Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 678
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14287-L90432-P43919

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 678
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14287-L90432-P43919

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2013/17n3-HUEFT-WECH/268 **QI 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien**			89,7%	>= 84,7%	innerhalb		11
2013/17n3-HUEFT-WECH/270 **QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe**			99,9%	>= 95,0%	innerhalb		13
QI 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
3a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/10878 bei allen Patienten			2,3%	nicht definiert	-	2,0%	15
3b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,03	<= 3,72	innerhalb		17

[1] Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet.
[2] „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“
[3] Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden							
4a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221 bei allen Operationen			1,2%	nicht definiert	-		19
4b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			2,16	<= 3,57	innerhalb		21
QI 5: Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur							
5a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/463 bei allen Operationen			3,1%	nicht definiert	-		23
5b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50964 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,53	<= 3,69	innerhalb		25
QI 6: Endoprothesenluxation							
6a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/465 bei allen Operationen			2,2%	nicht definiert	-		27
6b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50969 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,13	<= 5,46	innerhalb		29

1 Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet.
2 „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“
3 Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur nur teilweise dargestellt werden (siehe Sonderseite).

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2013/17n3-HUEFT-WECH/51866 **QI 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen**			5,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig		31
QI 8: Wundhämatome/Nachblutungen							
8a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/468 bei allen Operationen			4,4%	nicht definiert	-		37
8b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50979 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,49	<= 4,47	innerhalb		40

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
QI 9: Allgemeine postoperative Komplikationen							
9a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/469 bei allen Patienten			2,8%	nicht definiert	-	2,8%	42
9b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,83	<= 3,47	innerhalb		45
QI 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
10a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/470 bei allen Operationen			8,2%	nicht definiert	-		47
10b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,22	<= 2,40	innerhalb		49

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
QI 11: Sterblichkeit im Krankenhaus							
11a: 2013/17n3-HUEFT-WECH/471 bei allen Patienten			13,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	12,0 Fälle	51
11b: 2013/17n3-HUEFT-WECH/50994 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,14	nicht definiert	-		54

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2013/17n3-HUEFT-WECH/850204 **AK 1: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“**			40,0 Fälle	<= 2,0 Fälle	auffällig		56
2013/17n3-HUEFT-WECH/850205 **AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**			39,7%	< 100,0%	innerhalb		58

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

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

Vorjahresergebnisse

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

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/268

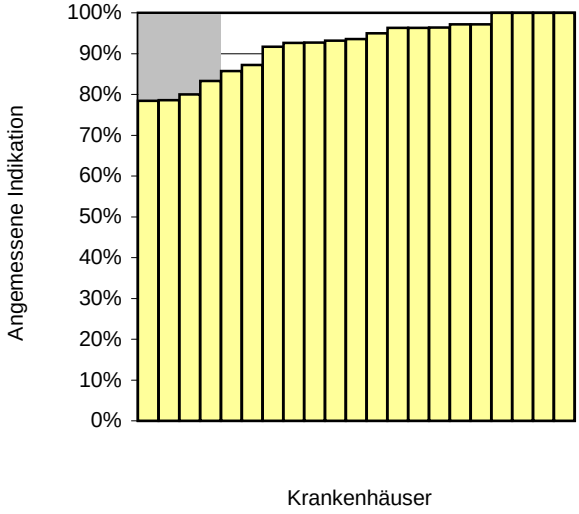
Referenzbereich: >= 84,7% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

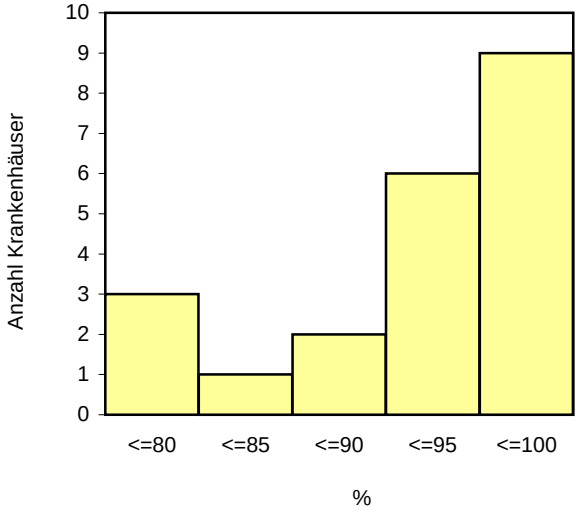
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei				
Schmerzen				
Patienten mit Belastungsschmerz			380 / 680	55,9%
Patienten mit Ruheschmerz			246 / 680	36,2%
Röntgenologische Kriterien				
Patienten mit Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			256 / 680	37,6%
Patienten mit Lockerung der Pfannen-Komponente			235 / 680	34,6%
Patienten mit Lockerung der Schaft-Komponente			204 / 680	30,0%
Patienten mit Substanzverlust Pfanne			196 / 680	28,8%
Patienten mit Substanzverlust Femur			123 / 680	18,1%
Patienten mit periprothetischer Fraktur			115 / 680	16,9%
Patienten mit (rezidivierender) Prothesen(sub)luxation			141 / 680	20,7%
Patienten mit isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b)			135 / 680	19,9%
Entzündungszeichen				
Patienten mit Entzündungszeichen im Labor			151 / 680	22,2%
Patienten mit Erregernachweis			78 / 680	11,5%

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen bei Patienten mit				
Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/ -verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis			610 / 680	89,7%
Vertrauensbereich				87,2% - 91,8%
Referenzbereich		>= 84,7%		>= 84,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/268]:
Anteil von Operationen bei Patienten mit Prothesen(sub)-luxation oder Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß und isoliertem Inlay- oder Kopfwechsel (OPS: 5-821.18, 5-821.2a, 5-821.2b) oder mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem röntgenologischen Kriterium oder mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven Erregernachweis oder Entzündungszeichen im Labor und einem positiven Erregernachweis an allen Operationen

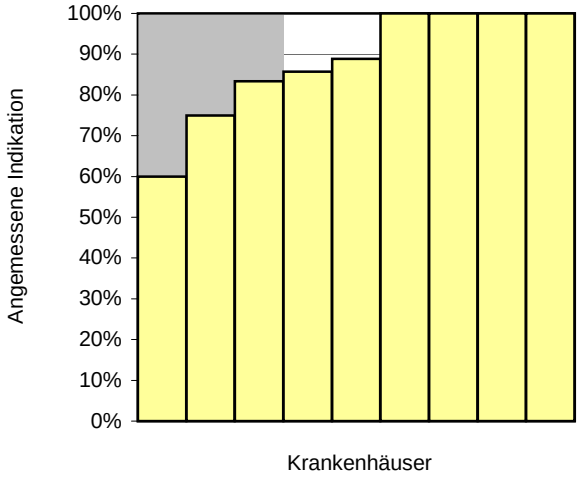
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,4	78,6	80,0	87,2	93,5	97,1	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0			83,3	88,9	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2013/17n3-HUEFT-WECH/270

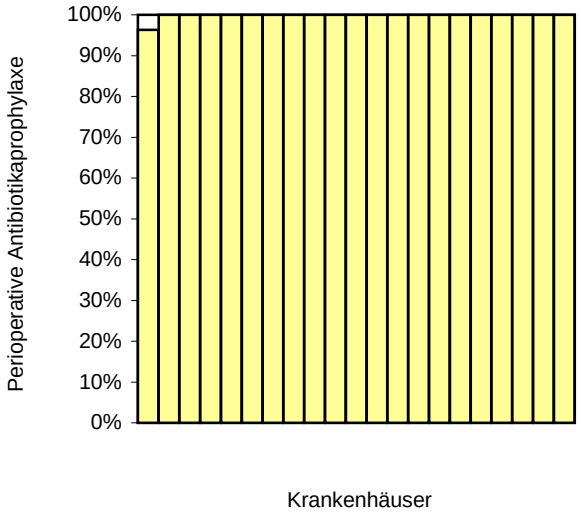
Referenzbereich: Gruppe 1: >= 95,0% (Zielbereich)

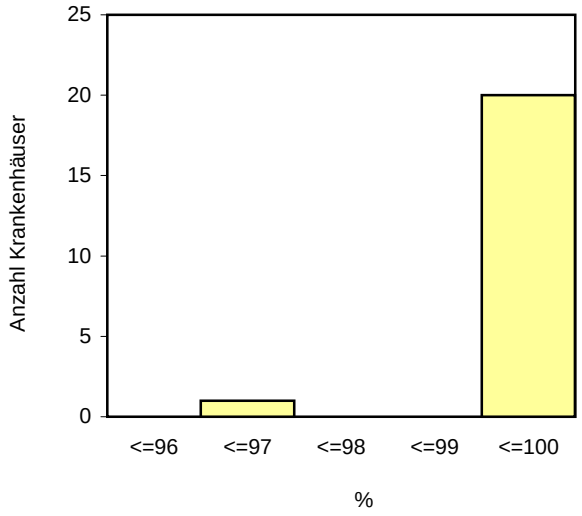
	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	679 / 680 99,9%	378 / 379 99,7%	301 / 301 100,0%
Vertrauensbereich	99,2% - 100,0%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot	283 / 679 41,7%	186 / 378 49,2%	97 / 301 32,2%
Zweitgabe oder öfter	396 / 679 58,3%	192 / 378 50,8%	204 / 301 67,8%

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

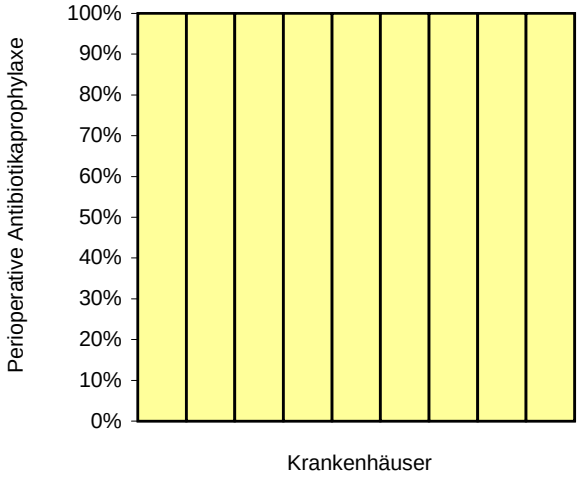
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

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

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

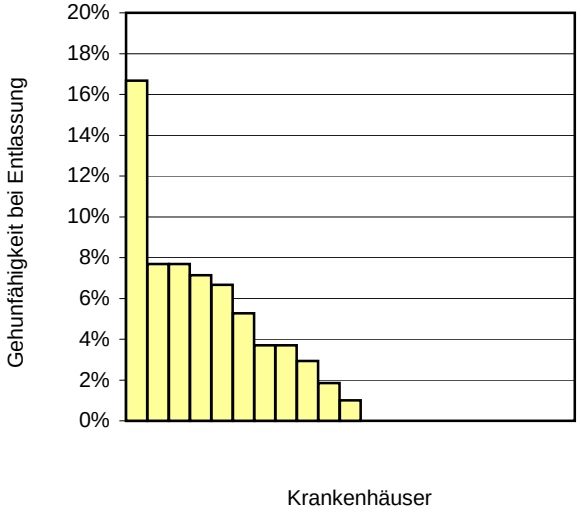
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			615 / 665	92,5%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung[2]				
Gruppe 1 (alle Patienten)			15 / 665	2,3%
Vertrauensbereich				1,4% - 3,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			10 / 472	2,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			1 / 71	1,4%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 42	2,4%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			3 / 80	3,8%

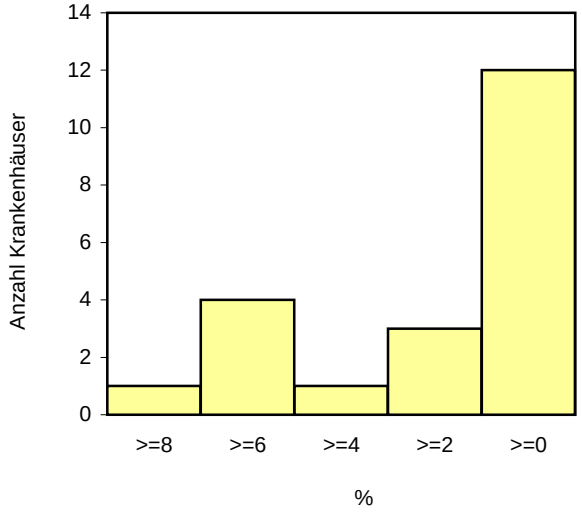
Vorjahresdaten[3]	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung[2]				
Gruppe 1 (alle Patienten)			15 / 739	2,0%
Vertrauensbereich				1,4% - 3,7%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer
[2] d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig
[3] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

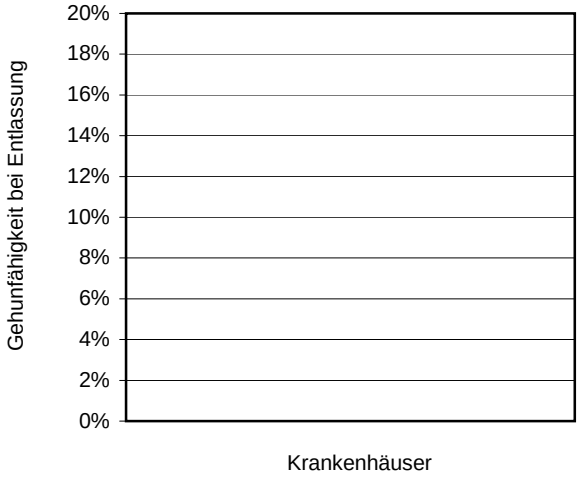
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	5,3	7,7	7,7	16,7

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden

Indikator-ID: (QI 3b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954

Referenzbereich: <= 3,72 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 665 2,26%
vorhergesagt (E)[1]		14,59 / 665 2,19%
O - E		0,06%

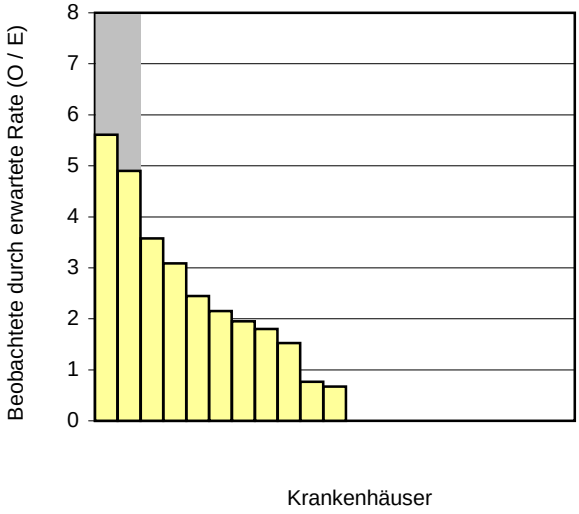
[1] Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-WECH-Score für QI-ID 50954.

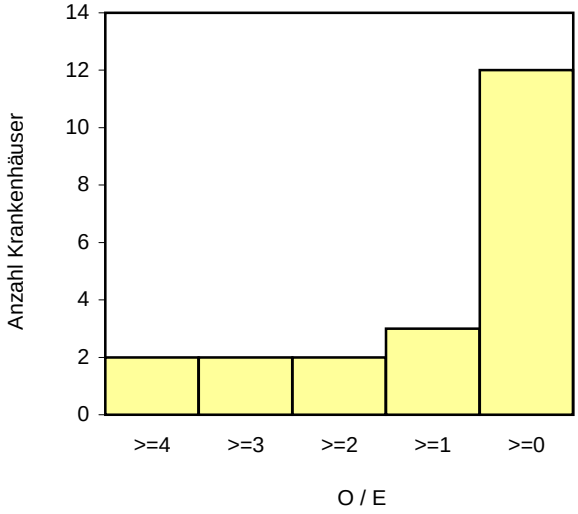
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,03
Vertrauensbereich		0,62 - 1,68
Referenzbereich	<= 3,72	<= 3,72

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50954]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung bei allen Patienten, die lebend entlassen wurden

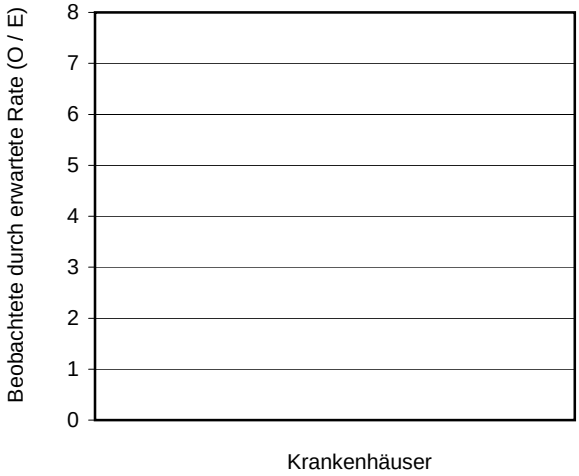
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	2,15	3,58	4,90	5,61

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

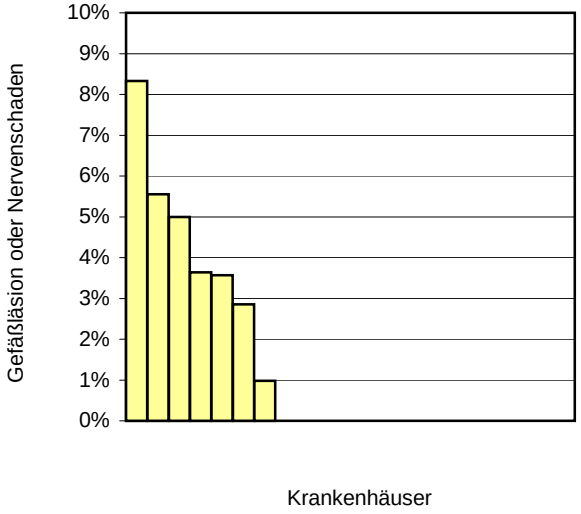
Indikator-ID: (QI 4a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221

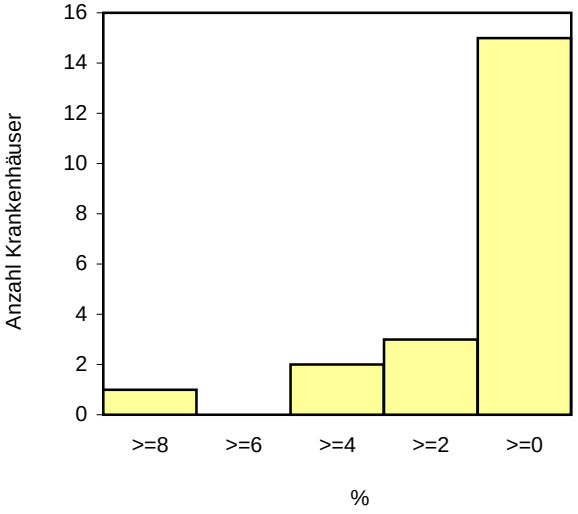
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			4 / 680	0,6%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			4 / 680	0,6%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			8 / 680	1,2%
Vertrauensbereich				0,6% - 2,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/2221]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion oder ein Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

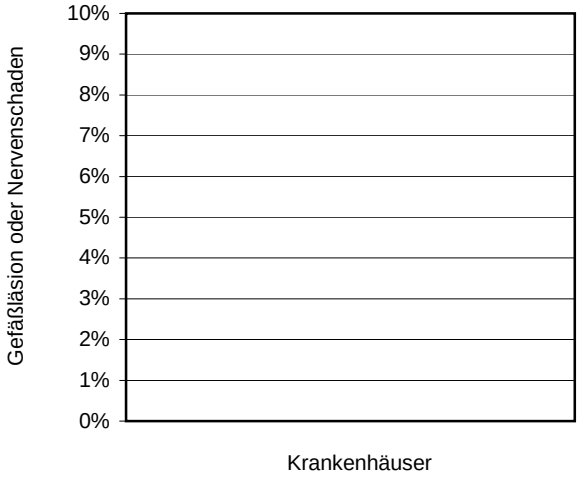
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	5,0	5,6	8,3

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 4b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959

Referenzbereich: <= 3,57 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 680 1,18%
vorhergesagt (E)[1]		3,70 / 680 0,54%
O - E		0,63%

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

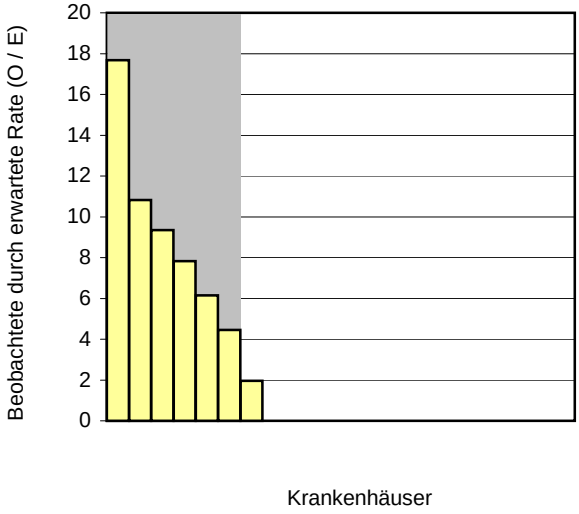
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		2,16
Vertrauensbereich		1,10 - 4,24
Referenzbereich	<= 3,57	<= 3,57

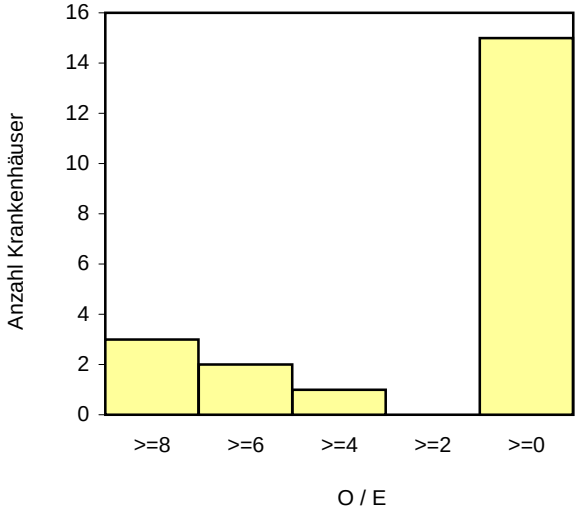
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50959]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen

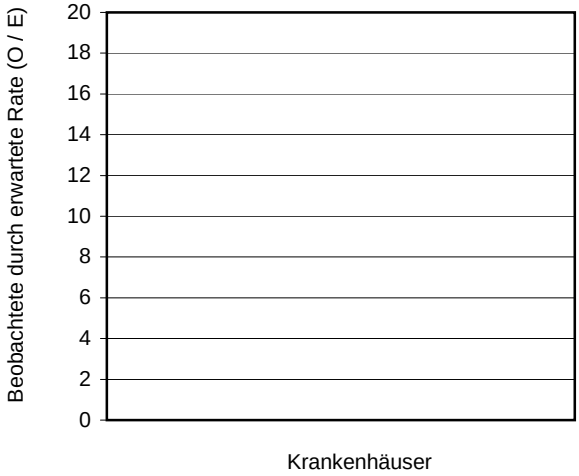
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,45	9,34	10,83	17,68

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

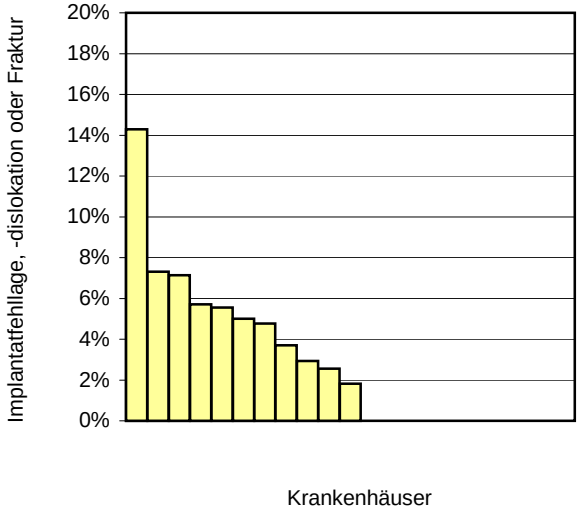
Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/463

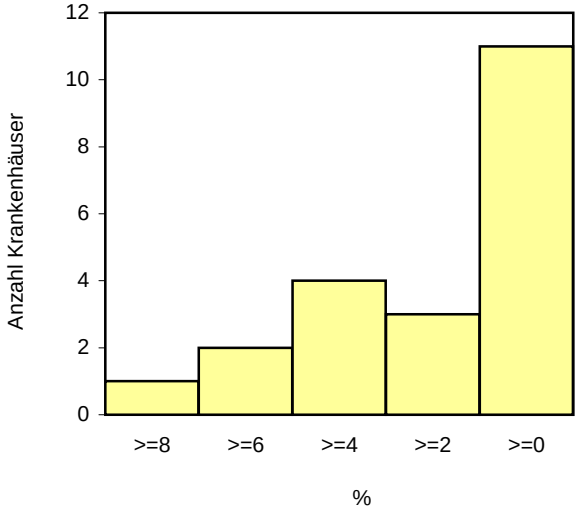
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehllage auftrat			1 / 680	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			5 / 680	0,7%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			16 / 680	2,4%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			21 / 680	3,1%
Vertrauensbereich				2,0% - 4,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/463]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

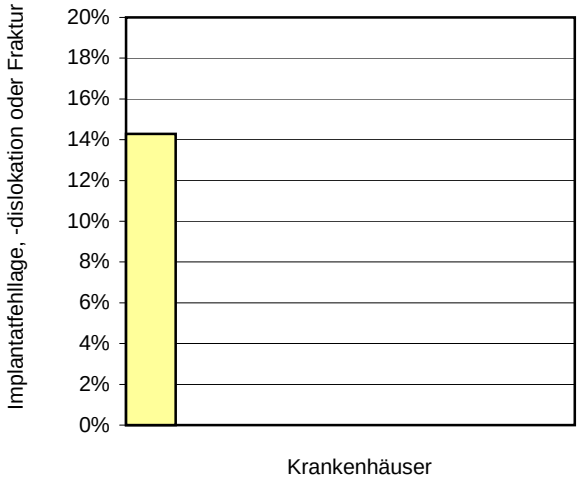
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	5,0	7,1	7,3	14,3

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 5b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50964

Referenzbereich: <= 3,69 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		21 / 680 3,09%
vorhergesagt (E)[1]		13,77 / 680 2,02%
O - E		1,06%

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

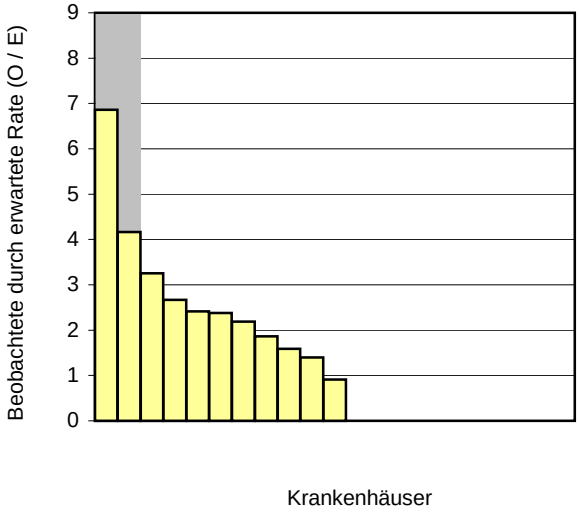
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,53
Vertrauensbereich		1,00 - 2,31
Referenzbereich	<= 3,69	<= 3,69

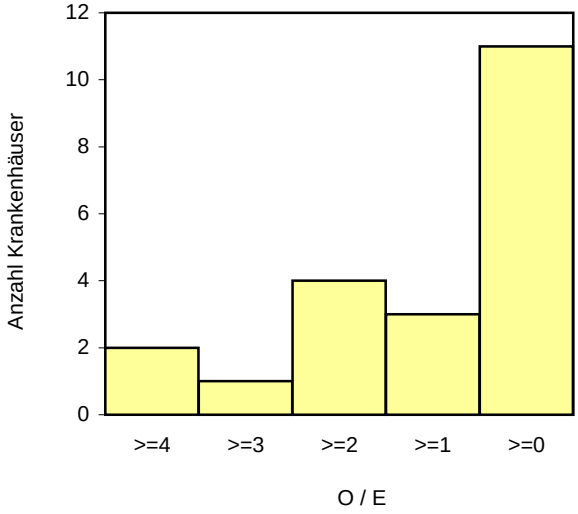
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und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

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

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

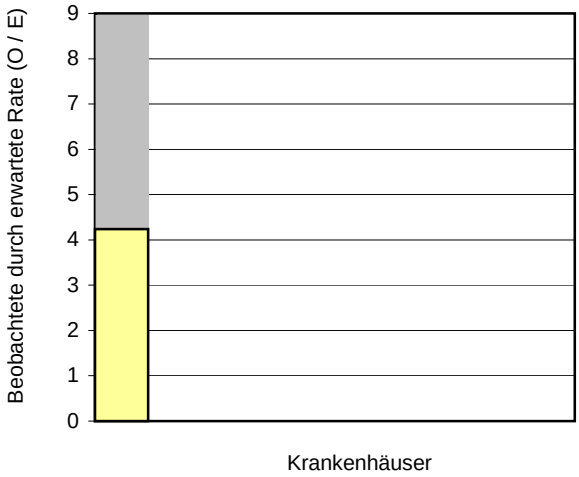
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	2,38	3,25	4,17	6,86

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

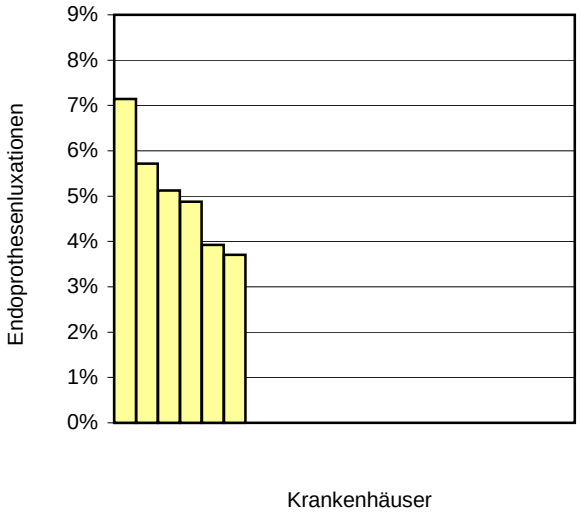
Indikator-ID: (QI 6a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/465

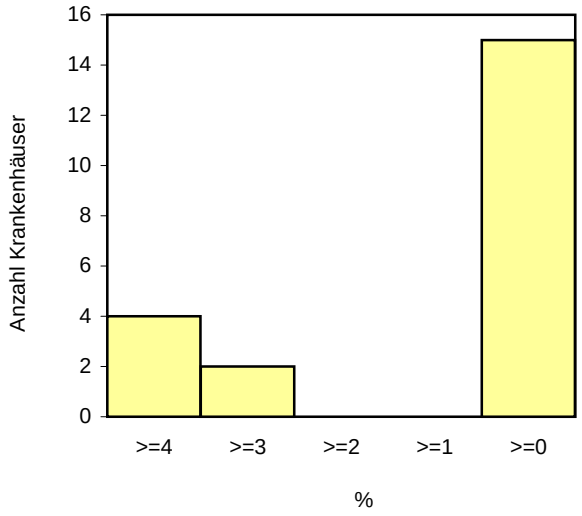
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			15 / 680	2,2%
Vertrauensbereich				1,3% - 3,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

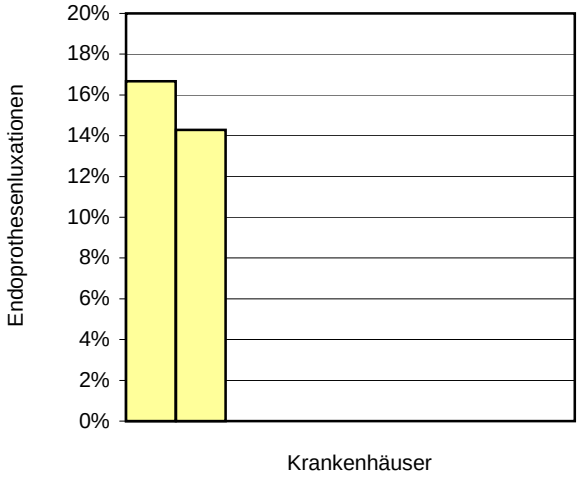
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			16,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50969

Referenzbereich: <= 5,46 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 680 2,21%
vorhergesagt (E)[1]		13,29 / 680 1,95%
O - E		0,25%

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

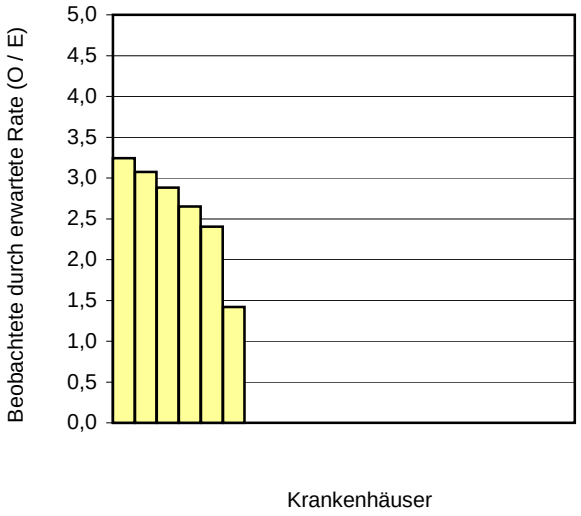
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,13
Vertrauensbereich		0,69 - 1,85
Referenzbereich	<= 5,46	<= 5,46

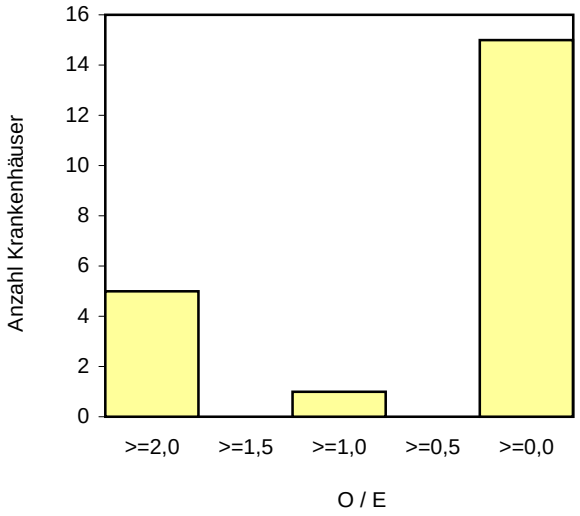
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

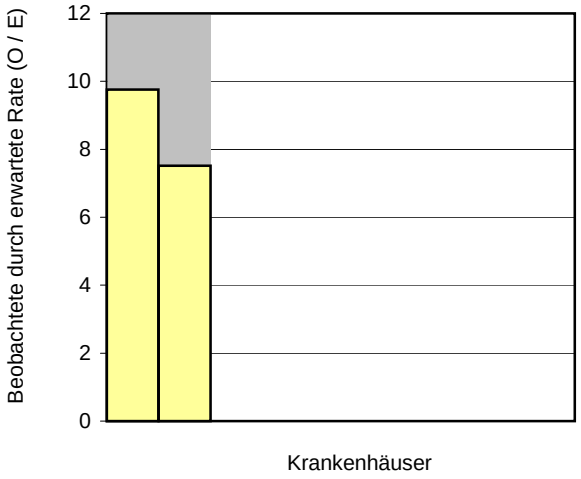
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,42	2,88	3,07	3,24

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			9,76

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

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

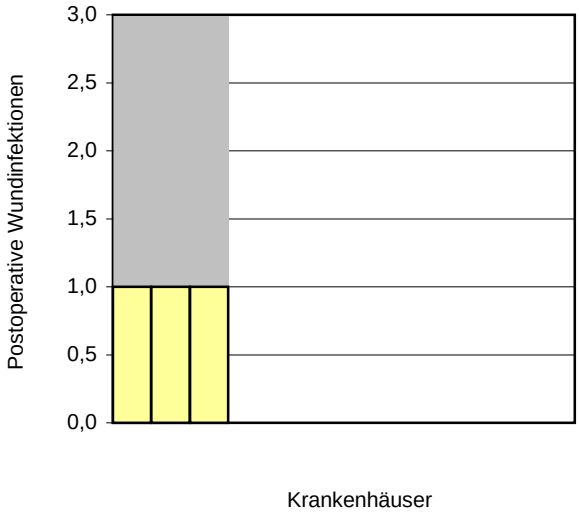
Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/51866

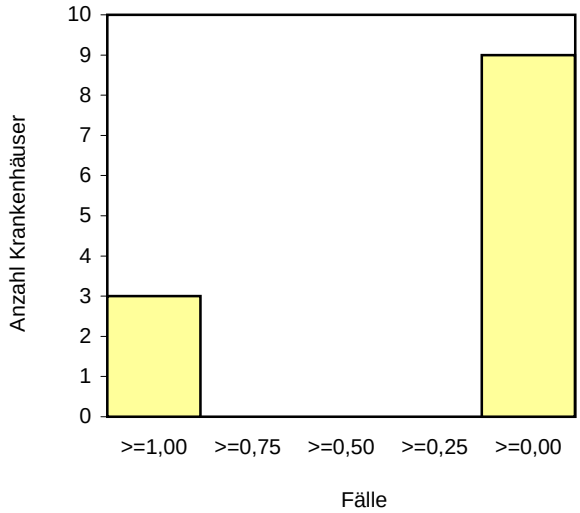
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			5 / 307	5,0 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 307	1,0 Fälle
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 307	4,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/51866]:
Anzahl Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat von allen Operationen ohne Entzündungszeichen im Labor, negativem Erregernachweis und aseptischem Eingriff (Wundkontaminationsklassifikation)

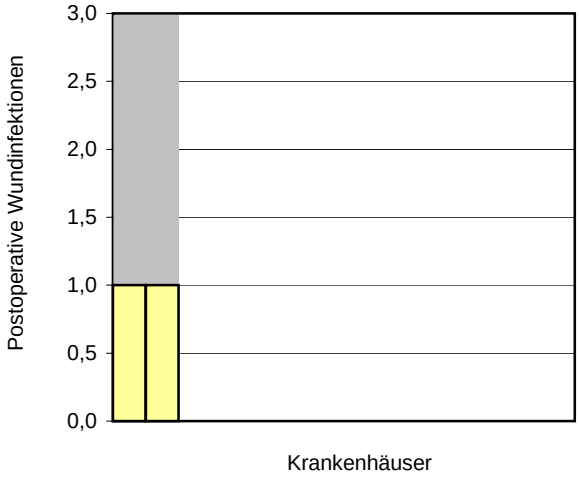
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,5	1,0		1,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
14 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 155 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	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 NNIS[1]

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			197 / 680	29,0%
Risikoklasse 1			349 / 680	51,3%
Risikoklasse 2			128 / 680	18,8%
Risikoklasse 3			6 / 680	0,9%

[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 NNIS[1] Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			7 / 197	3,6%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			3 / 197	1,5%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 197	2,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1] Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			14 / 349	4,0%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 349	0,6%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			12 / 349	3,4%

[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 NNIS[1] Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			10 / 128	7,8%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			3 / 128	2,3%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			7 / 128	5,5%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1] Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen bei Patienten der Risikoklasse 3

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 8: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

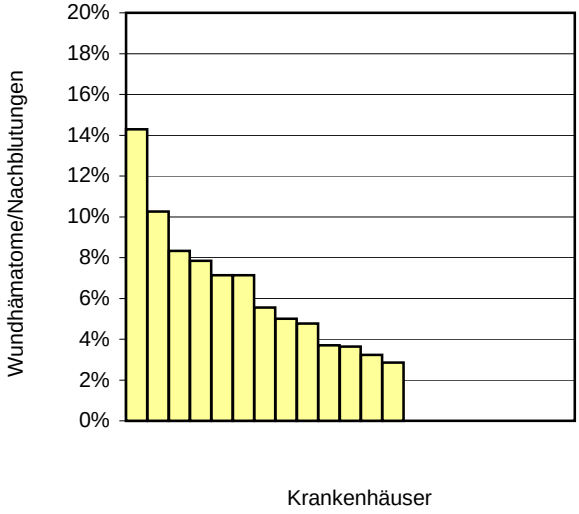
Indikator-ID: (QI 8a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/468

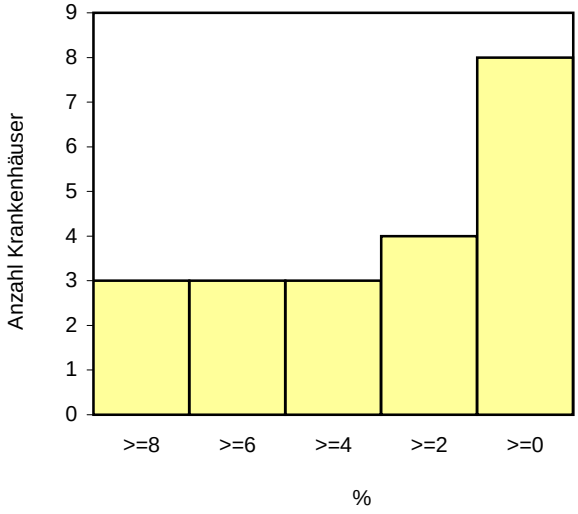
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat			30 / 680	4,4%
Vertrauensbereich				3,1% - 6,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

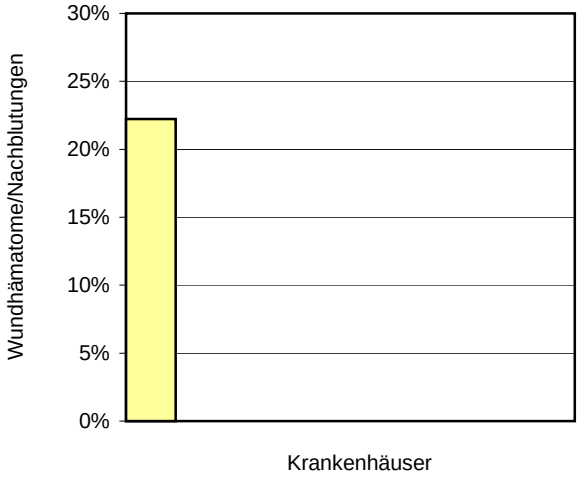
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	7,1	8,3	10,3	14,3

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 120 min	Gruppe 2 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 3 OP-Dauer 181 - 240 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 240 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	19 / 379 5,0%	7 / 208 3,4%	4 / 73 5,5%	0 / 20 0,0%

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50979

Referenzbereich: <= 4,47 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		30 / 680 4,41%
vorhergesagt (E)[1]		20,12 / 680 2,96%
O - E		1,45%

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

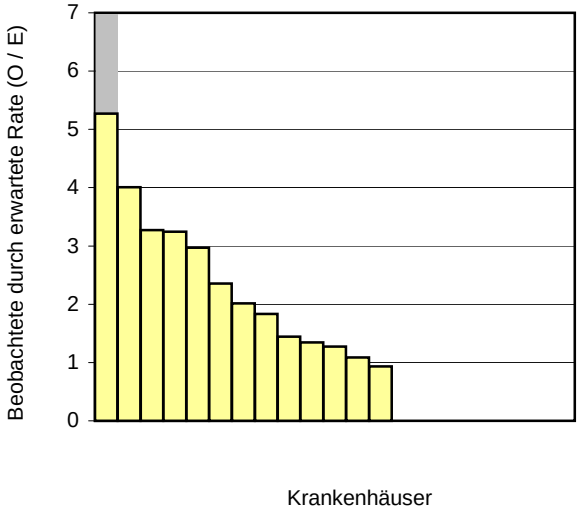
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,49
Vertrauensbereich		1,05 - 2,10
Referenzbereich	<= 4,47	<= 4,47

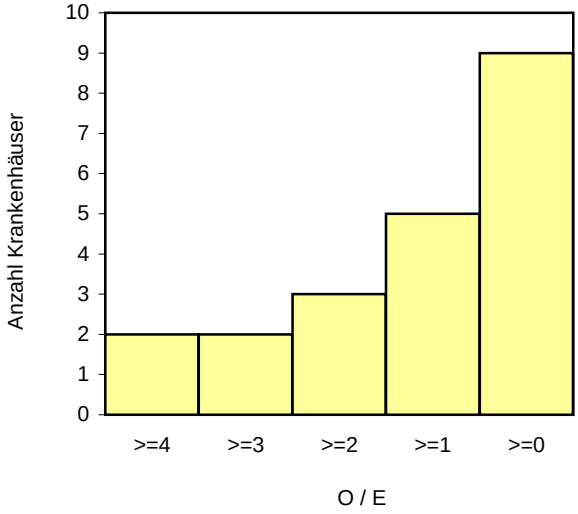
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

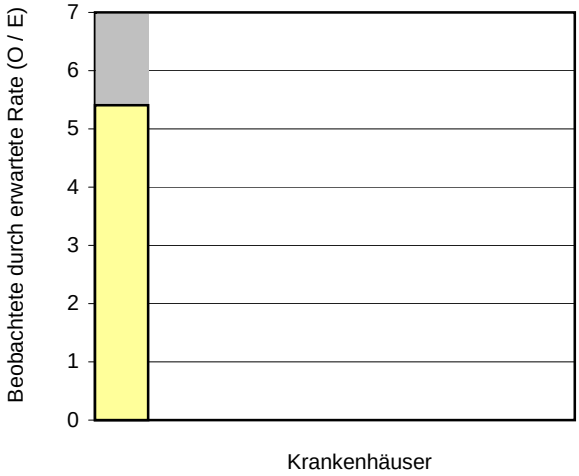
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,27	2,35	3,27	4,01	5,27

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			5,41

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	4 / 678 0,6%	0 / 254 0,0%	4 / 424 0,9%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	15 / 678 2,2%	3 / 254 1,2%	12 / 424 2,8%
Patienten mit tiefer Bein-/Becken-venenthrombose	0 / 678 0,0%	0 / 254 0,0%	0 / 424 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 678 0,1%	0 / 254 0,0%	1 / 424 0,2%
Patienten mit sonstiger Komplikation	44 / 678 6,5%	8 / 254 3,1%	36 / 424 8,5%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	19 / 678 2,8%	3 / 254 1,2%	16 / 424 3,8%
Vertrauensbereich	1,8% - 4,3%		
Referenzbereich	nicht definiert		

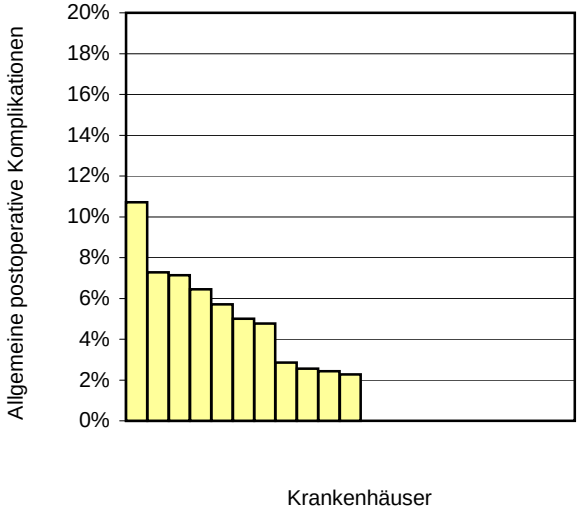
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2[1] Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3[1] Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)			
Vertrauensbereich			

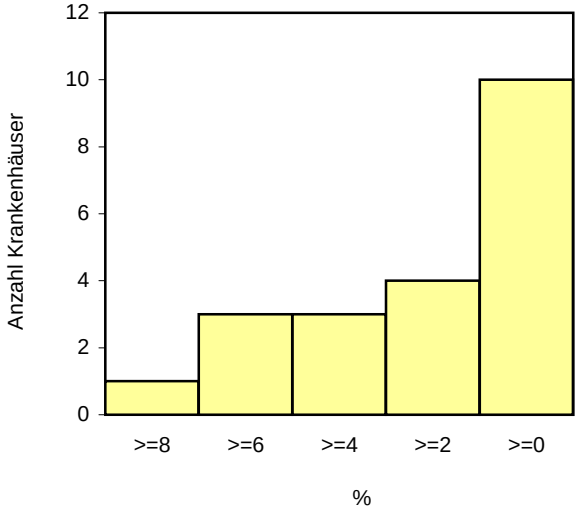
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2[1] Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3[1] Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	21 / 751 2,8%		
Vertrauensbereich	1,8% - 4,2%		

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/469]:
Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstige Komplikationen) an allen Patienten

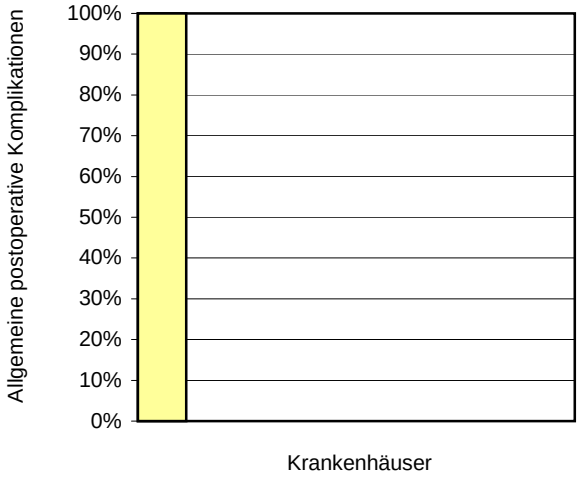
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	5,0	7,1	7,3	10,7

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 9b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		19 / 678 2,80%
vorhergesagt (E)[1]		22,85 / 678 3,37%
O - E		-0,57%

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

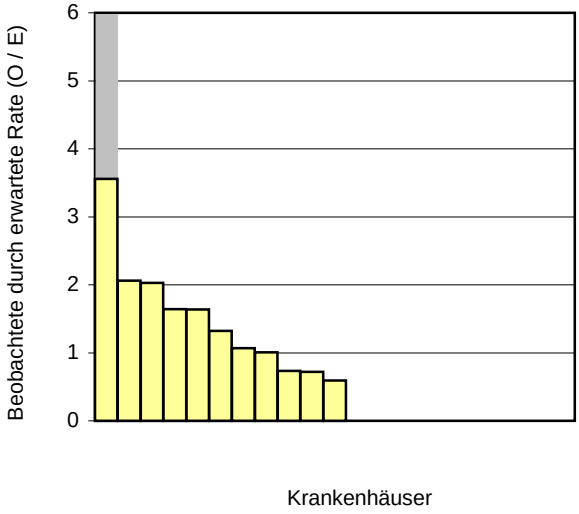
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		0,83
Vertrauensbereich		0,53 - 1,29
Referenzbereich	<= 3,47	<= 3,47

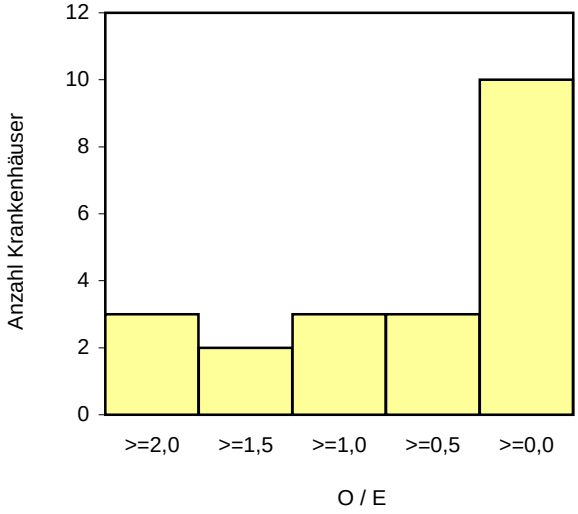
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50984]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

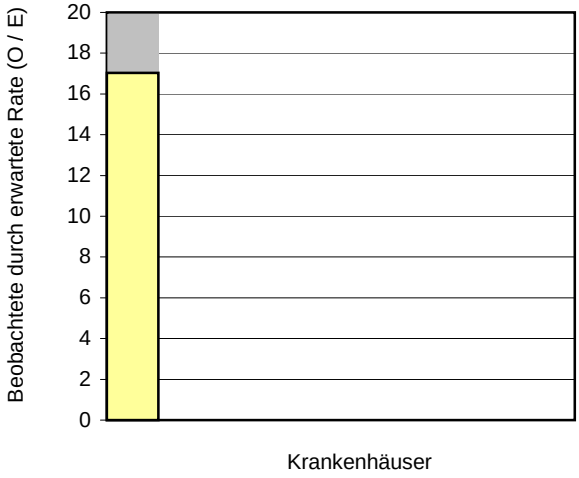
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	1,32	2,03	2,06	3,56

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			17,04

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

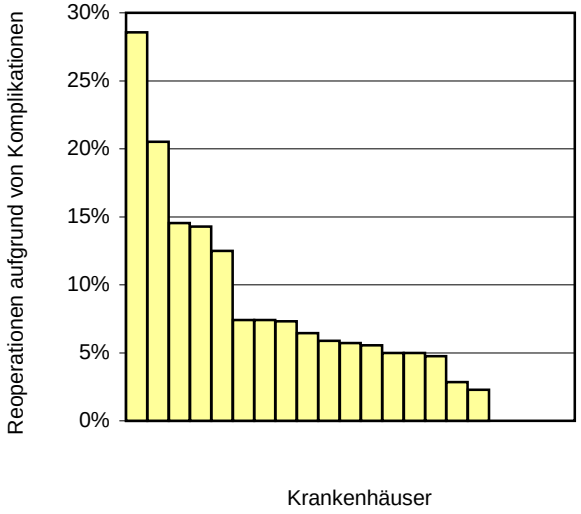
Indikator-ID: (QI 10a): 2013/17n3-HUEFT-WECH/470

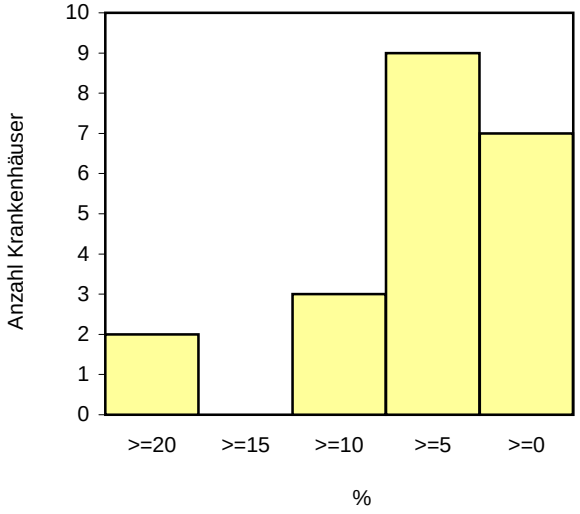
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			56 / 680	8,2%
Vertrauensbereich				6,4% - 10,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/470]:
Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen

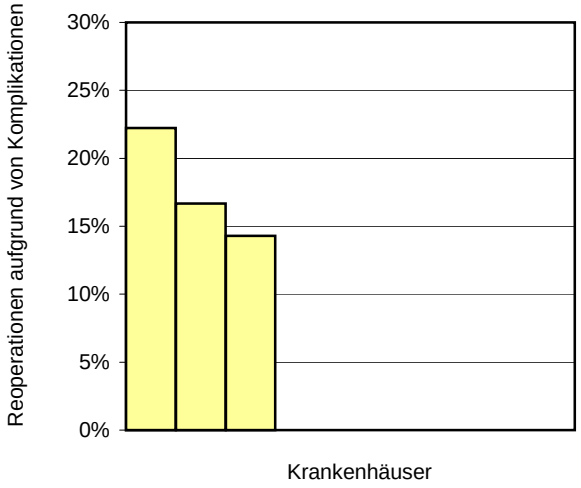
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	2,9	5,7	7,4	14,5	20,5	28,6

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	14,3			22,2

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 10b): 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989

Referenzbereich: <= 2,40 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		56 / 680 8,24%
vorhergesagt (E)[1]		45,72 / 680 6,72%
O - E		1,51%

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

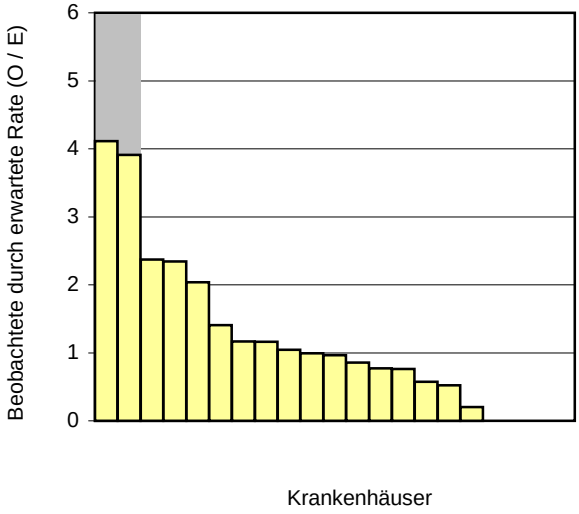
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,22
Vertrauensbereich		0,95 - 1,57
Referenzbereich	<= 2,40	<= 2,40

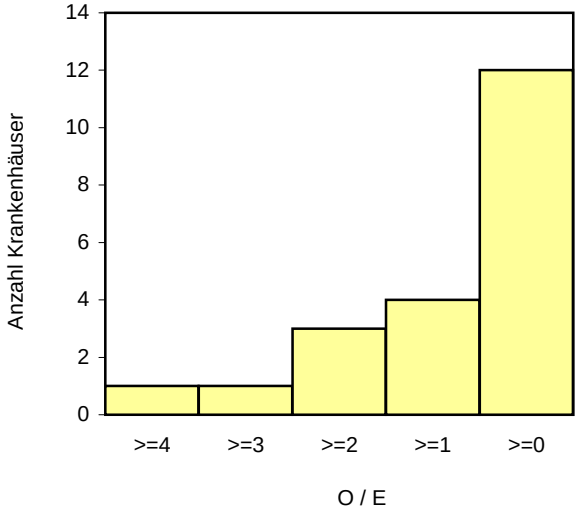
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/50989]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Operationen

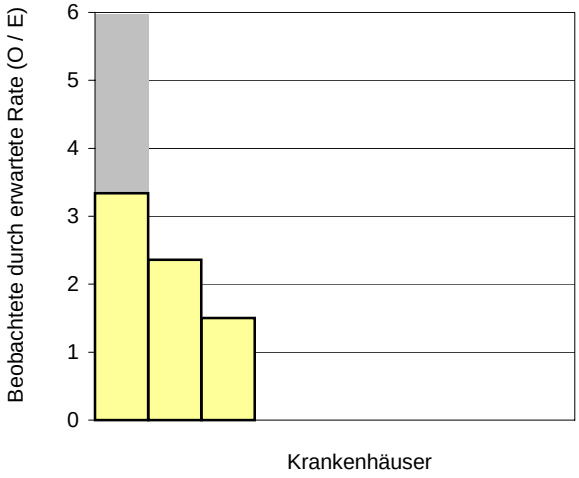
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,52	0,97	1,41	2,37	3,91	4,11

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,50			3,34

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

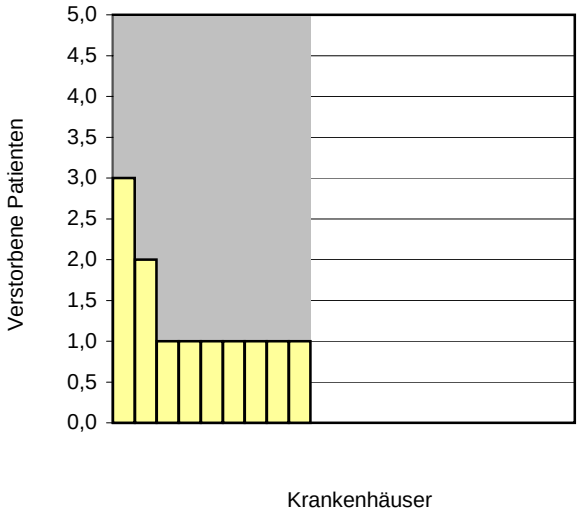
Referenzbereich: Sentinel Event

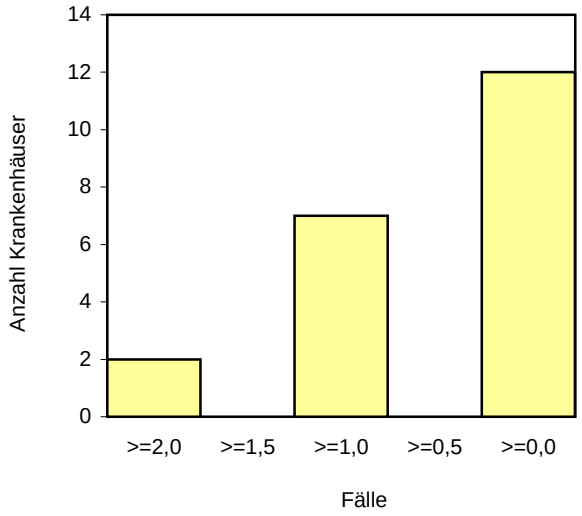
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			13 / 678	13,0 Fälle
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			12 / 751	12,0 Fälle

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

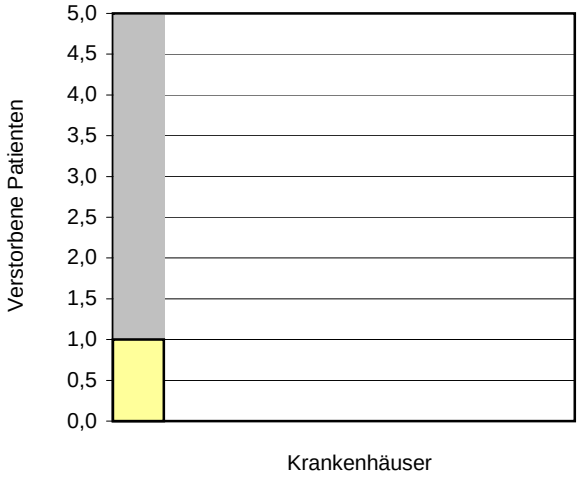
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	2,0	3,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2
Gruppe 2: Patienten mit ASA 3
Gruppe 3: Patienten mit ASA 4
Gruppe 4: Patienten mit ASA 5

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten				

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 2 Patienten mit ASA 3	Gruppe 3 Patienten mit ASA 4	Gruppe 4 Patienten mit ASA 5
Verstorbene Patienten	1 / 254 0,4%	11 / 404 2,7%	1 / 20 5,0%	0 / 0

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		13 / 678 1,92%
vorhergesagt (E)[1]		11,38 / 678 1,68%
O - E		0,24%

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

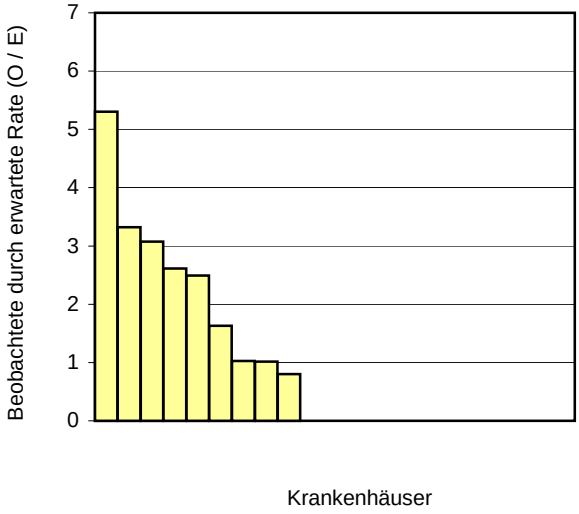
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E[2]		1,14
Vertrauensbereich		0,67 - 1,94
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

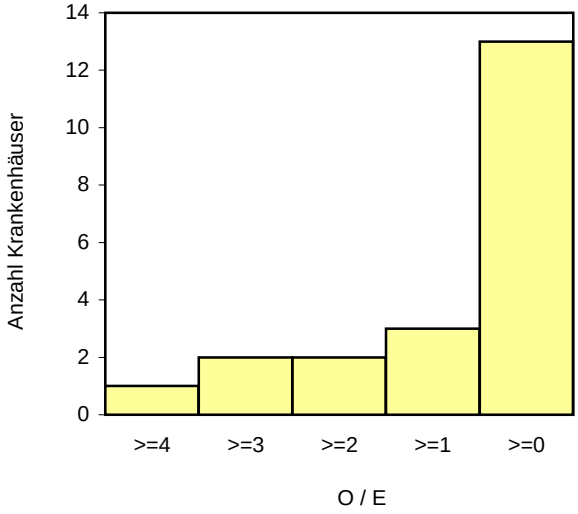
[2] Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

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

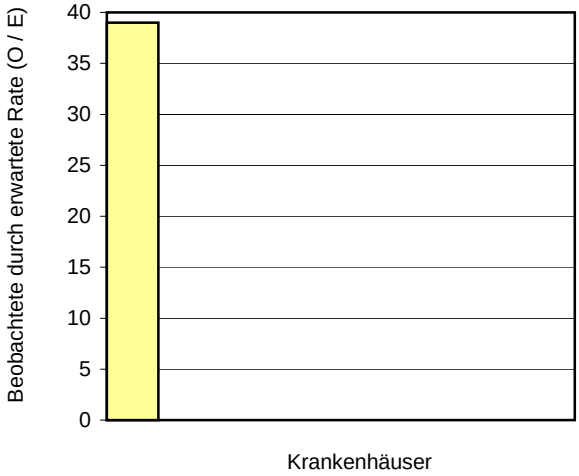
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,63	3,07	3,32	5,30

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			39,01

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/17n3-HUEFT-WECH/850204

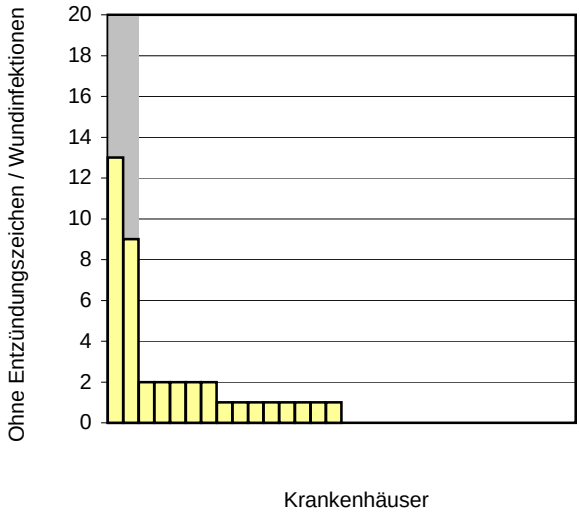
Referenzbereich: <= 2,0 Fälle

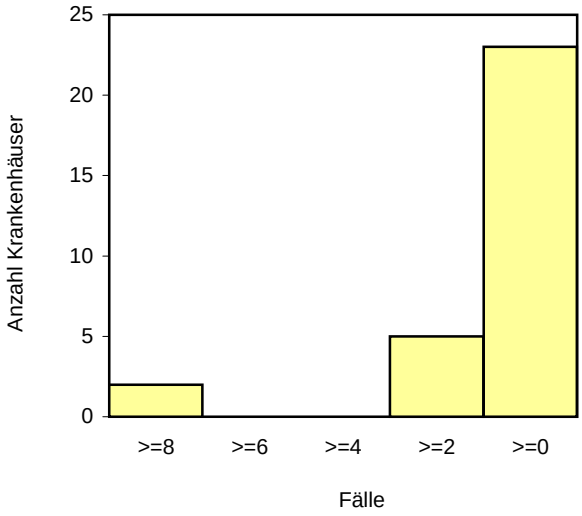
ID-Bezugsindikator(en): 268, 50974

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde			40 / 678	40,0 Fälle
Referenzbereich		<= 2,0 Fälle		<= 2,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/850204]:
Anzahl Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“, jedoch keine präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen dokumentiert wurden und bei denen kein Erregernachweis bzw. ein Erregernachweis mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0	2,0	9,0	13,0

Auffälligkeitskriterium 2: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

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

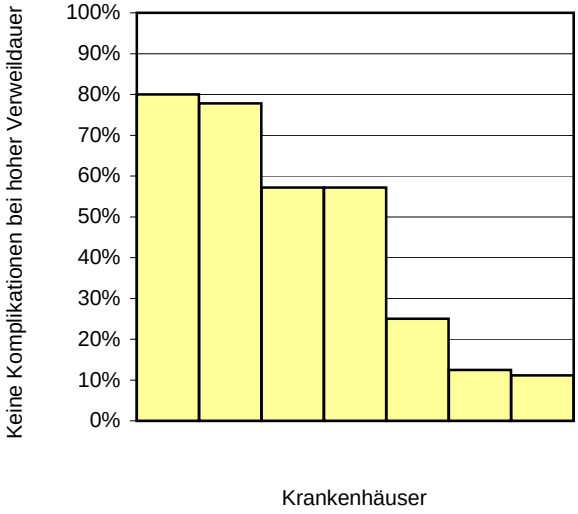
Referenzbereich: < 100,0%

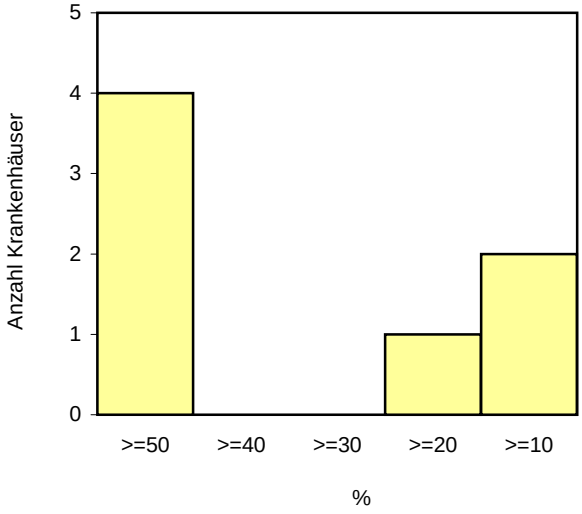
ID-Bezugsindikator(en): 50959, 50964, 50969, 50979, 50984

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungs-bedürftige postoperative Komplikation			27 / 68	39,7%
Vertrauensbereich				28,9% - 51,6%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2013/17n3-HUEFT-WECH/850205]:
Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 27 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) (nach der ersten Operation)

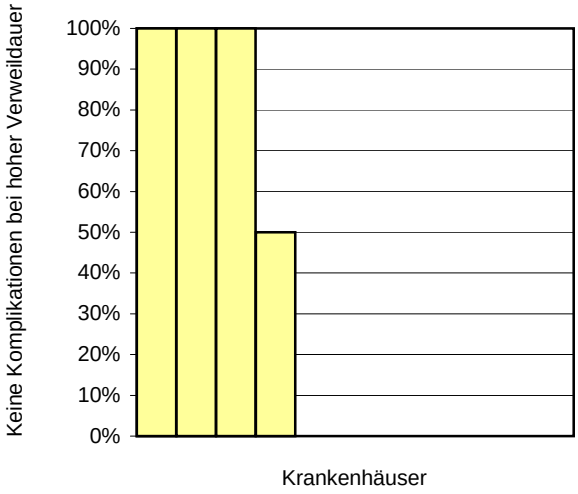
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,1			12,5	57,1	77,8			80,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
11 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Hüft-Endoprothesenwechsel
und -komponentenwechsel
17/3

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 30
Anzahl Datensätze Gesamt: 678
Datensatzversion: 17/3 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14287-L90432-P43919

Eine Auswertung des BQS-Instituts -Standort Hamburg- unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			171	25,2	229	30,5
2. Quartal			163	24,0	169	22,5
3. Quartal			165	24,3	180	24,0
4. Quartal			179	26,4	173	23,0
Gesamt			678		751	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten		678		751	
Stationäre Aufenthalts-dauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		678		751	
Median			*16,0*		*15,0*
Mittelwert			*20,8*		*20,3*
Bezug: Anzahl der Operationen		680			
Präoperative Verweil-dauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		680			
Median			*1,0*		
Mittelwert			*4,8*		
Postoperative Verweil-dauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		680			
Median			*13,0*		
Mittelwert			*16,1*		

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013[1]

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese
2	D62	Akute Blutungsanämie
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	Z96.6	Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
6	Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
7	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]	ICD	Anzahl	%[2]
1				T84.0	455	67,1	T84.0	560	74,6
2				D62	291	42,9	D62	308	41,0
3				I10.00	237	35,0	Z96.6	300	39,9
4				Z96.6	229	33,8	I10.00	297	39,5
5				T84.5	111	16,4	Z74.0	132	17,6
6				Z74.0	107	15,8	E11.90	119	15,8
7				I10.90	100	14,7	T84.5	108	14,4
8				E11.90	93	13,7	I10.90	106	14,1

[1] Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2012 und ICD-10-GM 2013 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Kodes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

OPS 2013[1]

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
2	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
3	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
4	5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5	5-784.7d	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen: Becken

OPS 2013

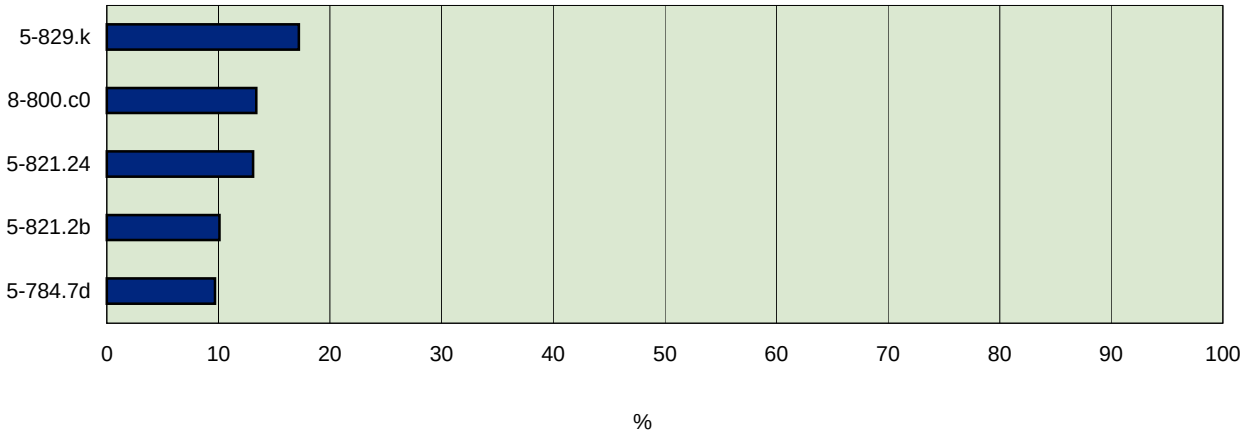
Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]	OPS	Anzahl	%[2]
1				5-829.k	117	17,2			
2				8-800.c0	91	13,4			
3				5-821.24	89	13,1			
4				5-821.2b	69	10,1			
5				5-784.7d	66	9,7			

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

[2] Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

OPS 2013 (Gesamt 2013)



Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
5-983 Reoperation			39 / 680	5,7		
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 680	0,0		
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 680	0,0		
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 680	0,0		

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			678 / 678		751 / 751	
< 50 Jahre			27 / 678	4,0	30 / 751	4,0
50 - 59 Jahre			61 / 678	9,0	93 / 751	12,4
60 - 69 Jahre			130 / 678	19,2	130 / 751	17,3
70 - 79 Jahre			293 / 678	43,2	334 / 751	44,5
80 - 89 Jahre			149 / 678	22,0	153 / 751	20,4
>= 90 Jahre			18 / 678	2,7	11 / 751	1,5
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			678		751	
Median				*74,0*		*73,0*
Mittelwert				*72,2*		*71,3*
Geschlecht						
männlich			306	45,1	318	42,3
weiblich			372	54,9	433	57,7
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			364	53,5		
links			316	46,5		
Zweizeitiger Wechsel			82	12,1		

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Schmerzen						
Ruheschmerz			380	55,9		
Belastungsschmerz			246	36,2		
keine Schmerzen			54	7,9		

Labor

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Entzündungszeichen im Labor (BSG, CRP, Leukozytose)			151	22,2		
Gelenkpunktion			349	51,3		
Erregernachweis						
nicht durchgeführt			237	34,9		
durchgeführt, negativ			365	53,7		
durchgeführt, positiv			78	11,5		

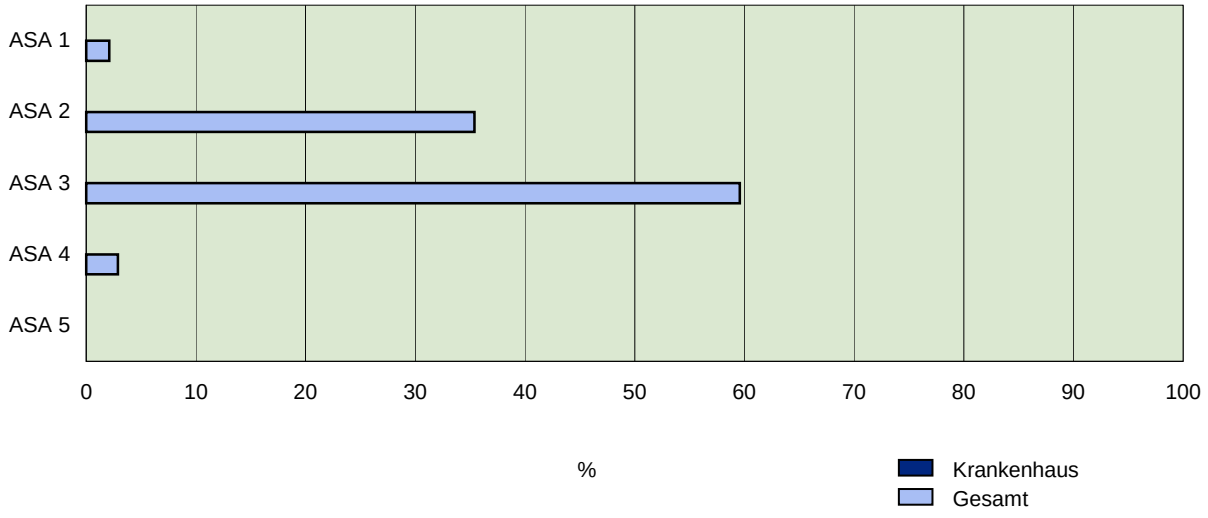
Röntgendiagnostik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Implantatwanderung/ -versagen/-verschleiß			256	37,6		
Lockerung Pfannen-Komponente			235	34,6		
Lockerung Schaft-Komponente			204	30,0		
Substanzverluste Pfanne			196	28,8		
Substanzverluste Femur			123	18,1		
periprothetische Fraktur			115	16,9		
(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation			141	20,7		

Röntgendiagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			14	2,1		
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			241	35,4		
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			405	59,6		
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	2,9		
5: moribunder Patient			0	0,0		

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			617	90,7		
bedingt aseptische Eingriffe			19	2,8		
kontaminierte Eingriffe			13	1,9		
septische Eingriffe			31	4,6		

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten			680			
Median				*115,0*		
Mittelwert				*123,3*		
Operationsdauer-Verteilung (min)						
< 90 min			189	27,8		
90 - 239 min			465	68,4		
>= 240 min			26	3,8		
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			679	99,9		
davon						
single shot			283 / 679	41,7		
Zweitgabe			45 / 679	6,6		
öfter			351 / 679	51,7		

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			680			
Postoperatives Röntgenbild a/p			675	99,3		
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			553	81,3		
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			88	12,9		
Mehrfachnennungen möglich						
Implantatfehllage			1	1,1		
Implantatdislokation			5	5,7		
Endoprothesenluxation			15	17,0		
Wundhämatom/Nachblutung			30	34,1		
Gefäßläsion			4	4,5		
Nervenschaden			4	4,5		
Fraktur			16	18,2		
Sonstige			23	26,1		
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			31	4,6		
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			8 / 31	25,8		
A2 (tiefe Infektion)			19 / 31	61,3		
A3 (Räume/Organe)			4 / 31	12,9		
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			56	54,9		

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			58	8,6	52	6,9
Mehrfachnennungen möglich						
Pneumonie			4	6,9	5	9,6
kardiovaskuläre Komplikation(en)			15	25,9	16	30,8
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			0	0,0	1	1,9
Lungenembolie			1	1,7	1	1,9
Sonstige			44	75,9	38	73,1

Entlassung I

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			615	92,5	694	93,9
Nein			50	7,5	45	6,1
wenn nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			15	30,0	15	33,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			594	89,3	696	94,2
Nein			71	10,7	43	5,8
wenn nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			11	15,5	14	32,6

Entlassung II

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
01: regulär beendet			453	66,8	504	67,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			22	3,2	20	2,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,6	2	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			28	4,1	18	2,4
07: Tod			13	1,9	12	1,6
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	5	0,7
09: in Rehabilitationseinrichtung			121	17,8	153	20,4
10: in Pflegeeinrichtung			36	5,3	35	4,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	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	1	0,1
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			1	0,1	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
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Entlassung III

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			678		751	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			142	20,9	163	21,7
Dienstag			95	14,0	100	13,3
Mittwoch			92	13,6	100	13,3
Donnerstag			100	14,7	109	14,5
Freitag			167	24,6	165	22,0
Samstag			50	7,4	84	11,2
Sonntag			32	4,7	30	4,0

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

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

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.sqg.de.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.
Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.
In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.
Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind **(fixer Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 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 <= 90%-Perzentil definiert.
Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,5%
5 von 200 = 2,5% <= 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 <= 2,5%
ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von 2,54777070% (gerundet 2,5%).
Diese ist größer als 2,5% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 6%
ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von 5,97014925% (gerundet 6,0%).
Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

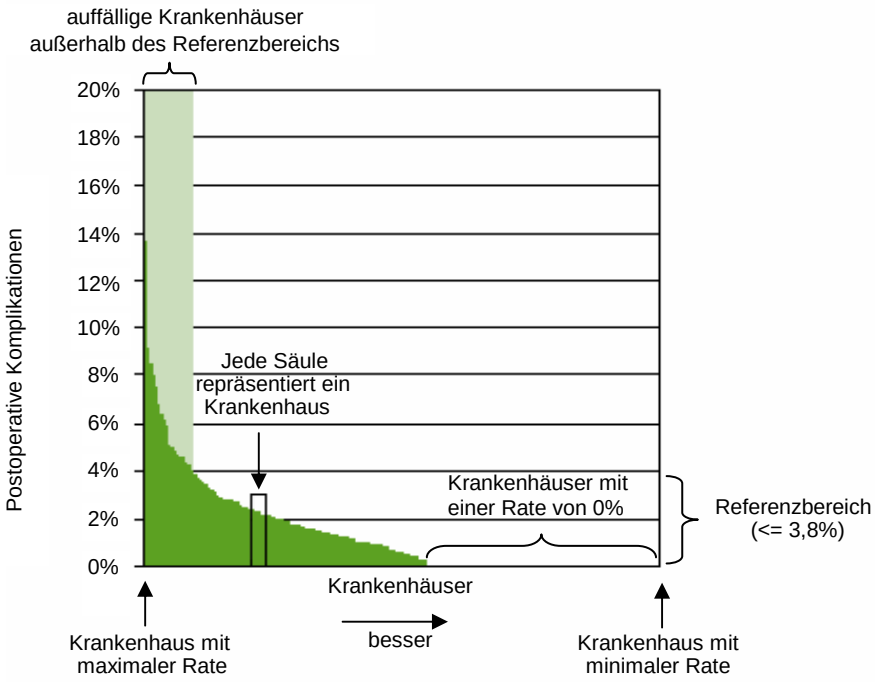
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

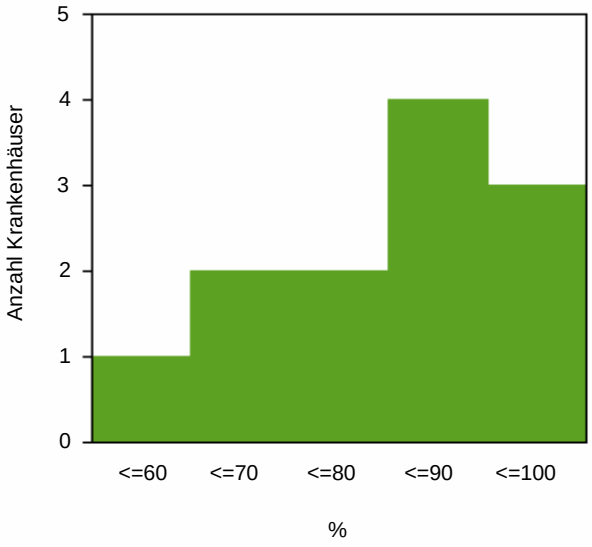
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

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

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

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

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

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

Rate
Siehe Anteil

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

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

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

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