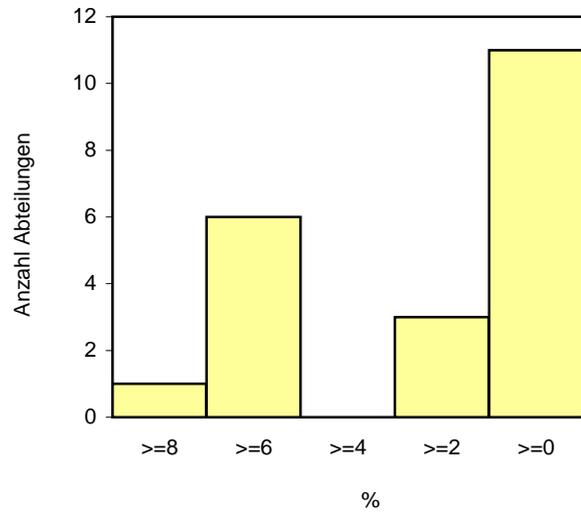
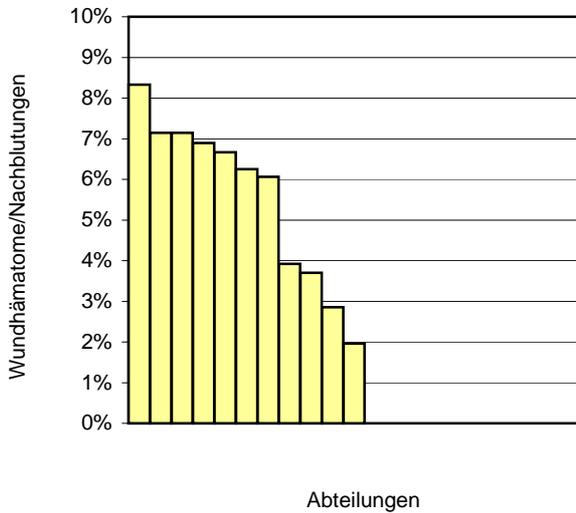
Indikator-ID: (QI 8a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/468

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			16 / 756	2,1%
Vertrauensbereich				1,3% - 3,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

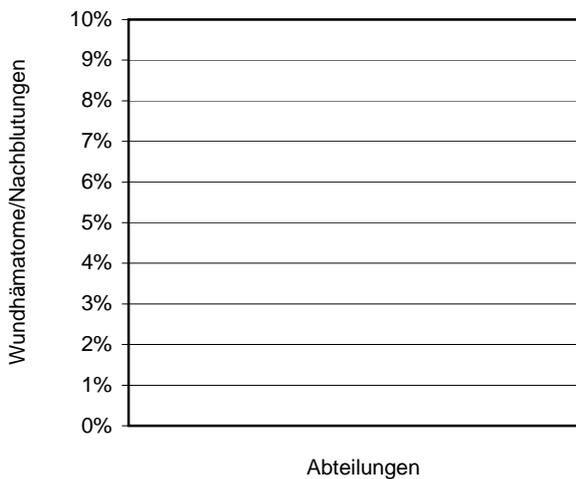
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/468]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	2,0	6,3	7,1	7,1	8,3

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilung 2013		Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat					
Gesamt 2013					
		Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat		10 / 454 2,2%	6 / 219 2,7%	0 / 64 0,0%	0 / 19 0,0%

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen
Indikator-ID: (QI 8b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50979
Referenzbereich: <= 4,47 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		16 / 756 2,12%
vorhergesagt (E) ¹		21,78 / 756 2,88%
O - E		-0,76%

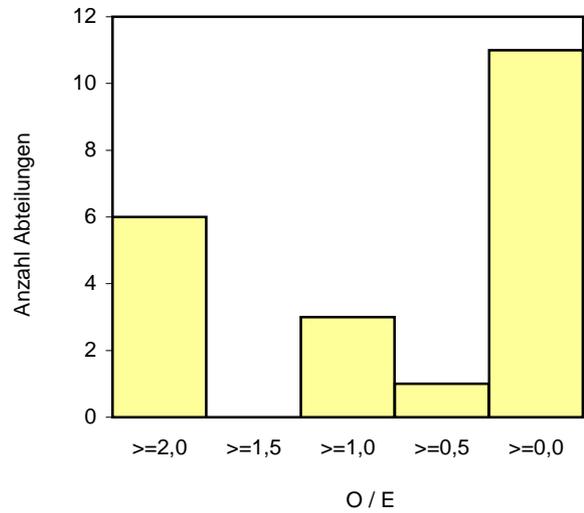
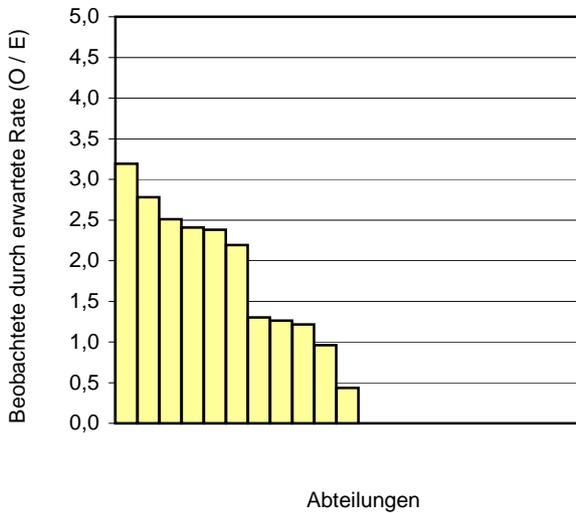
¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50979.

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,73
Vertrauensbereich		0,45 - 1,18
Referenzbereich	<= 4,47	<= 4,47

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.

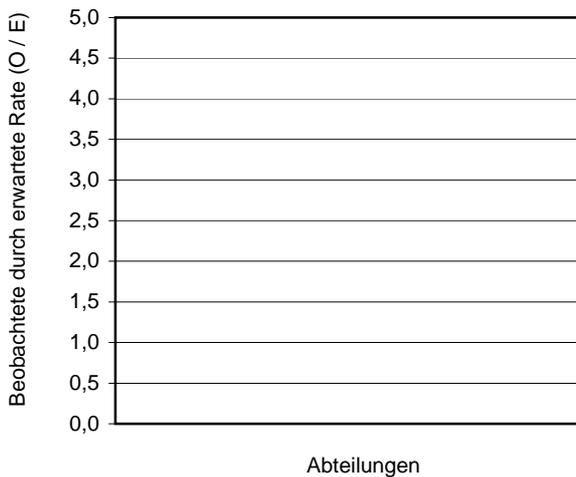
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50979]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen an allen Operationen

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 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	0,43	2,19	2,51	2,78	3,19

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 9a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/469

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	2 / 752 0,3%	0 / 328 0,0%	2 / 424 0,5%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	20 / 752 2,7%	1 / 328 0,3%	19 / 424 4,5%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	0 / 752 0,0%	0 / 328 0,0%	0 / 424 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 752 0,3%	1 / 328 0,3%	1 / 424 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	42 / 752 5,6%	11 / 328 3,4%	31 / 424 7,3%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	22 / 752 2,9%	2 / 328 0,6%	20 / 424 4,7%
Vertrauensbereich	1,9% - 4,4%		
Referenzbereich	nicht definiert		

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	27 / 770 3,5%		
	2,4% - 5,1%		

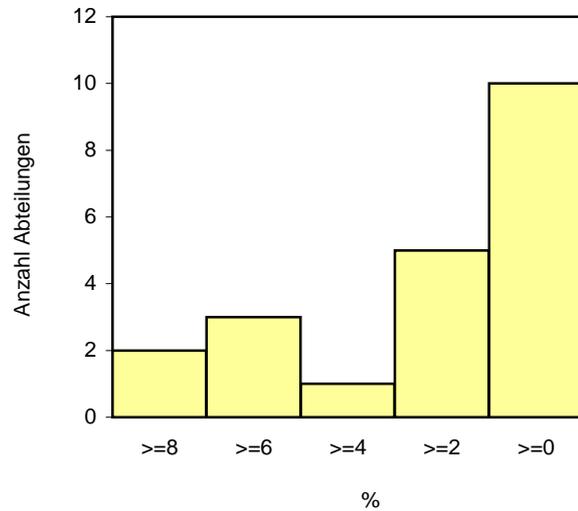
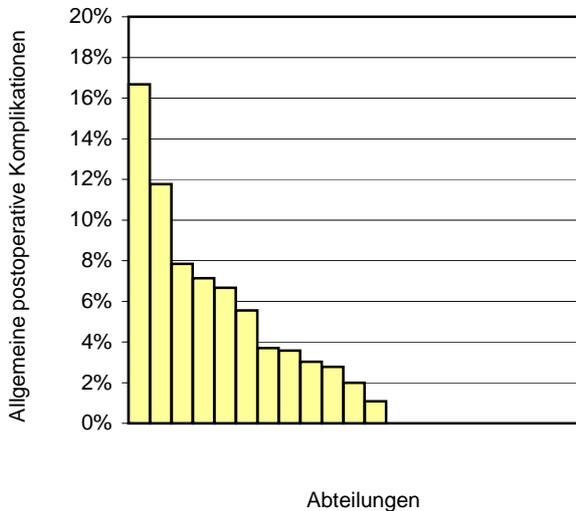
¹ Aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/469]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

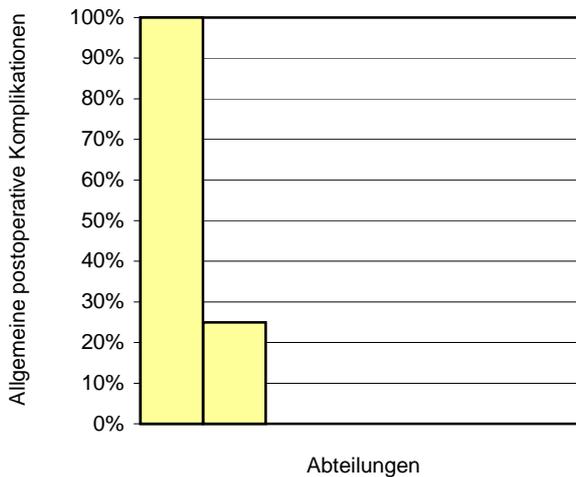
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,6	7,8	11,8	16,7

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 9b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984

Referenzbereich: <= 3,47 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		22 / 752 2,93%
vorhergesagt (E) ¹		21,66 / 752 2,88%
O - E		0,05%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,02
Vertrauensbereich		0,67 - 1,52
Referenzbereich	<= 3,47	<= 3,47

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.

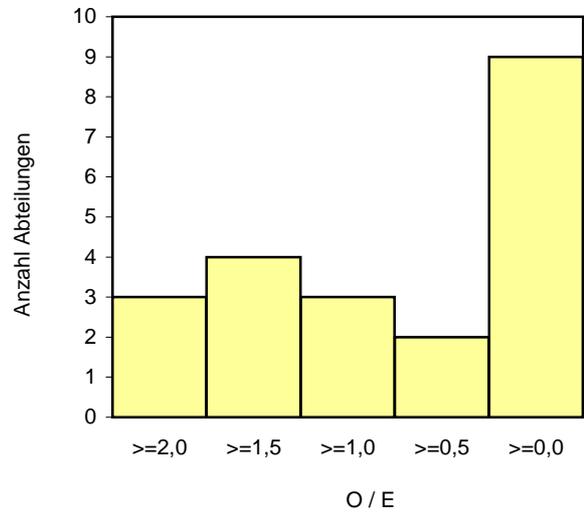
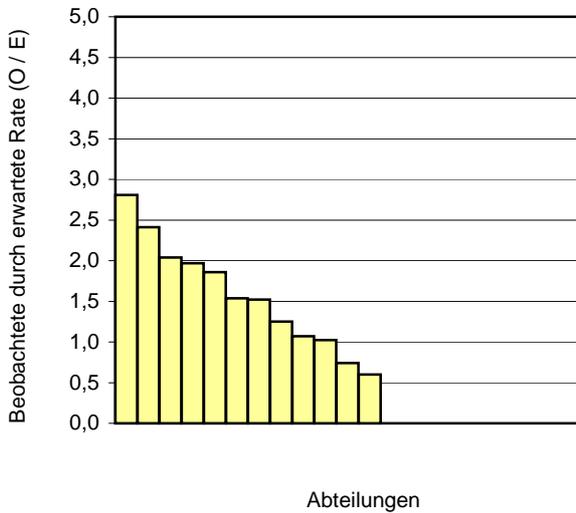
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

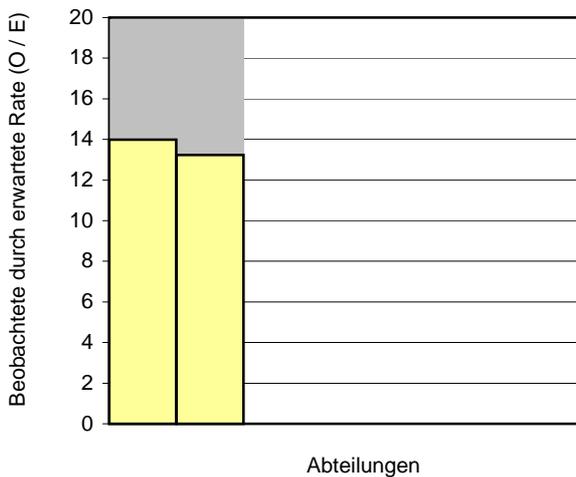
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	1,54	2,04	2,41	2,81

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 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	13,23			13,99

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 10a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/470

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

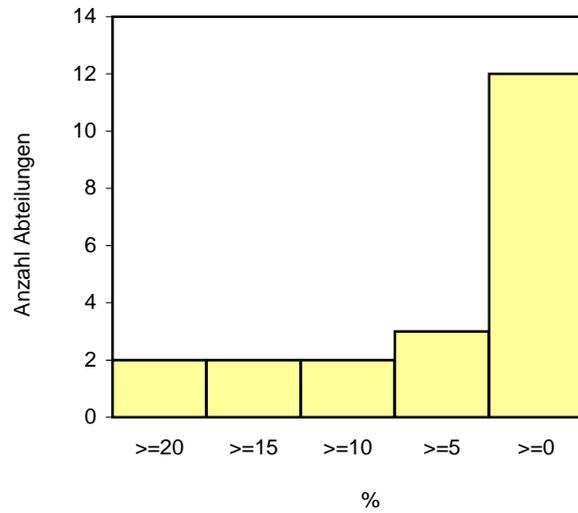
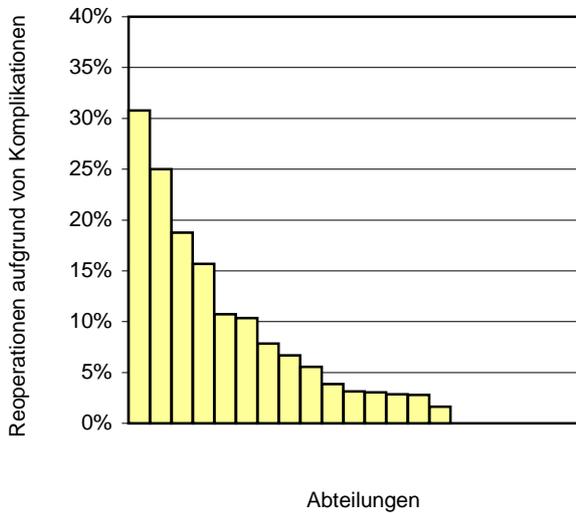
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			42 / 756	5,6%
Vertrauensbereich				4,1% - 7,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/470]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

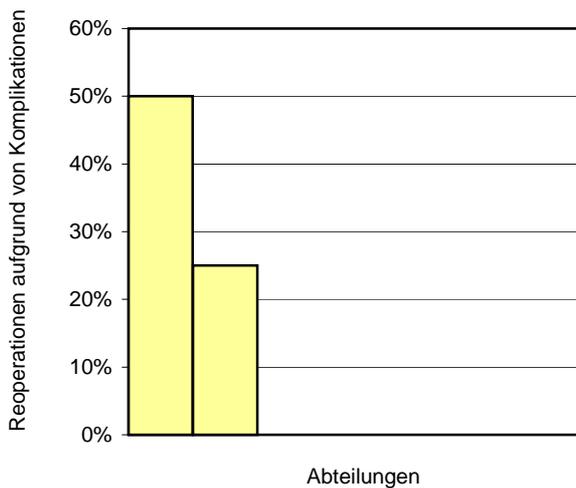
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	10,3	18,8	25,0	30,8

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	25,0			50,0

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 10b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989
Referenzbereich: <= 2,40 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		42 / 756 5,56%
vorhergesagt (E) ¹		46,99 / 756 6,22%
O - E		-0,66%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,89
Vertrauensbereich		0,67 - 1,19
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

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.

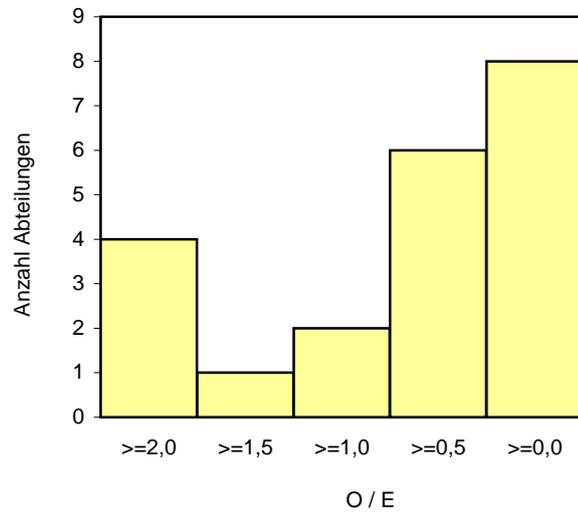
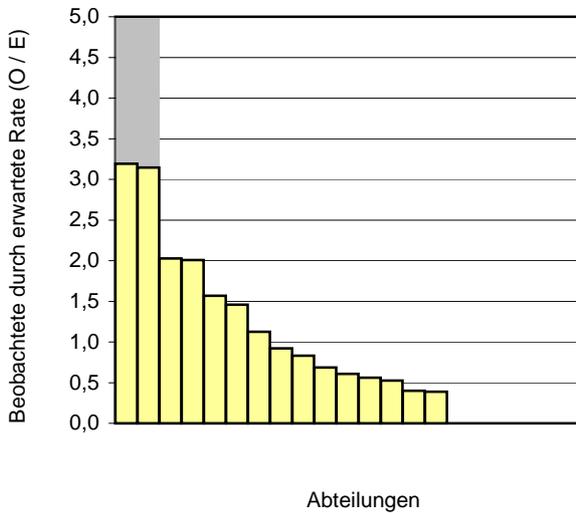
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

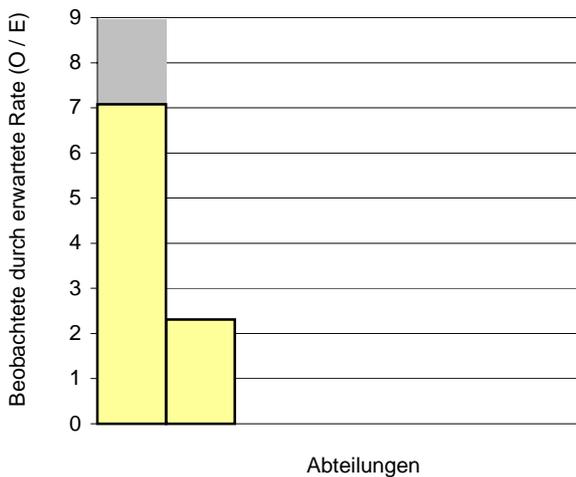
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,61	1,46	2,03	3,15	3,19

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 10 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	2,31			7,08

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus

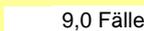
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

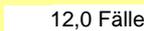
Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 11a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/471

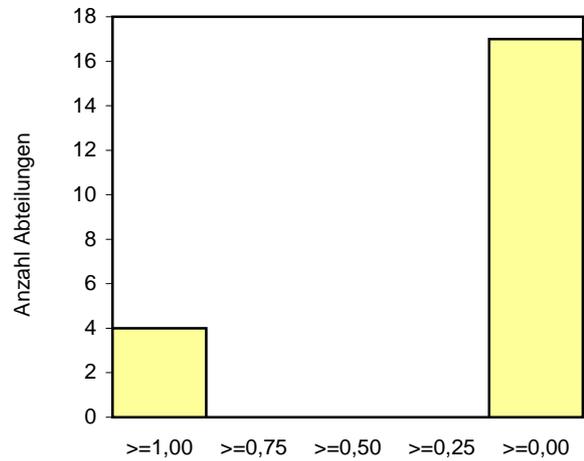
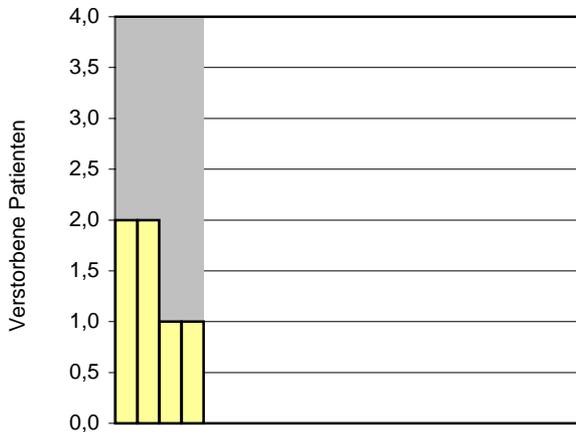
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	9 / 752	 9,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			12 / 770	 12,0 Fälle

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/471]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

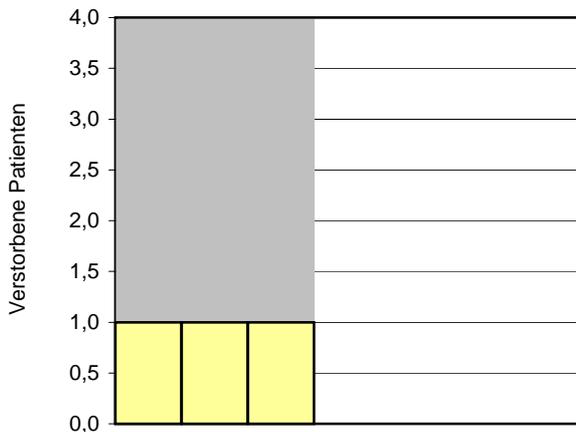


Abteilungen

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	1,0	2,0	2,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

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	0 / 328 0,0%	6 / 409 1,5%	3 / 15 20,0%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 11b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50994

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		9 / 752 1,20%
vorhergesagt (E) ¹		10,32 / 752 1,37%
O - E		-0,18%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,87
Vertrauensbereich		0,46 - 1,65
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

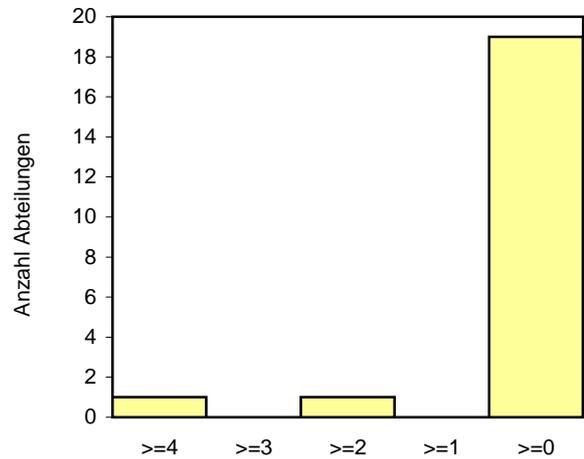
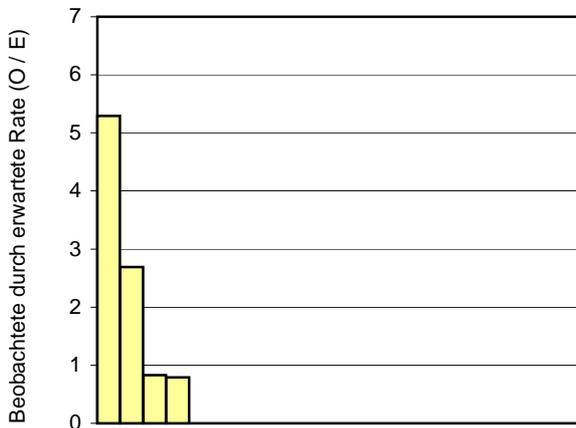
² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

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 11b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50994]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

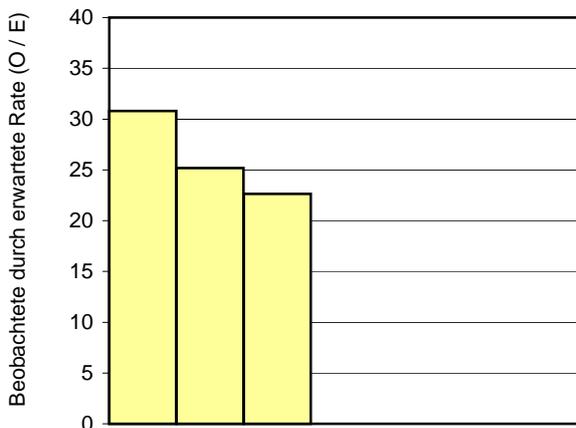


Abteilungen

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	0,83	2,69	5,29

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 10 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	25,17			30,80

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/850204
Referenzbereich: <= 2,0 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): 268, 50974

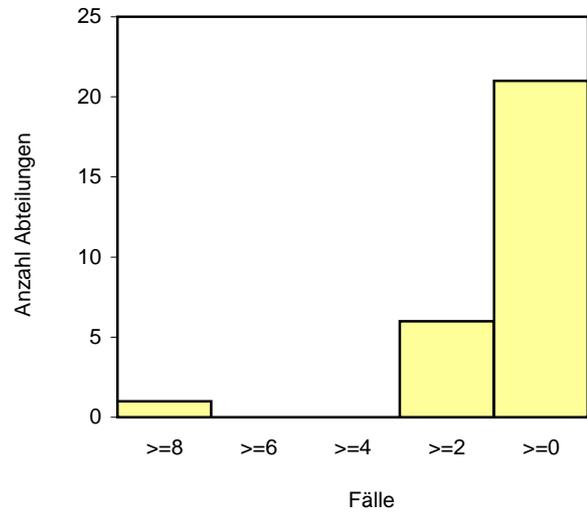
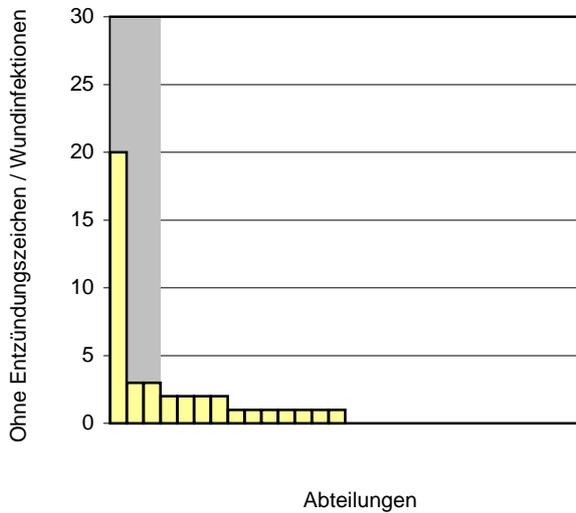
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde Referenzbereich		<= 2,0 Fälle	41 / 752	41,0 Fälle <= 2,0 Fälle

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/850204]:

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

Abteilungen mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

28 Abteilungen haben mindestens einen Fall 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	0,5	1,5	3,0	3,0	20,0

Auffälligkeitskriterium 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/850205

Referenzbereich: < 100,0%

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

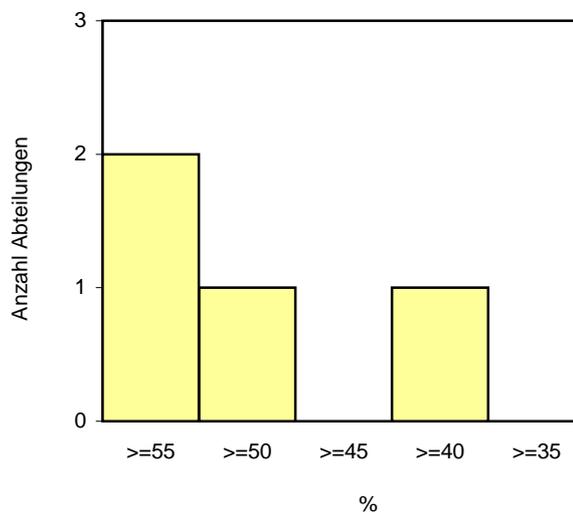
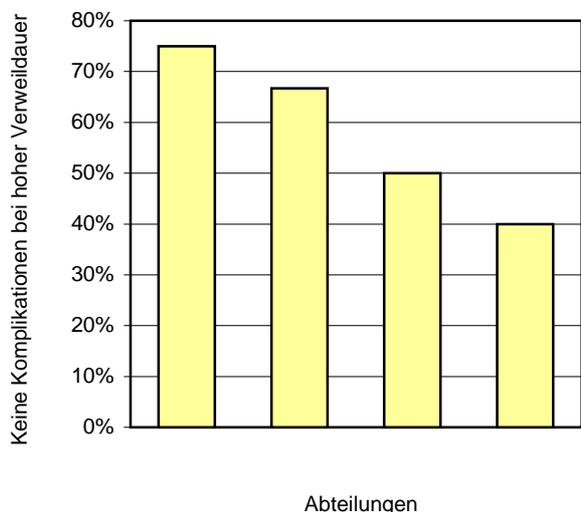
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			31 / 60	51,7%
Vertrauensbereich				39,3% - 63,8%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/850205]:

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

Abteilungen mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

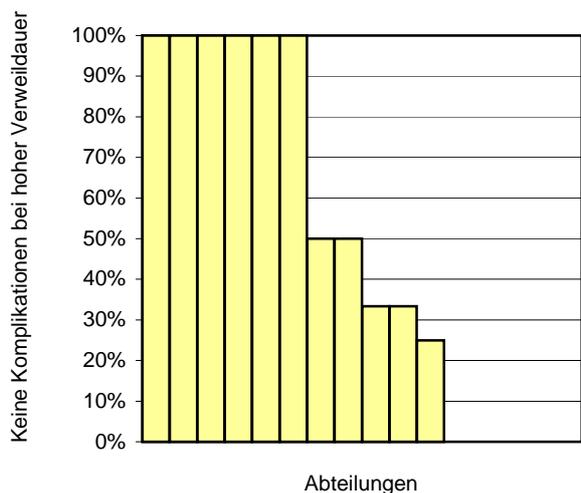
4 Abteilungen haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0			45,0	58,3	70,8			75,0

Abteilungen mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Abteilungen haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	41,7	100,0	100,0		100,0

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 752
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14102-L90440-P43923

Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			200	26,6	210	27,3
2. Quartal			169	22,5	213	27,7
3. Quartal			180	23,9	174	22,6
4. Quartal			203	27,0	173	22,5
Gesamt			752		770	

Behandlungszeiten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			752		770	
Median				14,0		15,0
Mittelwert				19,2		19,4
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			756			
Median				1,0		
Mittelwert				4,4		
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			756			
Median				12,0		
Mittelwert				14,9		

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
7	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
8	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	531	70,6	T84.0	592	76,9
2				D62	336	44,7	D62	255	33,1
3				Z96.6	268	35,6	Z96.6	243	31,6
4				I10.00	218	29,0	I10.00	214	27,8
5				I10.90	165	21,9	T84.5	82	10,6
6				T84.5	106	14,1	E11.90	57	7,4
7				E11.90	81	10,8	I10.90	56	7,3
8				E66.00	51	6,8	Z92.2	45	5,8

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	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
2	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
3	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	5-784.7d	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogenen: Becken
5	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk

OPS 2013

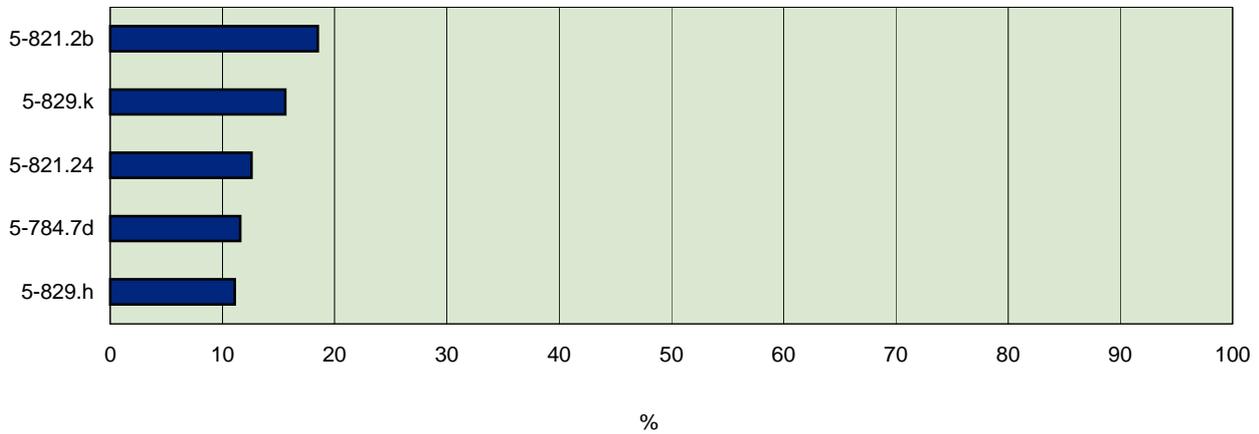
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-821.2b	140	18,5			
2				5-829.k	118	15,6			
3				5-821.24	95	12,6			
4				5-784.7d	88	11,6			
5				5-829.h	84	11,1			

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

OPS 2013 (Gesamt 2013)



Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
5-983 Reoperation			38 / 756	5,0		
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 756	0,0		
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 756	0,0		
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			12 / 756	1,6		

Patienten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			752 / 752		770 / 770	
< 50 Jahre			26 / 752	3,5	34 / 770	4,4
50 - 59 Jahre			110 / 752	14,6	83 / 770	10,8
60 - 69 Jahre			152 / 752	20,2	154 / 770	20,0
70 - 79 Jahre			308 / 752	41,0	334 / 770	43,4
80 - 89 Jahre			133 / 752	17,7	152 / 770	19,7
>= 90 Jahre			23 / 752	3,1	13 / 770	1,7
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			752		770	
Median				73,0		73,0
Mittelwert				70,8		71,3
Geschlecht						
männlich			320	42,6	338	43,9
weiblich			432	57,4	432	56,1
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			393	52,0		
links			363	48,0		
Zweizeitiger Wechsel			92	12,2		

Präoperative Anamnese

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Schmerzen						
Ruhschmerz			500	66,1		
Belastungsschmerz			200	26,5		
keine Schmerzen			56	7,4		

Labor

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			129	17,1		
Gelenkpunktion			296	39,2		
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			302	39,9		
durchgeführt, negativ			385	50,9		
durchgeführt, positiv			69	9,1		

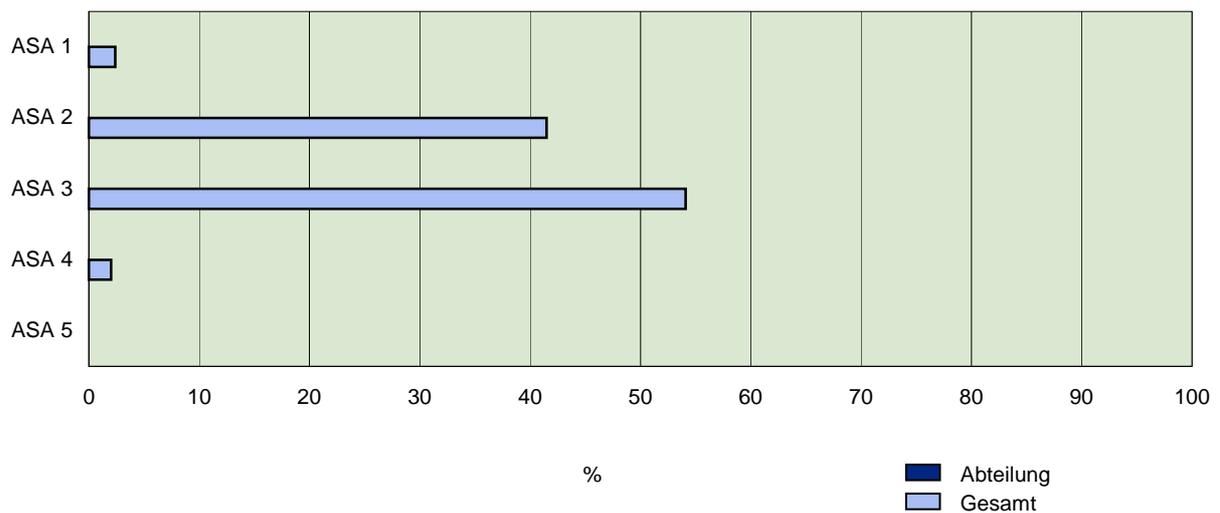
Röntgendiagnostik

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			376	49,7		
Lockerung Pfannen- Komponente			254	33,6		
Lockerung Schaft- Komponente			187	24,7		
Substanzverluste Pfanne			223	29,5		
Substanzverluste Femur			149	19,7		
periprothetische Fraktur			109	14,4		
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation			130	17,2		

Röntgendiagnostik (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			18	2,4		
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			314	41,5		
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			409	54,1		
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			15	2,0		
5: moribunder Patient			0	0,0		

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			644	85,2		
bedingt aseptische Eingriffe			81	10,7		
kontaminierte Eingriffe			7	0,9		
septische Eingriffe			24	3,2		

Operation

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			756			
Median				110,0		
Mittelwert				118,0		
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			254	33,6		
90 - 239 min			480	63,5		
>= 240 min			22	2,9		
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			755	99,9		
davon						
single shot			360 / 755	47,7		
Zweitgabe			117 / 755	15,5		
öfter			278 / 755	36,8		

Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			756			
Postoperatives Röntgenbild a/p			747	98,8		
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			585	77,4		
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			54	7,1		
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			0	0,0		
Implantatdislokation			5	9,3		
Endoprothesenluxation			8	14,8		
Wundhämatom/Nachblutung			16	29,6		
Gefäßläsion			1	1,9		
Nervenschaden			7	13,0		
Fraktur			7	13,0		
Sonstige			12	22,2		
Postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			27	3,6		
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			5 / 27	18,5		
A2 (tiefe Infektion)			14 / 27	51,9		
A3 (Räume/Organe)			8 / 27	29,6		
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			42	61,8		

Postoperativer Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			60	8,0	58	7,5
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			2	3,3	8	13,8
kardiovaskuläre Komplikation(en)			20	33,3	20	34,5
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			0	0,0	0	0,0
Lungenembolie			2	3,3	2	3,4
Sonstige			42	70,0	37	63,8

Entlassung I

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			702	94,5	719	94,9
Nein			41	5,5	39	5,1
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			19	46,3	13	33,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			695	93,5	711	93,8
Nein			48	6,5	47	6,2
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			15	31,3	14	29,8

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
01: regulär beendet			377	50,1	377	49,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			19	2,5	19	2,5
03: aus sonstigen Gründen			2	0,3	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	2	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			62	8,2	42	5,5
07: Tod			9	1,2	12	1,6
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	4	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			251	33,4	277	36,0
10: in Pflegeeinrichtung			30	4,0	34	4,4
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,1	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	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)			0	0,0	2	0,3
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:

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

Entlassung III

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			752		770	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			159	21,1	144	18,7
Dienstag			112	14,9	108	14,0
Mittwoch			103	13,7	108	14,0
Donnerstag			99	13,2	123	16,0
Freitag			156	20,7	165	21,4
Samstag			79	10,5	85	11,0
Sonntag			44	5,9	37	4,8

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

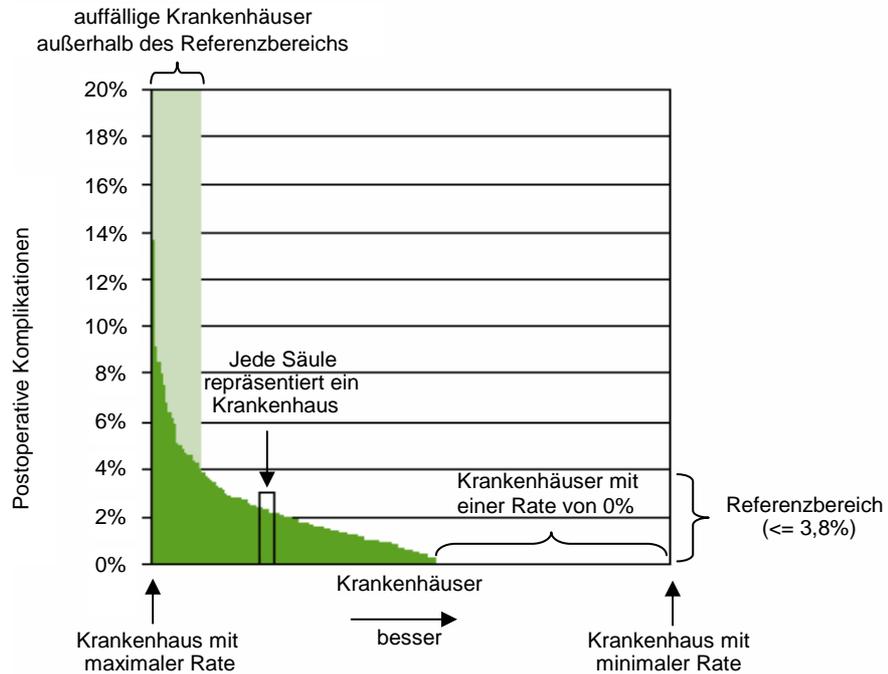
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

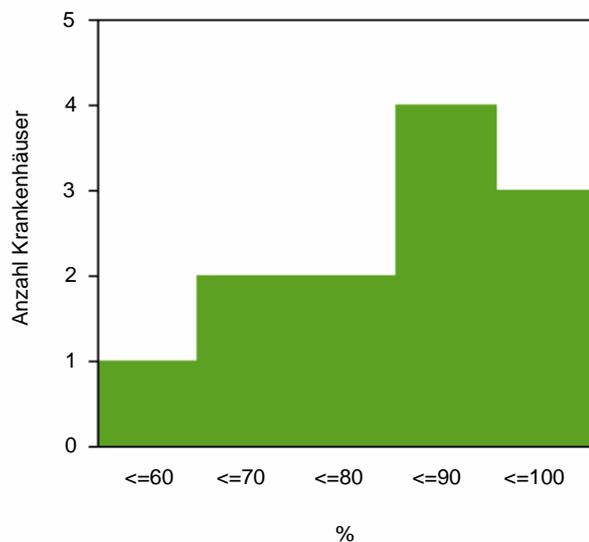
Beispiel:

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.