

Jahresauswertung 2012
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 770
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12625-L81814-P38813

Jahresauswertung 2012
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 770
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12625-L81814-P38813

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n3-HUEFT-WECH/268					
QI 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien			95,6%	>= 86,2%	1.1
2012/17n3-HUEFT-WECH/270					
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,6%	>= 95,0%	1.4
QI 3: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
3a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878 bei allen Patienten			1,4%	nicht definiert	1.7
3b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,89	<= 4,13	1.10
QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden					
4a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221 bei allen Patienten			0,6%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,94	<= 2,90	1.14
QI 5: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur					
5a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/463 bei allen Patienten			1,4%	nicht definiert	1.16
5b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,82	<= 1,04	1.18
QI 6: Endoprothesenluxation					
6a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/465 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	1.20
6b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,88	<= 5,23	1.22

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: Postoperative Wundinfektion					
7a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/466 bei allen Patienten			2,5%	nicht definiert	1.24
7b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,72	nicht definiert	1.26
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen					
8a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/468 bei allen Patienten			2,2%	nicht definiert	1.32
8b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,75	<= 4,58	1.35
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen					
9a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/469 bei allen Patienten			3,5%	nicht definiert	1.37
9b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,15	<= 2,82	1.40
QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen					
10a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/470 bei allen Patienten			4,8%	nicht definiert	1.42
10b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,74	<= 2,52	1.44
QI 11: Sterblichkeit im Krankenhaus					
11a: 2012/17n3-HUEFT-WECH/471 bei allen Patienten			12,0 Fälle	Sentinel Event	1.46
11b: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,12	nicht definiert	1.49

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

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/268

Referenzbereich: >= 86,2% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			465 / 770	60,4%
Patienten mit Ruheschmerz			241 / 770	31,3%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			386 / 770	50,1%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			271 / 770	35,2%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			196 / 770	25,5%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			273 / 770	35,5%
Patienten mit Substanzverlust Femur			148 / 770	19,2%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			120 / 770	15,6%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			167 / 770	21,7%
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b)			246 / 770	31,9%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			123 / 770	16,0%
Patienten mit Erregernachweis			58 / 770	7,5%
Patienten mit einer Prothesen(sub)- luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerz- kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungs- kriterium			736 / 770	95,6%
Vertrauensbereich				93,9% - 96,8%
Referenzbereich		>= 86,2%		>= 86,2%

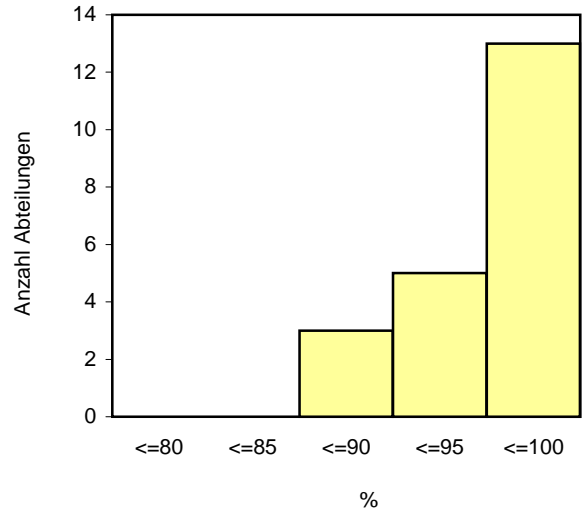
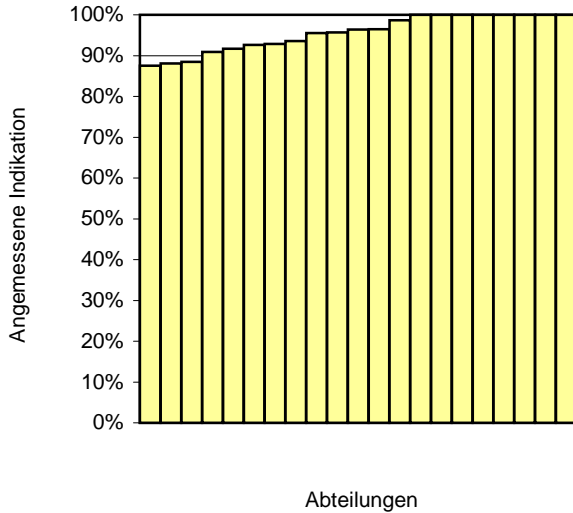
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer Prothesen(sub)- luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerz- kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungs- kriterium Vertrauensbereich			663 / 704	94,2% 92,2% - 95,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/268]:

Anteil von Patienten mit einer Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung, -versagen oder -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

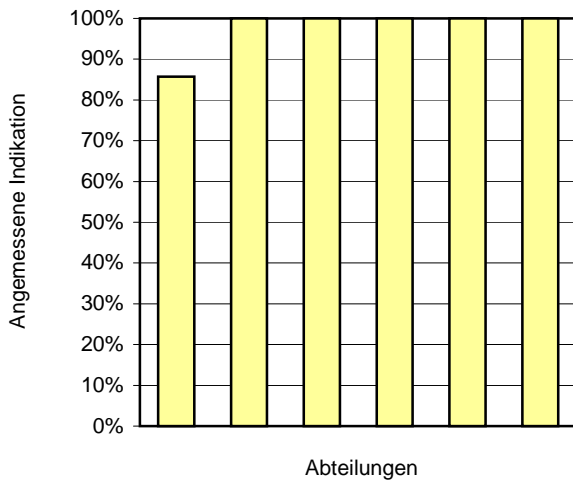
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5	88,1	88,5	92,6	96,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n3-HUEFT-WECH/270

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			

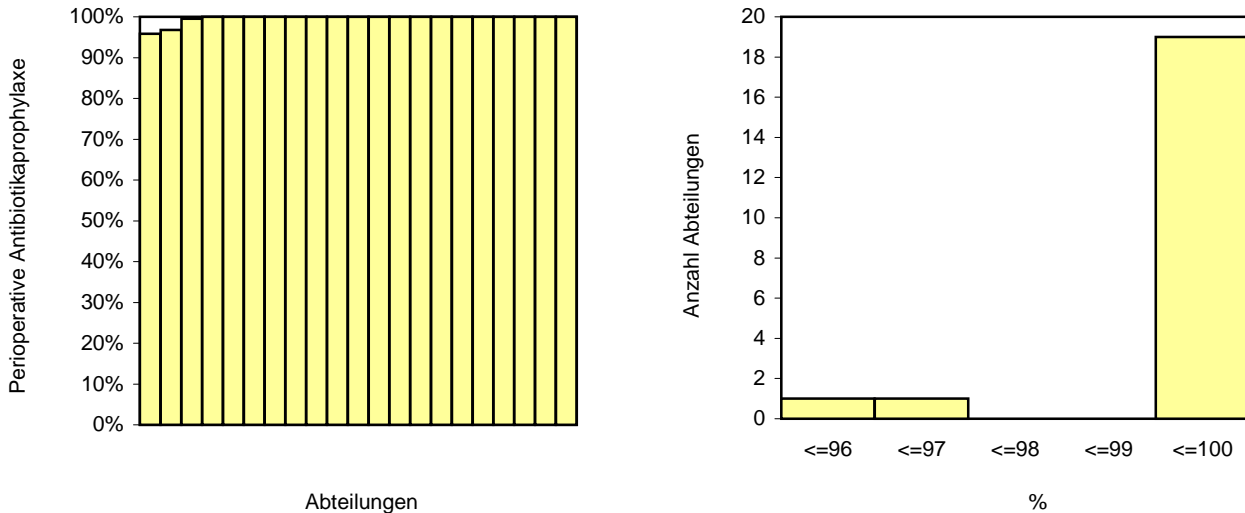
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	767 / 770	448 / 451	319 / 319
Vertrauensbereich	99,6%	99,3%	100,0%
Referenzbereich	98,9% - 99,9% >= 95,0%		
davon			
single shot	401 / 767 52,3%	277 / 448 61,8%	124 / 319 38,9%
Zweitgabe oder öfter	366 / 767 47,7%	171 / 448 38,2%	195 / 319 61,1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	703 / 704 99,9% 99,2% - 100,0%	460 / 461 99,8%	243 / 243 100,0%

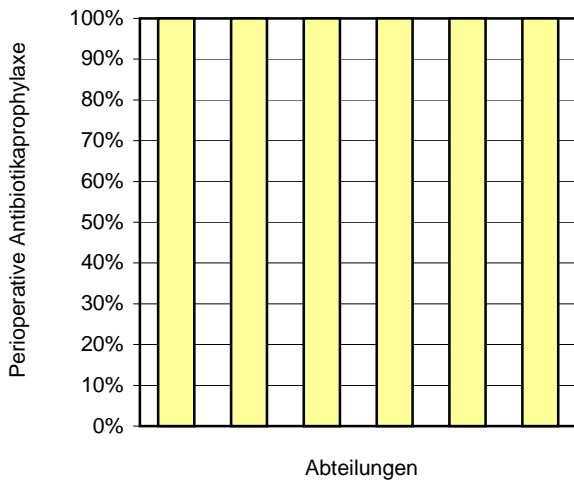
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/270]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,8	96,8	99,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: 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: 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			693 / 719	96,4%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	10 / 719	1,4% 0,8% - 2,5% nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			3 / 558	0,5%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			1 / 62	1,6%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 37	2,7%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			5 / 62	8,1%

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			12 / 660	1,8% 1,0% - 3,2%

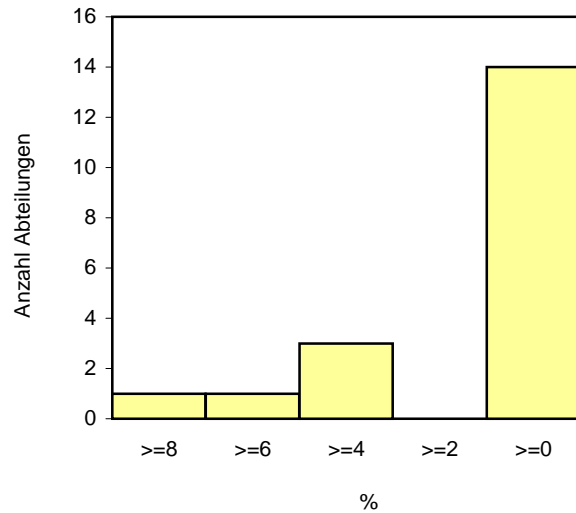
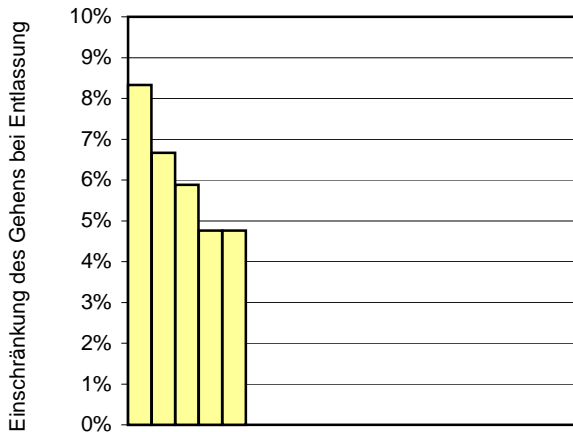
¹ d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/10878]:

Anteil von Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten mit den Entlassungsgründen 1, 2, 6, 8, 9

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

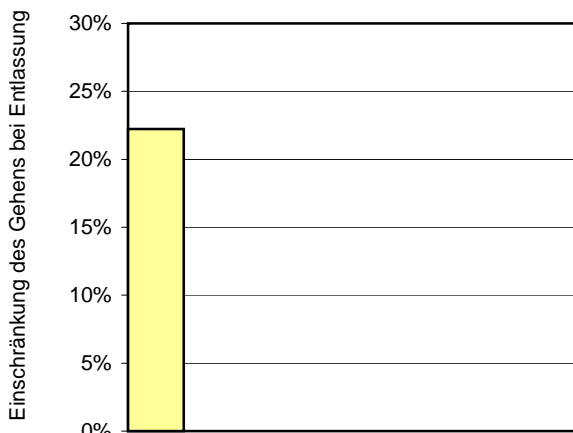
19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			22,2

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: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954

Referenzbereich: <= 4,13 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		10 / 719 1,39%
vorhergesagt (E) ¹		11,21 / 719 1,56%
O - E		-0,17%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 3b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,89
Vertrauensbereich		0,49 - 1,63
Referenzbereich	<= 4,13	<= 4,13

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.

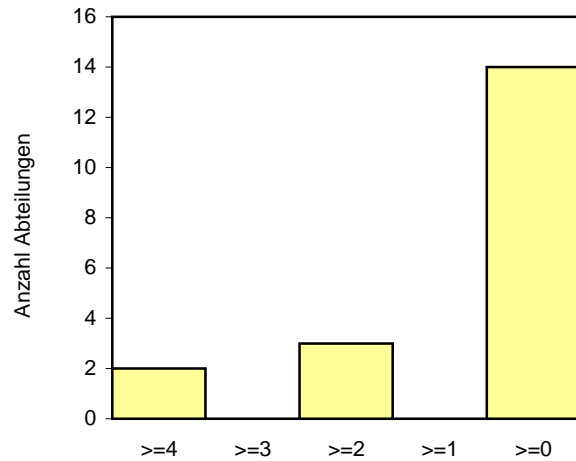
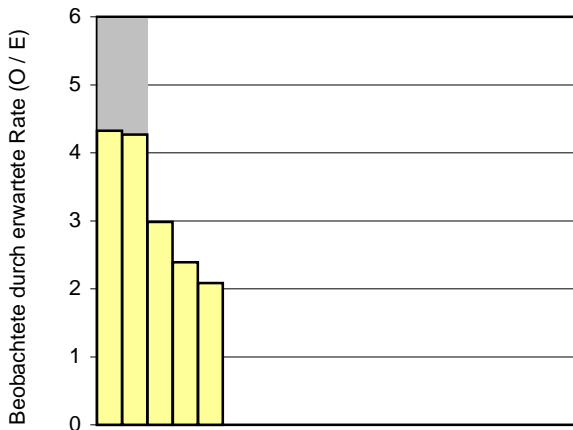
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		12 / 660 1,82%
vorhergesagt (E)		10,80 / 660 1,64%
O - E		0,18%
O / E		1,11
Vertrauensbereich		0,64 - 1,93

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50954]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



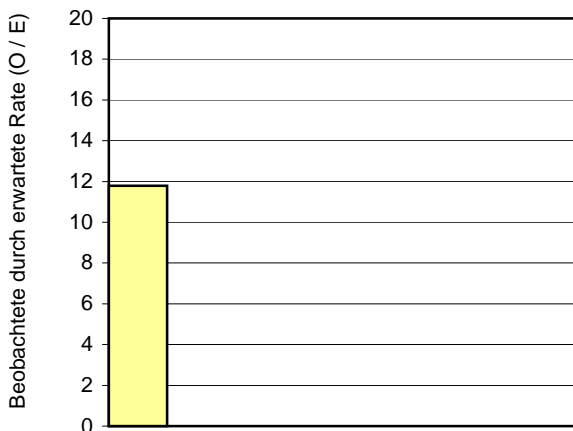
Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	2,08	4,27		4,33

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			11,79

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			2 / 770	0,3%
Patienten mit Nervenschaden			3 / 770	0,4%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			5 / 770	0,6%
Vertrauensbereich				0,3% - 1,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

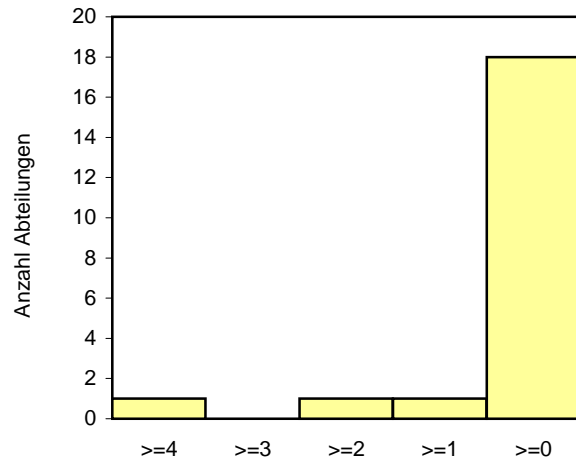
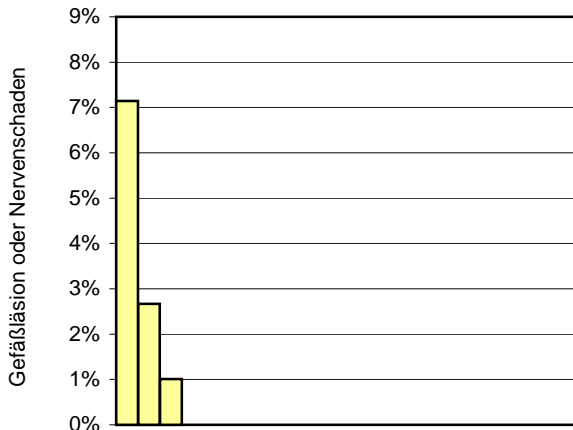
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			9 / 704	1,3%
Vertrauensbereich				0,7% - 2,4%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/2221]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



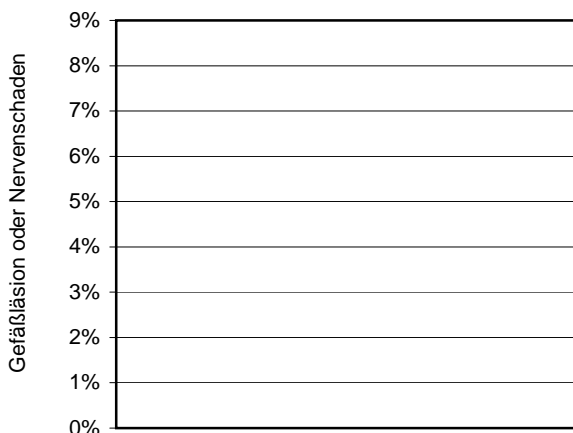
Abteilungen

%

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

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959
Referenzbereich: <= 2,90 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		5 / 770 0,65%
vorhergesagt (E) ¹		5,34 / 770 0,69%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFTWECH-Score 4b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,94
Vertrauensbereich		0,40 - 2,18
Referenzbereich	<= 2,90	<= 2,90

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.

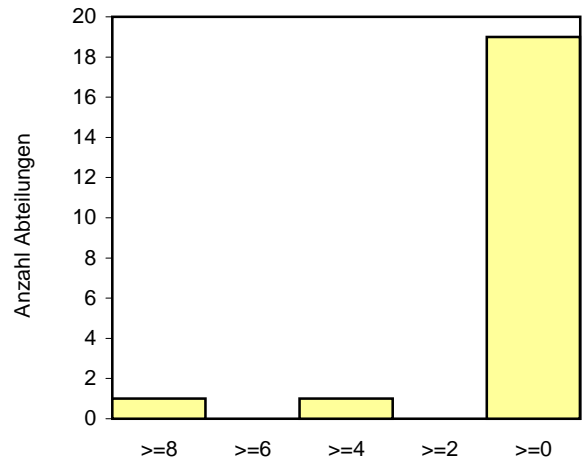
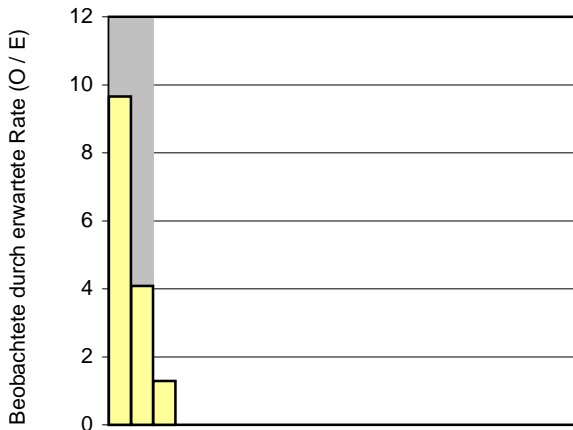
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		9 / 704 1,28%
vorhergesagt (E)		4,97 / 704 0,71%
O - E		0,57%
O / E		1,81
Vertrauensbereich		0,96 - 3,42

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50959]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,29	4,08	9,65

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/463

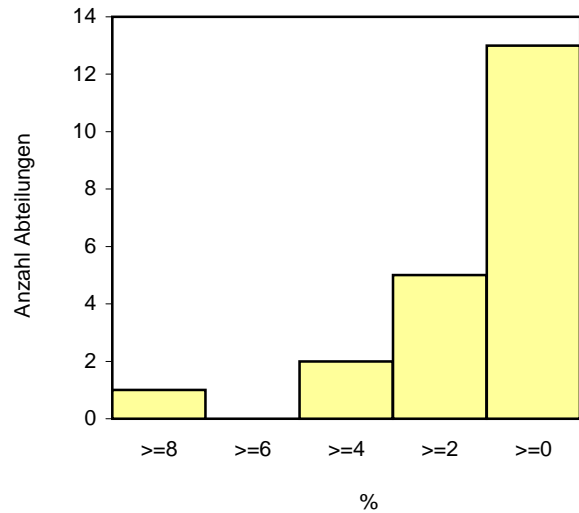
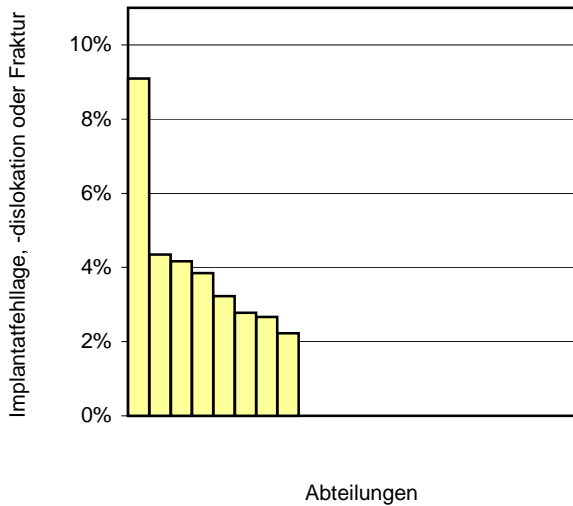
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 770	0,3%
Patienten mit Implantatdislokation			1 / 770	0,1%
Patienten mit Fraktur			10 / 770	1,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			11 / 770	1,4%
Vertrauensbereich				0,8% - 2,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			15 / 704	2,1%
Vertrauensbereich				1,3% - 3,5%

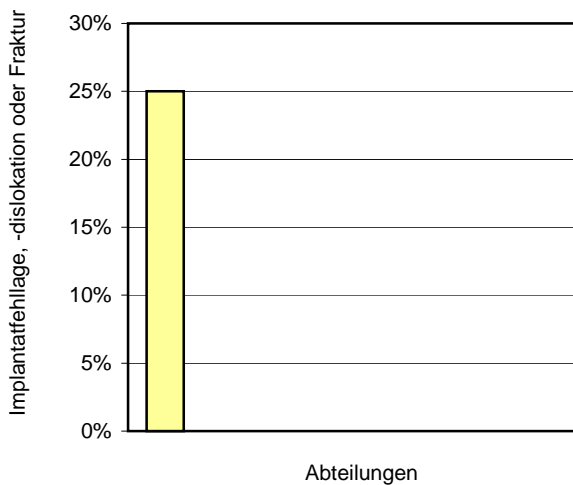
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/463]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



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

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



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

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: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964
Referenzbereich: <= 1,04 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		11 / 770 1,43%
vorhergesagt (E) ¹		13,44 / 770 1,75%
O - E		-0,32%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 5b.

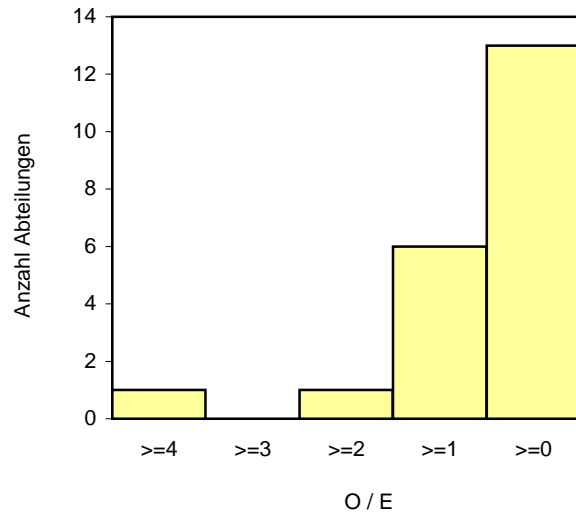
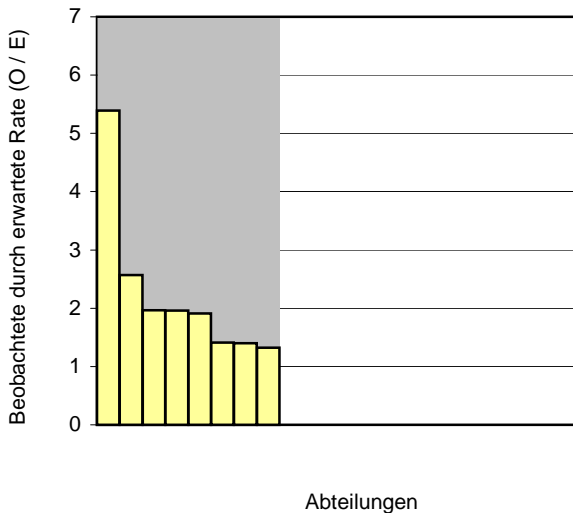
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,82
Vertrauensbereich		0,46 - 1,45
Referenzbereich	<= 1,04	<= 1,04

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)		15 / 704 2,13%
vorhergesagt (E)		12,95 / 704 1,84%
O - E		0,29%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		0,70 - 1,89

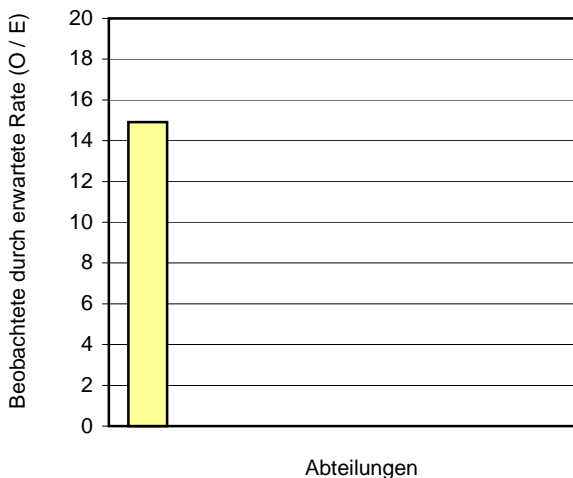
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50964]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,41	1,97	2,57	5,39

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			14,91

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/465

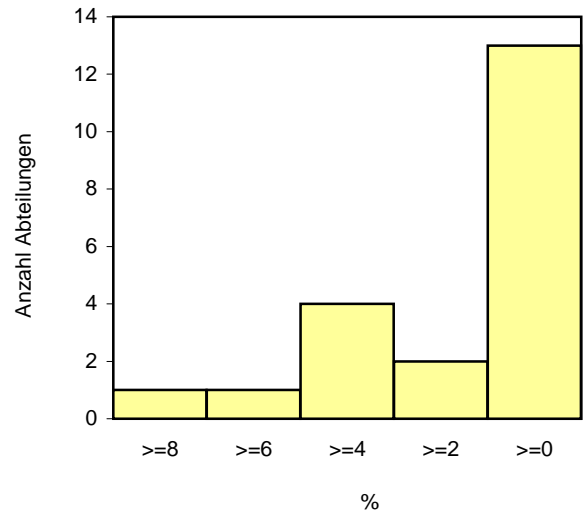
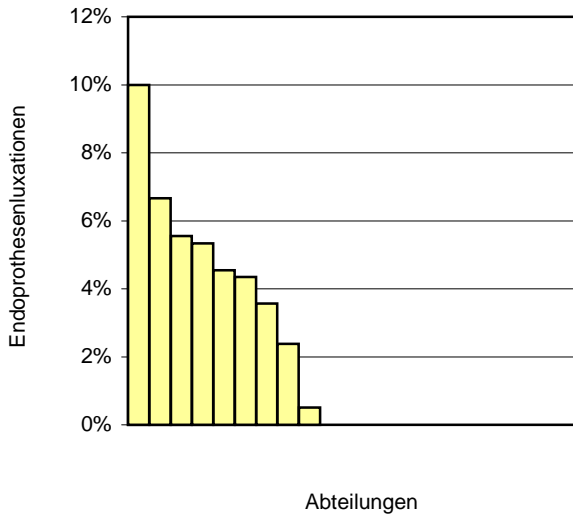
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			13 / 770	1,7%
Vertrauensbereich				1,0% - 2,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			11 / 704	1,6%
Vertrauensbereich				0,9% - 2,8%

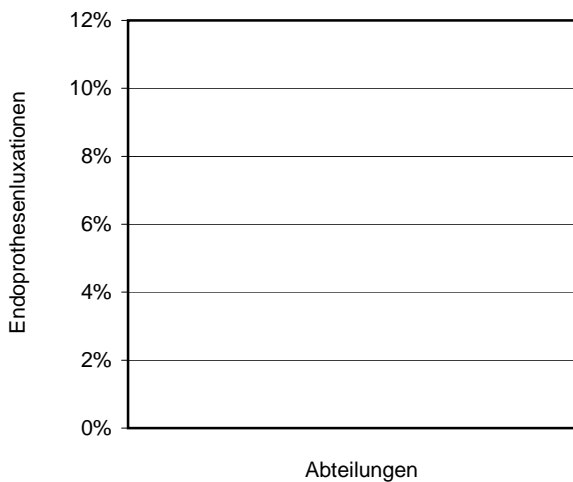
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/465]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	5,6	6,7	10,0

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969
Referenzbereich: <= 5,23 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		13 / 770 1,69%
vorhergesagt (E) ¹		14,75 / 770 1,92%
O - E		-0,23%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 6b.

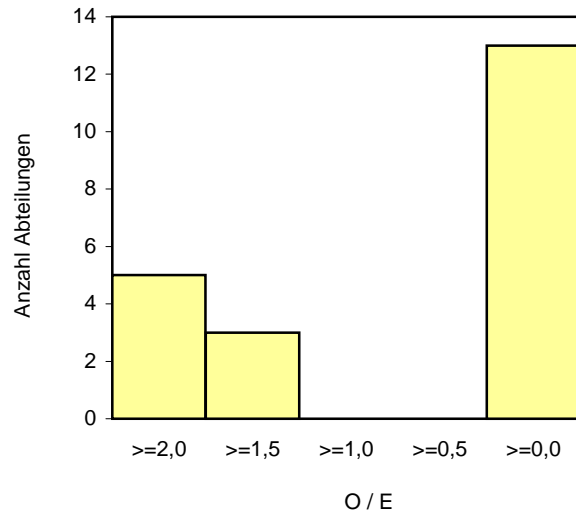
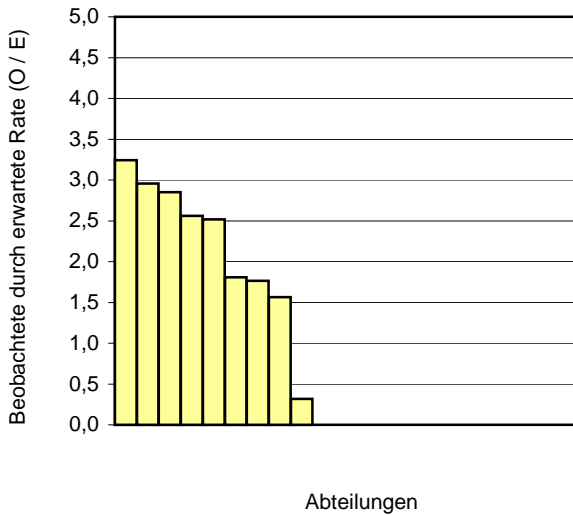
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,88
Vertrauensbereich		0,52 - 1,50
Referenzbereich	<= 5,23	<= 5,23

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)		11 / 704 1,56%
vorhergesagt (E)		13,42 / 704 1,91%
O - E		-0,34%
O / E		0,82
Vertrauensbereich		0,46 - 1,46

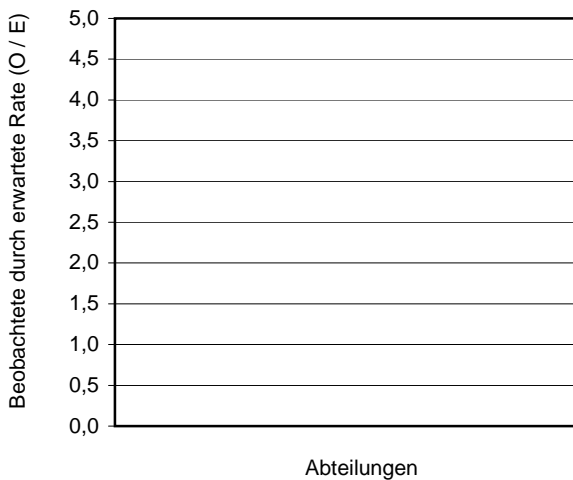
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50969]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81	2,85	2,96	3,24

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/466

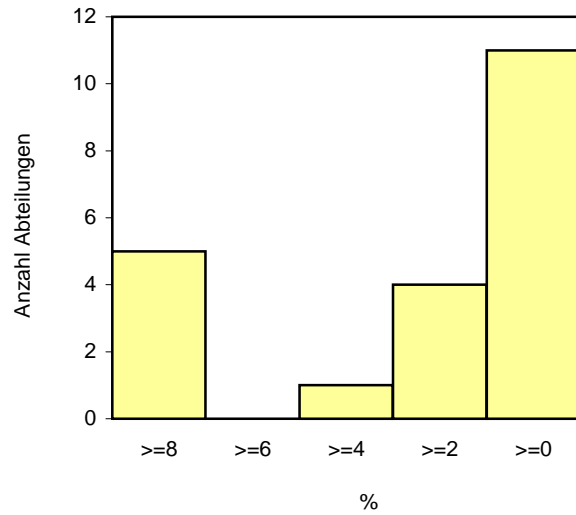
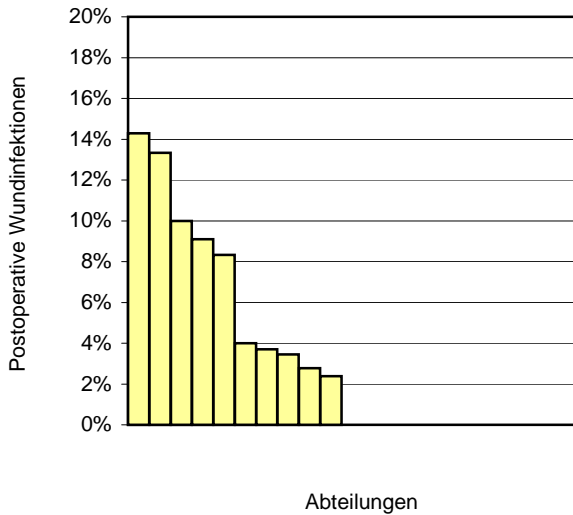
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			19 / 770	2,5%
Vertrauensbereich				1,6% - 3,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			5 / 770	0,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			14 / 770	1,8%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			29 / 704	4,1%
Vertrauensbereich				2,9% - 5,9%

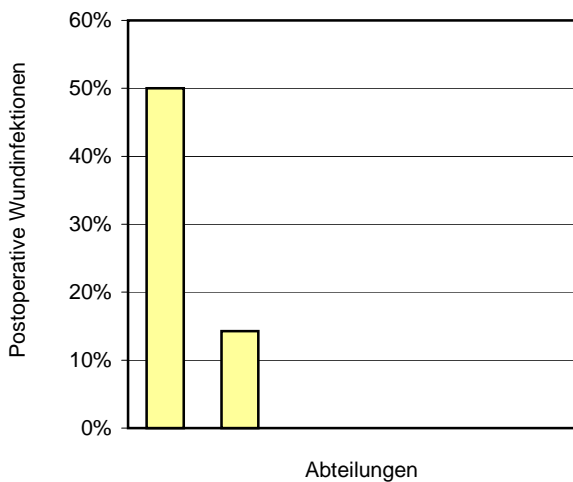
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/466]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	10,0	13,3	14,3

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	14,3			50,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		19 / 770 2,47%
vorhergesagt (E) ¹		26,55 / 770 3,45%
O - E		-0,98%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 7b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,72
Vertrauensbereich		0,46 - 1,11
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

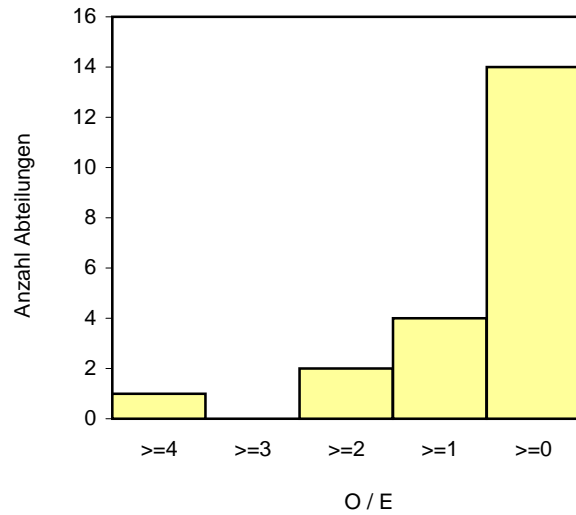
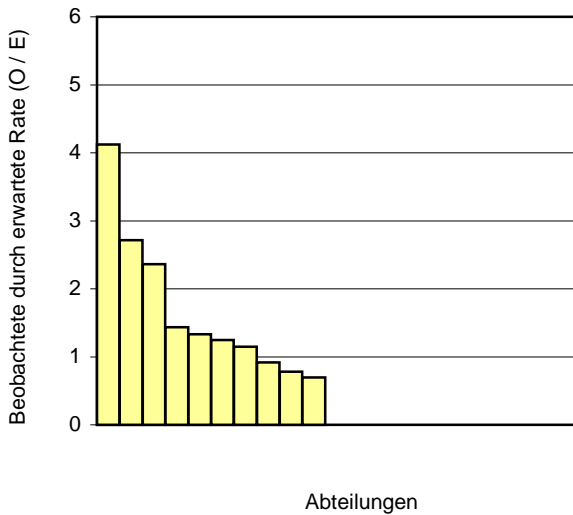
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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)		29 / 704 4,12%
vorhergesagt (E)		23,60 / 704 3,35%
O - E		0,77%
O / E		1,23
Vertrauensbereich		0,86 - 1,75

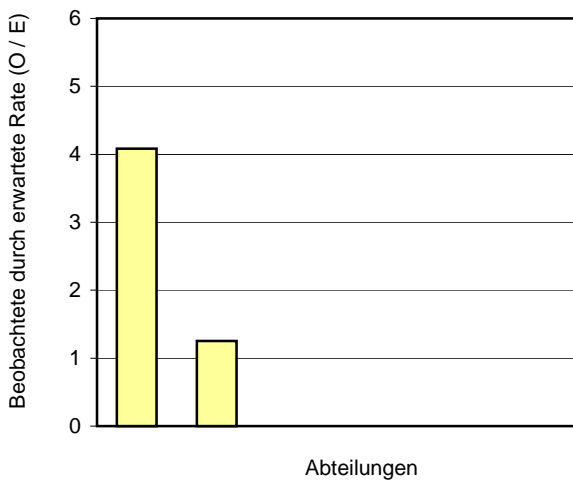
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50974]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	2,36	2,72	4,12

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,25			4,09

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			251 / 770	32,6%
Risikoklasse 1			395 / 770	51,3%
Risikoklasse 2			122 / 770	15,8%
Risikoklasse 3			2 / 770	0,3%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 251	1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 251	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			3 / 251	1,2%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			6 / 395	1,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			2 / 395	0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			4 / 395	1,0%

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 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			8 / 122	6,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 122	2,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			5 / 122	4,1%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			2 / 2	100,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 2	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			2 / 2	100,0%

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

Qualitätsindikatorengruppe 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/468

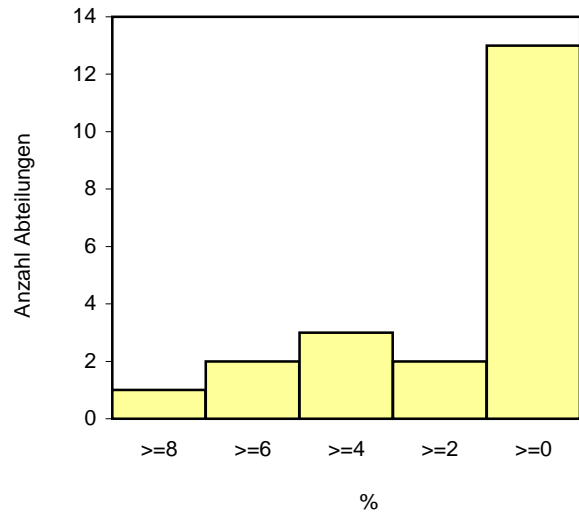
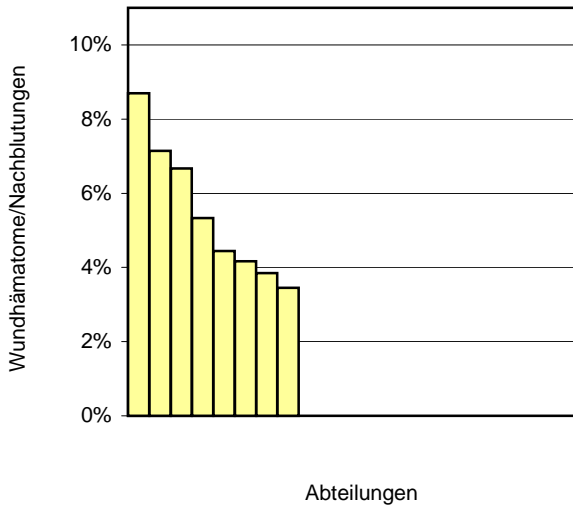
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	17 / 770	2,2% 1,4% - 3,5% nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung Vertrauensbereich		nicht definiert	28 / 704	4,0% 2,8% - 5,7%

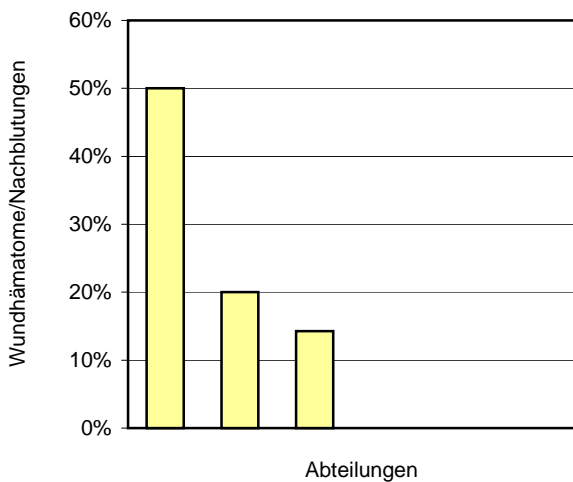
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/468]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



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

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	7,1	20,0			50,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Abteilung 2012				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
Gesamt 2012				
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	10 / 451 2,2%	5 / 226 2,2%	2 / 72 2,8%	0 / 21 0,0%

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979
Referenzbereich: <= 4,58 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		17 / 770 2,21%
vorhergesagt (E) ¹		22,81 / 770 2,96%
O - E		-0,75%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 8b.

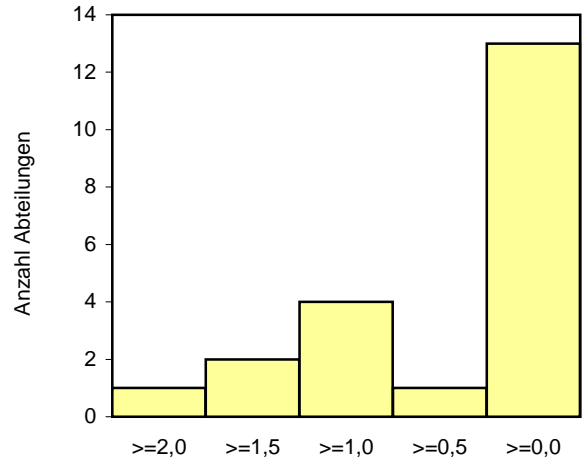
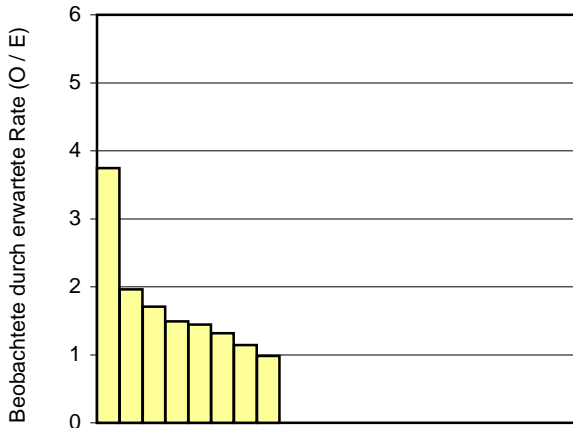
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,75
Vertrauensbereich		0,47 - 1,18
Referenzbereich	<= 4,58	<= 4,58

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)		28 / 704 3,98%
vorhergesagt (E)		20,72 / 704 2,94%
O - E		1,03%
O / E		1,35
Vertrauensbereich		0,94 - 1,93

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50979]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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

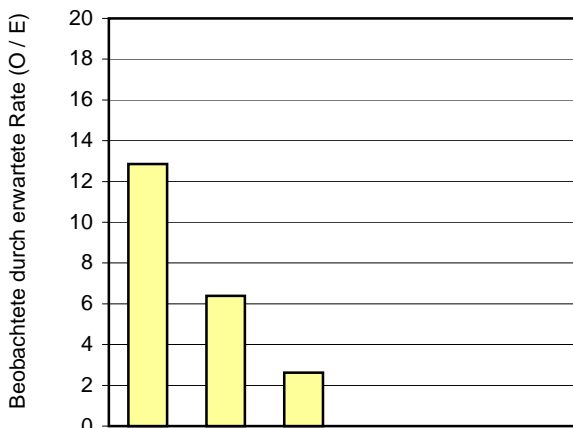


Abteilungen

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,32	1,71	1,96	3,74

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



Abteilungen

Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	1,31	6,39			12,86

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/17n3-HUEFT-WECH/469

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	8 / 770 1,0%	0 / 313 0,0%	8 / 457 1,8%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	20 / 770 2,6%	1 / 313 0,3%	19 / 457 4,2%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken- venenthrombose	0 / 770 0,0%	0 / 313 0,0%	0 / 457 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 770 0,3%	1 / 313 0,3%	1 / 457 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	37 / 770 4,8%	7 / 313 2,2%	30 / 457 6,6%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	27 / 770 3,5% 2,4% - 5,1%	2 / 313 0,6%	25 / 457 5,5%

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			

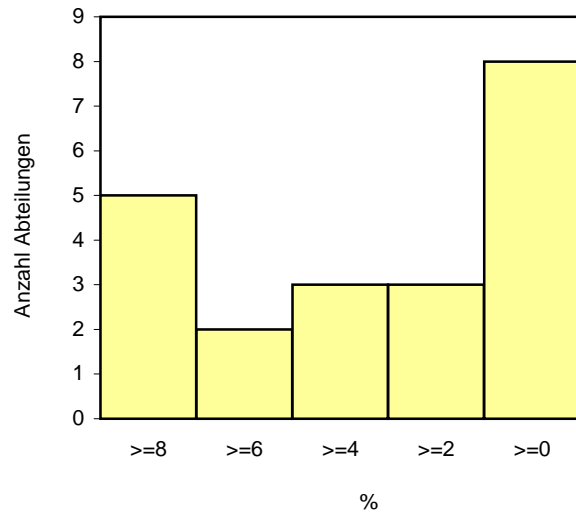
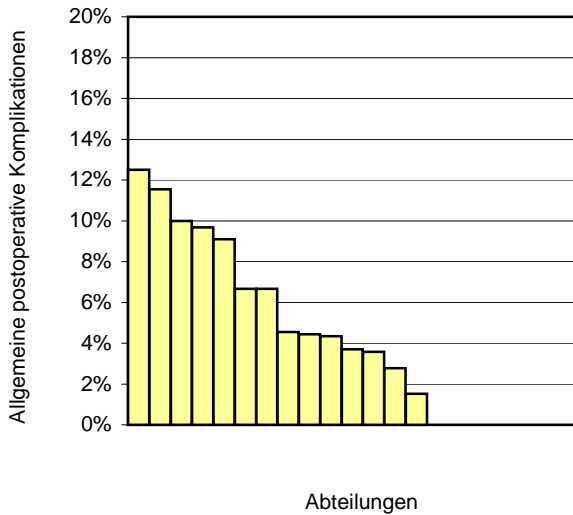
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	19 / 704 2,7% 1,7% - 4,2%	2 / 301 0,7%	17 / 403 4,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/469]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

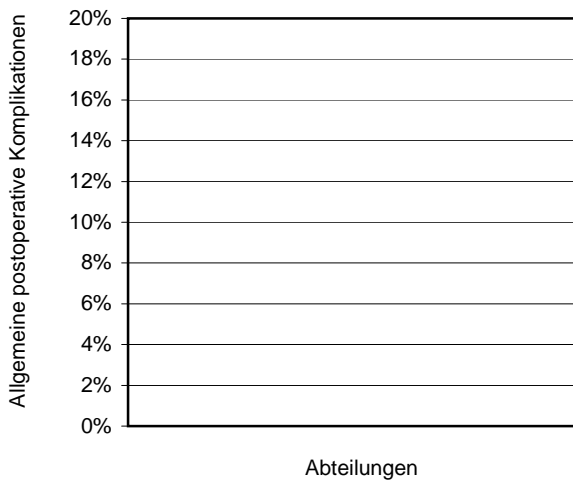
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	6,7	10,0	11,5	12,5

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984
Referenzbereich: <= 2,82 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		27 / 770 3,51%
vorhergesagt (E) ¹		23,46 / 770 3,05%
O - E		0,46%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 9b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,15
Vertrauensbereich		0,79 - 1,66
Referenzbereich	<= 2,82	<= 2,82

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.

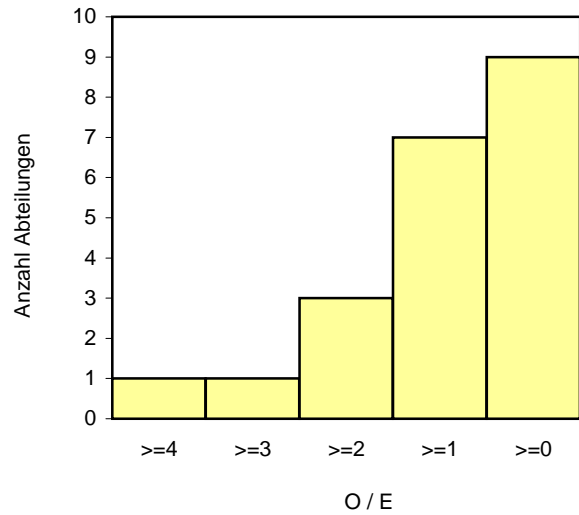
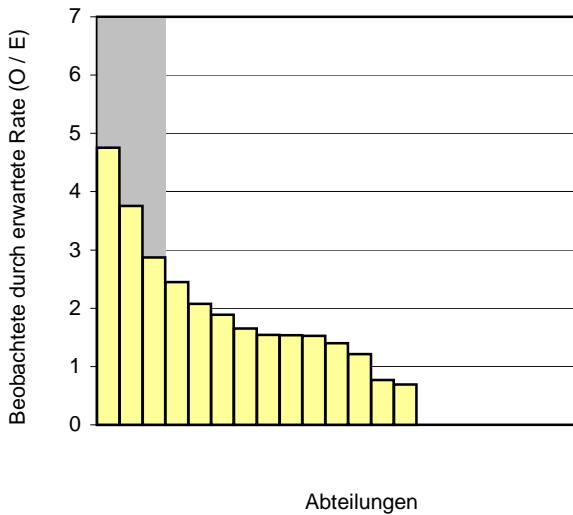
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		19 / 704 2,70%
vorhergesagt (E)		21,82 / 704 3,10%
O - E		-0,40%
O / E		0,87
Vertrauensbereich		0,56 - 1,35

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50984]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

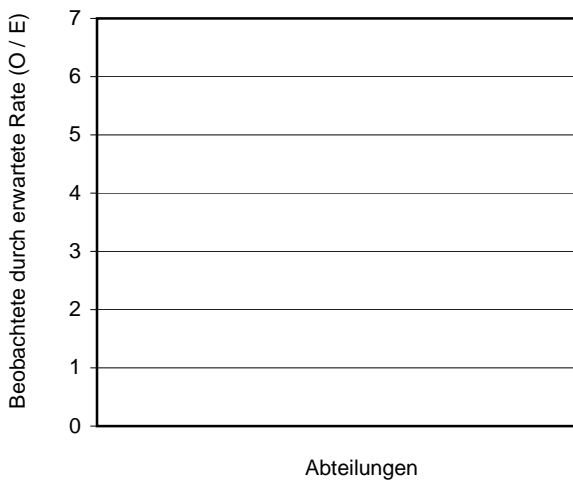
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	1,89	2,87	3,76	4,75

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/470

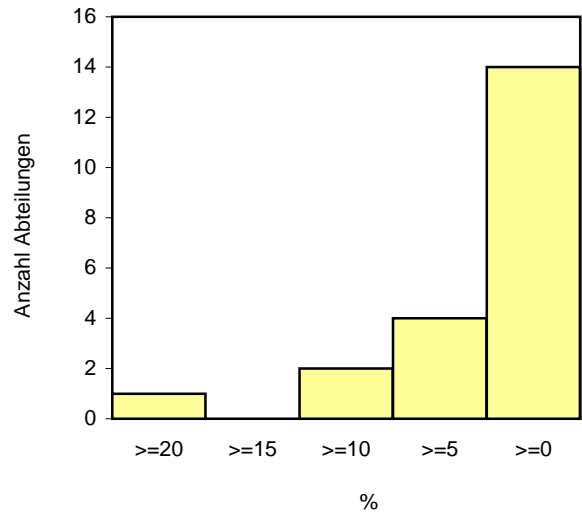
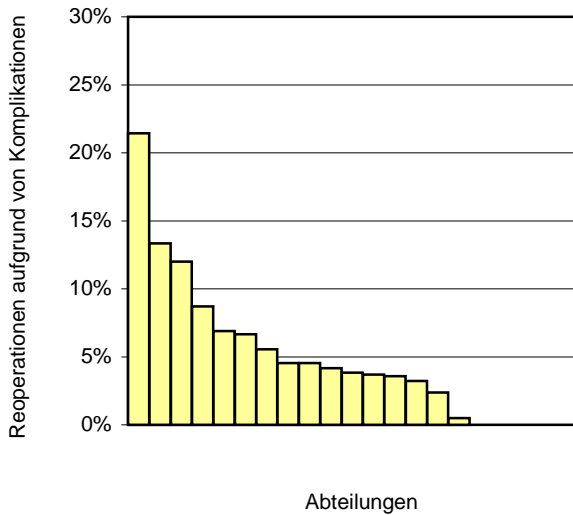
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	37 / 770	4,8% 3,5% - 6,6% nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich			55 / 704	7,8% 6,1% - 10,0%

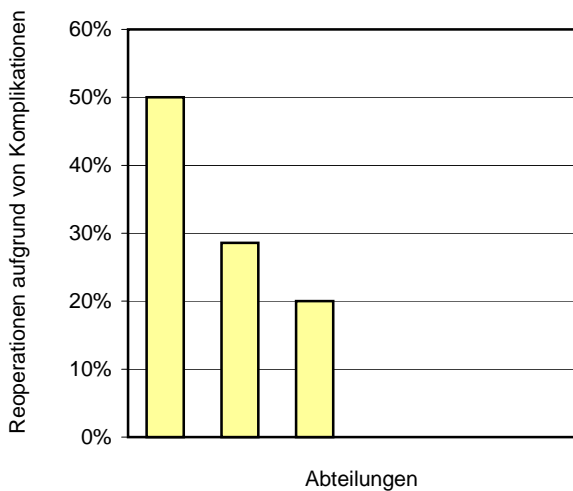
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/470]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,5	3,8	6,7	12,0	13,3	21,4

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	10,0	28,6			50,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989
Referenzbereich: <= 2,52 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		37 / 770 4,81%
vorhergesagt (E) ¹		49,86 / 770 6,47%
O - E		-1,67%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 10b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,74
Vertrauensbereich		0,54 - 1,01
Referenzbereich	<= 2,52	<= 2,52

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.

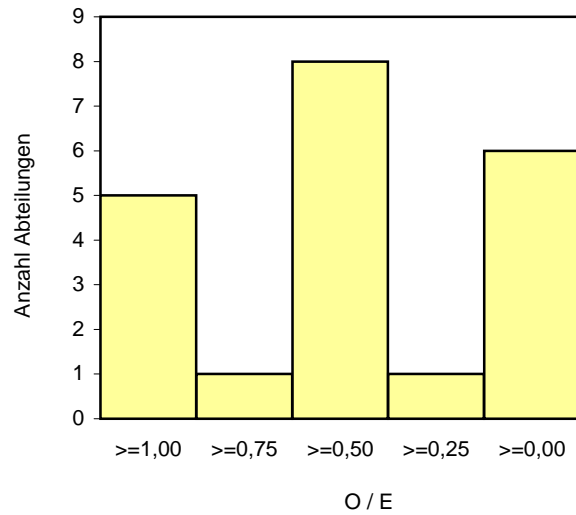
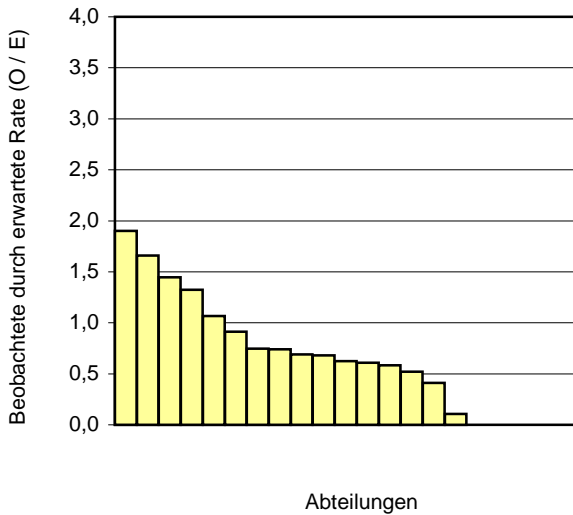
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		55 / 704 7,81%
vorhergesagt (E)		45,39 / 704 6,45%
O - E		1,37%
O / E		1,21
Vertrauensbereich		0,94 - 1,56

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50989]:

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

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

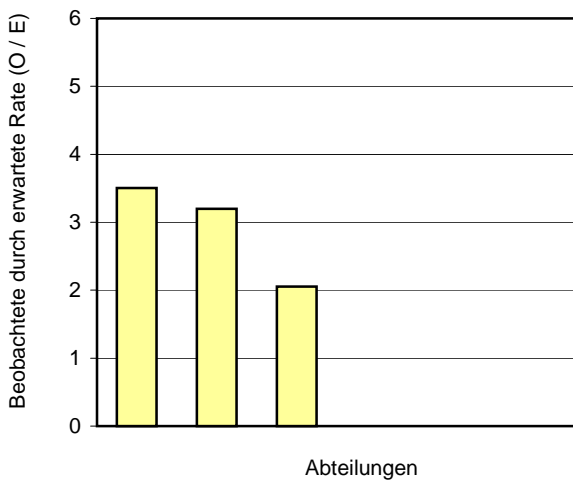
21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,11	0,62	0,91	1,44	1,66	1,90

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	1,03	3,20			3,50

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus


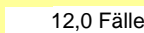
Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus


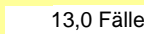
Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/471

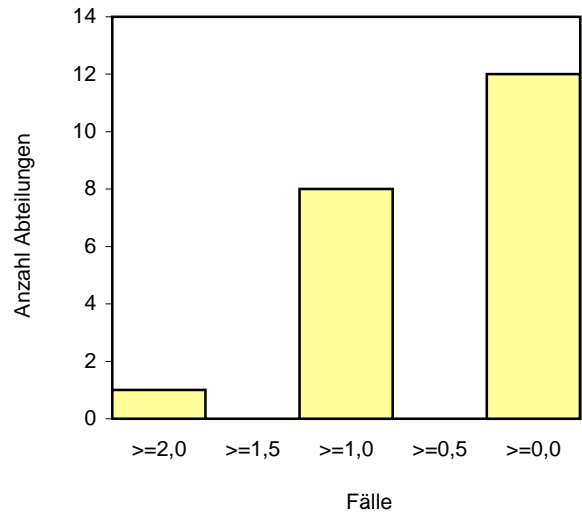
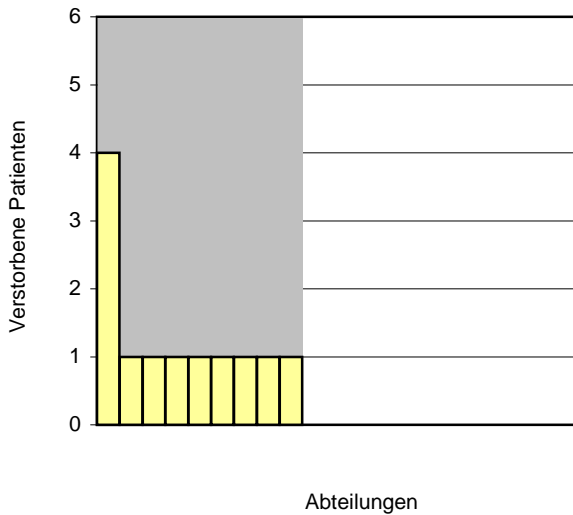
Referenzbereich: Sentinel Event

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	12 / 770	 12,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			13 / 704	 13,0 Fälle

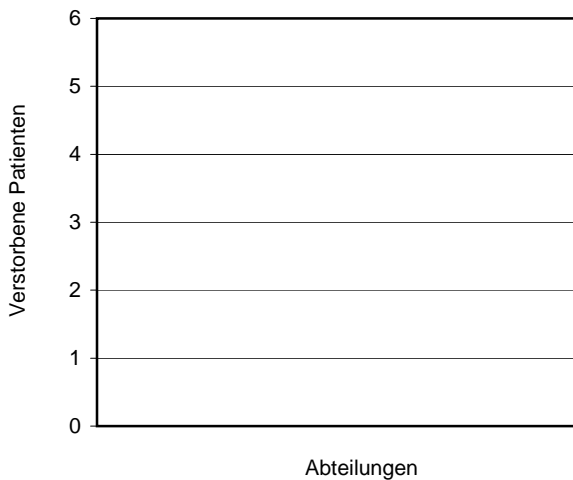
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/471]:
 Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten**

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



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

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



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

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	3 / 313 1,0%	8 / 439 1,8%	1 / 18 5,6%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		12 / 770 1,56%
vorhergesagt (E) ¹		10,71 / 770 1,39%
O - E		0,17%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score 11b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,12
Vertrauensbereich		0,64 - 1,94
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

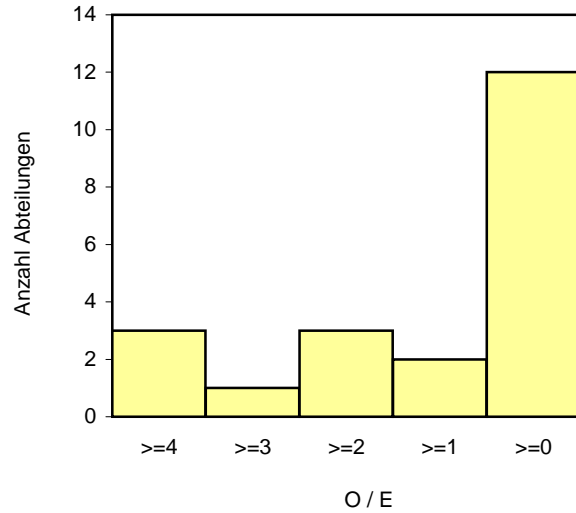
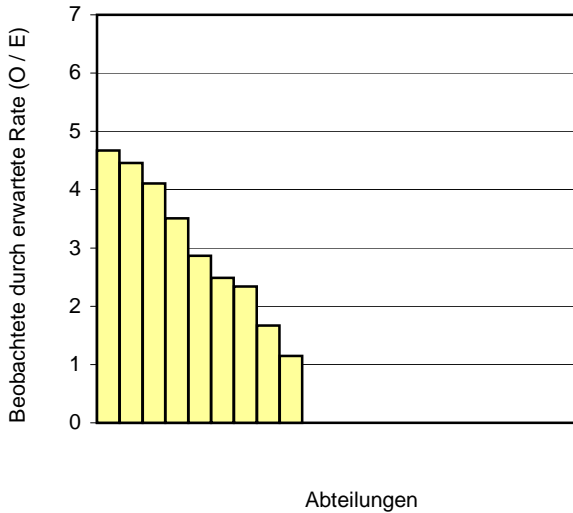
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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)		13 / 704 1,85%
vorhergesagt (E)		10,83 / 704 1,54%
O - E		0,31%
O / E		1,20
Vertrauensbereich		0,70 - 2,04

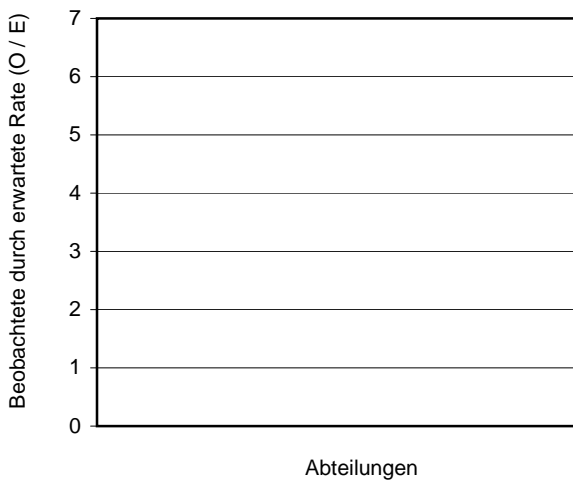
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2012/17n3-HUEFT-WECH/50994]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,49	4,11	4,46	4,67

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 27
Anzahl Datensätze Gesamt: 770
Datensatzversion: 17/3 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12625-L81814-P38813

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			210	27,3	162	23,0
2. Quartal			213	27,7	186	26,4
3. Quartal			174	22,6	186	26,4
4. Quartal			173	22,5	170	24,1
Gesamt			770		704	

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			770		704	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				4,6		4,3
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			770		704	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				14,8		14,8
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			770		704	
Median				15,0		14,0
Mittelwert				19,4		19,1

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
6	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	Z92.2	Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				T84.0	592	76,9	T84.0	555	78,8
2				D62	255	33,1	Z96.6	240	34,1
3				Z96.6	243	31,6	D62	237	33,7
4				I10.00	214	27,8	I10.00	206	29,3
5				T84.5	82	10,6	T84.5	69	9,8
6				E11.90	57	7,4	E11.90	54	7,7
7				I10.90	56	7,3	Z97.8	40	5,7
8				Z92.2	45	5,8	M96.6	38	5,4

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	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
2	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
3	5-829.d	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel von modularen Endoprothesen bei knöchernem Defekt mit Gelenk- und/oder Knochen(teil)ersatz oder individuell angefertigten Implantaten
4	5-784.7d	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogenen: Becken
5	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk

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				5-821.2b	143	18,6	5-821.2b	117	16,6
2				5-821.24	106	13,8	5-821.24	95	13,5
3				5-829.d	90	11,7	8-803.2	94	13,4
4				5-784.7d	89	11,6	5-829.h	83	11,8
5				5-829.h	86	11,2	5-829.d	79	11,2

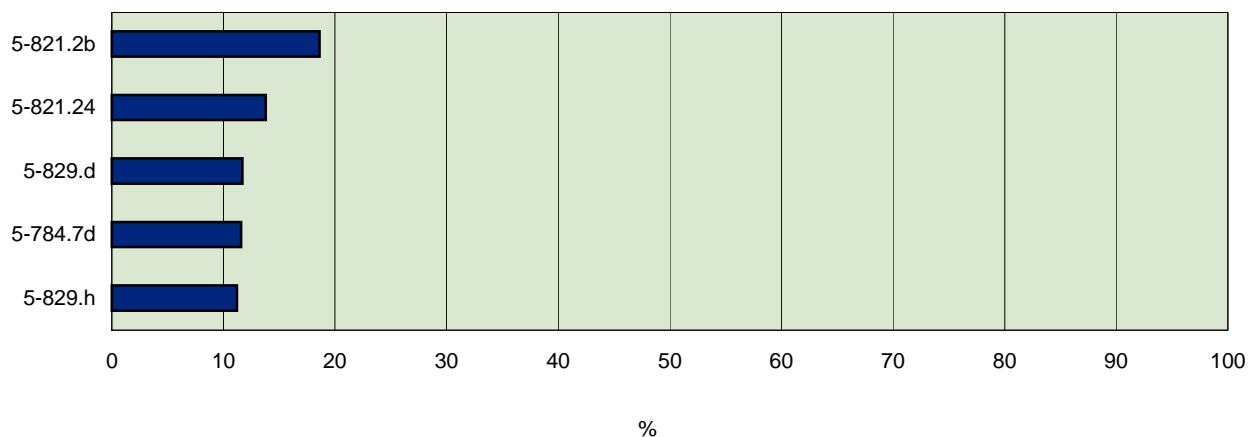
¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 inhaltliche Änderungen

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

OPS 2012 (Gesamt 2012)



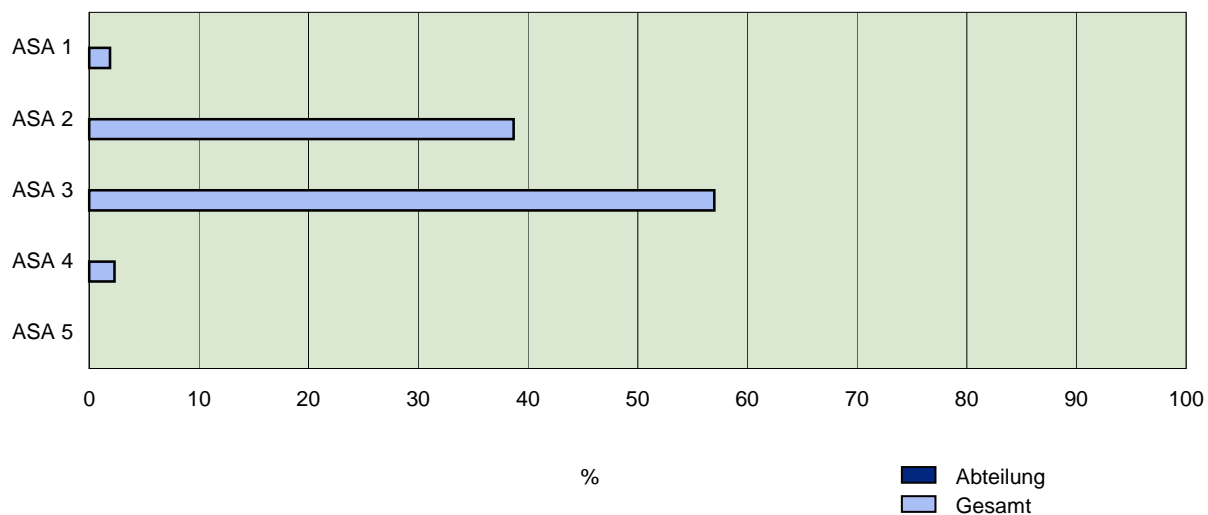
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			84 / 770	10,9	36 / 704	5,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 770	0,0	0 / 704	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 770	0,0	0 / 704	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			11 / 770	1,4	14 / 704	2,0

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			770 / 770		704 / 704	
< 50 Jahre			34 / 770	4,4	26 / 704	3,7
50 - 59 Jahre			83 / 770	10,8	79 / 704	11,2
60 - 69 Jahre			154 / 770	20,0	122 / 704	17,3
70 - 79 Jahre			334 / 770	43,4	325 / 704	46,2
80 - 89 Jahre			152 / 770	19,7	144 / 704	20,5
>= 90 Jahre			13 / 770	1,7	8 / 704	1,1
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			770		704	
Median				73,0		73,0
Mittelwert				71,3		71,6
Geschlecht						
männlich			338	43,9	286	40,6
weiblich			432	56,1	418	59,4
Simultaneingriff an der kontralateralen Seite						
dokumentiert			12	1,6	11	1,6
nicht dokumentiert			0	0,0	3	0,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			15	1,9	21	3,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			298	38,7	280	39,8
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			439	57,0	381	54,1
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			18	2,3	22	3,1
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Anamnese

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schmerzen						
Ruheschmerz			465	60,4	424	60,2
Belastungsschmerz			241	31,3	226	32,1
keine Schmerzen			64	8,3	54	7,7

Labor

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			123	16,0	119	16,9
Gelenkpunktion			219	28,4	216	30,7
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			395	51,3	346	49,1
durchgeführt, negativ			317	41,2	305	43,3
durchgeführt, positiv			58	7,5	53	7,5

Röntgendiagnostik

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			386	50,1	353	50,1
Lockerung Pfannen- Komponente			271	35,2	280	39,8
Lockerung Schaft- Komponente			196	25,5	201	28,6
Substanzverluste Pfanne			273	35,5	229	32,5
Substanzverluste Femur			148	19,2	115	16,3
periprothetische Fraktur			120	15,6	112	15,9
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation			167	21,7	139	19,7

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			668	86,8	626	88,9
bedingt aseptische Eingriffe			62	8,1	49	7,0
kontaminierte Eingriffe			14	1,8	5	0,7
septische Eingriffe			26	3,4	24	3,4

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			770		704	
Median				108,5		100,0
Mittelwert				118,0		113,0
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			273	35,5	264	37,5
90 - 239 min			474	61,6	419	59,5
>= 240 min			23	3,0	21	3,0
Zweizeitiger Wechsel¹			42	5,5	-	-
Perioperative Antibiotikaphylaxe						
Anzahl Patienten			767	99,6	703	99,9
davon						
single shot			401 / 767	52,3	414 / 703	58,9
Zweitgabe			113 / 767	14,7	68 / 703	9,7
öfter			253 / 767	33,0	221 / 703	31,4

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			765	99,4	699	99,3
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			590	76,6	537	76,3
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			51	6,6	64	9,1
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			2	0,3	1	0,1
Implantatdislokation			1	0,1	3	0,4
Endoprothesenluxation			13	1,7	11	1,6
Wundhämatom/Nachblutung			17	2,2	28	4,0
Gefäßläsion			2	0,3	1	0,1
Nervenschaden			3	0,4	8	1,1
Fraktur			10	1,3	12	1,7
Sonstige			9	1,2	9	1,3
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			19	2,5	29	4,1
A1 (oberflächliche Infektion)			5 / 19	26,3	6 / 29	20,7
A2 (tiefe Infektion)			13 / 19	68,4	20 / 29	69,0
A3 (Räume/Organe)			1 / 19	5,3	3 / 29	10,3
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			37	4,8	55	7,8

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			58	7,5	70	9,9
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			8	1,0	4	0,6
kardiovaskuläre Komplikation(en)			20	2,6	16	2,3
tiefe Bein-/Beckenvenen- thrombose			0	0,0	0	0,0
Lungenembolie			2	0,3	2	0,3
Sonstige			37	4,8	57	8,1

Entlassung I

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			719	94,9	655	94,8
Nein			39	5,1	36	5,2
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			13	33,3	16	44,4
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			711	93,8	644	93,2
Nein			47	6,2	47	6,8
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			14	29,8	18	38,3

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			377	49,0	353	50,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			19	2,5	12	1,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,3	2	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			42	5,5	51	7,2
07: Tod			12	1,6	13	1,8
08: Verlegung nach § 14			4	0,5	3	0,4
09: in Rehabilitationseinrichtung			277	36,0	241	34,2
10: in Pflegeeinrichtung			34	4,4	26	3,7
11: in Hospiz			0	0,0	1	0,1
12: interne Verlegung			1	0,1	1	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			2	0,3	1	0,1
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			144	18,7	129	18,3
Dienstag			108	14,0	90	12,8
Mittwoch			108	14,0	113	16,1
Donnerstag			123	16,0	111	15,8
Freitag			165	21,4	154	21,9
Samstag			85	11,0	76	10,8
Sonntag			37	4,8	31	4,4

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

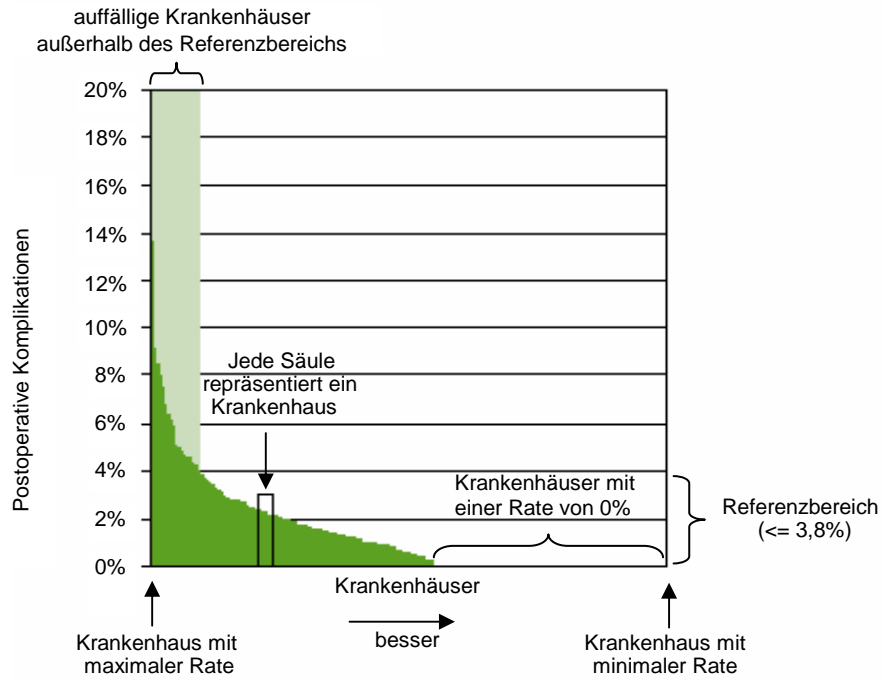
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

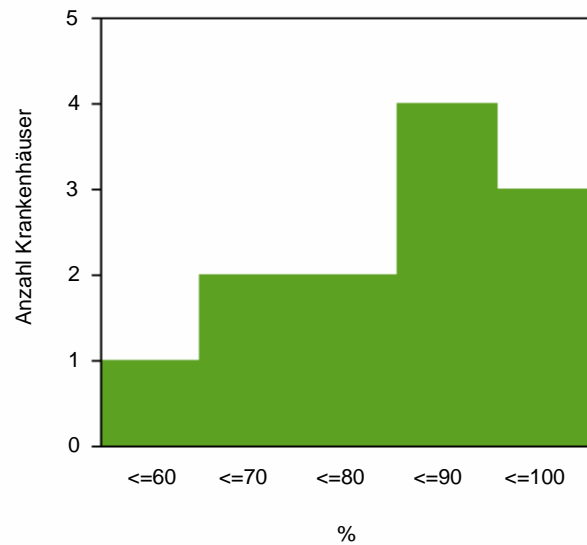
Beispiel:

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.