

Jahresauswertung 2012 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.383
Datensatzversion: 17/2 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12624-L81813-P38746

Jahresauswertung 2012 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.383
Datensatzversion: 17/2 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12624-L81813-P38746

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n2-HUEFT-TEP/1082					
QI 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			95,6%	>= 90,0%	1.2
2012/17n2-HUEFT-TEP/265					
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,7%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Postoperative Beweglichkeit					
3a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			99,0%	>= 95,0%	1.7
3b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,4%	>= 95,0%	1.9
QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
4a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,09	<= 8,01	1.15
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden					
5a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.17
5b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,13	<= 6,66	1.19
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur					
6a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Patienten			1,1%	nicht definiert	1.21
6b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,17	<= 2,16	1.23

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation					
7a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Patienten			0,4%	nicht definiert	1.25
7b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,29	<= 16,97	1.27
QI 8: Postoperative Wundinfektion					
8a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.29
8b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,45	<= 5,71	1.31
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen					
9a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Patienten			0,9%	nicht definiert	1.37
9b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,79	<= 7,45	1.40
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen					
10a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			0,9%	nicht definiert	1.42
10b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,81	<= 3,65	1.45
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen					
11a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	1.47
11b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,02	<= 5,56	1.49

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus					
12a: 2012/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			10,0 Fälle	Sentinel Event	1.51
12b: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,21	nicht definiert	1.54

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

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/1082

Referenzbereich: >= 90,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1	0 Punkte		5 / 4.383	0,1%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		20 / 4.383	0,5%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		158 / 4.383	3,6%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		3.559 / 4.383	81,2%
Gruppe 5	10 Punkte		641 / 4.383	14,6%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.200 / 4.383	95,8%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			983 / 4.383	22,4%
Patienten mit Ruheschmerz			3.359 / 4.383	76,6%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			2.344 / 4.383	53,5%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			2.521 / 4.383	57,5%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			2.336 / 4.383	53,3%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.527 / 4.383	80,5%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,0%	4.191 / 4.383	 95,6% 95,0% - 96,2% >= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			4.421 / 4.656	 95,0% 94,3% - 95,5%

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

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

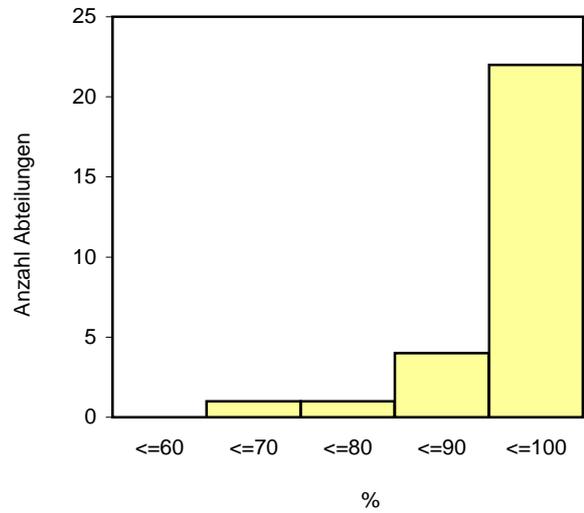
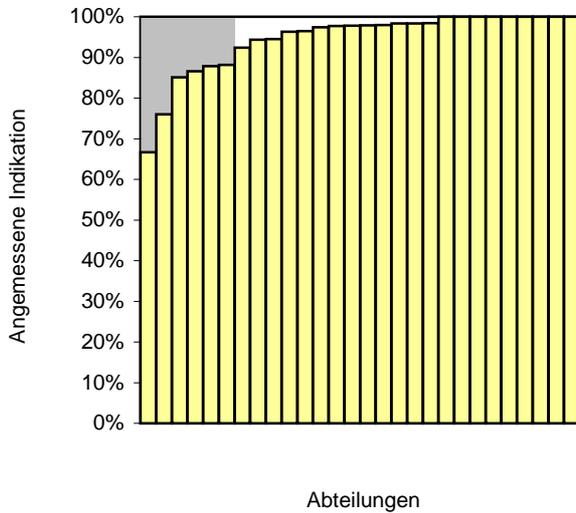
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/1082]:

Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

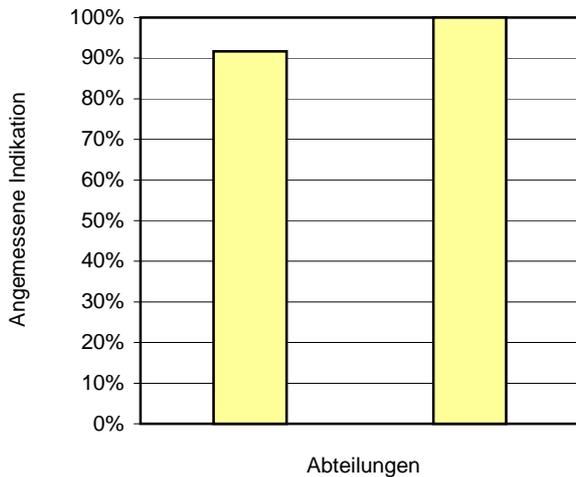
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7	76,0	85,1	93,4	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,7				95,8				100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/17n2-HUEFT-TEP/265
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

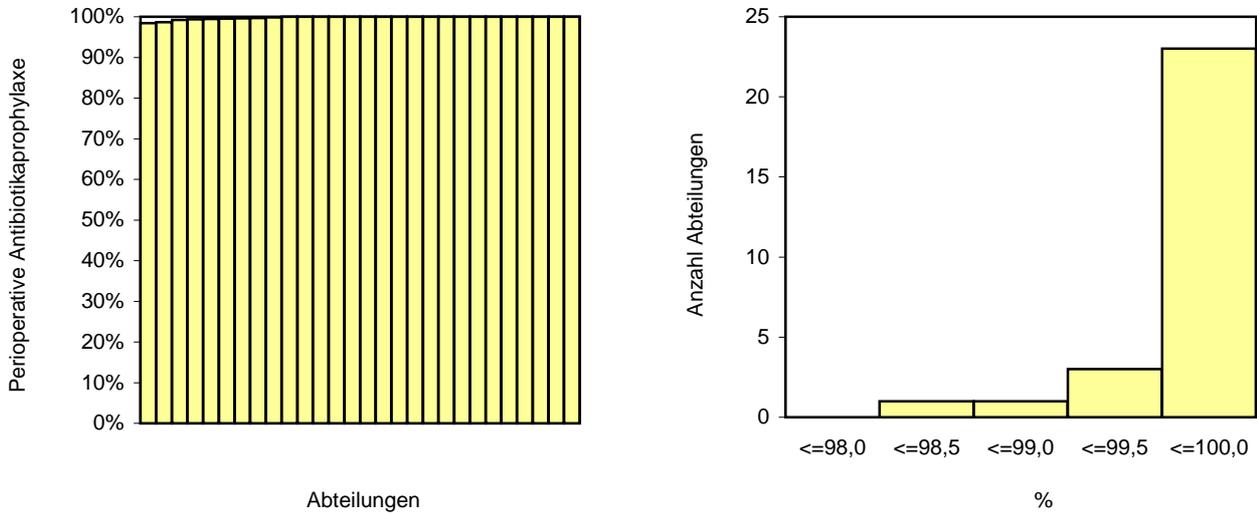
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	4.372 / 4.383 99,7%	4.139 / 4.150 99,7%	233 / 233 100,0%
Vertrauensbereich	99,6% - 99,9%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot	4.055 / 4.372 92,7%	3.898 / 4.139 94,2%	157 / 233 67,4%
Zweitgabe oder öfter	317 / 4.372 7,3%	241 / 4.139 5,8%	76 / 233 32,6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	4.646 / 4.656 99,8% 99,6% - 99,9%	4.364 / 4.374 99,8%	282 / 282 100,0%

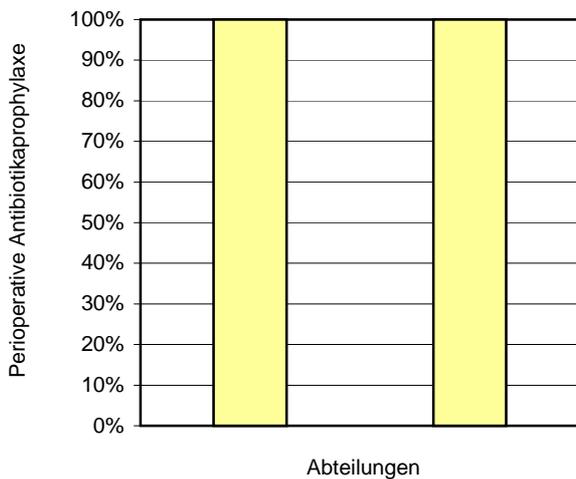
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/265]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,5	98,7	99,2	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/2223

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			4.338 / 4.383	99,0%
Vertrauensbereich				98,6% - 99,2%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

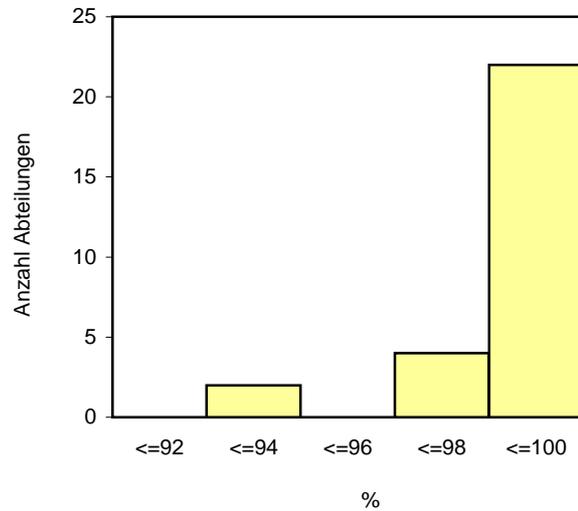
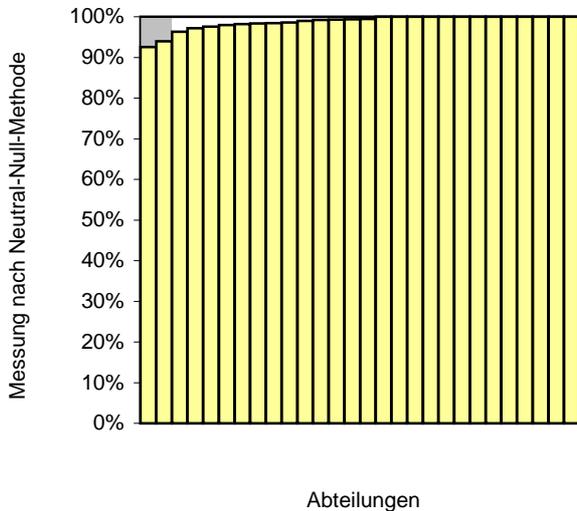
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			4.549 / 4.656	97,7%
Vertrauensbereich				97,2% - 98,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/2223]:

Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

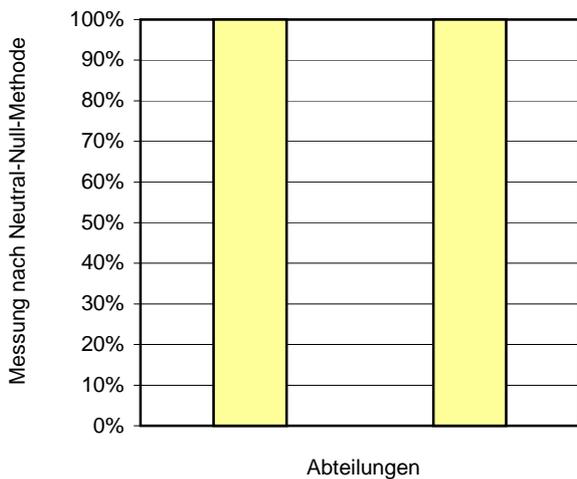
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,5	94,0	96,3	98,3	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/446

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.312 / 4.338	99,4%
Referenzbereich		>= 95,0%		99,1% - 99,6% >= 95,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			4.326 / 4.338	99,7%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			4.324 / 4.338	99,7%

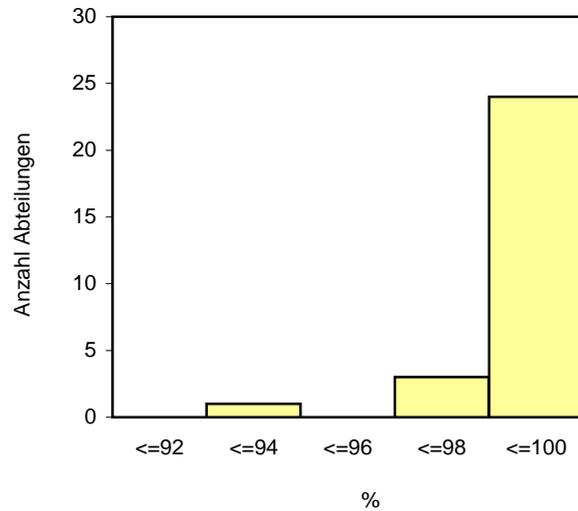
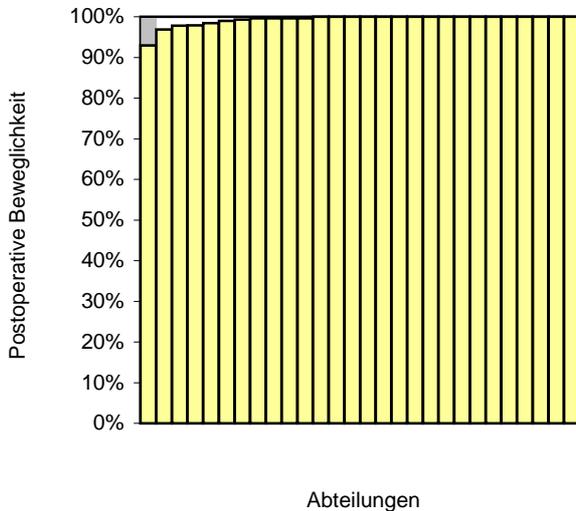
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.519 / 4.549	99,3%
				99,1% - 99,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/446]:

Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) an allen Patienten mit bestimmter postoperativer Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

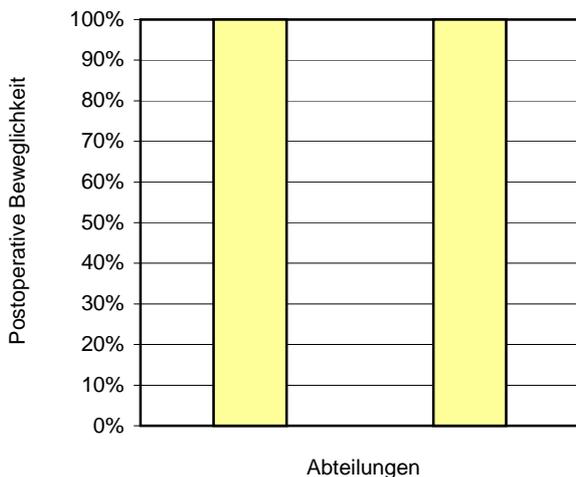
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,0	96,9	97,8	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit: Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit und

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

Abteilung 2012		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		<= 15 Tage	16 - 20 Tage	21 - 25 Tage	> 25 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)					
Gesamt 2012					
		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		<= 15 Tage	16 - 20 Tage	21 - 25 Tage	> 25 Tage
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)		4.090 / 4.110 99,5%	106 / 107 99,1%	39 / 39 100,0%	77 / 82 93,9%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 Gruppe 1: alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n2-HUEFT-TEP/264

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.308 / 4.332	99,4%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	12 / 4.332	0,3% 0,2% - 0,5% nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			8 / 4.107	0,2%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			3 / 107	2,8%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			0 / 40	0,0%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			1 / 78	1,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ¹ Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			11 / 4.589	0,2% 0,1% - 0,4%

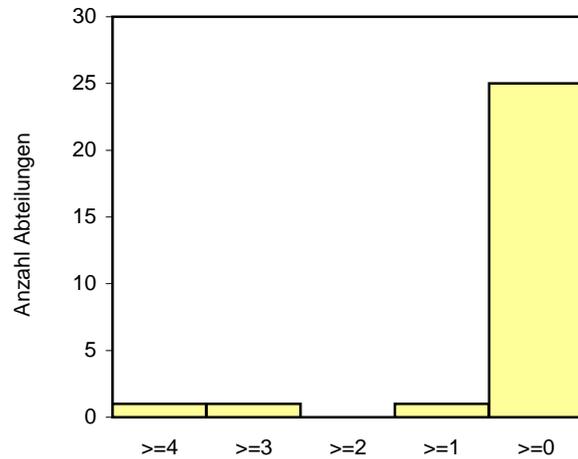
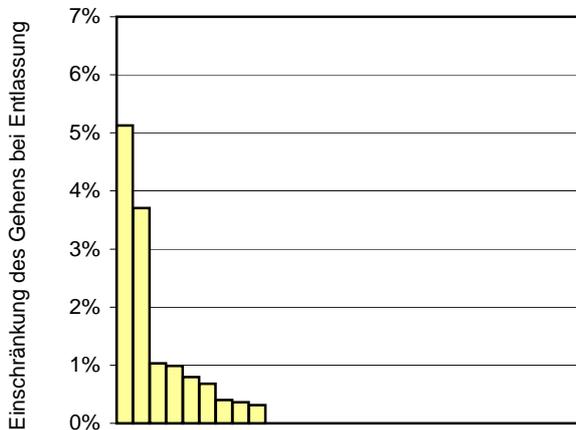
¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/264]:

Anteil von Patienten mit Einschränkung des Gehens bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



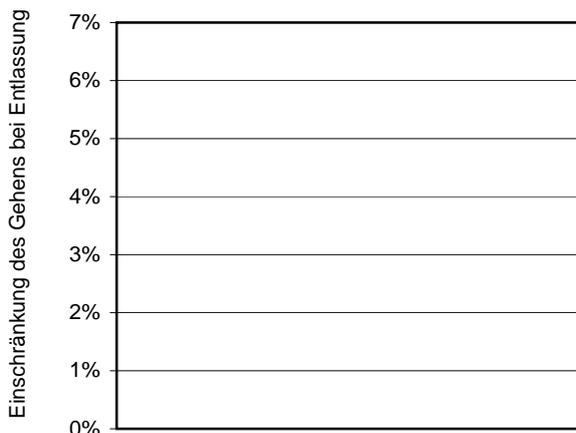
Abteilungen

%

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	3,7	5,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50909

Referenzbereich: <= 8,01 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		12 / 4.332 0,28%
vorhergesagt (E) ¹		10,97 / 4.332 0,25%
O - E		0,02%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 4b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,09
Vertrauensbereich		0,63 - 1,91
Referenzbereich	<= 8,01	<= 8,01

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

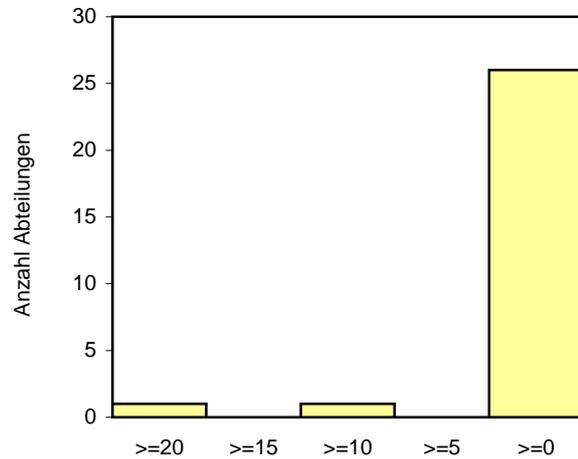
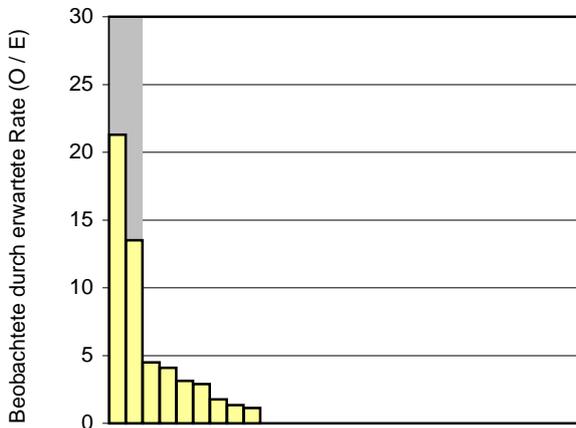
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		11 / 4.589 0,24%
vorhergesagt (E)		11,40 / 4.589 0,25%
O - E		-0,01%
O / E		0,97
Vertrauensbereich		0,54 - 1,73

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50909]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Einschränkung des Gehens bei Entlassung bei allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



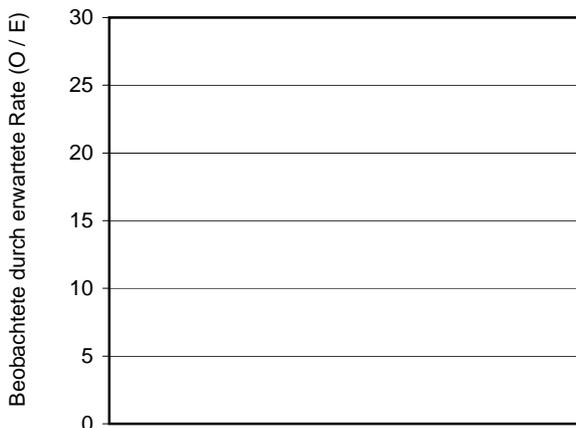
Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,55	4,50	13,50	21,30

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/447

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 4.383	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			15 / 4.383	0,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			15 / 4.383	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

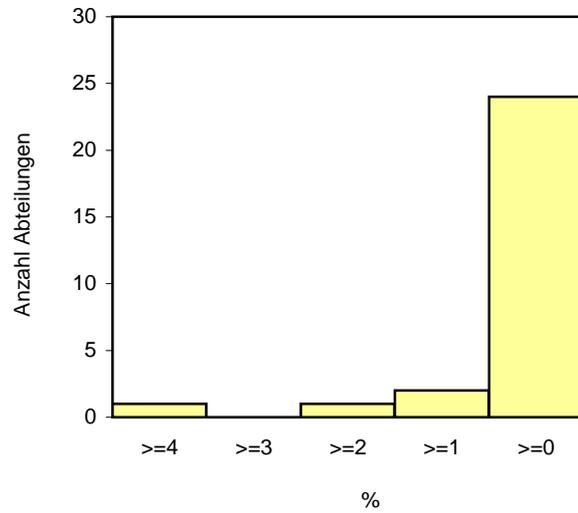
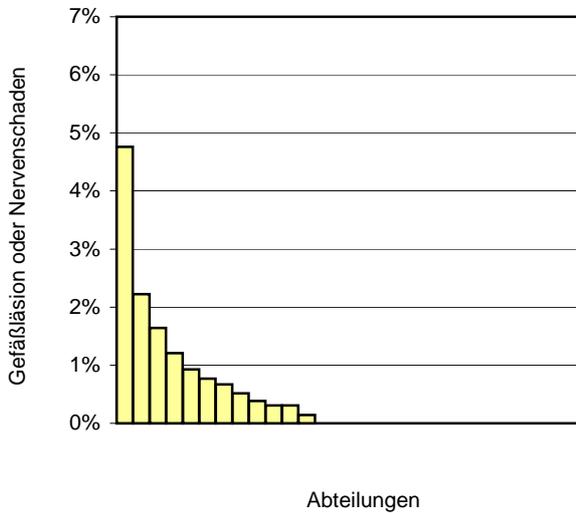
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			21 / 4.656	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/447]:

Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

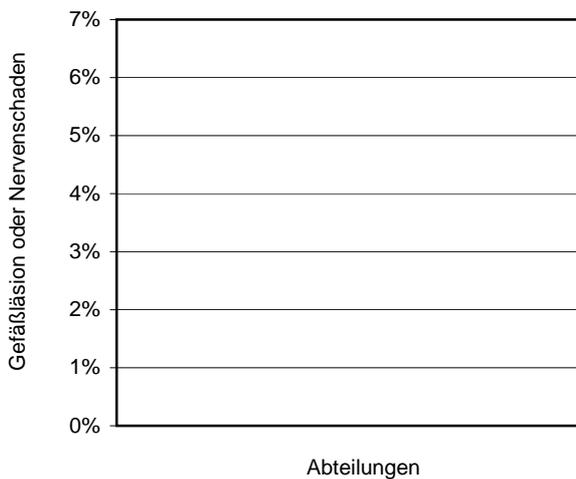
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50914
Referenzbereich: <= 6,66 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		15 / 4.383 0,34%
vorhergesagt (E) ¹		13,31 / 4.383 0,30%
O - E		0,04%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 5b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,13
Vertrauensbereich		0,68 - 1,86
Referenzbereich	<= 6,66	<= 6,66

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

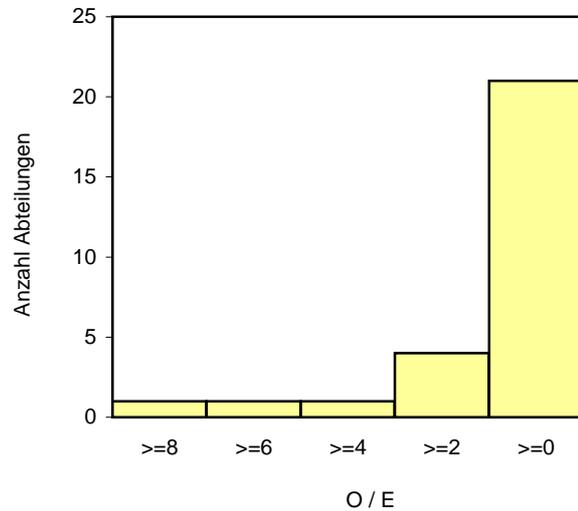
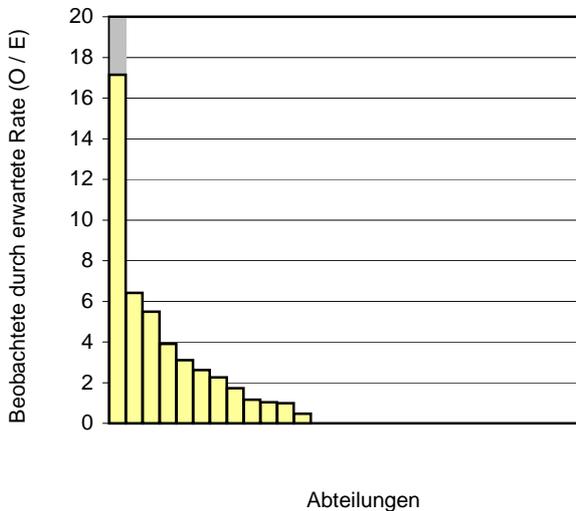
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		21 / 4.656 0,45%
vorhergesagt (E)		14,11 / 4.656 0,30%
O - E		0,15%
O / E		1,49
Vertrauensbereich		0,97 - 2,27

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50914]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

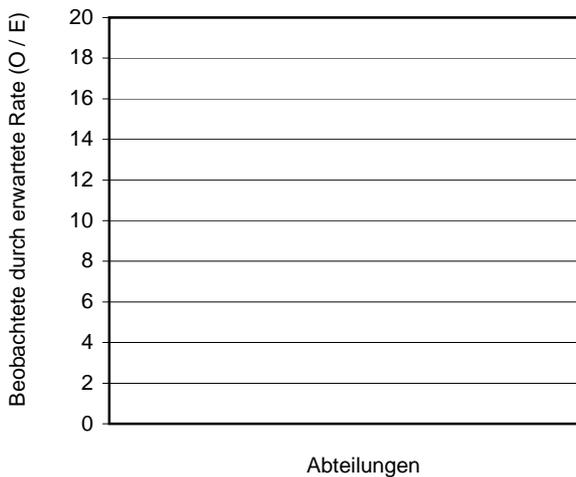
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,99	5,49	6,42	17,14

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/449

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 4.383	0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			5 / 4.383	0,1%
Patienten mit Fraktur			41 / 4.383	0,9%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			48 / 4.383	1,1%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

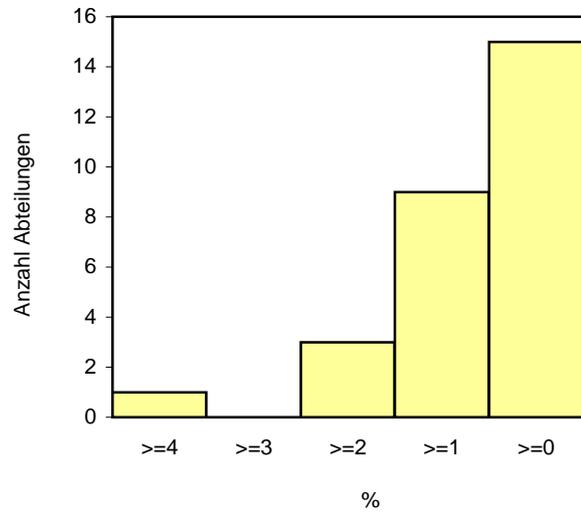
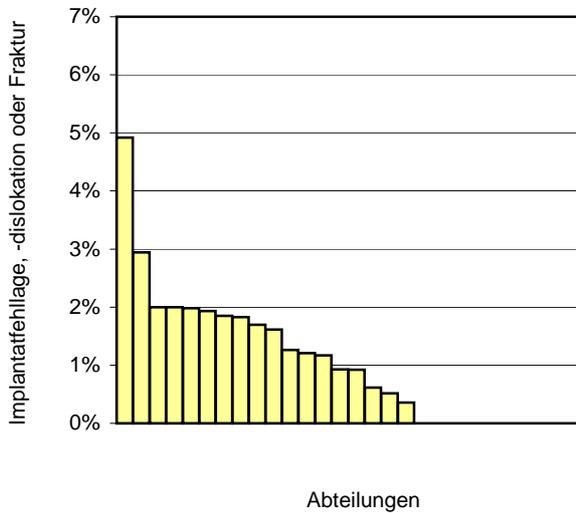
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			46 / 4.656	1,0%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/449]:

Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

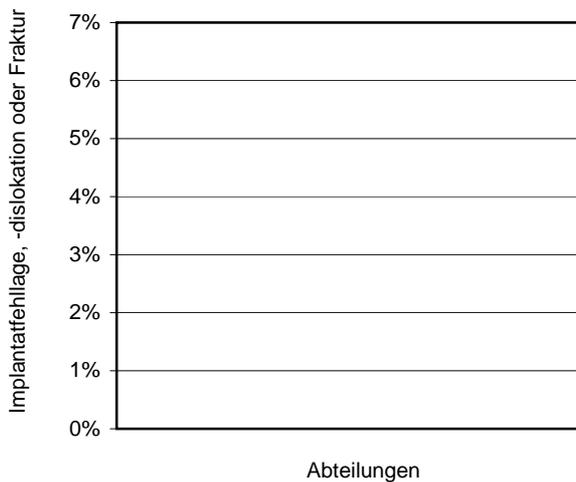
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50919
Referenzbereich: <= 2,16 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		48 / 4.383 1,10%
vorhergesagt (E) ¹		41,07 / 4.383 0,94%
O - E		0,16%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 6b.

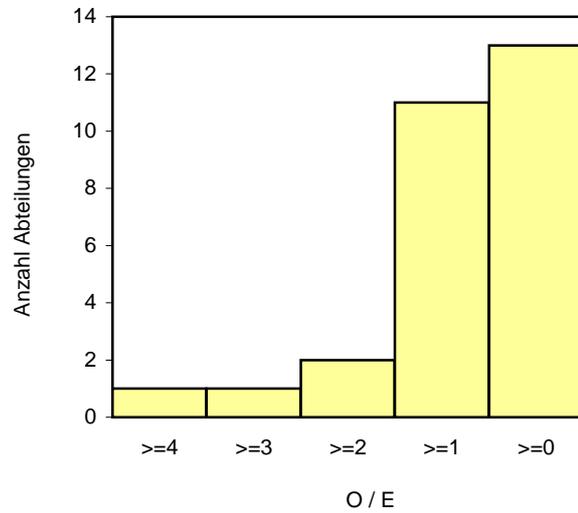
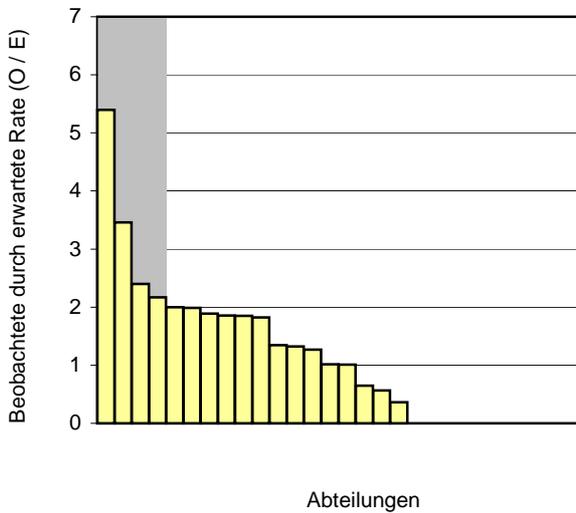
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,17
Vertrauensbereich		0,88 - 1,55
Referenzbereich	<= 2,16	<= 2,16

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		46 / 4.656 0,99%
vorhergesagt (E)		43,72 / 4.656 0,94%
O - E		0,05%
O / E		1,05
Vertrauensbereich		0,79 - 1,40

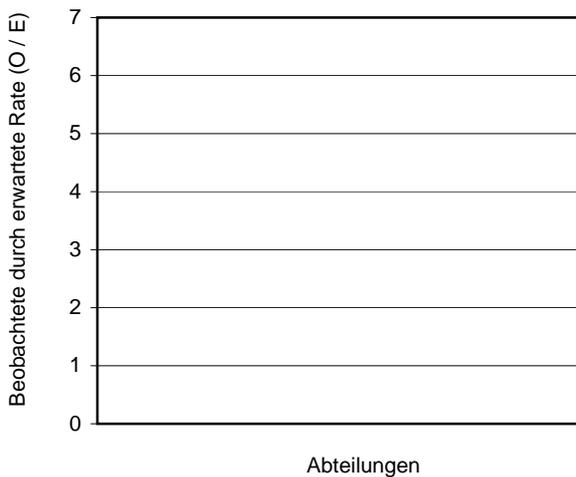
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50919]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01	1,87	2,40	3,46	5,40

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/451

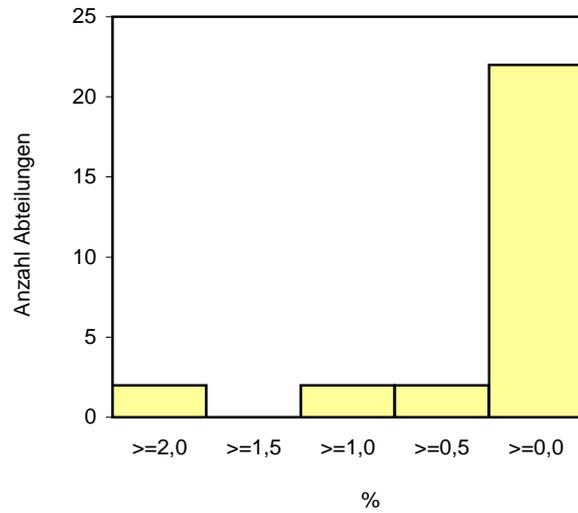
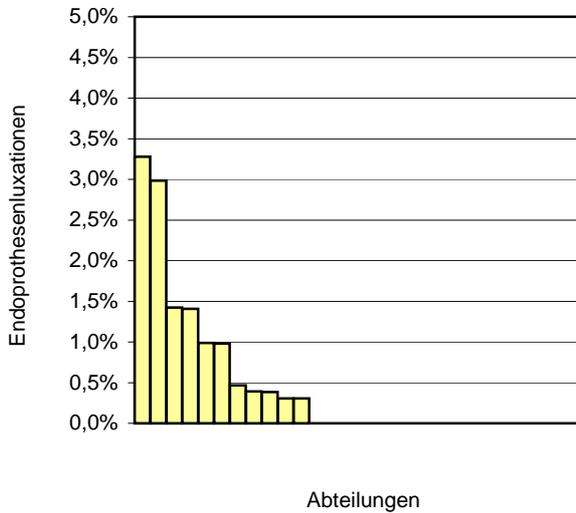
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			17 / 4.383	0,4%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			16 / 4.656	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%

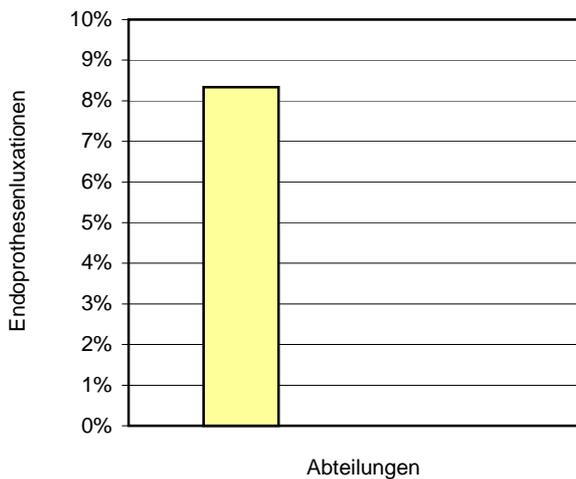
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/451]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



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

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50924
Referenzbereich: <= 16,97 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		17 / 4.383 0,39%
vorhergesagt (E) ¹		13,22 / 4.383 0,30%
O - E		0,09%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 7b.

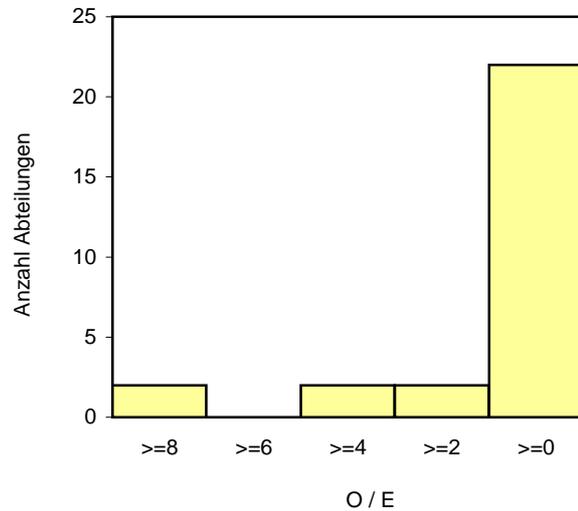
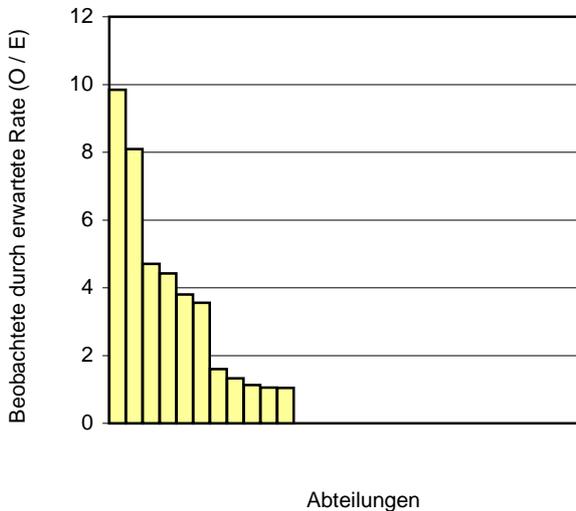
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,29
Vertrauensbereich		0,80 - 2,06
Referenzbereich	<= 16,97	<= 16,97

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		16 / 4.656 0,34%
vorhergesagt (E)		13,96 / 4.656 0,30%
O - E		0,04%
O / E		1,15
Vertrauensbereich		0,71 - 1,86

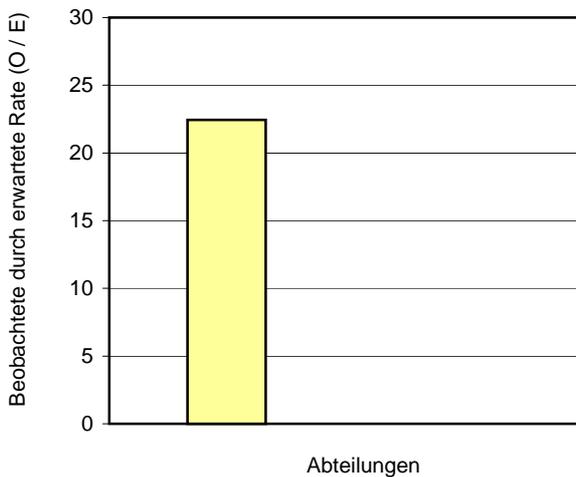
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50924]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,46	4,70	8,10	9,84

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				11,23				22,45

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/452

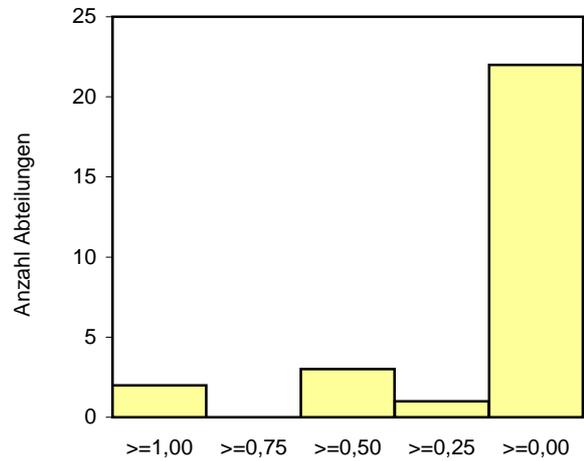
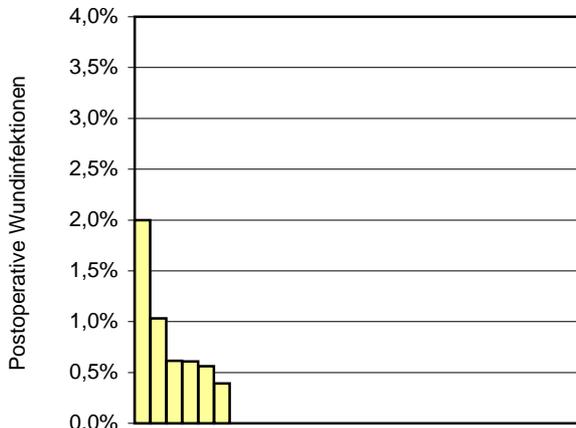
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			11 / 4.383	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 4.383	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			8 / 4.383	0,2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			14 / 4.656	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,5%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/452]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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

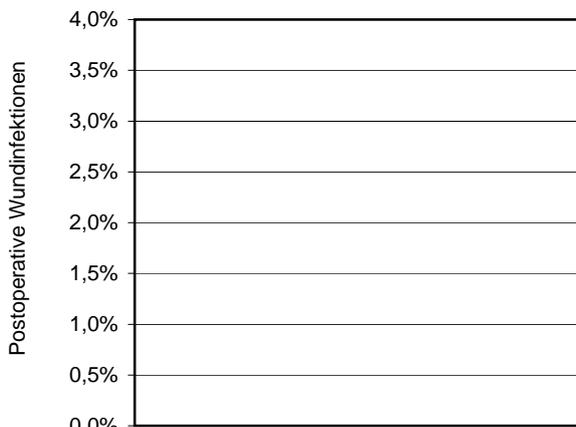


Abteilungen

%

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

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50929
Referenzbereich: <= 5,71 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		11 / 4.383 0,25%
vorhergesagt (E) ¹		24,42 / 4.383 0,56%
O - E		-0,31%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 8b.

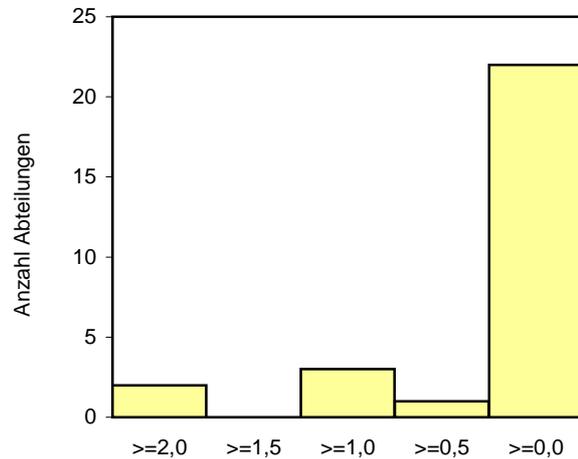
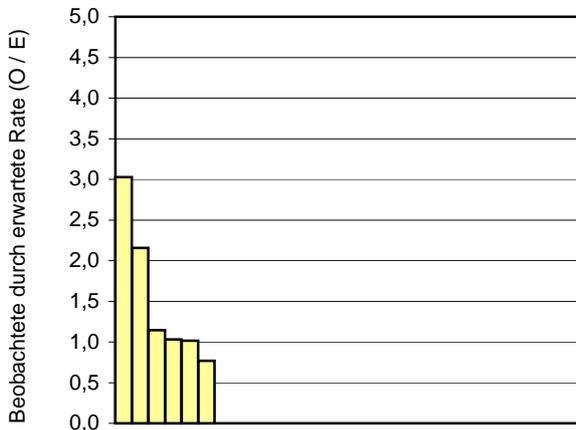
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,45
Vertrauensbereich		0,25 - 0,81
Referenzbereich	<= 5,71	<= 5,71

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		14 / 4.656 0,30%
vorhergesagt (E)		25,45 / 4.656 0,55%
O - E		-0,25%
O / E		0,55
Vertrauensbereich		0,33 - 0,92

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50929]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

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

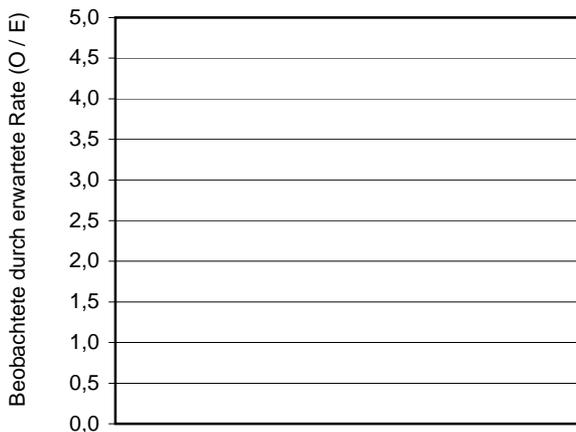


Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,15	2,16	3,03

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 91 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 Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.157 / 4.383	49,2%
Risikoklasse 1			1.828 / 4.383	41,7%
Risikoklasse 2			397 / 4.383	9,1%
Risikoklasse 3			1 / 4.383	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)

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 2.157	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 2.157	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 2.157	0,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			7 / 1.828	0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 1.828	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			7 / 1.828	0,4%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 397	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 397	0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 397	0,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 1	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 1	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 1	0,0%

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/454

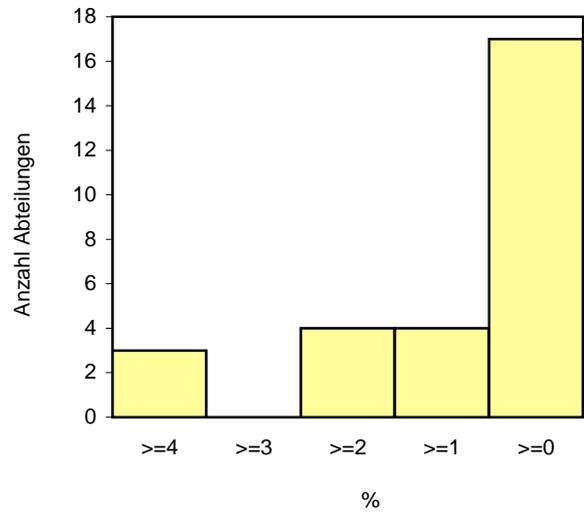
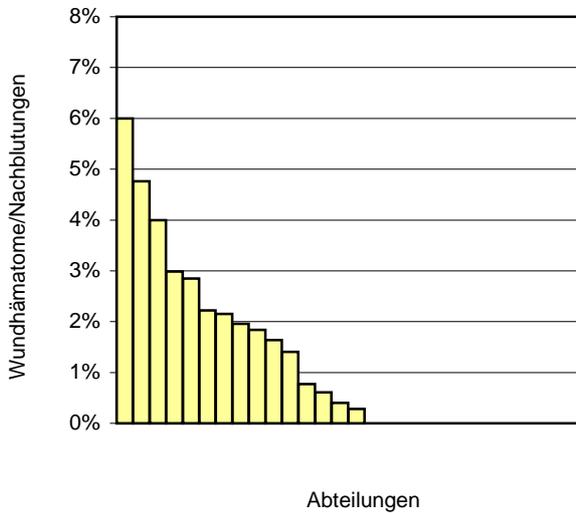
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			39 / 4.383	0,9%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			50 / 4.656	1,1%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,4%

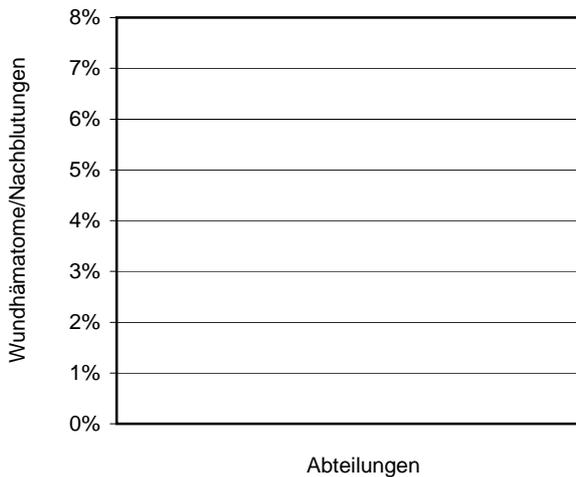
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/454]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



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

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilung 2012		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung					
Gesamt 2012					
		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung		12 / 1.358 0,9%	25 / 2.792 0,9%	2 / 205 1,0%	0 / 28 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50934
Referenzbereich: <= 7,45 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		39 / 4.383 0,89%
vorhergesagt (E) ¹		49,12 / 4.383 1,12%
O - E		-0,23%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 9b.

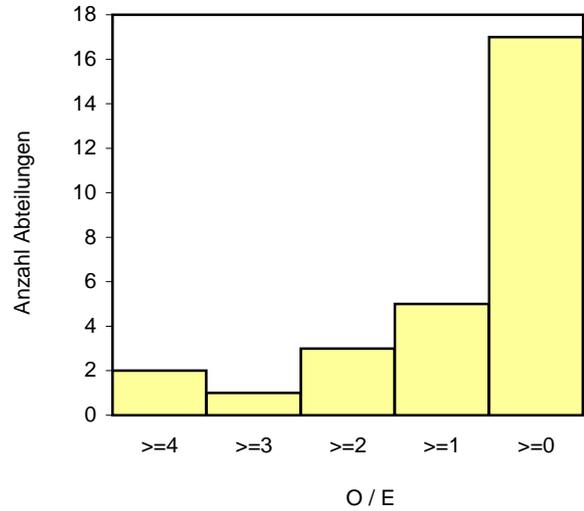
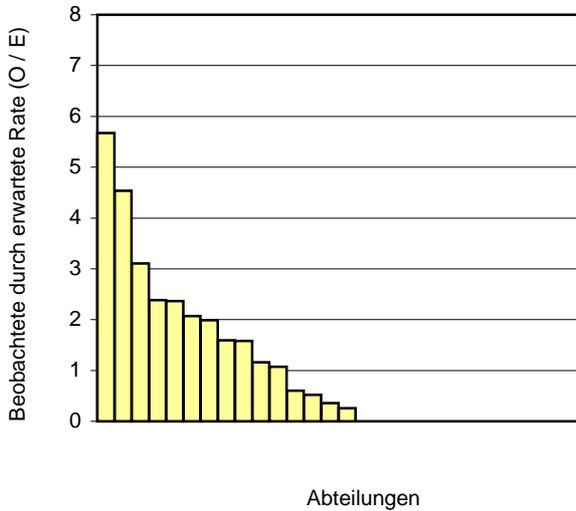
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,79
Vertrauensbereich		0,58 - 1,08
Referenzbereich	<= 7,45	<= 7,45

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		50 / 4.656 1,07%
vorhergesagt (E)		51,24 / 4.656 1,10%
O - E		-0,03%
O / E		0,98
Vertrauensbereich		0,74 - 1,28

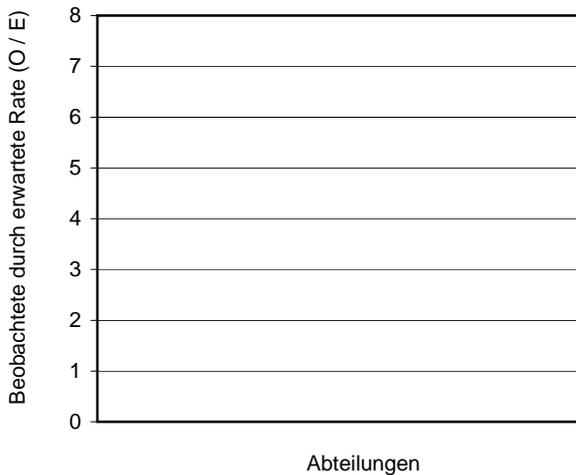
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50934]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	1,79	3,10	4,54	5,67

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n2-HUEFT-TEP/455

Referenzbereich: Gruppe 1: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	4 / 4.383 0,1%	1 / 2.693 0,0%	3 / 1.690 0,2%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	28 / 4.383 0,6%	12 / 2.693 0,4%	16 / 1.690 0,9%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	3 / 4.383 0,1%	2 / 2.693 0,1%	1 / 1.690 0,1%
Patienten mit Lungenembolie	6 / 4.383 0,1%	2 / 2.693 0,1%	4 / 1.690 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	105 / 4.383 2,4%	43 / 2.693 1,6%	62 / 1.690 3,7%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	39 / 4.383 0,9% 0,7% - 1,2%	17 / 2.693 0,6%	22 / 1.690 1,3%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich			

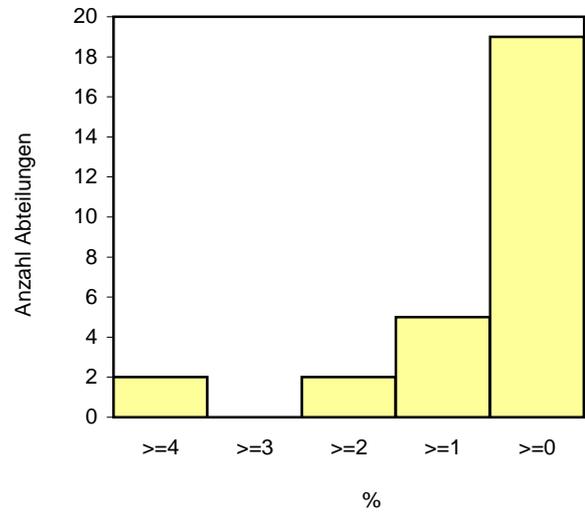
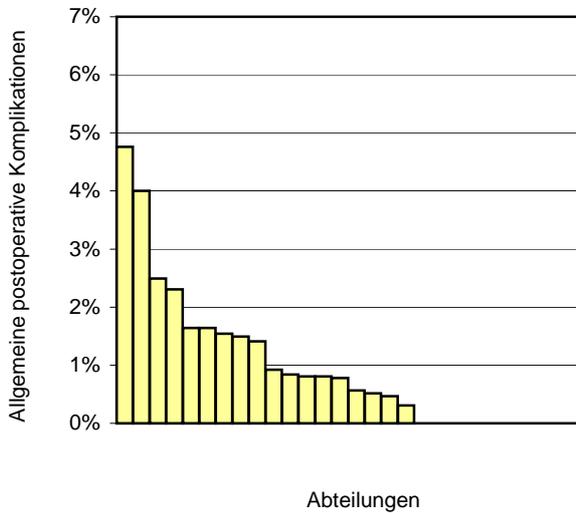
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	53 / 4.656 1,1% 0,9% - 1,5%	16 / 2.932 0,5%	37 / 1.723 2,1%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/455]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

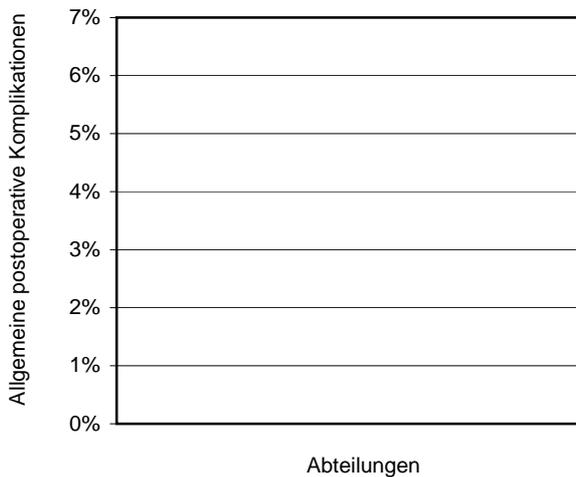
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,5	2,5	4,0	4,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50939
Referenzbereich: <= 3,65 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		39 / 4.383 0,89%
vorhergesagt (E) ¹		48,21 / 4.383 1,10%
O - E		-0,21%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 10b.

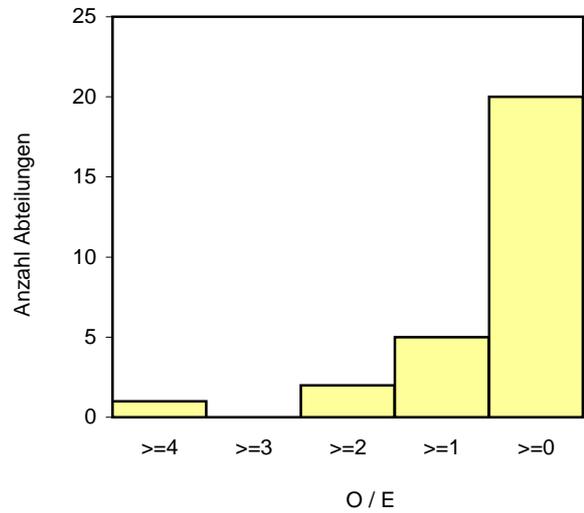
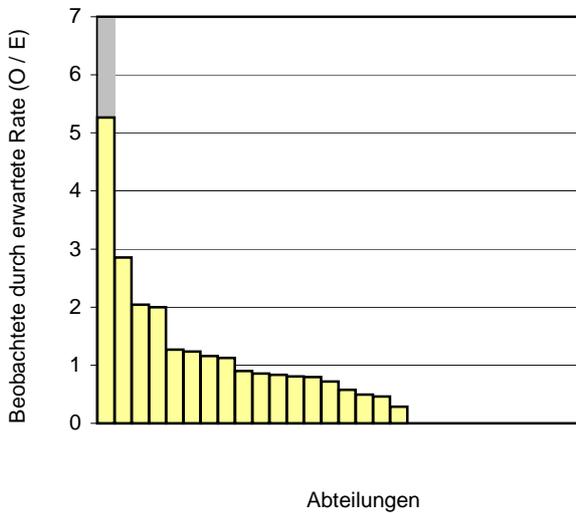
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,81
Vertrauensbereich		0,59 - 1,10
Referenzbereich	<= 3,65	<= 3,65

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		53 / 4.656 1,14%
vorhergesagt (E)		50,41 / 4.656 1,08%
O - E		0,06%
O / E		1,05
Vertrauensbereich		0,80 - 1,37

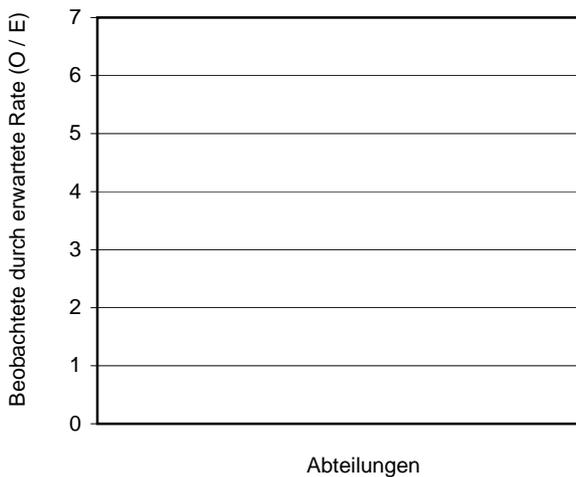
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50939]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	1,14	2,04	2,85	5,27

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/456

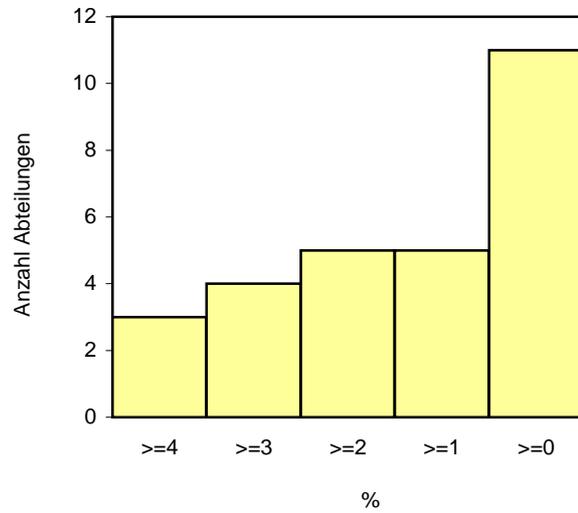
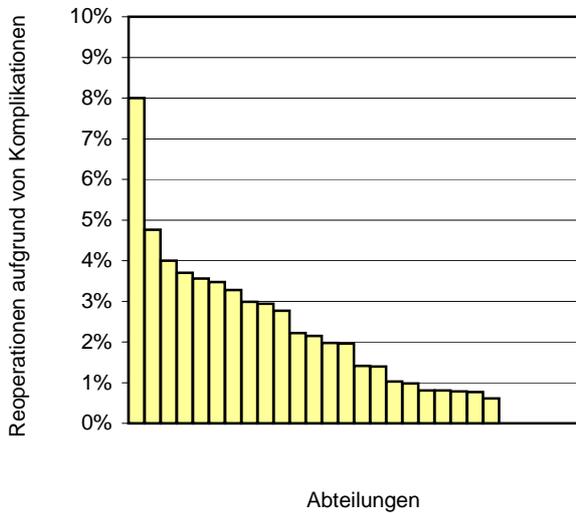
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			76 / 4.383	1,7%
Vertrauensbereich				1,4% - 2,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			82 / 4.656	1,8%
Vertrauensbereich				1,4% - 2,2%

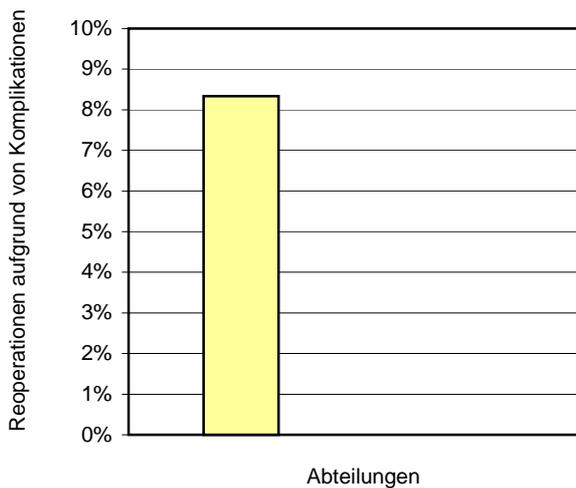
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/456]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

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



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

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50944
Referenzbereich: <= 5,56 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		76 / 4.383 1,73%
vorhergesagt (E) ¹		74,32 / 4.383 1,70%
O - E		0,04%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 11b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,02
Vertrauensbereich		0,82 - 1,28
Referenzbereich	<= 5,56	<= 5,56

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

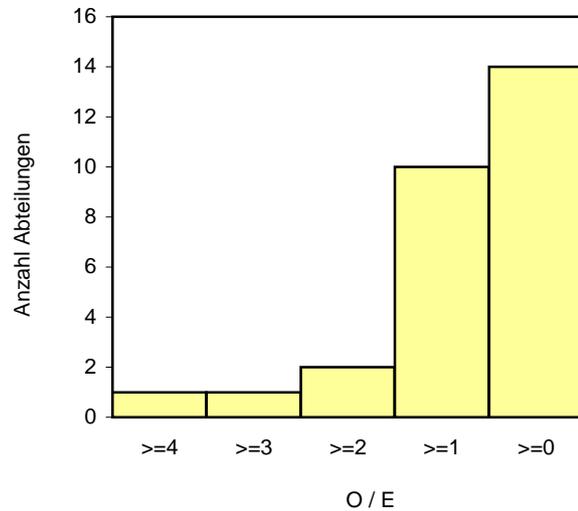
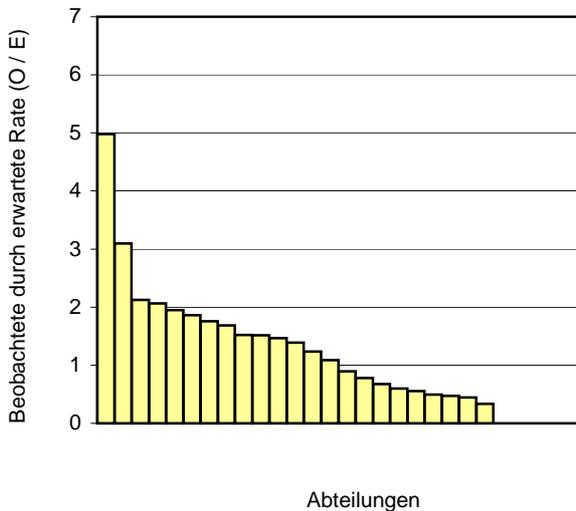
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		82 / 4.656 1,76%
vorhergesagt (E)		77,93 / 4.656 1,67%
O - E		0,09%
O / E		1,05
Vertrauensbereich		0,85 - 1,30

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50944]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

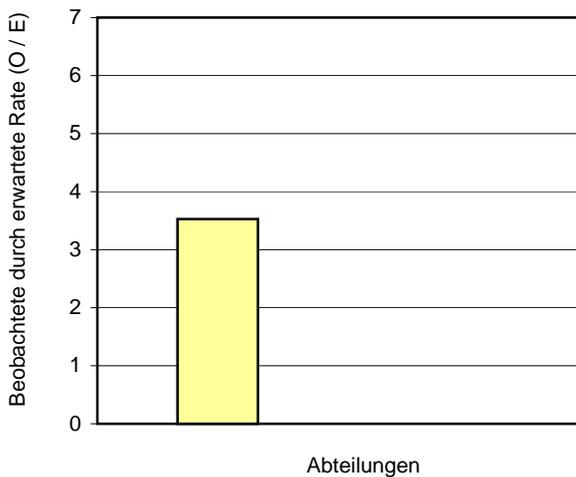
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,46	0,99	1,72	2,13	3,10	4,98

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				1,76				3,53

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/457

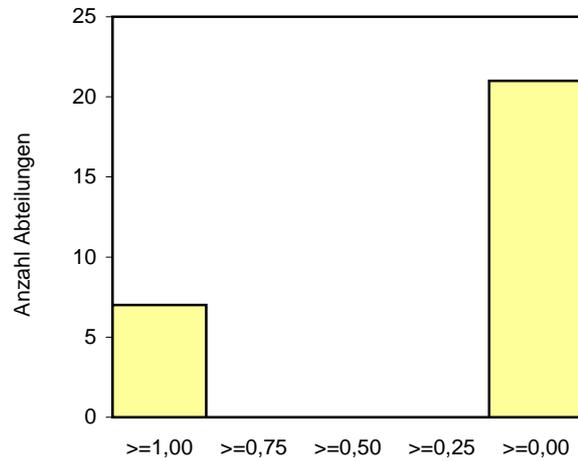
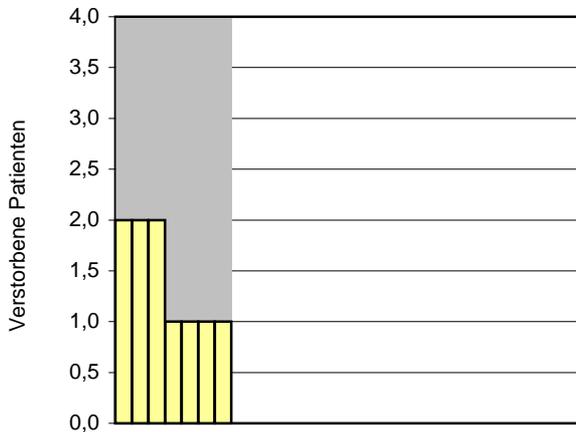
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		■ Sentinel Event	10 / 4.383	10,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		■	10 / 4.656	10,0 Fälle

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/457]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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

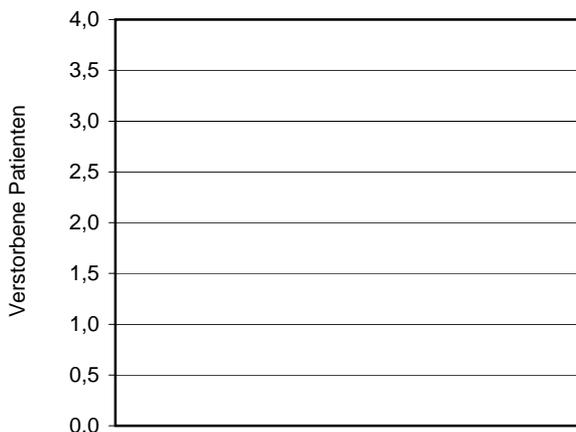


Abteilungen

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	0,5	2,0	2,0	2,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 2 Abteilungen haben weniger als 20 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

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 2012				
	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 2012				
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 2.693 0,1%	8 / 1.676 0,5%	0 / 14 0,0%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n2-HUEFT-TEP/50949

Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		10 / 4.383 0,23%
vorhergesagt (E) ¹		8,24 / 4.383 0,19%
O - E		0,04%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-TEP-Score 12b.

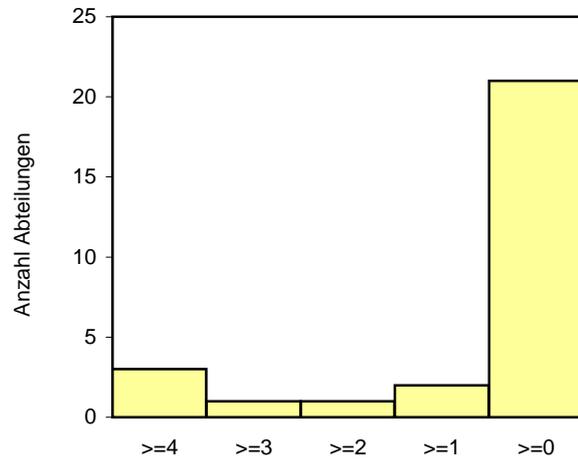
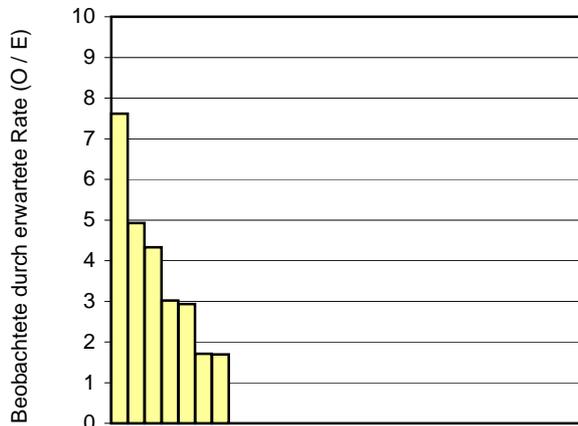
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		0,66 - 2,23
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		10 / 4.656 0,21%
vorhergesagt (E)		8,91 / 4.656 0,19%
O - E		0,02%
O / E		1,12
Vertrauensbereich		0,61 - 2,06

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2012/17n2-HUEFT-TEP/50949]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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

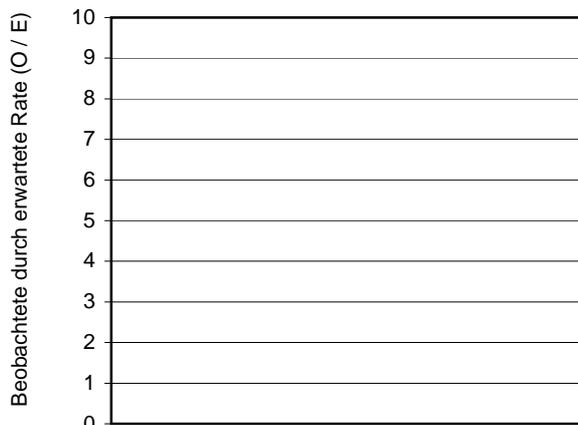


Abteilungen

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	0,85	4,33	4,93	7,62

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



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.383
Datensatzversion: 17/2 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12624-L81813-P38746

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.278	29,2	1.373	29,5
2. Quartal			1.082	24,7	1.160	24,9
3. Quartal			1.003	22,9	1.044	22,4
4. Quartal			1.020	23,3	1.079	23,2
Gesamt			4.383		4.656	

¹ Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.383		4.656	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,3		1,3
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.383		4.656	
Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,8		10,8
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.383		4.656	
Median				11,0		11,0
Mittelwert				12,1		12,2

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	3.243	74,0	M16.1	3.421	73,5
2				I10.00	1.590	36,3	I10.00	1.693	36,4
3				D62	1.225	27,9	D62	1.258	27,0
4				Z96.6	666	15,2	Z96.6	686	14,7
5				E11.90	430	9,8	E11.90	452	9,7
6				I10.90	367	8,4	M16.9	441	9,5
7				M16.9	357	8,1	I10.90	401	8,6
8				E66.00	351	8,0	E66.00	352	7,6

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2011 und ICD-10-GM 2012 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 2012¹

Liste der 5 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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

OPS 2012

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-820.00	3.292	75,1	5-820.00	3.576	76,8
2				8-915	470	10,7	8-915	557	12,0
3				5-820.94	430	9,8	8-930	534	11,5
4				5-820.02	417	9,5	8-803.2	449	9,6
5				8-803.2	330	7,5	5-820.02	392	8,4

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

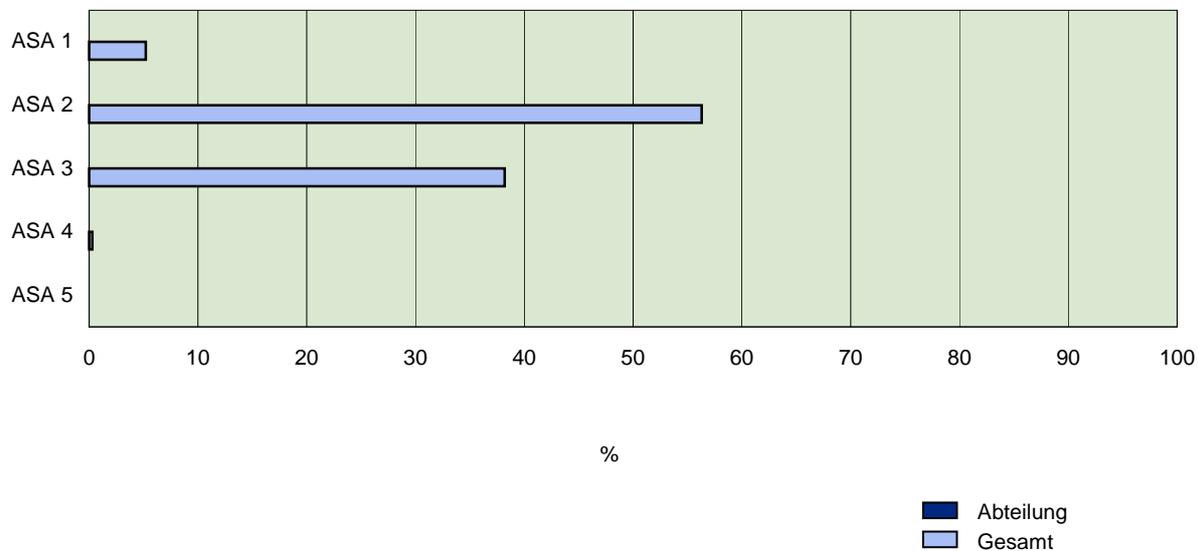
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			4 / 4.383	0,1	3 / 4.656	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.383	0,0	0 / 4.656	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.383	0,0	0 / 4.656	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			320 / 4.383	7,3	314 / 4.656	6,7

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.383 / 4.383		4.656 / 4.656	
< 50 Jahre			227 / 4.383	5,2	243 / 4.656	5,2
50 - 59 Jahre			751 / 4.383	17,1	782 / 4.656	16,8
60 - 69 Jahre			1.115 / 4.383	25,4	1.290 / 4.656	27,7
70 - 79 Jahre			1.810 / 4.383	41,3	1.886 / 4.656	40,5
80 - 89 Jahre			468 / 4.383	10,7	443 / 4.656	9,5
>= 90 Jahre			12 / 4.383	0,3	12 / 4.656	0,3
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.383		4.656	
Median				70,0		70,0
Mittelwert				67,9		67,7
Geschlecht						
männlich			1.899	43,3	2.014	43,3
weiblich			2.484	56,7	2.642	56,7
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			227	5,2	203	4,4
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.466	56,3	2.729	58,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.676	38,2	1.689	36,3
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			14	0,3	34	0,7
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.359	76,6	3.692	79,3
Belastungsschmerz			983	22,4	923	19,8
keine Schmerzen			41	0,9	41	0,9
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah						
			244	5,6	283	6,1

Präoperative Diagnostik

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.279	97,6	4.497	96,6
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.279		4.497	
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				3,3		3,3
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		90,0
Mittelwert				86,3		86,9
Ab-/Adduktion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.279		4.497	
Winkel Abduktion (Grad) Median				15,0		15,0
Mittelwert				16,0		15,8
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,4		0,5
Winkel Adduktion (Grad) Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,5		11,0

Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012	Gesamt 2011
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Außen-/Innenrotation Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben		4.279	4.497
Winkel			
Außenrotation (Grad)			
Median		15,0	10,0
Mittelwert		14,8	14,1
Neutral-Null-Wert (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		2,5	2,2
Winkel			
Innenrotation (Grad)			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		4,7	5,2

Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Osteophyten						
keine oder fraglich			184	4,2	129	2,8
eindeutig			2.511	57,3	2.893	62,1
große			1.688	38,5	1.634	35,1
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			27	0,6	22	0,5
eindeutig verschmälert			388	8,9	545	11,7
fortgeschritten verschmälert			2.219	50,6	2.515	54,0
aufgehoben			1.749	39,9	1.574	33,8
Sklerose						
keine Sklerose			19	0,4	8	0,2
leichte Sklerose			536	12,2	611	13,1
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.271	51,8	2.641	56,7
Sklerose mit Zysten			1.557	35,5	1.396	30,0
Deformierung						
keine Deformierung			298	6,8	242	5,2
leichte Deformierung			1.723	39,3	1.827	39,2
deutliche Deformierung			2.362	53,9	2.587	55,6
Wundkontaminations- klassifikation						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.368	99,7	4.638	99,6
bedingt aseptische Eingriffe			11	0,3	16	0,3
kontaminierte Eingriffe			0	0,0	0	0,0
septische Eingriffe			4	0,1	2	0,0

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.383		4.656	
Median				70,0		70,0
Mittelwert				75,9		76,2
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			4.372	99,7	4.646	99,8
davon						
single shot			4.055 / 4.372	92,7	4.246 / 4.646	91,4
Zweitgabe			207 / 4.372	4,7	227 / 4.646	4,9
öfter			110 / 4.372	2,5	173 / 4.646	3,7

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperatives Röntgenbild a/p			4.364	99,6	4.646	99,8
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			3.361	76,7	3.475	74,6
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			135	3,1	145	3,1
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,0	3	0,1
Implantatdislokation			5	0,1	6	0,1
Endoprothesenluxation			17	0,4	16	0,3
Wundhämatom/Nachblutung			39	0,9	50	1,1
Gefäßläsion			0	0,0	3	0,1
Nervenschaden			15	0,3	18	0,4
Fraktur			41	0,9	39	0,8
Sonstige			21	0,5	19	0,4
postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			11	0,3	14	0,3
A1 (oberflächliche Infektion)			3 / 11	27,3	1 / 14	7,1
A2 (tiefe Infektion)			8 / 11	72,7	13 / 14	92,9
A3 (Räume/Organe)			0 / 11	0,0	0 / 14	0,0
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			76	1,7	82	1,8

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			138	3,1	147	3,2
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			4	0,1	5	0,1
kardiovaskuläre Komplikation(en)			28	0,6	43	0,9
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			3	0,1	3	0,1
Lungenembolie			6	0,1	6	0,1
Sonstige			105	2,4	99	2,1

Entlassung I

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.338	99,0	4.549	97,7
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.338		4.549	
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,1
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,0		0,0
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				87,6		87,9

Entlassung I (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.344	99,3	4.620	99,4
Nein			29	0,7	26	0,6
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			13	44,8	14	53,8
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.336	99,2	4.609	99,2
Nein			37	0,8	37	0,8
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			21	56,8	17	45,9

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.966	44,9	2.103	45,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			32	0,7	78	1,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,0	13	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			86	2,0	103	2,2
07: Tod			10	0,2	10	0,2
08: Verlegung nach § 14			19	0,4	12	0,3
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.229	50,9	2.293	49,2
10: in Pflegeeinrichtung			28	0,6	32	0,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,0	5	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	7	0,2
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)			9	0,2	0	0,0
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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			853	19,5	849	18,2
Dienstag			554	12,6	587	12,6
Mittwoch			563	12,8	678	14,6
Donnerstag			694	15,8	739	15,9
Freitag			946	21,6	956	20,5
Samstag			485	11,1	553	11,9
Sonntag			288	6,6	294	6,3

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-TEP-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

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 2012 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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

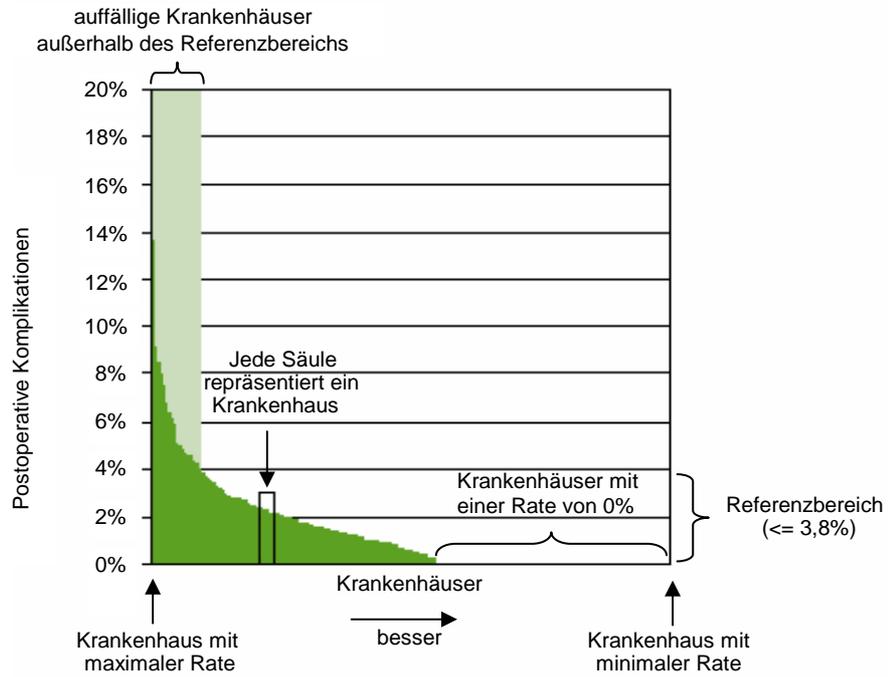
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

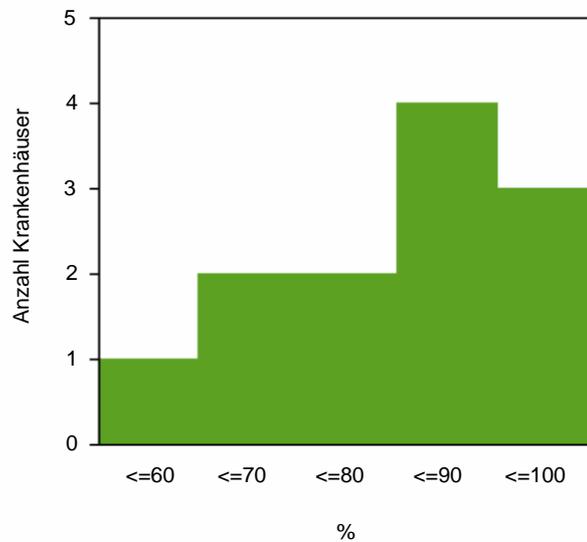
Beispiel:

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. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. 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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% 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 Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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