

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.298
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 27. Juni 2014
2013 - D14452-L91200-P44178

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.298
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 27. Juni 2014
2013 - D14452-L91200-P44178

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n2-HUEFT-TEP/1082							
QI 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien			96,4%	>= 90,0%	innerhalb		11
2013/17n2-HUEFT-TEP/265							
QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe			99,8%	>= 95,0%	innerhalb		13
QI 3: Postoperative Beweglichkeit							
3a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			97,1%	>= 95,0%	innerhalb		15
3b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,4%	>= 95,0%	innerhalb		17

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	-	0,2%	20
4b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,84	<= 6,17	innerhalb		23
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Operationen			0,1%	nicht definiert	-		25
5b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,31	<= 6,83	innerhalb		27

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

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

³ Die Vorjahresdaten können aufgrund der veränderten Erhebungsbogenstruktur 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 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Operationen			0,7%	nicht definiert	-		29
6b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,75	<= 4,16	innerhalb		31
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Operationen			0,3%	nicht definiert	-		33
7b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,10	<= 9,39	innerhalb		35
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Operationen			0,2%	nicht definiert	-		37
8b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,41	<= 6,56	innerhalb		39

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Operationen			0,5%	nicht definiert	-		45
9b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,48	<= 8,07	innerhalb		48
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			1,1%	nicht definiert	-	0,9%	50
10b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,98	<= 3,39	innerhalb		53

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Operationen			1,0%	nicht definiert	-		55
11b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,68	<= 5,77	innerhalb		57
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2013/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			5,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	5,0 Fälle	59
12b: 2013/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,66	nicht definiert	-		62

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/17n2-HUEFT-TEP/813129 AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			80,5%	< 100,0%	innerhalb		64
2013/17n2-HUEFT-TEP/813126 AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen			1,0 Fälle	<= 0,0 Fälle	auffällig		66

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

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

Vorjahresergebnisse

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

Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien

Qualitätsziel:	Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien
Grundgesamtheit:	Alle Operationen
Indikator-ID:	2013/17n2-HUEFT-TEP/1082
Referenzbereich:	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Röntgenologische Kriterien Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence ¹				
Gruppe 1 0 Punkte			2 / 4.301	0,0%
Gruppe 2 1 - 2 Punkte			19 / 4.301	0,4%
Gruppe 3 3 - 4 Punkte			131 / 4.301	3,0%
Gruppe 4 5 - 9 Punkte			3.718 / 4.301	86,4%
Gruppe 5 10 Punkte			431 / 4.301	10,0%
Gruppe 6 5 - 10 Punkte			4.149 / 4.301	96,5%
Schmerzen				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz			573 / 4.301	13,3%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz			3.714 / 4.301	86,4%

¹ Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bewegungseinschränkung				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 ¹			1.805 / 4.301	42,0%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 ²			2.580 / 4.301	60,0%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang ³			2.088 / 4.301	48,5%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.136 / 4.301	72,9%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score oder mindestens einem Bewegungsein- schränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score			4.145 / 4.301	96,4%
Vertrauensbereich				95,8% - 96,9%
Referenzbereich		>= 90,0%		>= 90,0%

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

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

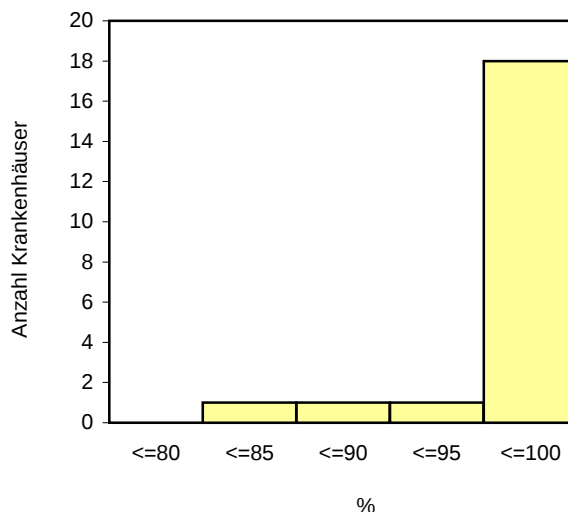
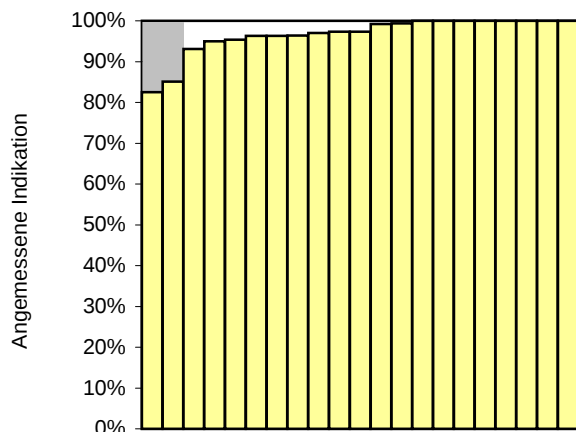
³ Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

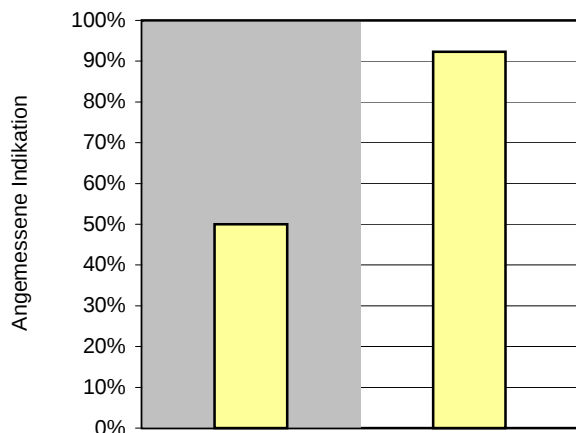
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,5	85,1	93,1	96,3	97,4	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0				71,2				92,3

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaphylaxe

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2013/17n2-HUEFT-TEP/265

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

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

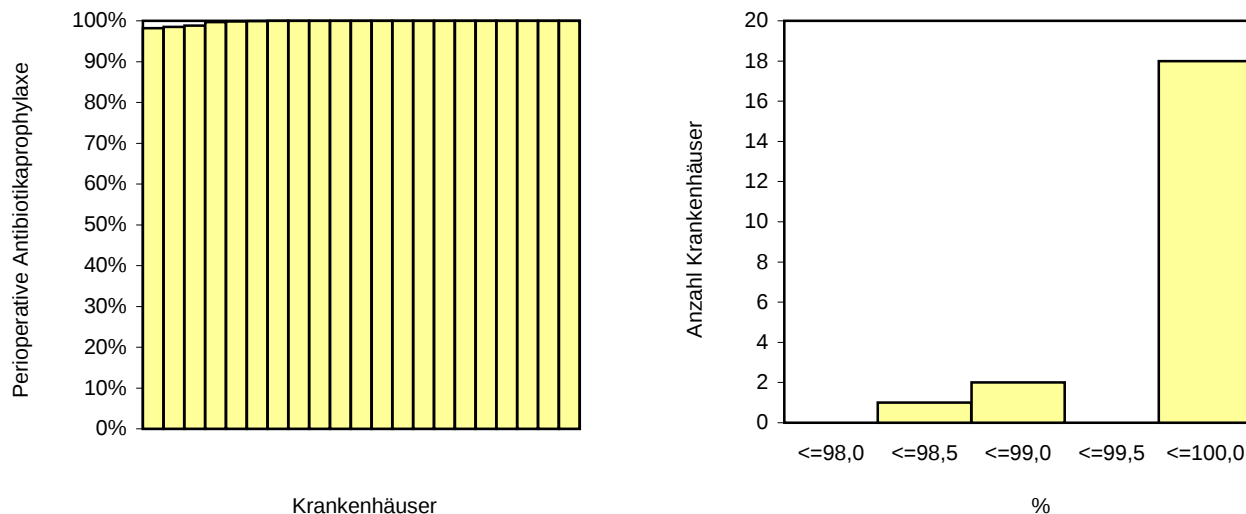
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Operationen	OP-Dauer <= 120 min	OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaphylaxe durchgeführt wurde	4.294 / 4.301 99,8%	4.127 / 4.132 99,9%	167 / 169 98,8%
Vertrauensbereich	99,7% - 99,9%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon single shot	3.960 / 4.294 92,2%	3.837 / 4.127 93,0%	123 / 167 73,7%
Zweitgabe oder öfter	334 / 4.294 7,8%	290 / 4.127 7,0%	44 / 167 26,3%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

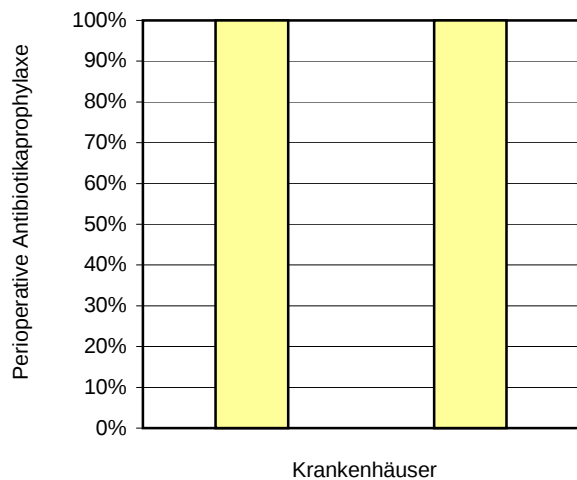
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,2	98,5	98,8	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Postoperative Beweglichkeit

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

Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)

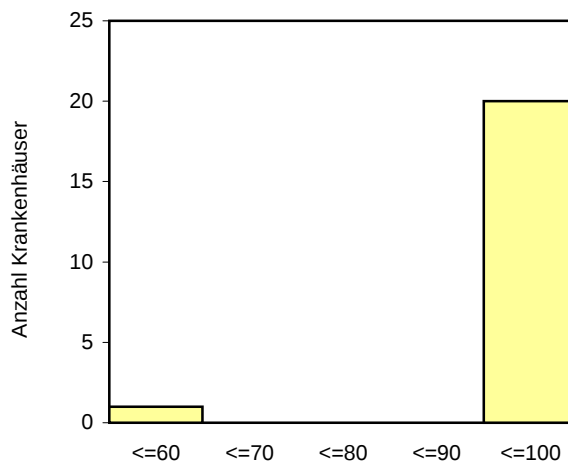
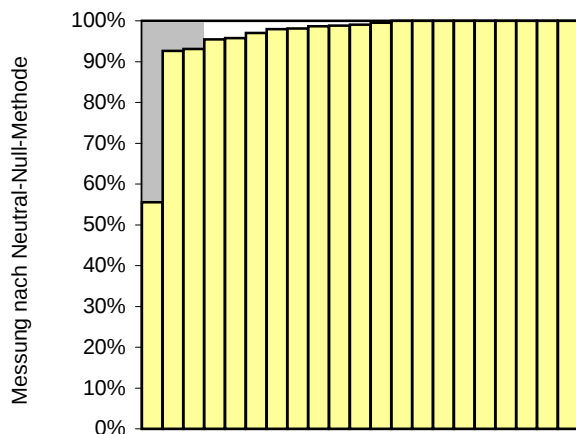
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die post-operative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			4.177 / 4.301	97,1%
Vertrauensbereich				96,6% - 97,6%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



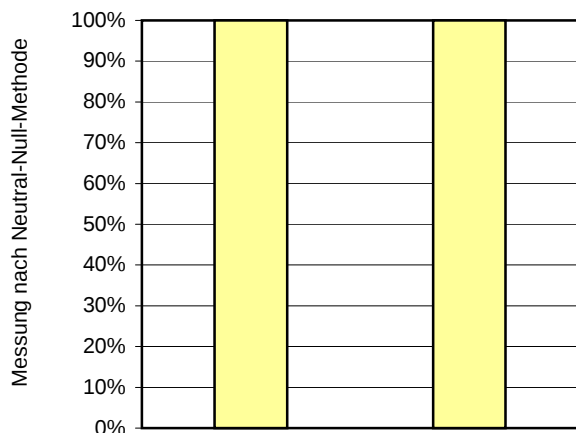
Krankenhäuser

%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,6	92,6	93,1	97,0	99,1	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

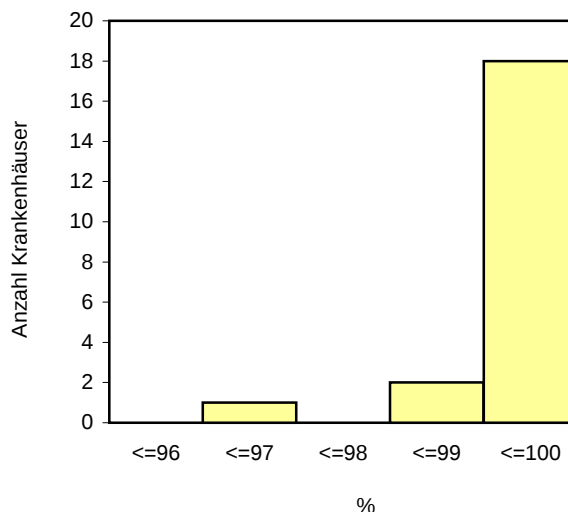
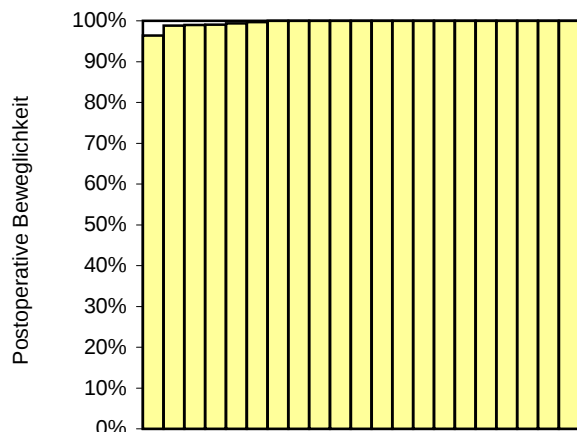
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			4.151 / 4.177	99,4%
Vertrauensbereich				99,1% - 99,6%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			4.168 / 4.177	99,8%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 70 Grad)			4.160 / 4.177	99,6%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

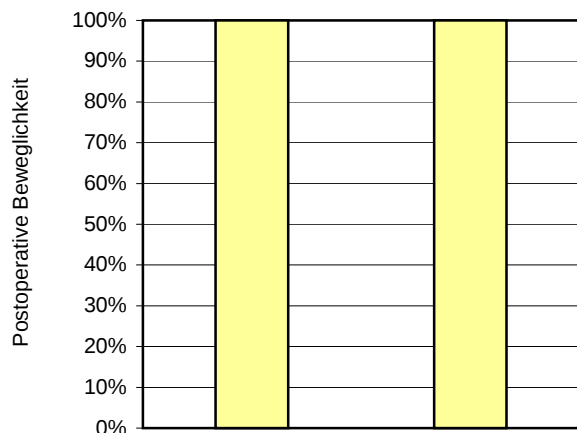
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,4	98,8	99,0	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	3.839 / 3.864 99,4%	92 / 92 100,0%	130 / 131 99,2%	90 / 90 100,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden und

Gruppe 1: alle Patienten
Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.277 / 4.293	99,6%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			11 / 4.293	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			8 / 3.977	0,2%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			0 / 93	0,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 131	0,8%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			2 / 92	2,2%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

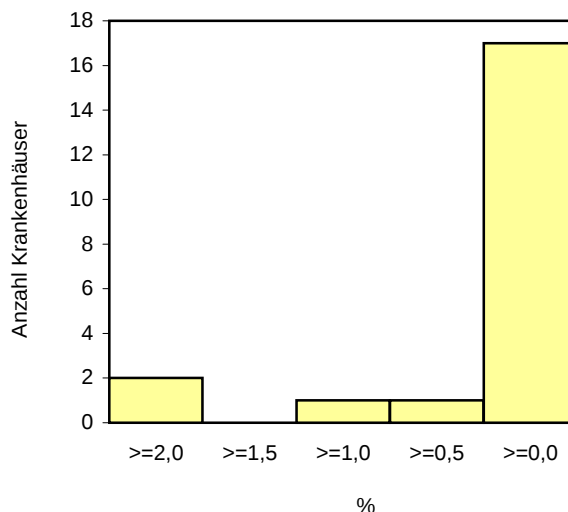
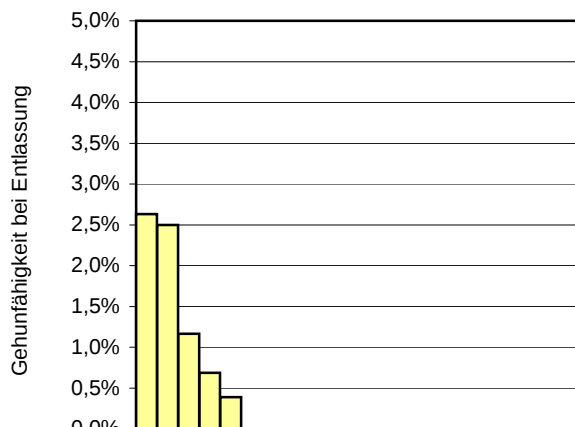
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			9 / 3.769	0,2% 0,1% - 0,5%

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

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

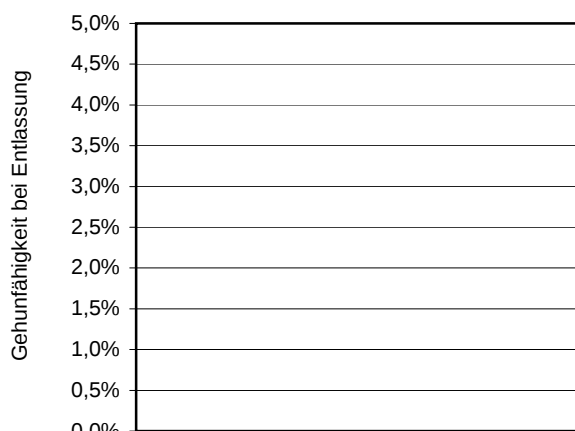
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/264]:
Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	0,0	1,2	2,5	2,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden

Indikator-ID: (QI 4b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50909

Referenzbereich: $\leq 6,17$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		11 / 4.293 0,26%
vorhergesagt (E) ¹		13,14 / 4.293 0,31%
O - E		-0,05%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,84
Vertrauensbereich		0,47 - 1,50
Referenzbereich	$\leq 6,17$	$\leq 6,17$

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

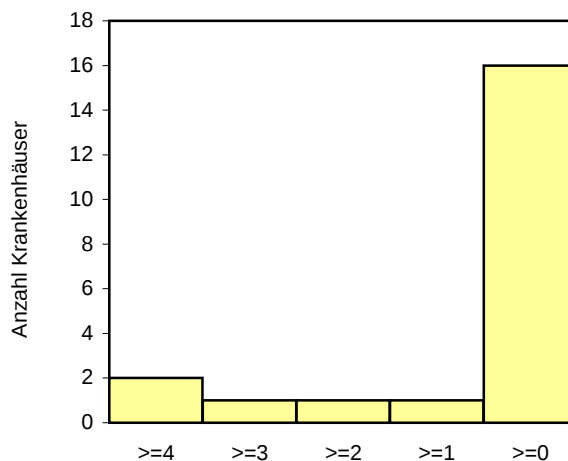
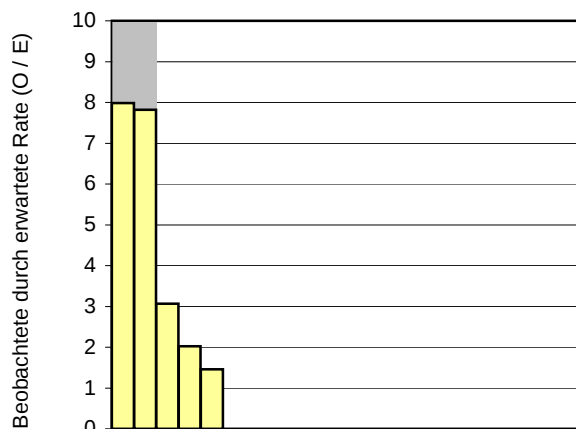
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

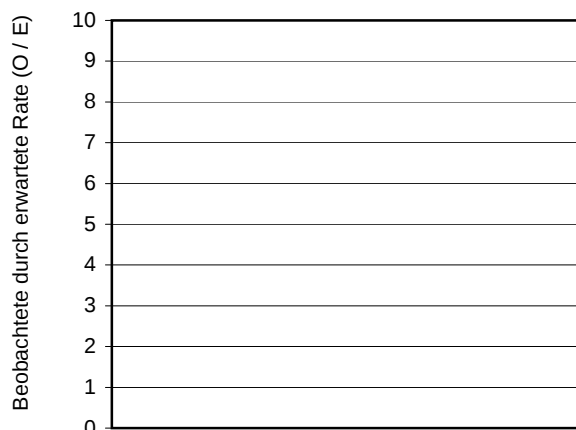
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,00	3,07	7,82	7,98

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

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

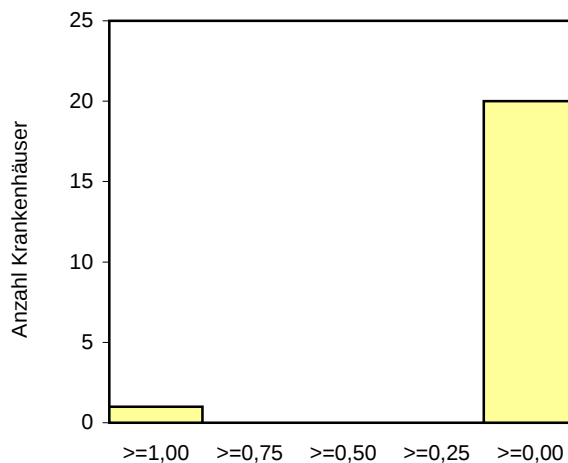
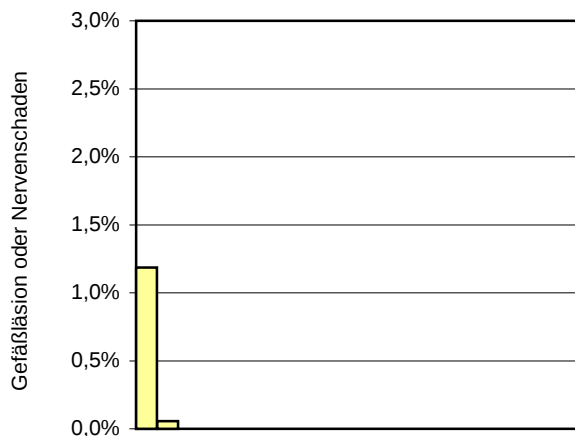
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			0 / 4.301	0,0%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			4 / 4.301	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			4 / 4.301	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

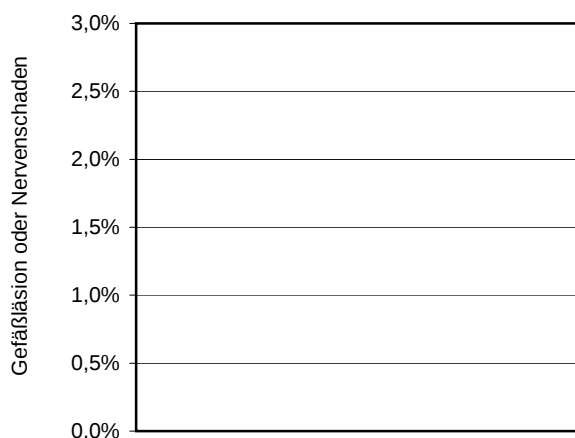
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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 5b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50914

Referenzbereich: $\leq 6,83$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		4 / 4.301 0,09%
vorhergesagt (E) ¹		12,70 / 4.301 0,30%
O - E		-0,20%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,31
Vertrauensbereich		0,12 - 0,81
Referenzbereich	$\leq 6,83$	$\leq 6,83$

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

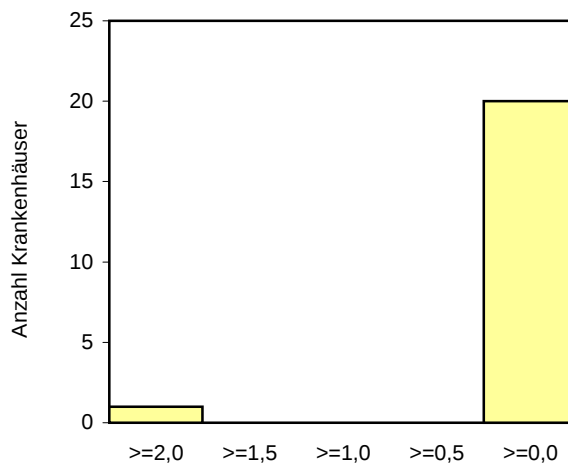
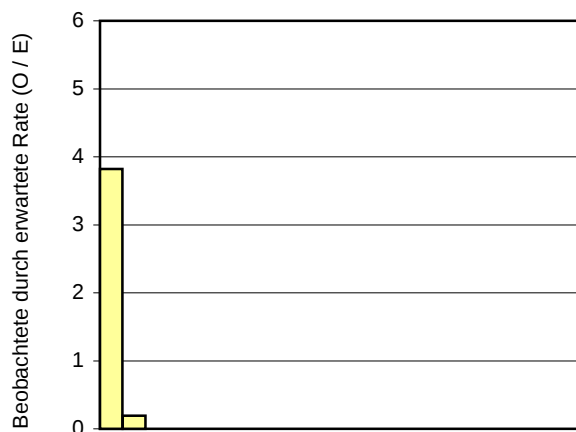
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden ist 10% kleiner als erwartet.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	0,00	0,00	0,19	3,82

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

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

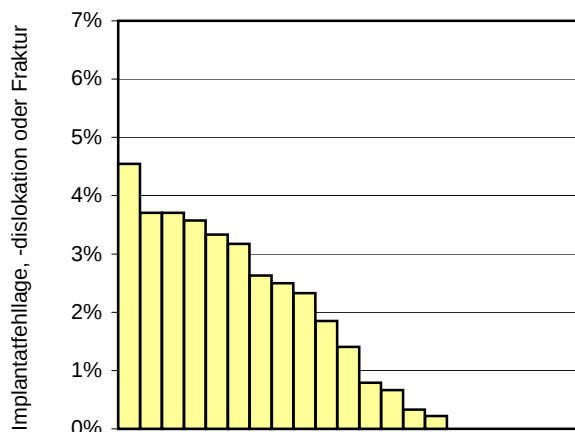
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			3 / 4.301	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			6 / 4.301	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			23 / 4.301	0,5%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			31 / 4.301	0,7%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,0%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

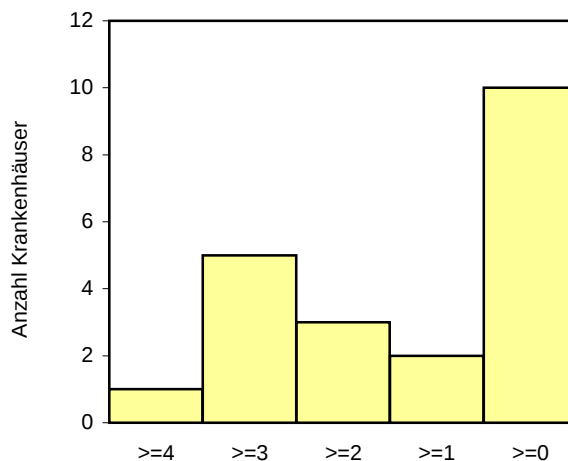
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

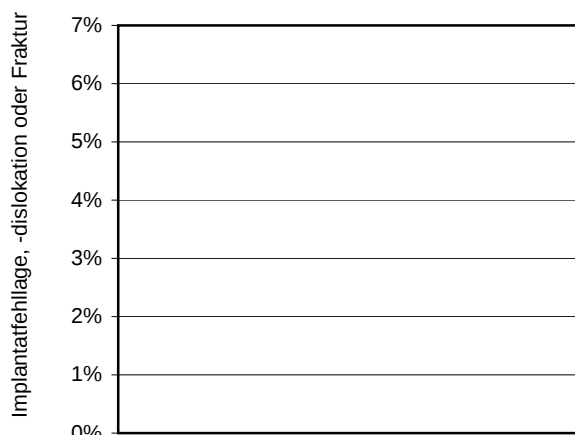


%

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	3,2	3,7	3,7	4,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 6b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919

Referenzbereich: $\leq 4,16$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		31 / 4.301 0,72%
vorhergesagt (E) ¹		41,37 / 4.301 0,96%
O - E		-0,24%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,75
Vertrauensbereich		0,53 - 1,06
Referenzbereich	$\leq 4,16$	$\leq 4,16$

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

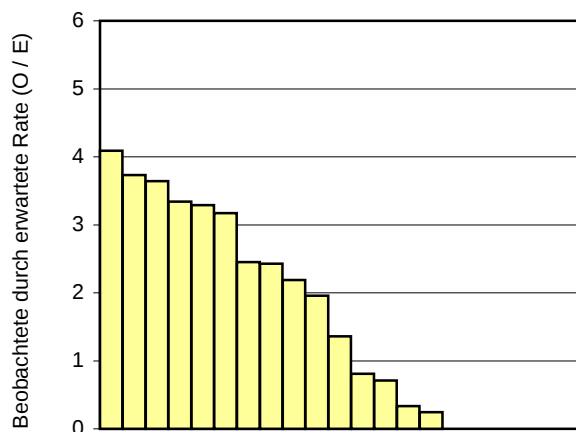
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

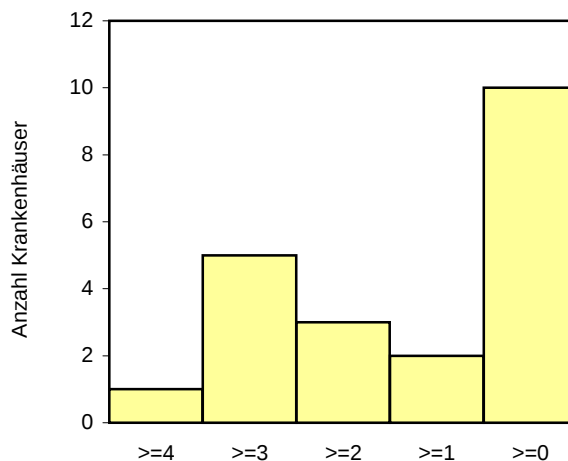
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50919]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl- ,dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser



O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,36	3,17	3,64	3,73	4,09

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

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

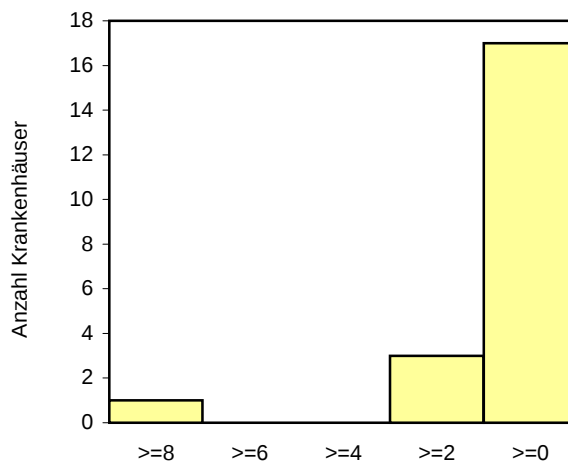
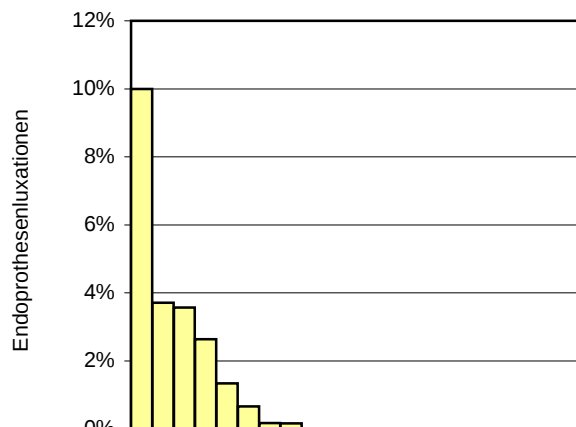
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			15 / 4.301	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/451]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

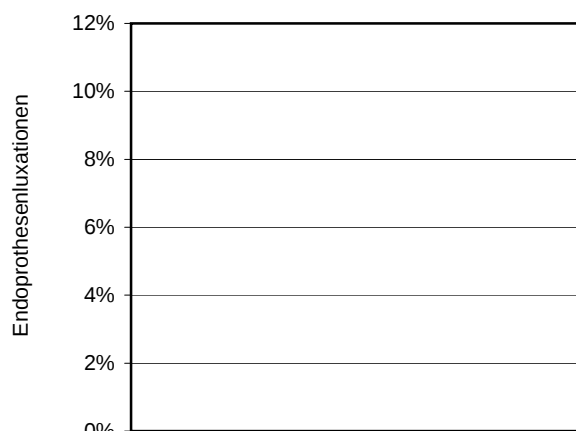
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 7b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50924

Referenzbereich: $\leq 9,39$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 4.301 0,35%
vorhergesagt (E) ¹		13,58 / 4.301 0,32%
O - E		0,03%

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

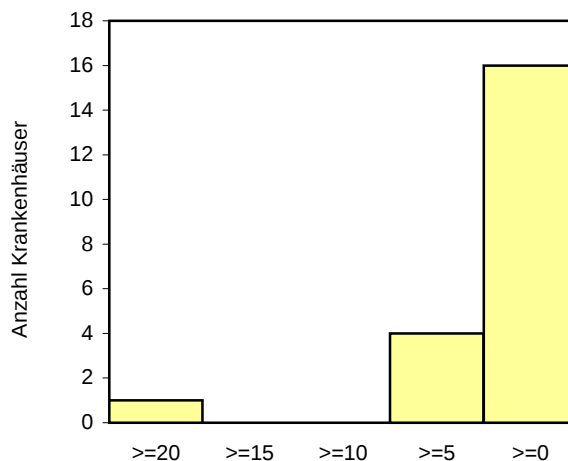
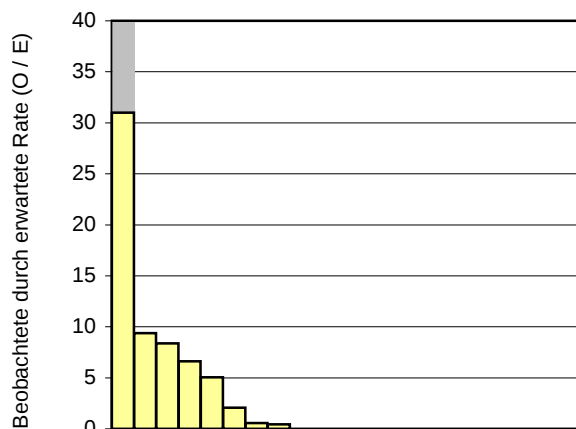
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,10
Vertrauensbereich		0,67 - 1,82
Referenzbereich	$\leq 9,39$	$\leq 9,39$

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

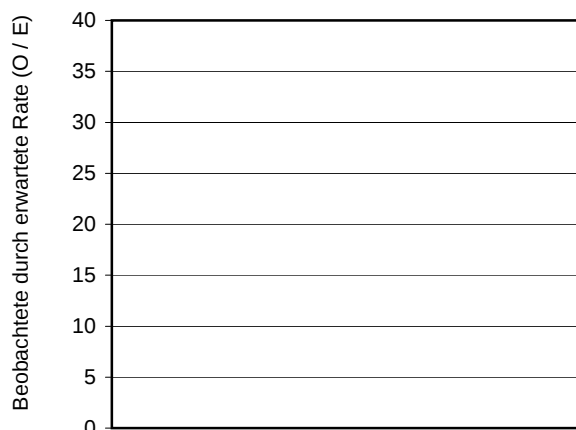
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,06	8,38	9,38	31,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Operationen

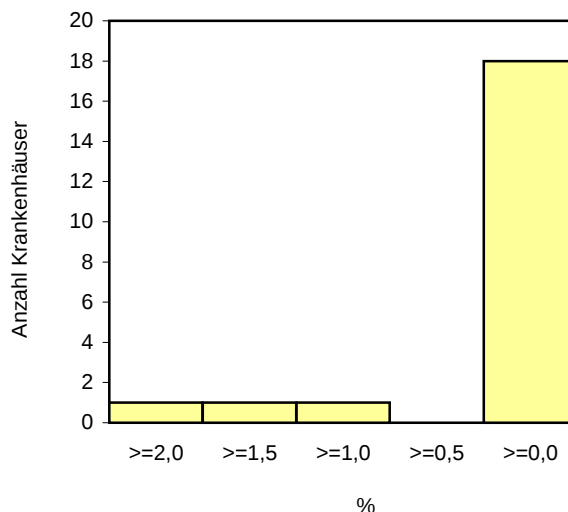
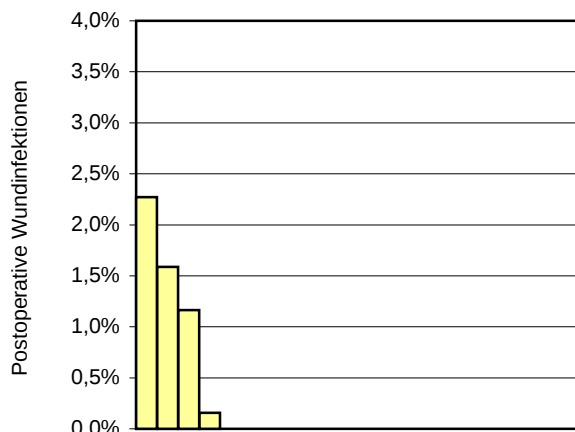
Indikator-ID: (QI 8a): 2013/17n2-HUEFT-TEP/452

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			8 / 4.301	0,2%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			5 / 4.301	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 4.301	0,1%

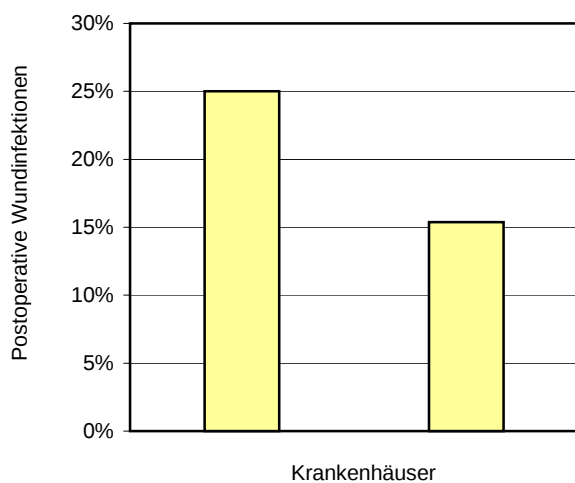
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/452]:
Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	0,0	1,2	1,6	2,3

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	15,4				20,2				25,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 8b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929

Referenzbereich: $\leq 6,56$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 4.301 0,19%
vorhergesagt (E) ¹		19,38 / 4.301 0,45%
O - E		-0,26%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,41
Vertrauensbereich		0,21 - 0,81
Referenzbereich	$\leq 6,56$	$\leq 6,56$

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

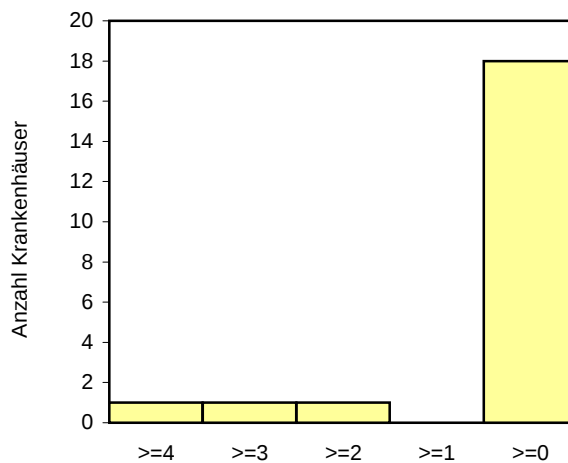
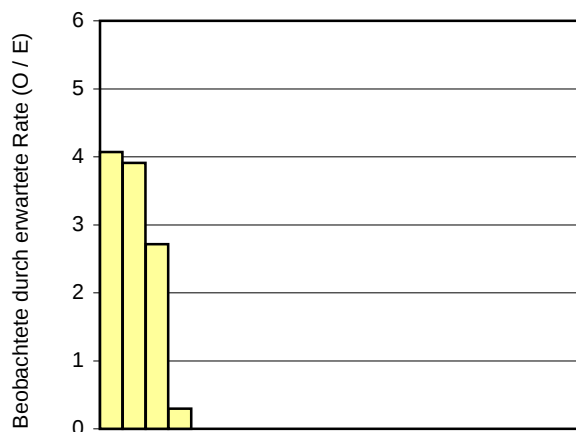
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/50929]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Operationen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

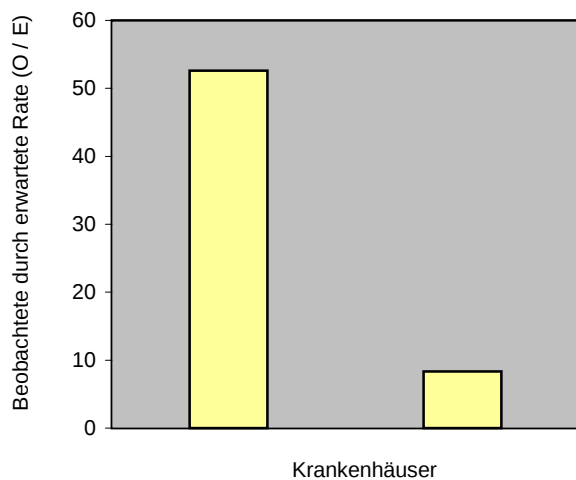
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,00	2,72	3,91	4,07

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,32				30,46				52,60

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 90 min	1
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 NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.597 / 4.301	60,4%
Risikoklasse 1			1.421 / 4.301	33,0%
Risikoklasse 2			281 / 4.301	6,5%
Risikoklasse 3			2 / 4.301	0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			2 / 2.597	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 2.597	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			0 / 2.597	0,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			5 / 1.421	0,4%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 1.421	0,1%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 1.421	0,2%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			1 / 281	0,4%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 281	0,4%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			0 / 281	0,0%

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

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

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

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

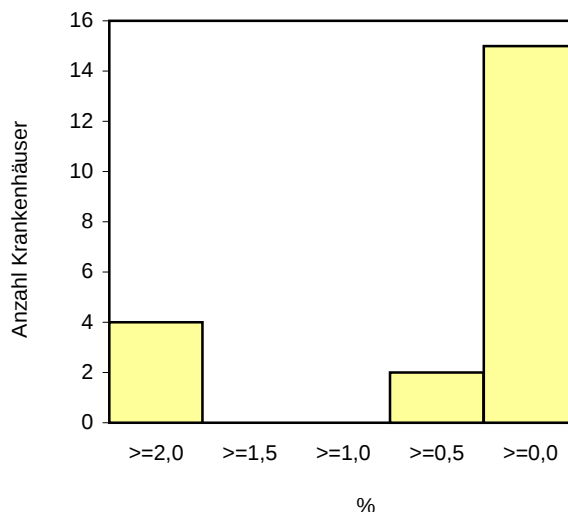
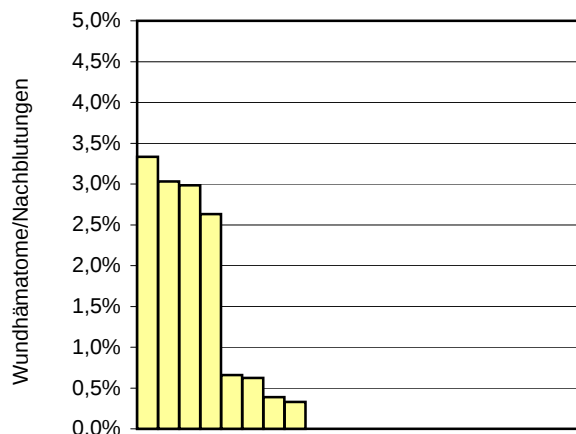
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			20 / 4.301	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

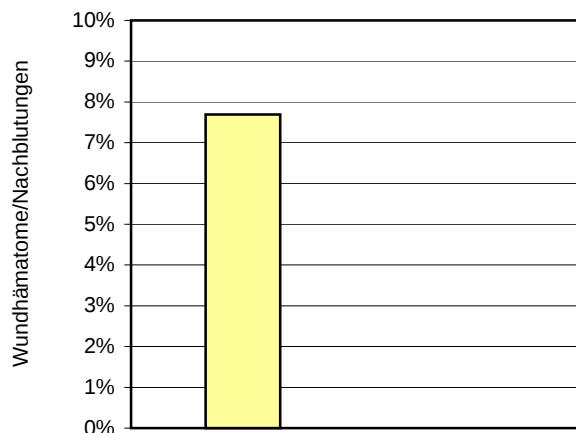
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat				
	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer 20 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/ eine Nachblutung auftrat	5 / 1.954 0,3%	15 / 2.178 0,7%	0 / 146 0,0%	0 / 23 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen

Indikator-ID: (QI 9b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50934

Referenzbereich: $\leq 8,07$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		20 / 4.301 0,47%
vorhergesagt (E) ¹		42,03 / 4.301 0,98%
O - E		-0,51%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,48
Vertrauensbereich		0,31 - 0,73
Referenzbereich	$\leq 8,07$	$\leq 8,07$

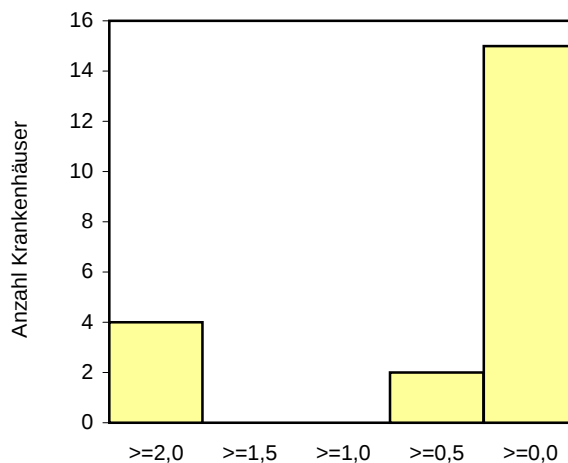
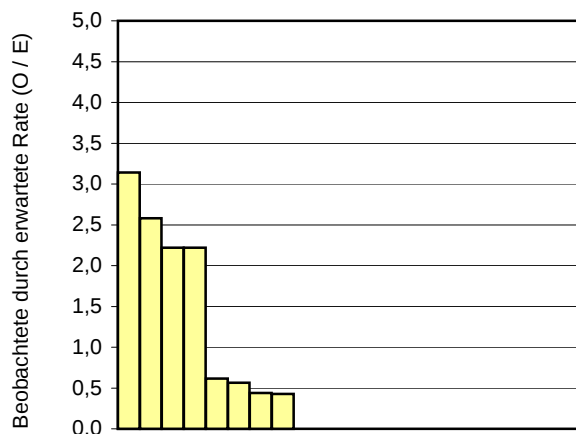
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

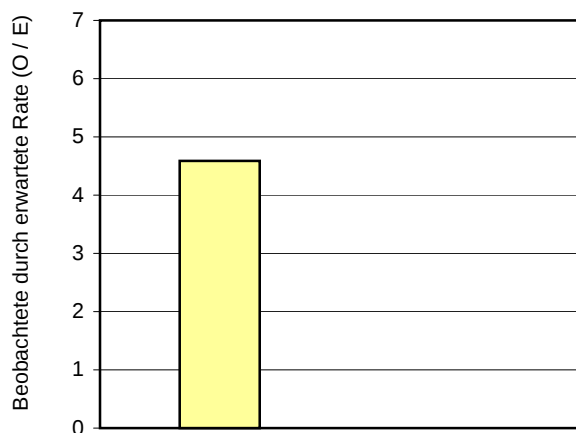
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,57	2,22	2,58	3,14

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,29				4,59

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

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

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

	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-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich			nicht definiert

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	17 / 4.298 0,4%	8 / 2.981 0,3%	9 / 1.316 0,7%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	28 / 4.298 0,7%	10 / 2.981 0,3%	18 / 1.316 1,4%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	5 / 4.298 0,1%	1 / 2.981 0,0%	4 / 1.316 0,3%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 4.298 0,0%	0 / 2.981 0,0%	1 / 1.316 0,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	44 / 4.298 1,0%	19 / 2.981 0,6%	25 / 1.316 1,9%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	46 / 4.298 1,1%	18 / 2.981 0,6%	28 / 1.316 2,1%
Vertrauensbereich	0,8% - 1,4%		
Referenzbereich	nicht definiert		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2 ¹	Gruppe 3 ¹
	Alle Patienten	Patienten mit ASA 1 - 2	Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	35 / 3.774 0,9%		
Vertrauensbereich	0,7% - 1,3%		

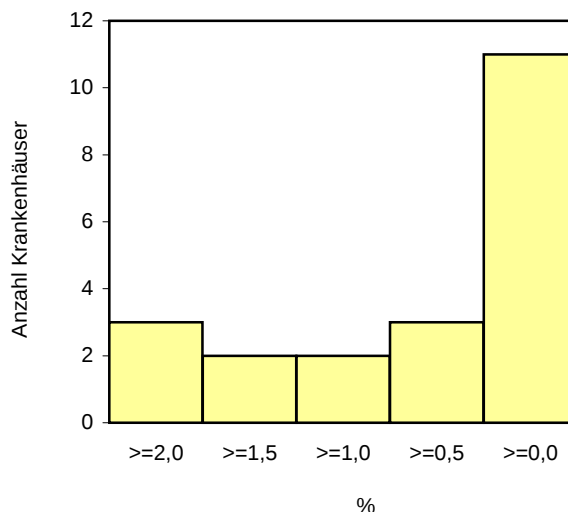
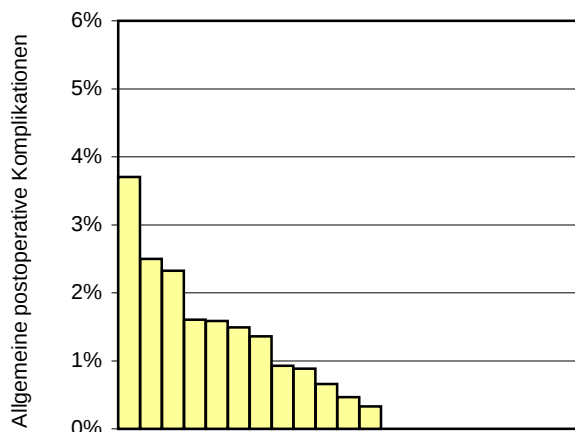
¹ Aufgrund der veränderten Erfassungsbogenstruktur können die Vorjahreswerte nicht dargestellt werden.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

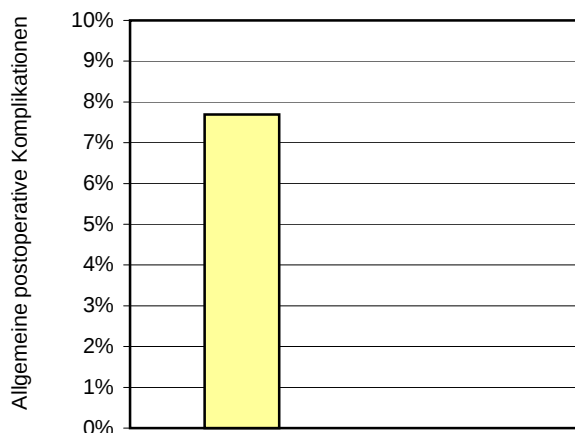
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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 10b:) 2013/17n2-HUEFT-TEP/50939

Referenzbereich: $\leq 3,39$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		46 / 4.298 1,07%
vorhergesagt (E) ¹		46,72 / 4.298 1,09%
O - E		-0,02%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,98
Vertrauensbereich		0,74 - 1,31
Referenzbereich	$\leq 3,39$	$\leq 3,39$

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

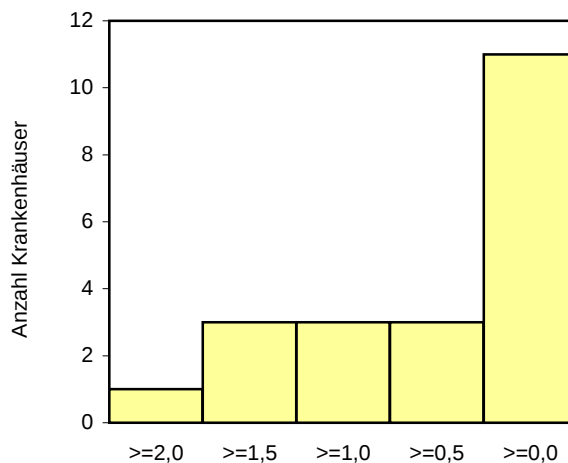
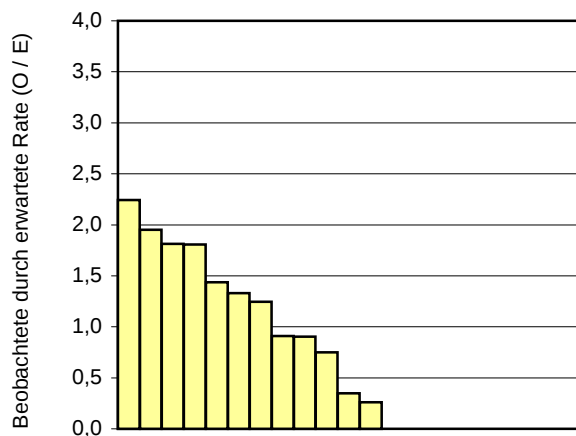
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

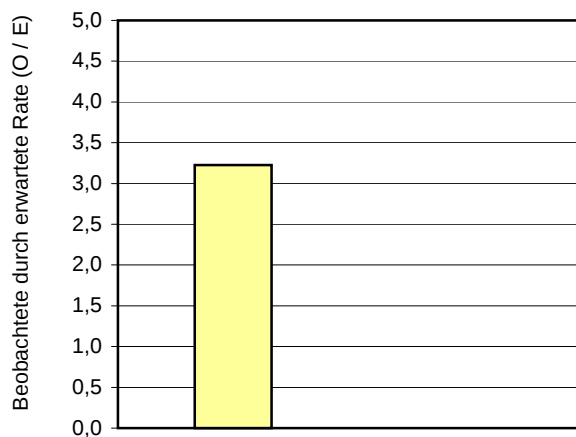
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,33	1,81	1,95	2,24

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				1,61				3,22

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Operationen

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

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

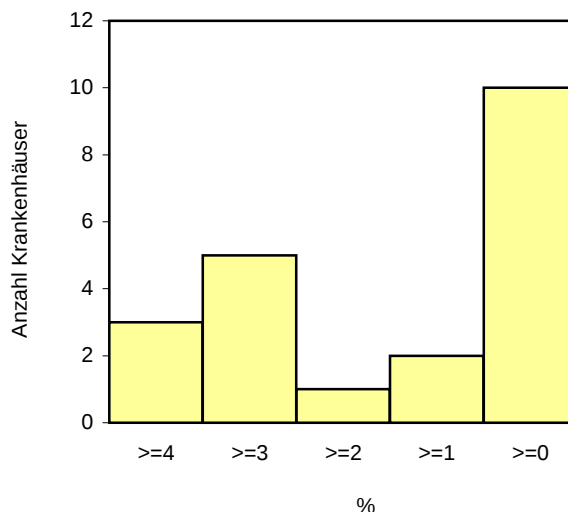
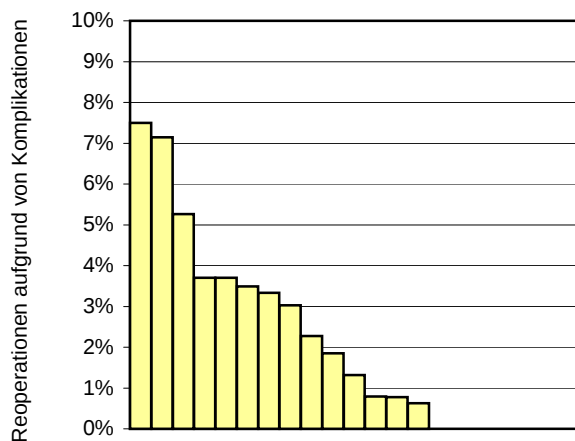
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			45 / 4.301	1,0%
Vertrauensbereich				0,8% - 1,4%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

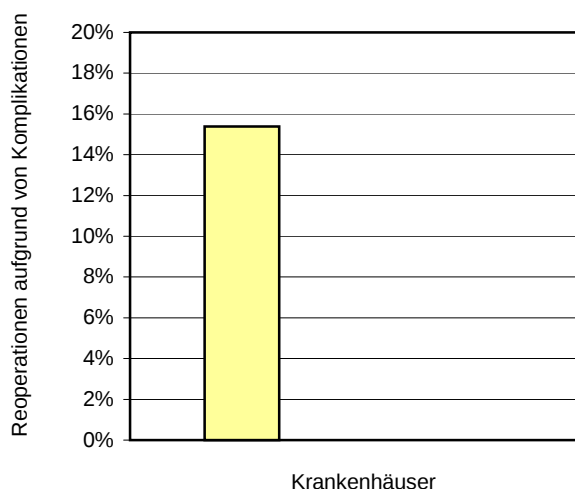
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				7,7				15,4

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 11b): 2013/17n2-HUEFT-TEP/50944

Referenzbereich: $\leq 5,77$ (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		45 / 4.301 1,05%
vorhergesagt (E) ¹		66,19 / 4.301 1,54%
O - E		-0,49%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,68
Vertrauensbereich		0,51 - 0,91
Referenzbereich	$\leq 5,77$	$\leq 5,77$

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

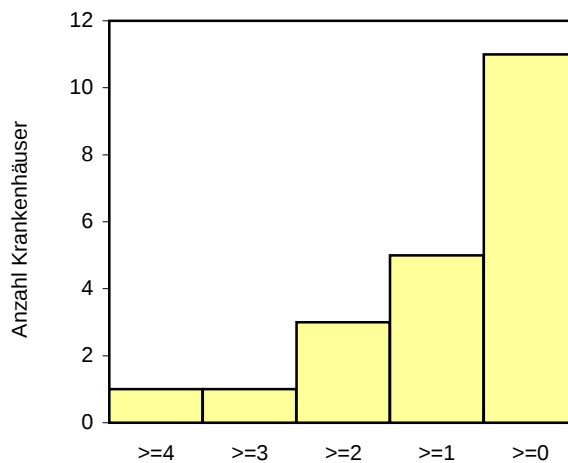
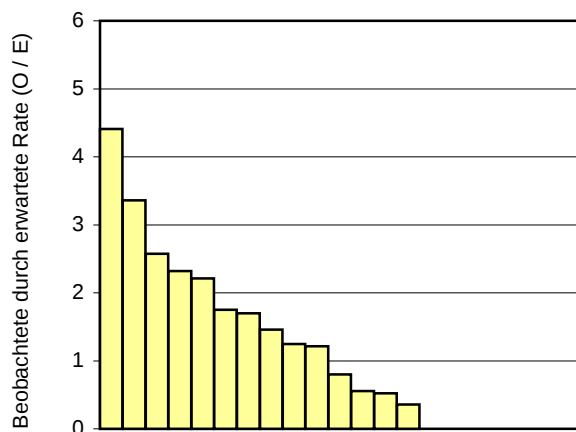
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

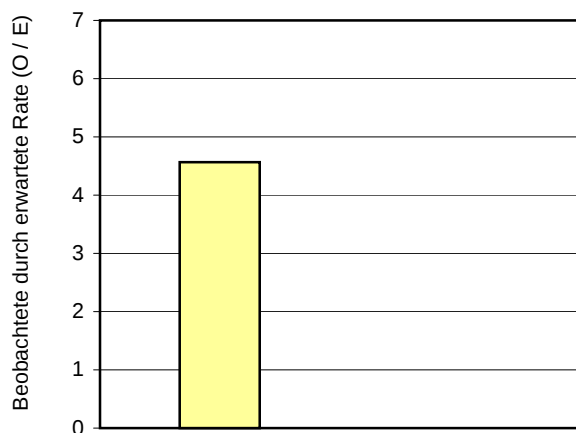
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	1,75	2,57	3,36	4,41

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,28				4,56

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

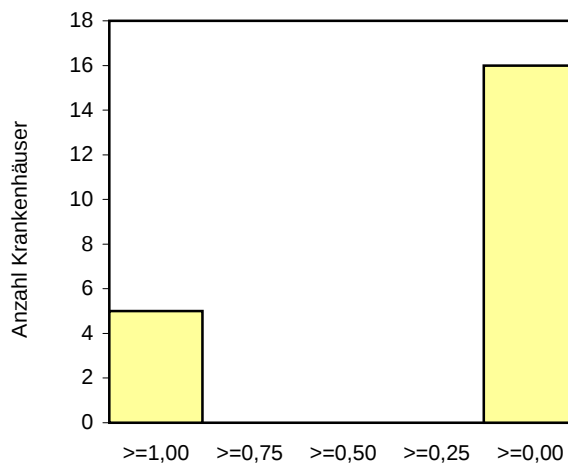
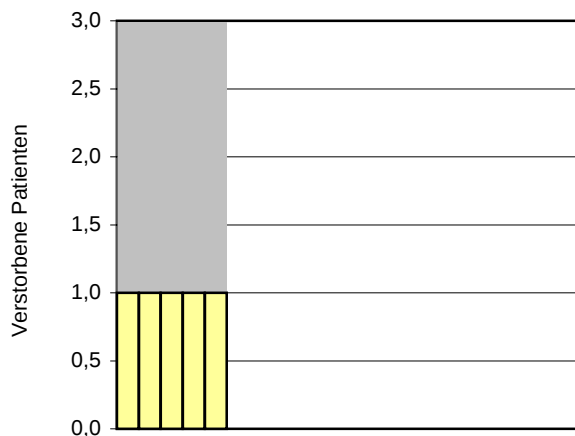
Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		 Sentinel Event	5 / 4.298	5,0 Fälle Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten			5 / 3.774	5,0 Fälle

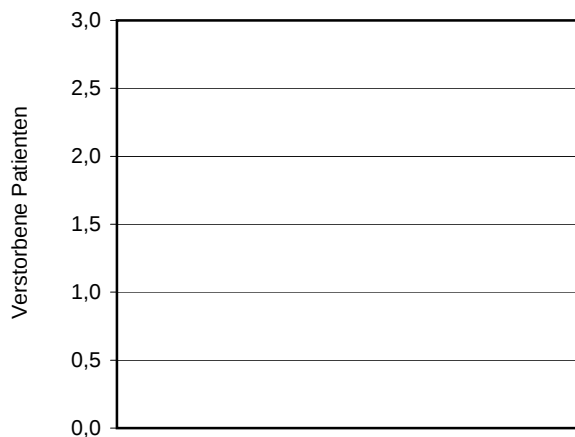
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2013/17n2-HUEFT-TEP/457]:
Anzahl verstorbener Patienten von allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	0,0	1,0	1,0	1,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
2 Krankenhäuser haben weniger als 20 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 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	0 / 2.981 0,0%	3 / 1.299 0,2%	2 / 17 11,8%	0 / 1 0,0%

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		5 / 4.298 0,12%
vorhergesagt (E) ¹		7,57 / 4.298 0,18%
O - E		-0,06%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,66
Vertrauensbereich		0,28 - 1,54
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

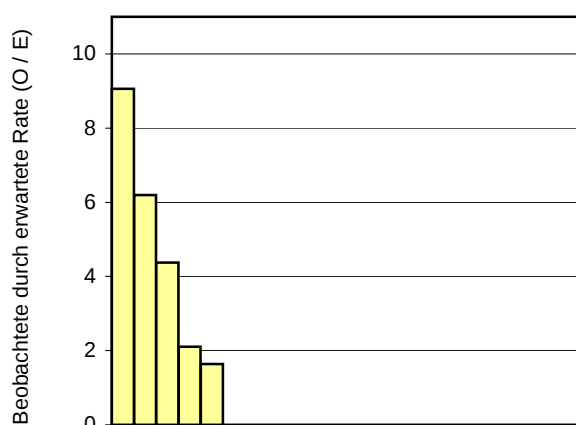
² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

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

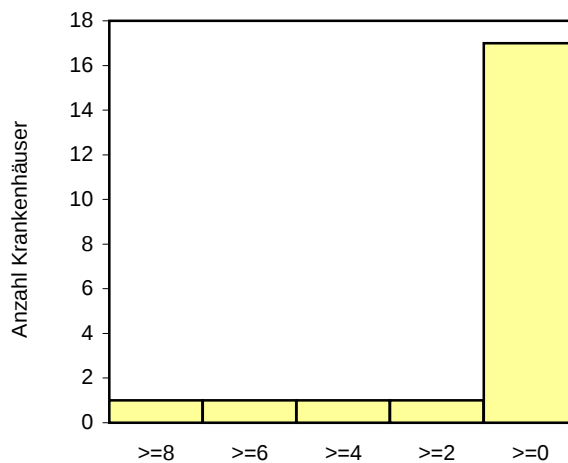
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



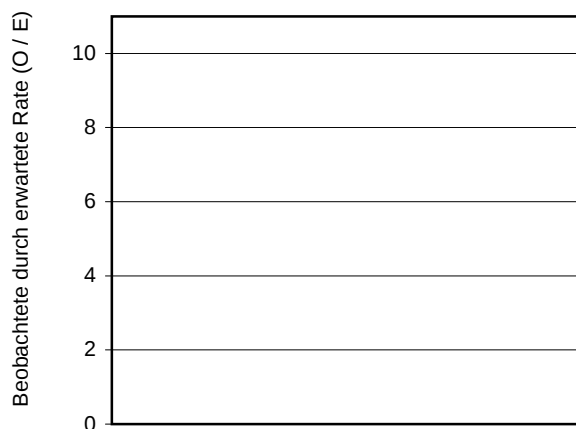
Krankenhäuser



O / E

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	0,00	4,37	6,19	9,06

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



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

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

Referenzbereich: < 100,0%

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

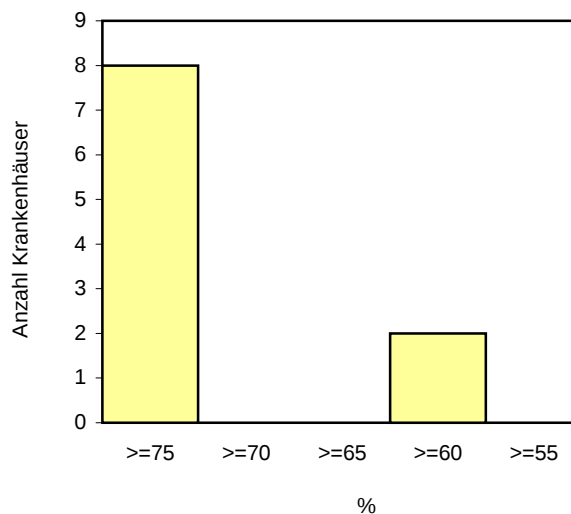
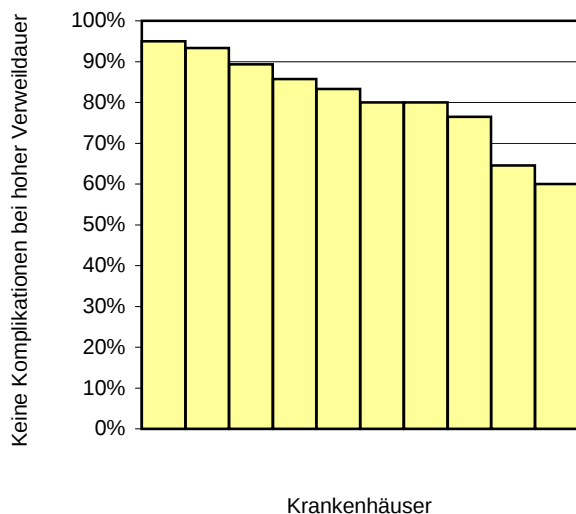
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			281 / 349	80,5%
Vertrauensbereich				76,0% - 84,3%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

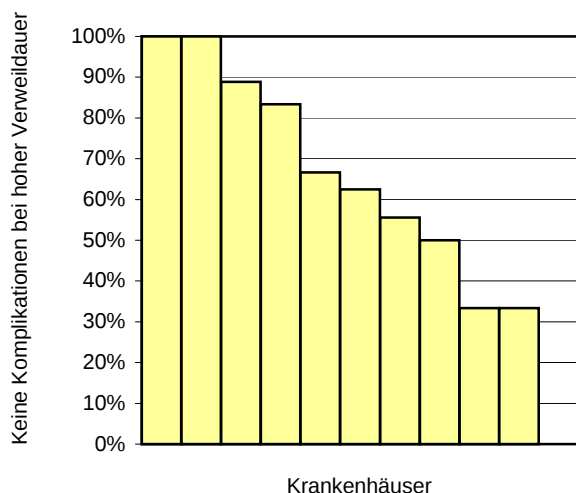
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0		62,3	76,5	81,7	89,3	94,2		95,0

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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		33,3	33,3	62,5	88,9	100,0		100,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2013/17n2-HUEFT-TEP/813126

Referenzbereich: <= 0,0 Fälle

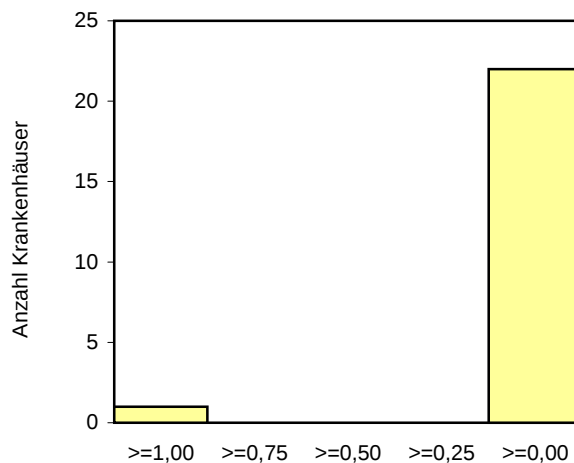
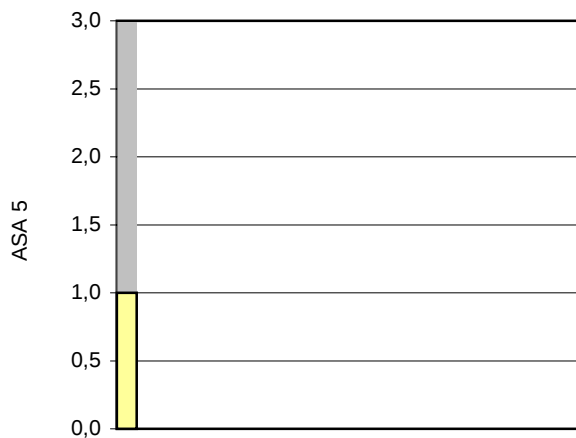
ID-Bezugsindikator(en): 50919, 50924, 50929, 50934, 50939, 50944, 50949

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		1,0 Fälle <= 0,0 Fälle	1 / 4.298	1,0 Fälle <= 0,0 Fälle

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

23 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Fälle

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	0,0	0,0	0,0	1,0

Jahresauswertung 2013 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.298
Datensatzversion: 17/2 2013
Datenbankstand: 27. Juni 2014
2013 - D14452-L91200-P44178

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des
AQUA-Instituts, Göttingen © 2014 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle
Qualitätssicherung 2014

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.211	28,2	950	25,2
2. Quartal			1.068	24,8	849	22,5
3. Quartal			1.038	24,2	1.000	26,5
4. Quartal			981	22,8	975	25,8
Gesamt			4.298		3.774	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.298		3.774	
Median				9,0		9,0
Mittelwert				10,9		11,6
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.301			
Median				1,0		
Mittelwert				1,3		
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.301			
Median				8,0		
Mittelwert				9,6		

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013¹

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
3	M65.95	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
4	D62	Akute Blutungsanämie
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
7	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose
8	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				M16.1	3.016	70,2	M16.1	2.627	69,6
2				M25.75	1.143	26,6	M25.75	963	25,5
3				M65.95	1.029	23,9	M65.95	875	23,2
4				D62	490	11,4	D62	539	14,3
5				I10.00	383	8,9	M16.9	433	11,5
6				M16.3	375	8,7	M16.3	321	8,5
7				M16.7	354	8,2	I10.90	318	8,4
8				I10.90	351	8,2	I10.00	301	8,0

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

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

OPS 2013¹

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
3	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
4	5-800.5g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk
5	5-800.4g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk

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				5-820.00	2.225	51,7			
2				5-820.01	766	17,8			
3				5-820.02	666	15,5			
4				5-800.5g	658	15,3			
5				5-800.4g	570	13,3			

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

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
5-983 Reoperation			62 / 4.301	1,4		
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.301	0,0		
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.301	0,0		
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			5 / 4.301	0,1		

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.298 / 4.298		3.774 / 3.774	
< 50 Jahre			364 / 4.298	8,5	307 / 3.774	8,1
50 - 59 Jahre			639 / 4.298	14,9	576 / 3.774	15,3
60 - 69 Jahre			1.154 / 4.298	26,8	1.014 / 3.774	26,9
70 - 79 Jahre			1.589 / 4.298	37,0	1.393 / 3.774	36,9
80 - 89 Jahre			520 / 4.298	12,1	463 / 3.774	12,3
>= 90 Jahre			32 / 4.298	0,7	21 / 3.774	0,6
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.298		3.774	
Median				69,0		69,0
Mittelwert				67,4		67,3
Geschlecht						
männlich			1.706	39,7	1.476	39,1
weiblich			2.592	60,3	2.298	60,9
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Betroffenes Hüftgelenk						
rechts			2.289	53,2		
links			2.012	46,8		

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Schmerzen						
Ruheschmerz			3.714	86,4		
Belastungsschmerz			573	13,3		
keine Schmerzen			14	0,3		
Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah			254	5,9		

Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			3.816	88,7		
Extension/Flexion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.816			
Winkel Extension (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				0,3		
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				2,4		
Winkel Flexion (Grad)						
Median				90,0		
Mittelwert				88,0		
Ab-/Adduktion						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.816			
Winkel Abduktion (Grad)						
Median				15,0		
Mittelwert				15,1		
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				0,0		
Winkel Adduktion (Grad)						
Median				10,0		
Mittelwert				9,5		
Außen-/Innenrotation						
Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.816			
Winkel Außenrotation (Grad)						
Median				10,0		
Mittelwert				12,7		
Neutral-Null-Wert (Grad)						
Median				0,0		
Mittelwert				0,9		
Winkel Innenrotation (Grad)						
Median				5,0		
Mittelwert				5,5		

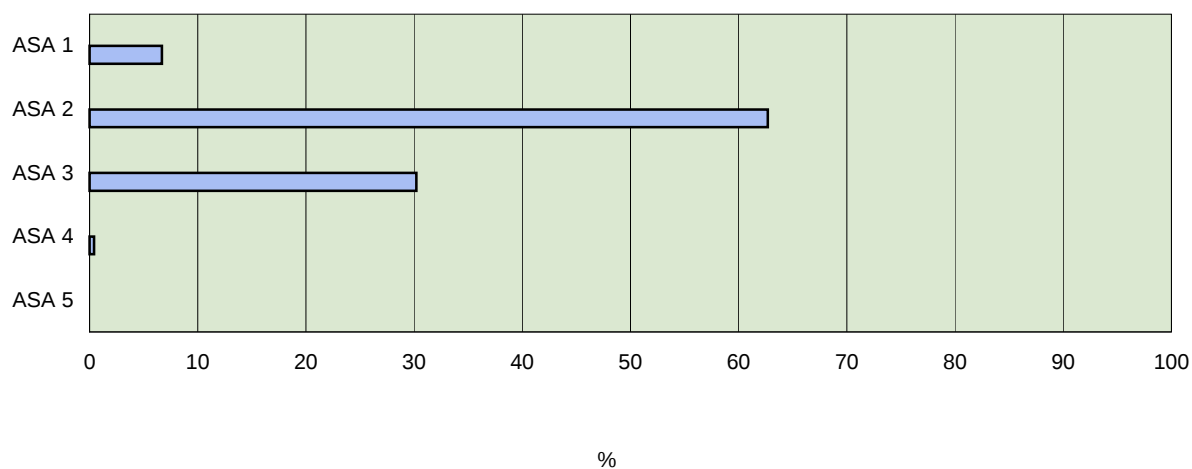
Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Osteophyten						
keine oder fraglich			156	3,6		
eindeutig			2.341	54,4		
große			1.804	41,9		
Gelenkspalt						
nicht oder fraglich						
verschmälert			26	0,6		
eindeutig verschmälert			379	8,8		
fortgeschritten verschmälert			2.346	54,5		
aufgehoben			1.550	36,0		
Sklerose						
keine Sklerose			15	0,3		
leichte Sklerose			1.153	26,8		
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.135	49,6		
Sklerose mit Zysten			998	23,2		
Deformierung						
keine Deformierung			109	2,5		
leichte Deformierung			2.326	54,1		
deutliche Deformierung			1.866	43,4		

Befunde

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			287	6,7		
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.695	62,7		
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.301	30,2		
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			17	0,4		
5: moribunder Patient			1	0,0		

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.278	99,5		
bedingt aseptische Eingriffe			15	0,3		
kontaminierte Eingriffe			2	0,0		
septische Eingriffe			6	0,1		

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.301			
Median				65,0		
Mittelwert				68,4		
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			4.294	99,8		
davon						
single shot			3.960 / 4.294	92,2		
Zweitgabe			40 / 4.294	0,9		
öfter			294 / 4.294	6,8		

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
postoperatives Röntgenbild a/p			4.281	99,5		
postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			2.410	56,0		
behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			73	1,7		
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			3	0,1		
Implantatdislokation			6	0,1		
Endoprothesenluxation			15	0,3		
Wundhämatom/Nachblutung			20	0,5		
Gefäßläsion			0	0,0		
Nervenschaden			4	0,1		
Fraktur			23	0,5		
Sonstige			6	0,1		
postoperative Wundinfektion						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			8	0,2		
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			5 / 8	62,5		
A2 (tiefe Infektion)			3 / 8	37,5		
A3 (Räume/Organe)			0 / 8	0,0		
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			45	1,0		

Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			87	2,0	74	2,0
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			17	0,4	9	0,2
kardiovaskuläre Komplikation(en)			28	0,7	21	0,6
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			5	0,1	3	0,1
Lungenembolie			1	0,0	4	0,1
Sonstige			44	1,0	43	1,1

Entlassung I

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Operationen			4.301			
Zustand bei Entlassung						
Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt			4.177	97,1		
Extension/Flexion Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.177			
Winkel Extension (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,1		
Neutral-Null-Wert (Grad) Median				0,0		
Mittelwert				0,0		
Winkel Flexion (Grad) Median				90,0		
Mittelwert				89,3		

Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.277	99,6	3.748	99,4
Nein			16	0,4	21	0,6
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			11	68,8	9	42,9
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.271	99,5	3.743	99,3
Nein			22	0,5	26	0,7
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			14	63,6	11	42,3

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patient	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			4.298		3.774	
01: regulär beendet			1.230	28,6	1.114	29,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			25	0,6	26	0,7
03: aus sonstigen Gründen			2	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			7	0,2	7	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			83	1,9	111	2,9
07: Tod			5	0,1	5	0,1
08: Verlegung nach § 14			3	0,1	1	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.921	68,0	2.485	65,8
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,1	8	0,2
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	10	0,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	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	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			13	0,3	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			3	0,1	5	0,1

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 BPfIV)
- 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 BPfIV 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 BPfIV 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			4.298		3.774	
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			829	19,3	754	20,0
Dienstag			741	17,2	648	17,2
Mittwoch			823	19,1	696	18,4
Donnerstag			828	19,3	744	19,7
Freitag			832	19,4	728	19,3
Samstag			172	4,0	145	3,8
Sonntag			73	1,7	59	1,6

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-TEP-Score

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (**fixer Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

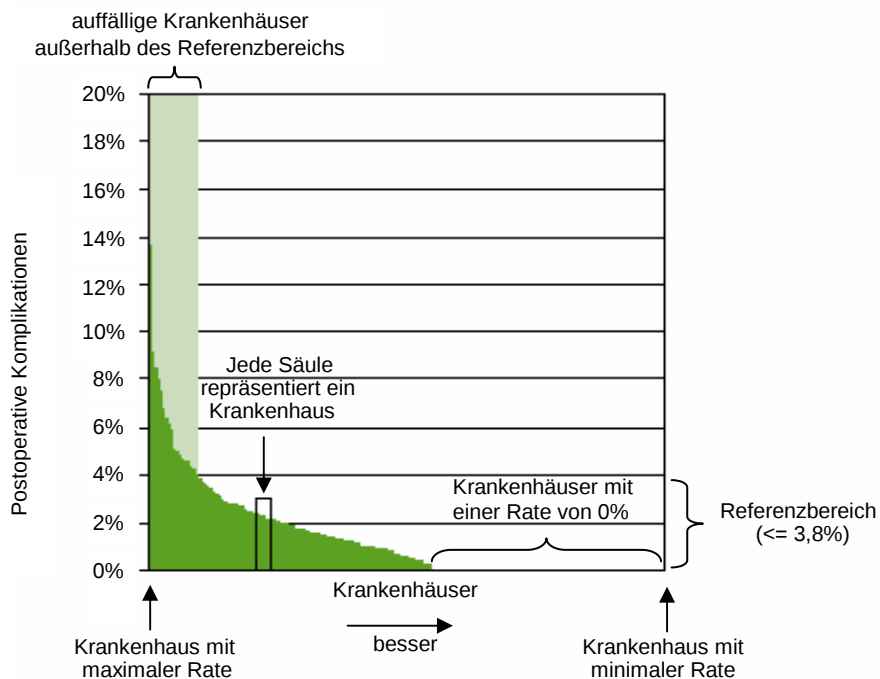
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der 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.

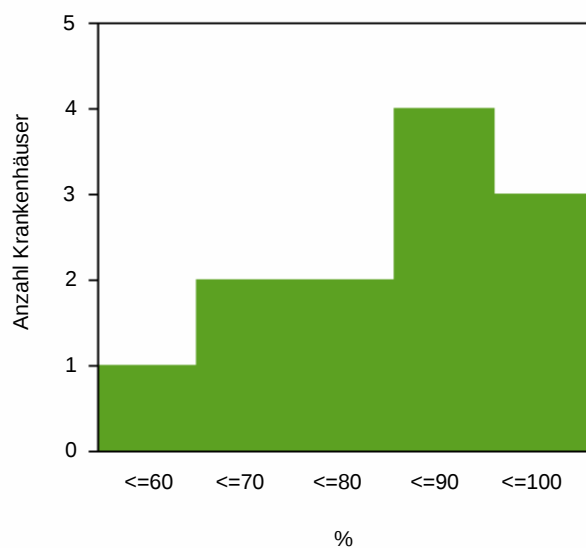
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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