

# Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.360  
Datensatzversion: 17/2 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15055-L95793-P45939

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2015

# Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.360  
Datensatzversion: 17/2 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15055-L95793-P45939

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2015

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
<b>2014/17n2-HUEFT-TEP/1082</b>							
<b>QI 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien</b>			95,90%	>= 90,00%	innerhalb	96,37%	10
<b>2014/17n2-HUEFT-TEP/265</b>							
<b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			99,86%	>= 95,00%	innerhalb	99,84%	12
<b>QI 3: Postoperative Beweglichkeit</b>							
3a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			98,81%	>= 95,00%	innerhalb	97,12%	15
3b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			99,74%	>= 95,00%	innerhalb	99,38%	17

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
<b>QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>							
4a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,23%	nicht definiert	-	0,26%	20
4b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,65	<= 5,63	innerhalb	0,73	23
<b>QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden</b>							
5a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Operationen			0,18%	nicht definiert	-	0,09%	25
5b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,60	<= 6,76	innerhalb	0,31	27

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
<b>QI 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur</b>							
6a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Operationen			0,66%	nicht definiert	-	0,72%	29
6b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,68	<= 4,07	innerhalb	0,73	31
<b>QI 7: Endoprothesenluxation</b>							
7a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Operationen			0,41%	nicht definiert	-	0,35%	33
7b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,57	<= 10,63	innerhalb	1,23	35
<b>QI 8: Postoperative Wundinfektion</b>							
8a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Operationen			0,18%	nicht definiert	-	0,19%	37
8b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,40	<= 6,37	innerhalb	0,39	39

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
<b>QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen</b>							
9a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Operationen			0,41%	nicht definiert	-	0,47%	45
9b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,51	<= 9,20	innerhalb	0,54	48
<b>QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>							
10a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			0,69%	nicht definiert	-	1,07%	50
10b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,72	<= 3,20	innerhalb	1,04	53

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>2</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
<b>QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen</b>							
11a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Operationen			1,12%	nicht definiert	-	1,05%	55
11b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,77	<= 6,01	innerhalb	0,70	57
<b>QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>							
12a: 2014/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			6,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	5,00 Fälle	59
12b: 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,81	nicht definiert	-	0,60	62

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

<sup>2</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

## 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 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n2-HUEFT-TEP/813129 <b>AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer</b>			83,18%	< 100,00%	innerhalb	80,52%	64
2014/17n2-HUEFT-TEP/813126 <b>AK 6: Angabe von ASA 5</b>			0,00 Fälle	<= 0,00 Fälle	innerhalb	1,00 Fälle	66

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

### 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:** 2014/17n2-HUEFT-TEP/1082

**Referenzbereich:** >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Operationen bei Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>				
Gruppe 1	0 Punkte		5 / 4.362	0,11%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		31 / 4.362	0,71%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		142 / 4.362	3,26%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		3.693 / 4.362	84,66%
Gruppe 5	10 Punkte		491 / 4.362	11,26%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.184 / 4.362	95,92%
<b>Schmerzen</b>				
Operationen bei Patienten mit Belastungsschmerz				
			504 / 4.362	11,55%
Operationen bei Patienten mit Ruheschmerz				
			3.845 / 4.362	88,15%

<sup>1</sup> Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren&Lawrence-Score Hüfte

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungseinschränkung</b>				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 <sup>1</sup>			1.921 / 4.362	44,04%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 <sup>2</sup>			2.756 / 4.362	63,18%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang <sup>3</sup>			2.177 / 4.362	49,91%
Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.335 / 4.362	76,46%
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			4.183 / 4.362	95,90%
Vertrauensbereich				95,27% - 96,45%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
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	96,37%
Vertrauensbereich				95,77% - 96,89%

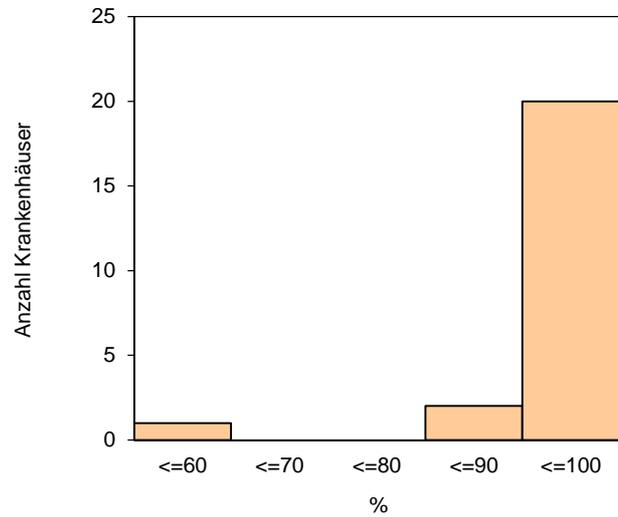
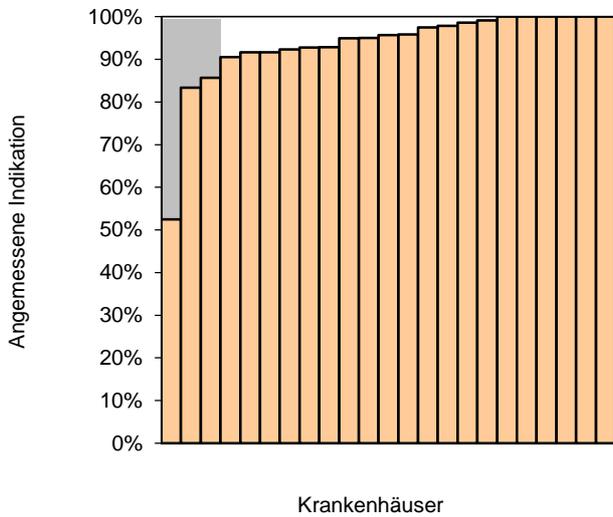
<sup>1</sup> Einschränkung der Extension: Beugekontraktur > 0 Grad oder Einschränkung der Flexion: maximal 90 Grad

<sup>2</sup> Einschränkung der Abduktion (maximal 20 Grad möglich) oder der Adduktion (maximal 10 Grad möglich)

<sup>3</sup> Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

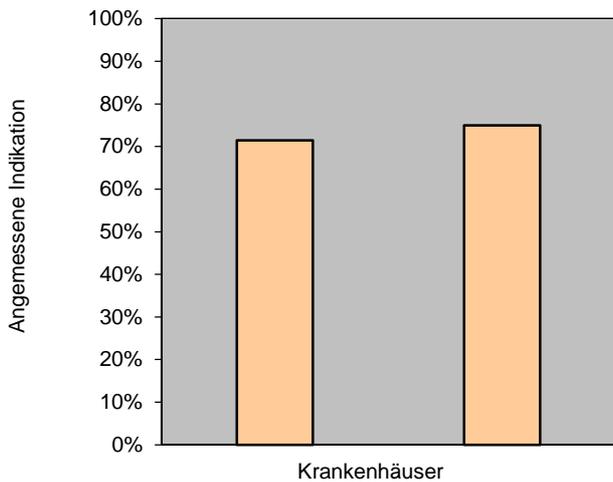
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/1082]:  
 Anteil von Operationen bei Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium oder mindestens einem  
 Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score an allen  
 Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,46	83,33	85,71	91,67	95,71	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	71,43				73,21				75,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

**Qualitätsziel:** Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

**Indikator-ID:** Gruppe 1: 2014/17n2-HUEFT-TEP/265

**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

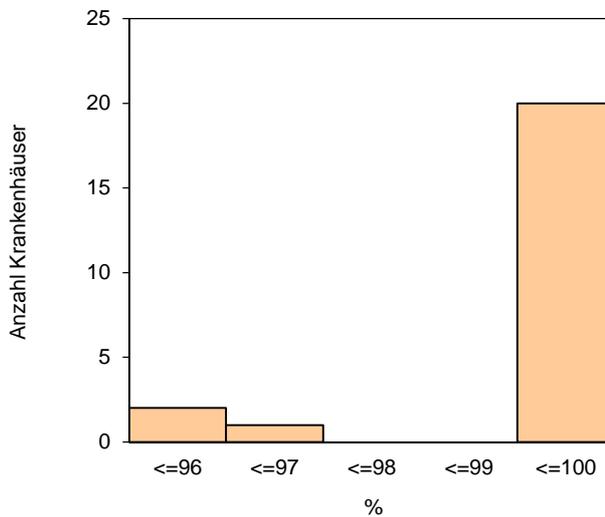
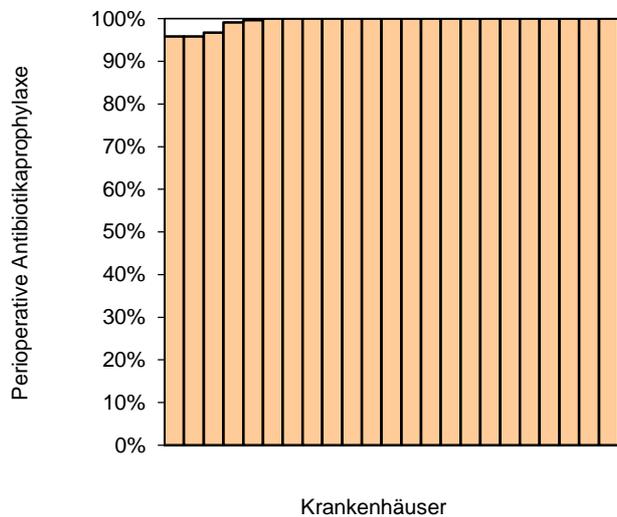
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	4.356 / 4.362 99,86%	4.209 / 4.215 99,86%	147 / 147 100,00%
Vertrauensbereich	99,70% - 99,94%		
Referenzbereich	>= 95,00%		
davon single shot	3.996 / 4.356 91,74%	3.885 / 4.209 92,30%	111 / 147 75,51%
Zweitgabe oder öfter	360 / 4.356 8,26%	324 / 4.209 7,70%	36 / 147 24,49%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Operationen	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde	4.294 / 4.301 99,84%	4.127 / 4.132 99,88%	167 / 169 98,82%
Vertrauensbereich	99,66% - 99,92%		

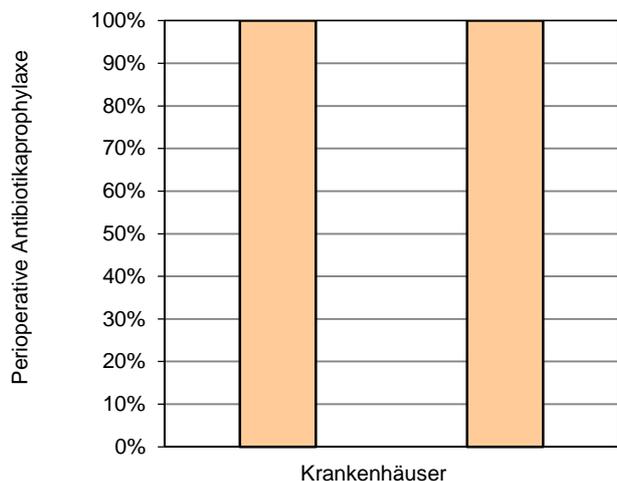
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/265]:  
 Anteil von Operationen, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,83	95,83	96,72	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00				100,00				100,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223

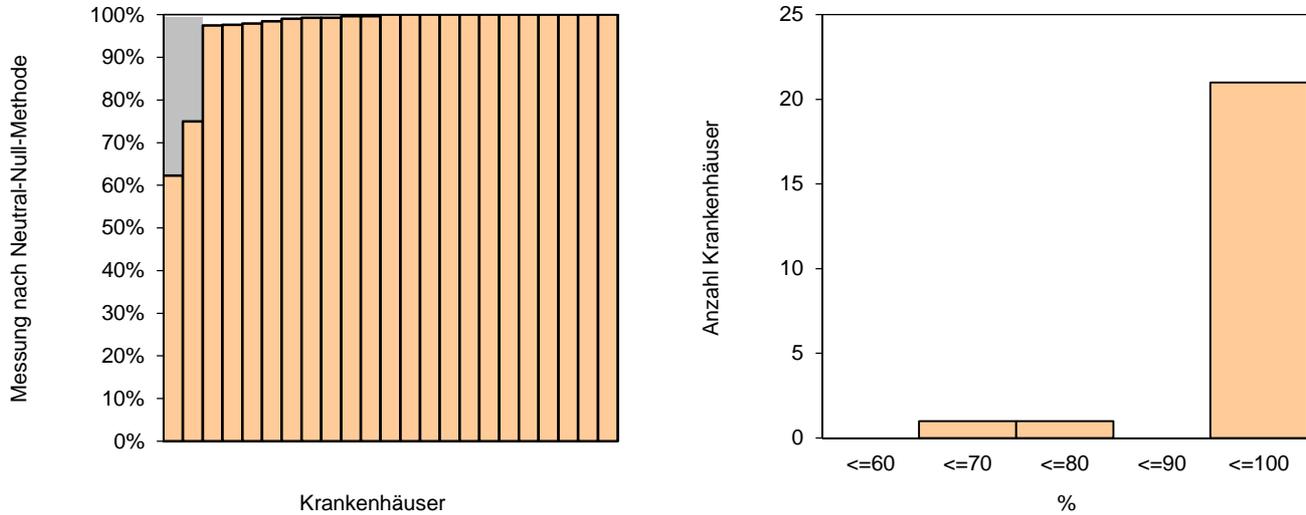
**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			4.310 / 4.362	98,81%
Vertrauensbereich				98,44% - 99,09%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde			4.177 / 4.301	97,12%
Vertrauensbereich				96,57% - 97,58%

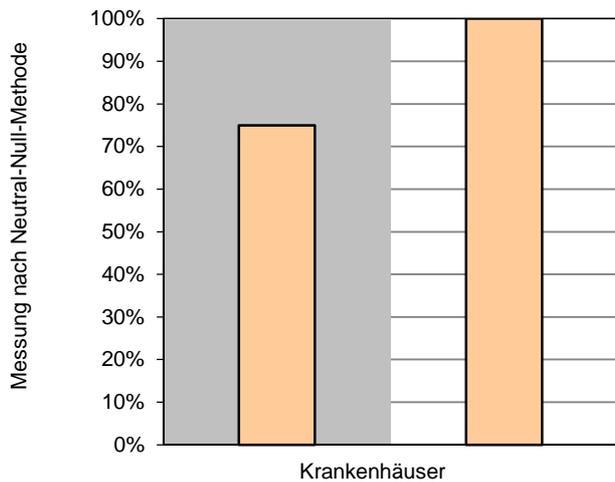
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/2223]:  
 Anteil von Operationen, nach denen die postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten nach der Neutral-Null-Methode bestimmt wurde an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,30	75,00	97,50	98,48	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00				87,50				100,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/446

**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	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)			4.299 / 4.310	99,74%
Vertrauensbereich				99,54% - 99,86%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Streckdefizit erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad)			4.300 / 4.310	99,77%
Operationen, nach denen ein geringes oder kein postoperatives Beugedefizit erreicht wurde (Beugung mindestens 70 Grad)			4.308 / 4.310	99,95%

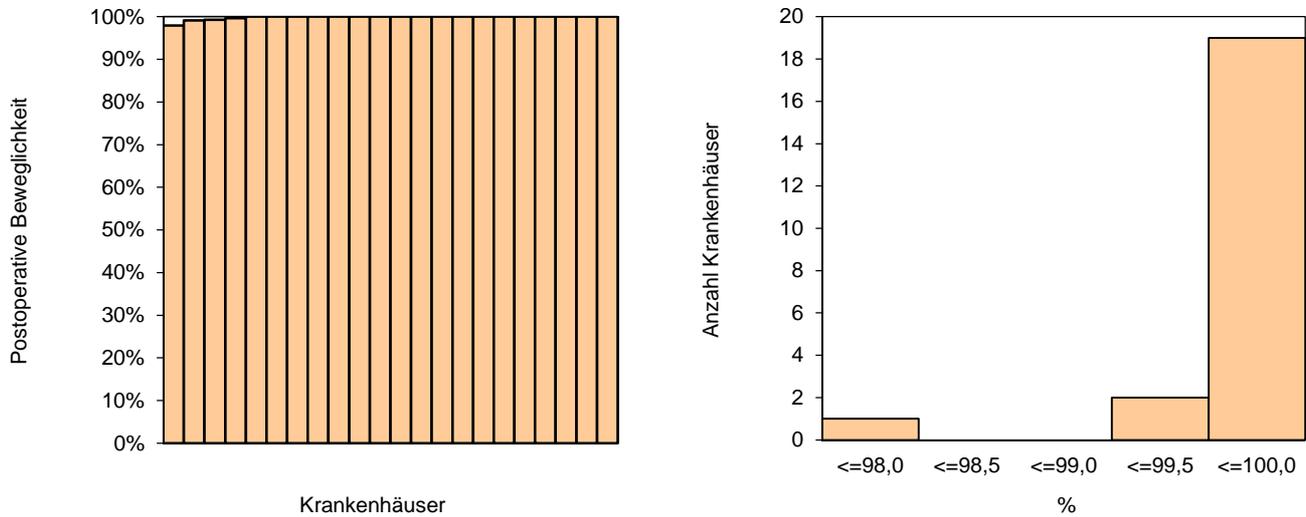
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen eine postoperative Beweglichkeit der Hüfte des Patienten von 0/0/70 erreicht wurde (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)			4.151 / 4.177	99,38%
Vertrauensbereich				99,09% - 99,57%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n2-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:**

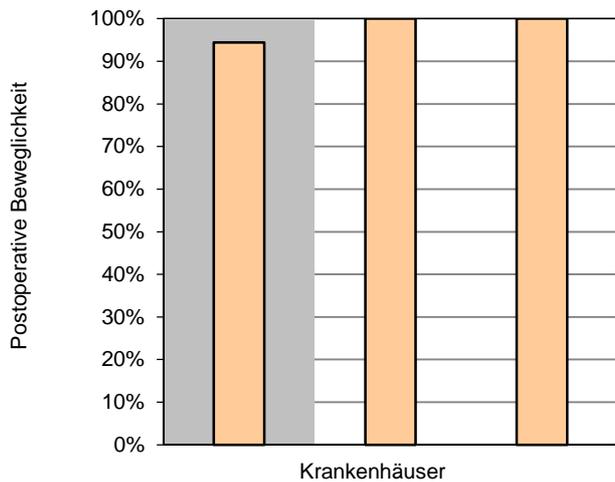
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,92	99,14	99,31	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,44				100,00				100,00

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 Tage<sup>1</sup>
- Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen<sup>1</sup>
- Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen<sup>1</sup>
- Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2014			
	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 2014			
	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)	3.986 / 3.992 99,85%	101 / 102 99,02%	120 / 120 100,00%	92 / 96 95,83%

<sup>1</sup> 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 Tage<sup>1</sup>  
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen<sup>1</sup>  
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen<sup>1</sup>  
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** Gruppe 1 (QI 4a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/264

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.336 / 4.354	99,59%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)			10 / 4.354	0,23%
Vertrauensbereich				0,12% - 0,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			7 / 4.037	0,17%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			1 / 101	0,99%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			0 / 120	0,00%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			2 / 96	2,08%

<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

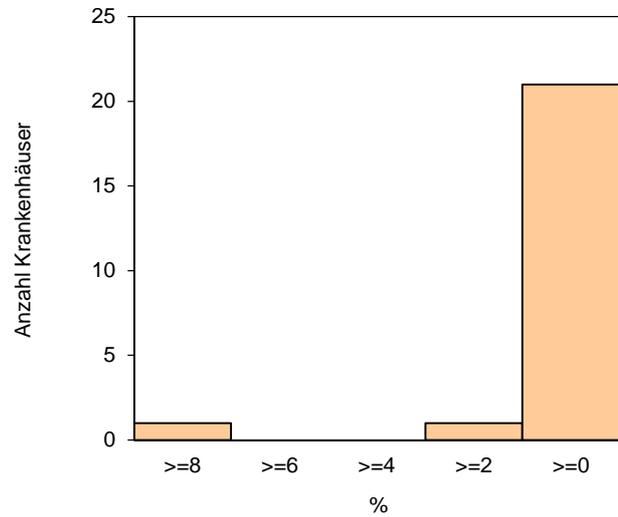
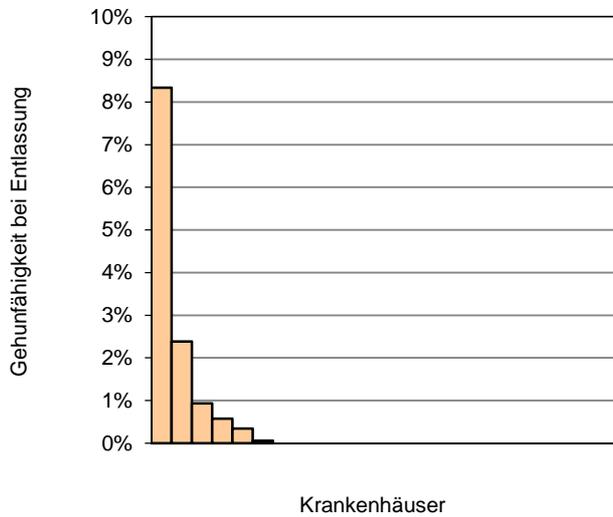
<sup>2</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			11 / 4.293	0,26% 0,14% - 0,46%

<sup>1</sup> d. h. Patient präoperativ gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

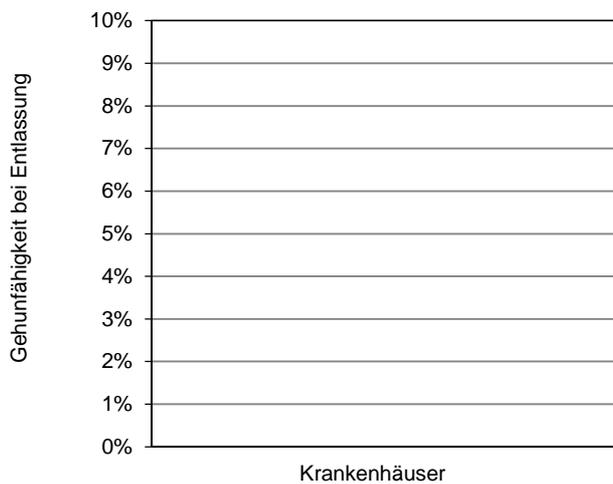
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/264]:  
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,93	2,38	8,33

**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
	0,00				0,00				0,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50909  
**Referenzbereich:** <= 5,63 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		10 / 4.354 0,23%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		15,41 / 4.354 0,35%
O - E		-0,12%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,65
Vertrauensbereich		0,35 - 1,19
Referenzbereich	<= 5,63	<= 5,63

<sup>2</sup> 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.

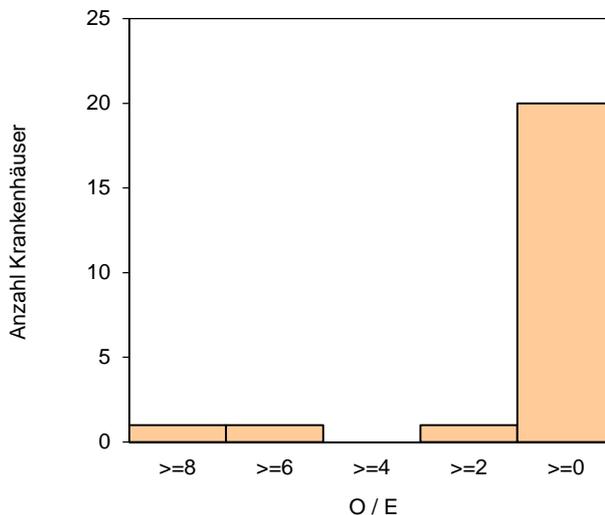
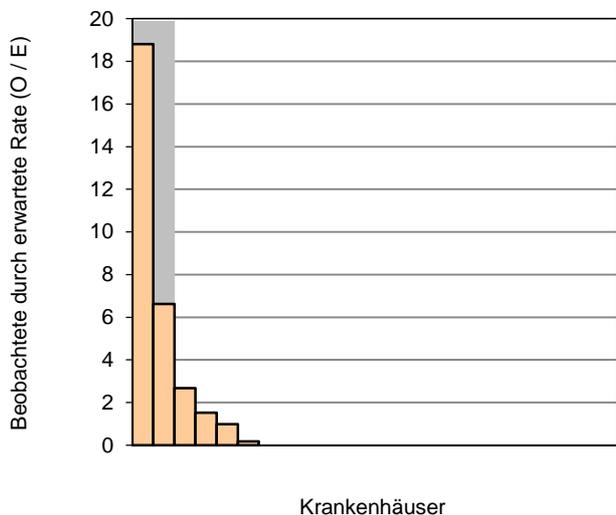
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		11 / 4.293 0,26%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		15,16 / 4.293 0,35%
O - E		-0,10%
O / E <sup>2</sup>		0,73
Vertrauensbereich		0,41 - 1,30

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/17n2-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:**

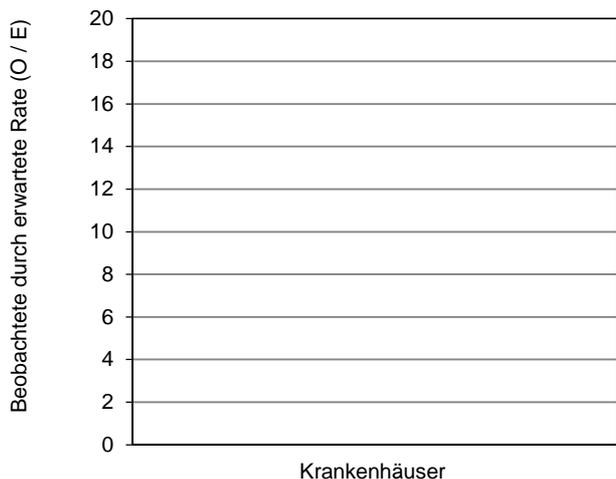
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	0,17	2,67	6,63	18,81

**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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/447

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Gefäßläsion auftrat			0 / 4.362	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Nervenschaden auftrat			8 / 4.362	0,18%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			8 / 4.362	0,18%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,36%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

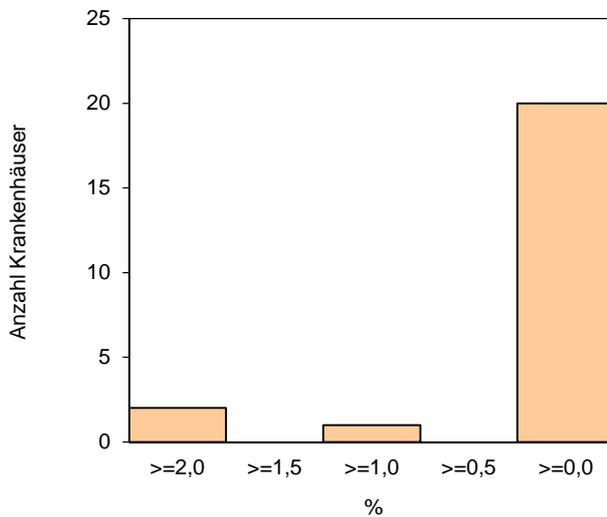
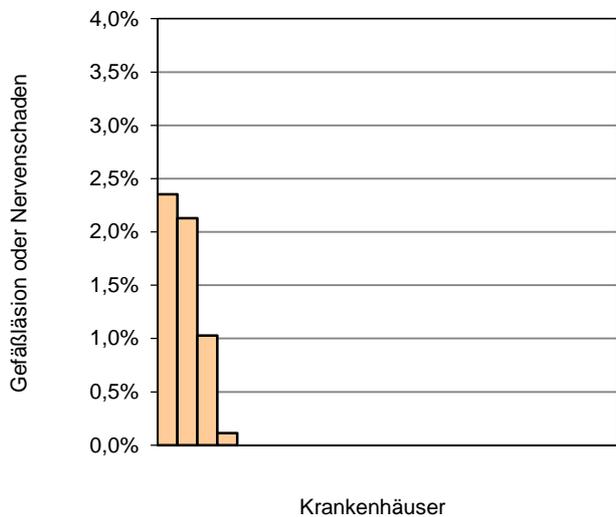
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			4 / 4.301	0,09%
Vertrauensbereich				0,04% - 0,24%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n2-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:**

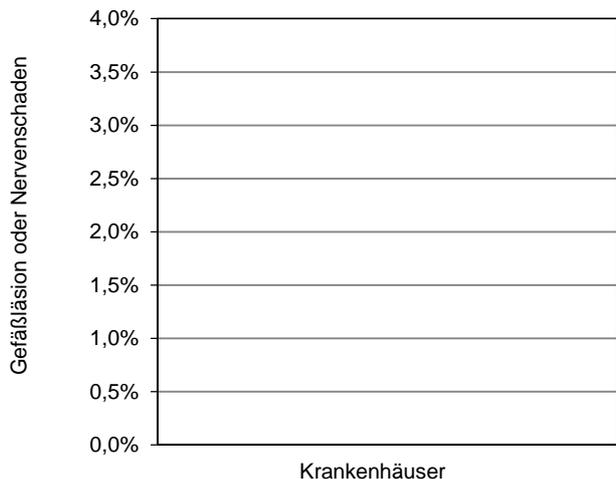
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	2,13	2,35

**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
	0,00				0,00				0,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914  
**Referenzbereich:** <= 6,76 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		8 / 4.362 0,18%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		13,29 / 4.362 0,30%
O - E		-0,12%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,60
Vertrauensbereich		0,31 - 1,19
Referenzbereich	<= 6,76	<= 6,76

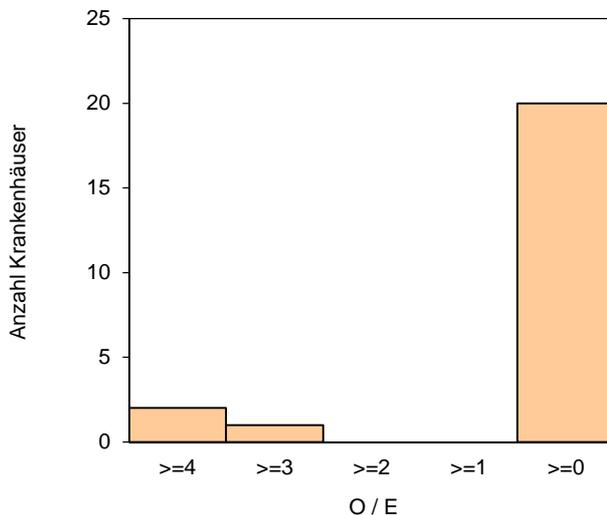
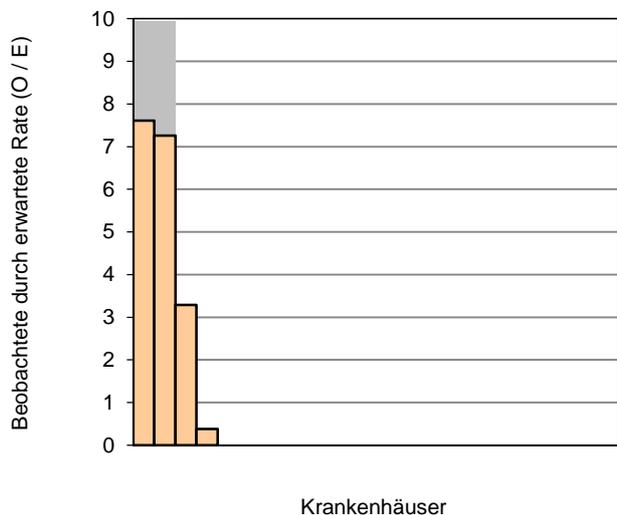
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		4 / 4.301 0,09%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		12,86 / 4.301 0,30%
O - E		-0,21%
O / E <sup>2</sup>		0,31
Vertrauensbereich		0,12 - 0,80

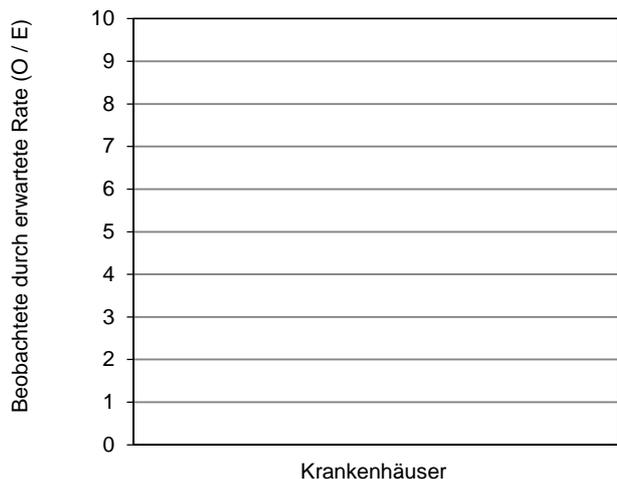
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50914]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	3,29	7,26	7,61

**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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/449

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatfehlage auftrat			3 / 4.362	0,07%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Implantatdislokation auftrat			3 / 4.362	0,07%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Fraktur auftrat			25 / 4.362	0,57%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			29 / 4.362	0,66%
Vertrauensbereich				0,46% - 0,95%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

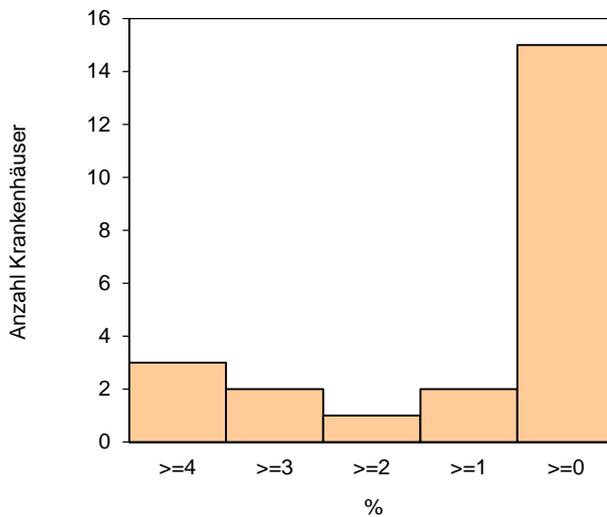
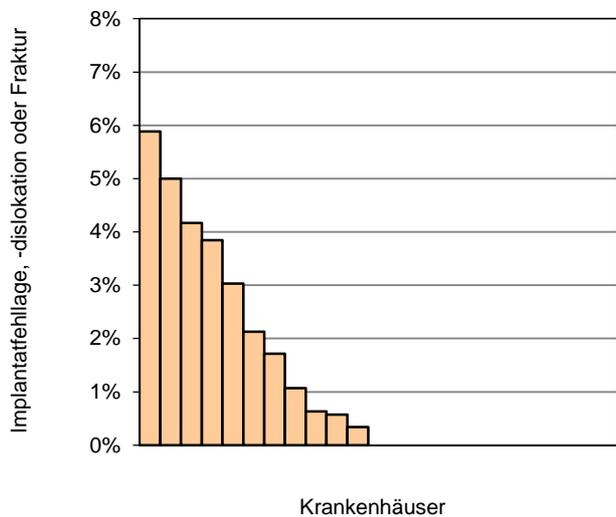
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine der oben genannten Komplikationen auftrat			31 / 4.301	0,72%
Vertrauensbereich				0,51% - 1,02%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n2-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:**

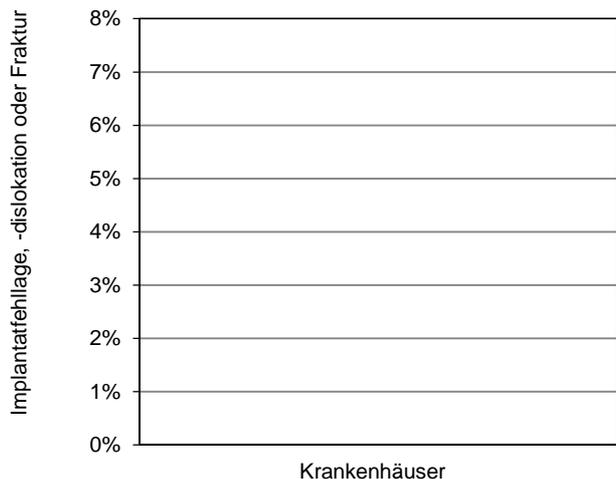
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13	4,17	5,00	5,88

**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
	0,00				0,00				0,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919  
**Referenzbereich:** <= 4,07 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		29 / 4.362 0,66%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		42,55 / 4.362 0,98%
O - E		-0,31%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,68
Vertrauensbereich		0,47 - 0,98
Referenzbereich	<= 4,07	<= 4,07

<sup>2</sup> 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.

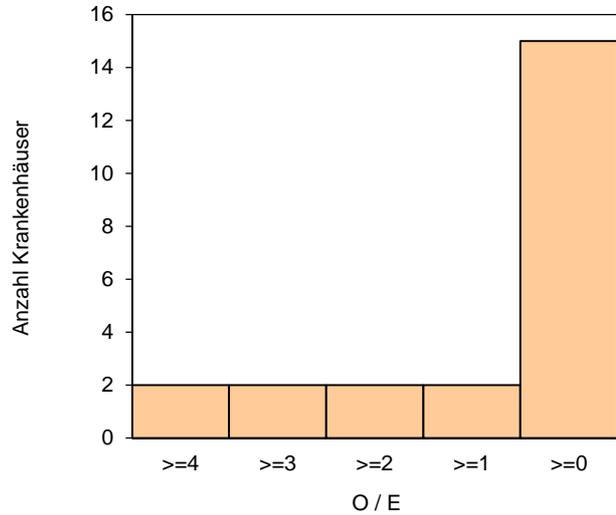
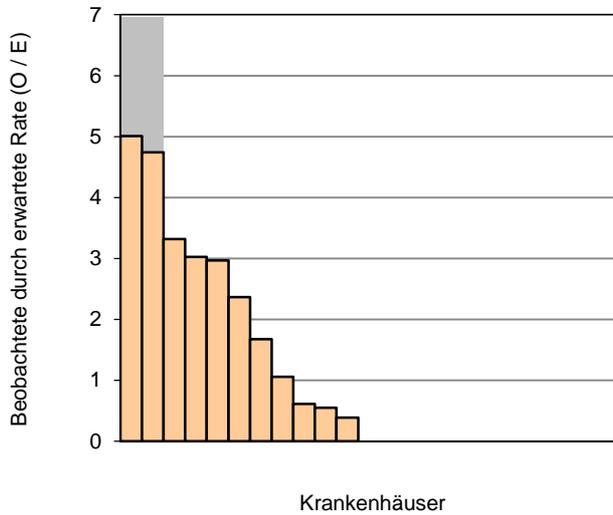
<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		31 / 4.301 0,72%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		42,51 / 4.301 0,99%
O - E		-0,27%
O / E <sup>2</sup>		0,73
Vertrauensbereich		0,51 - 1,03

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50919]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

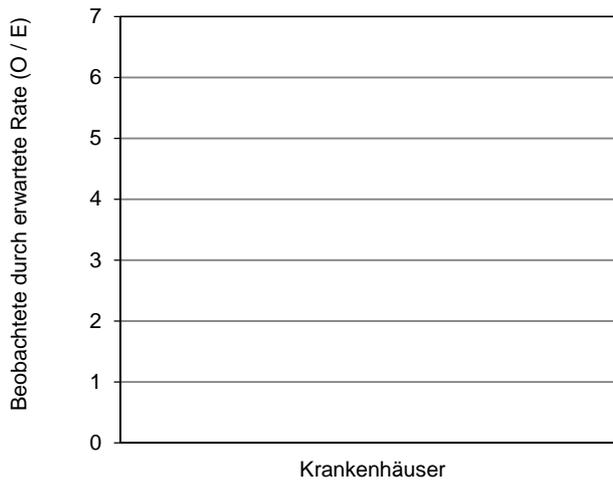
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,36	3,32	4,74	5,01

**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 7: Endoprothesenluxation

**Qualitätsziel:** Selten Endoprothesenluxation

#### Endoprothesenluxation

**Grundgesamtheit:** Alle Operationen

**Indikator-ID:** (QI 7a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/451

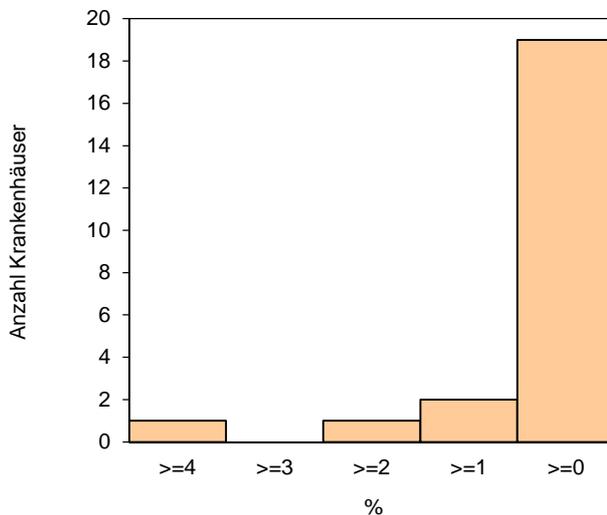
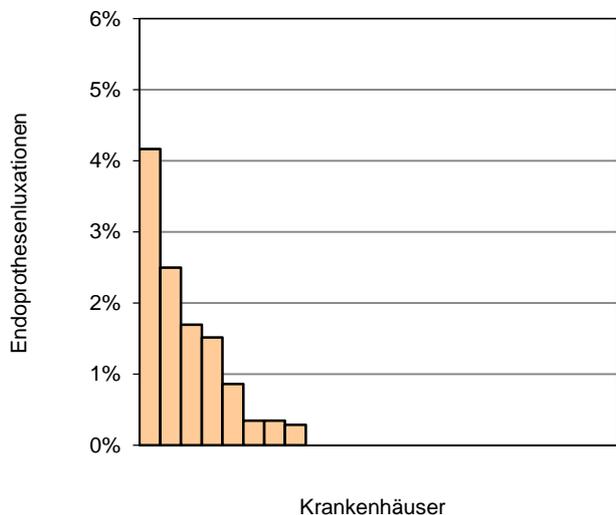
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			18 / 4.362	0,41%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,65%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat			15 / 4.301	0,35%
Vertrauensbereich				0,21% - 0,57%

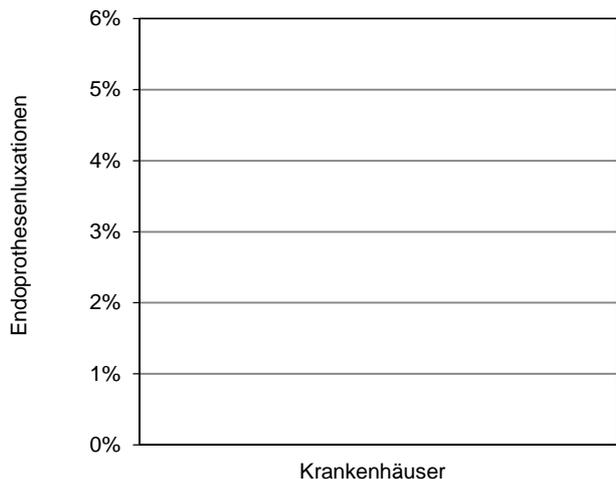
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/451]:  
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine Endoprothesenluxation auftrat an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	1,69	2,50	4,17

**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
	0,00				0,00				0,00

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924  
**Referenzbereich:** <= 10,63 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		18 / 4.362 0,41%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		11,45 / 4.362 0,26%
O - E		0,15%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		1,57
Vertrauensbereich		0,99 - 2,48
Referenzbereich	<= 10,63	<= 10,63

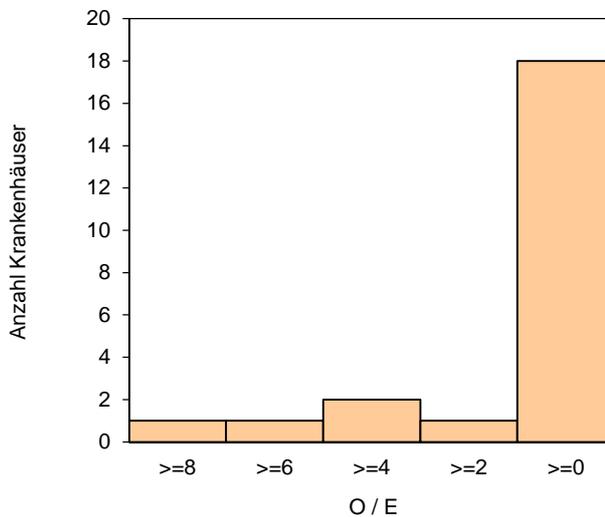
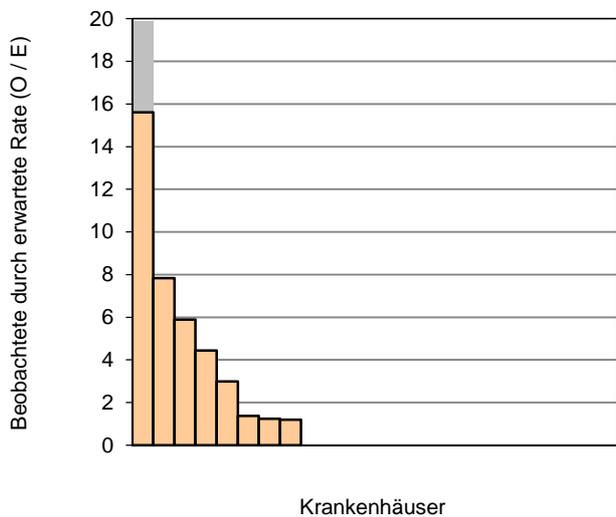
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Endoprothesenluxation zu den erwarteten Fällen mit Endoprothesenluxation  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Endoprothesenluxation kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 4.301 0,35%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		12,15 / 4.301 0,28%
O - E		0,07%
O / E <sup>2</sup>		1,23
Vertrauensbereich		0,75 - 2,03

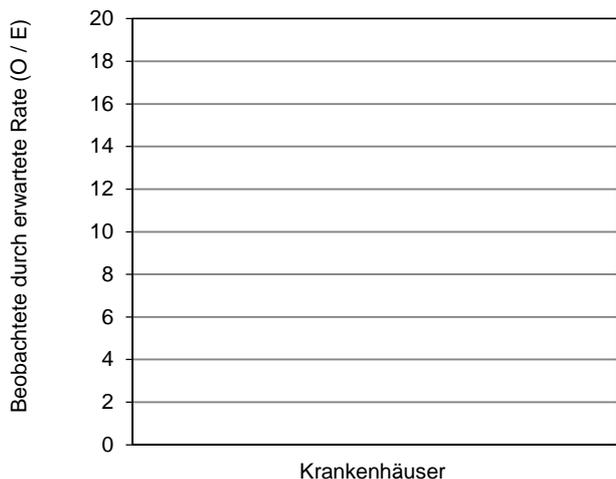
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50924]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	1,38	5,89	7,83	15,61

**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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/452

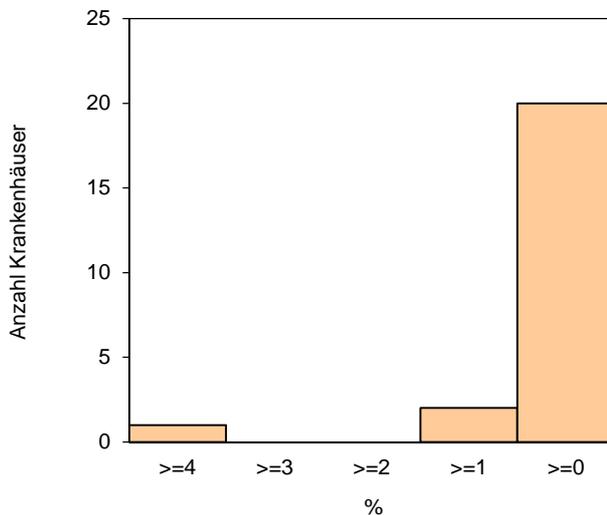
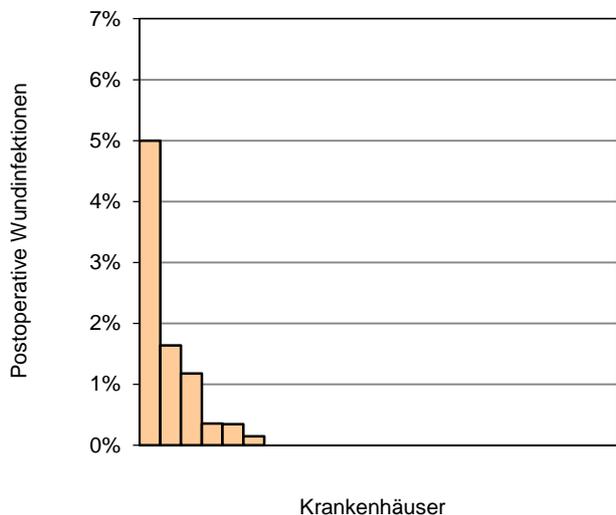
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	8 / 4.362	0,18% 0,09% - 0,36% nicht definiert
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			4 / 4.362	0,09%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			4 / 4.362	0,09%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat Vertrauensbereich			8 / 4.301	0,19% 0,09% - 0,37%

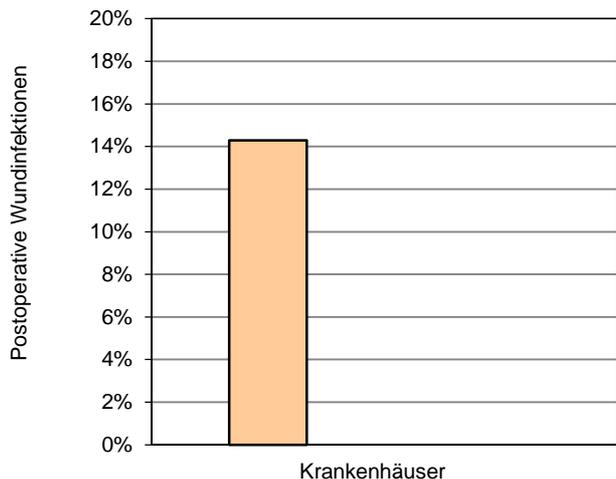
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/452]:  
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	1,18	1,64	5,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				7,14				14,29

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929  
**Referenzbereich:** <= 6,37 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		8 / 4.362 0,18%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		19,97 / 4.362 0,46%
O - E		-0,27%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,40
Vertrauensbereich		0,20 - 0,79
Referenzbereich	<= 6,37	<= 6,37

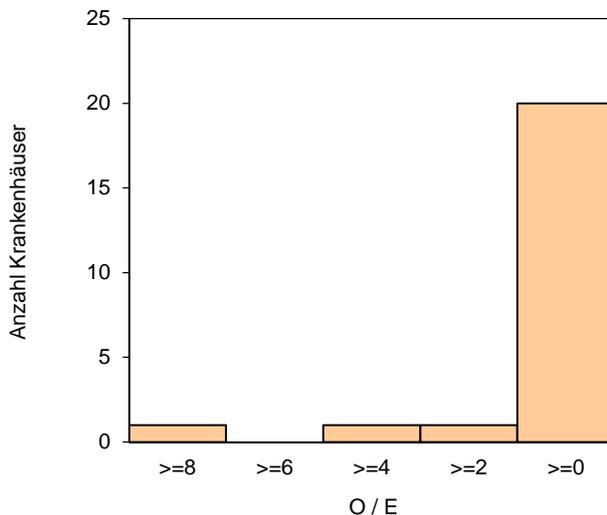
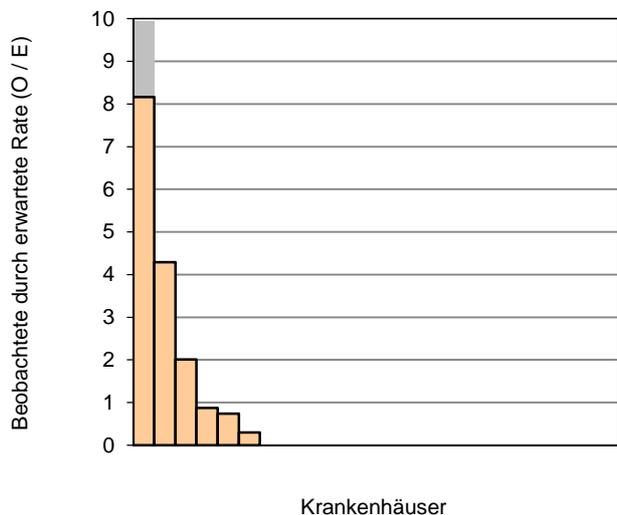
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		8 / 4.301 0,19%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		20,36 / 4.301 0,47%
O - E		-0,29%
O / E <sup>2</sup>		0,39
Vertrauensbereich		0,20 - 0,77

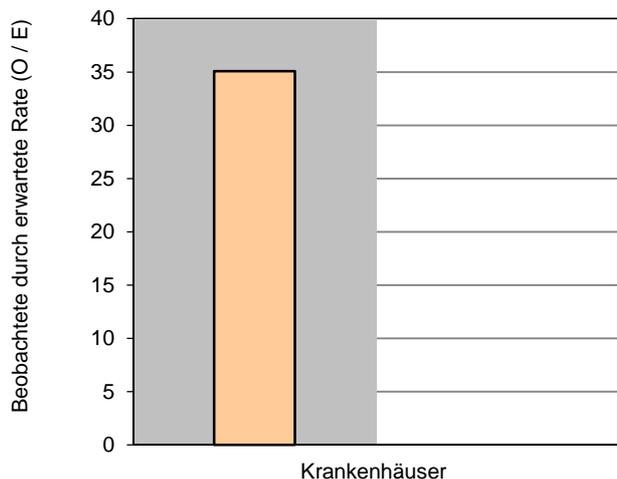
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50929]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	0,29	2,01	4,29	8,16

**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				17,53				35,06

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA $\geq$ 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit hier: > 88 min	1
Wundkontaminationsklassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup>

Grundgesamtheit: Alle Operationen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.794 / 4.362	64,05%
Risikoklasse 1			1.292 / 4.362	29,62%
Risikoklasse 2			271 / 4.362	6,21%
Risikoklasse 3			5 / 4.362	0,11%

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

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			2 / 2.794	0,07%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 2.794	0,04%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			1 / 2.794	0,04%

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			5 / 1.292	0,39%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			2 / 1.292	0,15%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			3 / 1.292	0,23%

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

## Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			1 / 271	0,37%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			1 / 271	0,37%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			0 / 271	0,00%

### Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS<sup>1</sup> Risikoklasse 3

Grundgesamtheit: Alle Operationen der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion auftrat			0 / 5	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion) auftrat			0 / 5	0,00%
Operationen, bei denen beim Patienten eine postoperative Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3)) auftrat			0 / 5	0,00%

<sup>1</sup> 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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/454

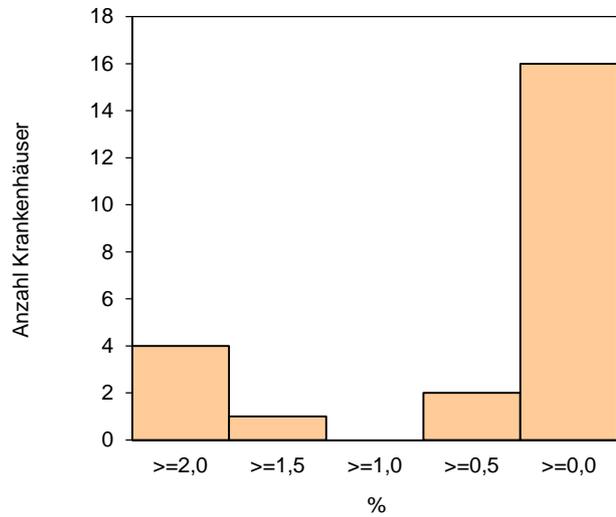
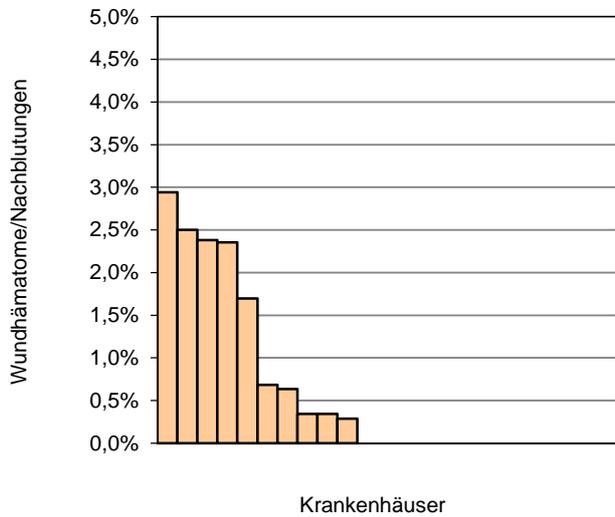
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			18 / 4.362	0,41%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,65%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom/eine Nachblutung auftrat			20 / 4.301	0,47%
Vertrauensbereich				0,30% - 0,72%

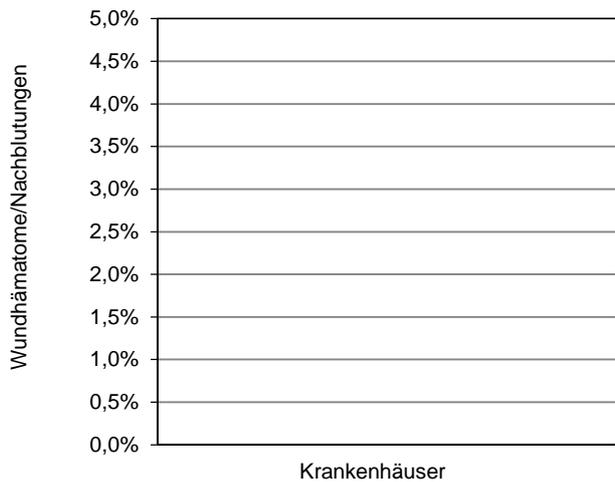
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/454]:  
 Anteil von Operationen, bei denen beim Patienten ein Wundhämatom oder eine Nachblutung auftrat an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	2,38	2,50	2,94

**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
	0,00				0,00				0,00

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 min<sup>1</sup>

	Krankenhaus 2014			
	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 2014			
	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	7 / 2.049 0,34%	10 / 2.166 0,46%	1 / 132 0,76%	0 / 15 0,00%

<sup>1</sup> 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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934  
**Referenzbereich:** <= 9,20 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		18 / 4.362 0,41%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		35,58 / 4.362 0,82%
O - E		-0,40%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,51
Vertrauensbereich		0,32 - 0,80
Referenzbereich	<= 9,20	<= 9,20

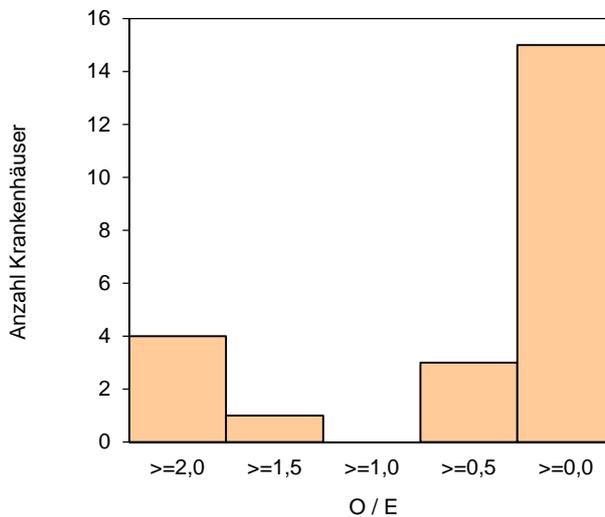
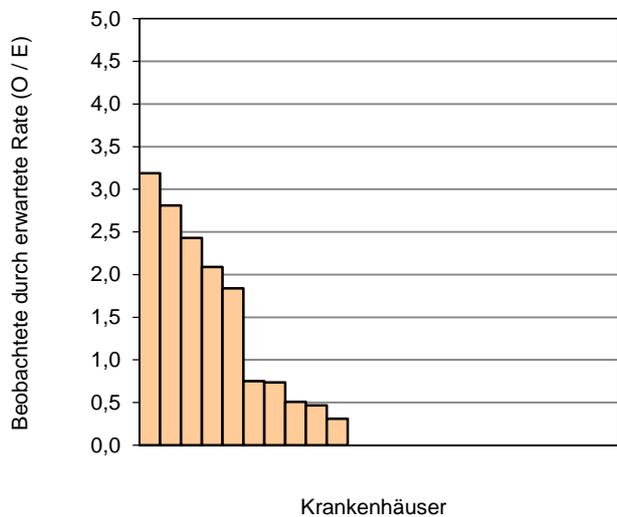
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		20 / 4.301 0,47%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		36,99 / 4.301 0,86%
O - E		-0,39%
O / E <sup>2</sup>		0,54
Vertrauensbereich		0,35 - 0,83

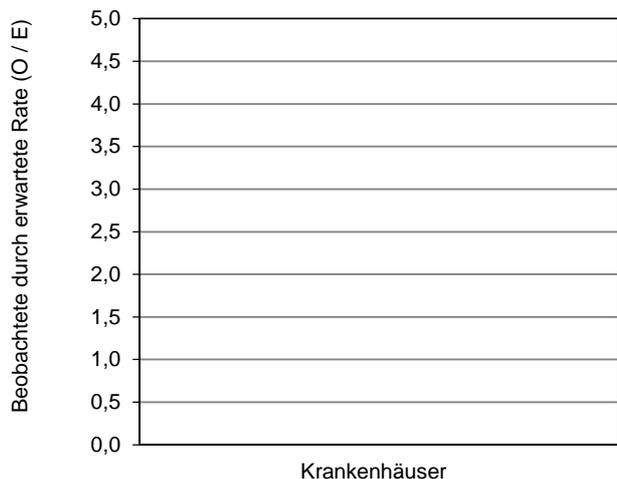
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50934]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	0,75	2,43	2,81	3,19

**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 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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/455

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

	Krankenhaus 2014		
	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

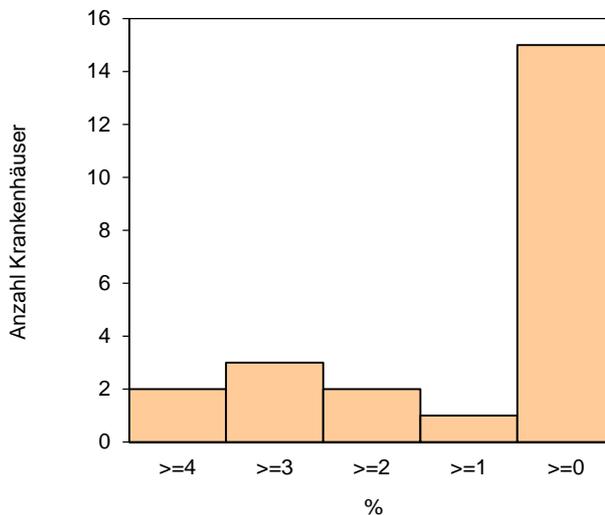
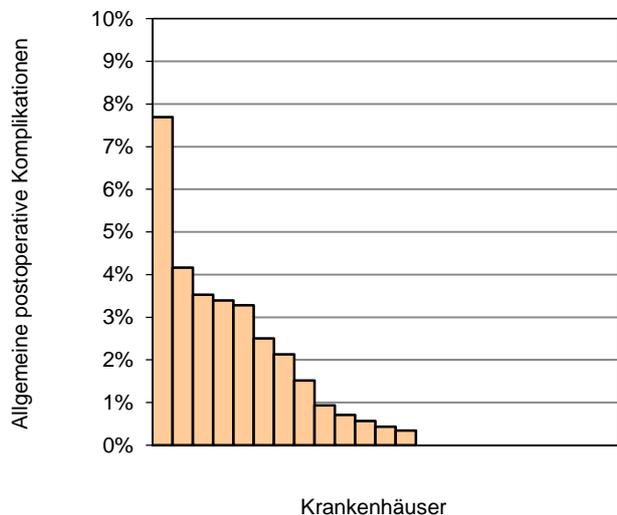
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit Pneumonie	9 / 4.360 0,21%	1 / 3.261 0,03%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	21 / 4.360 0,48%	7 / 3.261 0,21%	14 / 1.099 1,27%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	2 / 4.360 0,05%	1 / 3.261 0,03%	1 / 1.099 0,09%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 4.360 0,05%	1 / 3.261 0,03%	1 / 1.099 0,09%
Patienten mit sonstiger Komplikation	55 / 4.360 1,26%	24 / 3.261 0,74%	31 / 1.099 2,82%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	30 / 4.360 0,69%	9 / 3.261 0,28%	21 / 1.099 1,91%
Vertrauensbereich	0,48% - 0,98%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)		
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
	Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen)	46 / 4.298 1,07%	18 / 2.981 0,60%
Vertrauensbereich	0,80% - 1,42%		

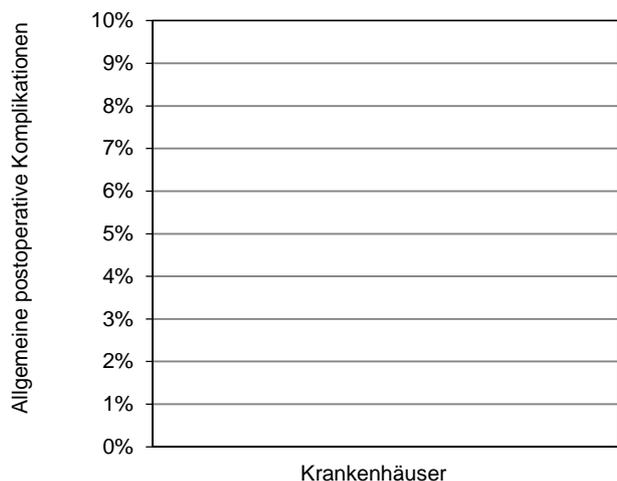
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/455]:  
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	2,50	3,53	4,17	7,69

**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
	0,00				0,00				0,00

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:) 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939  
**Referenzbereich:** <= 3,20 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		30 / 4.360 0,69%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		41,75 / 4.360 0,96%
O - E		-0,27%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,72
Vertrauensbereich		0,50 - 1,02
Referenzbereich	<= 3,20	<= 3,20

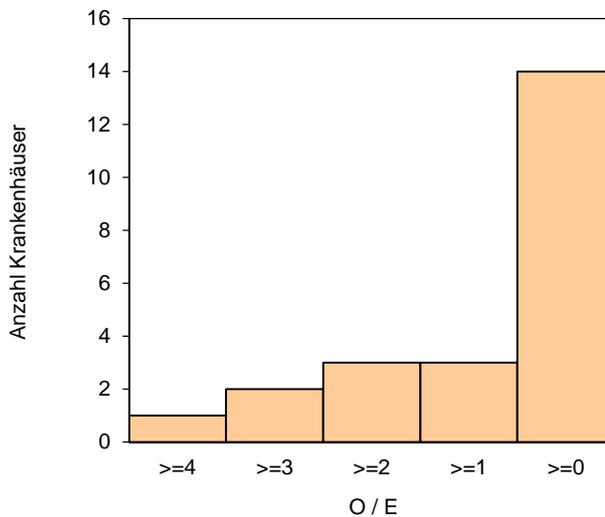
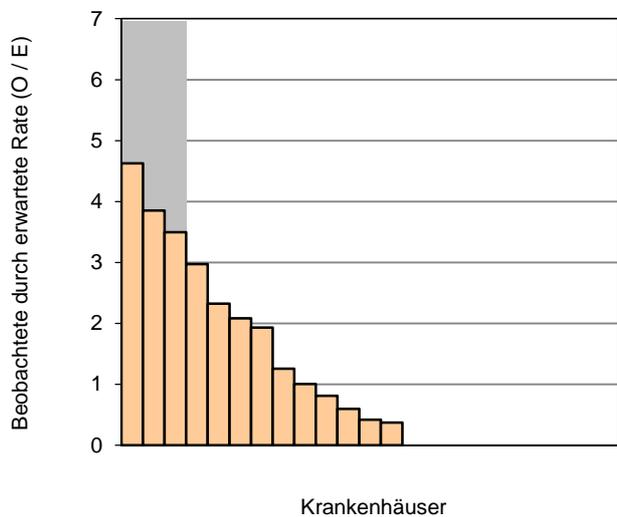
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet 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.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		46 / 4.298 1,07%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		44,28 / 4.298 1,03%
O - E		0,04%
O / E <sup>2</sup>		1,04
Vertrauensbereich		0,78 - 1,38

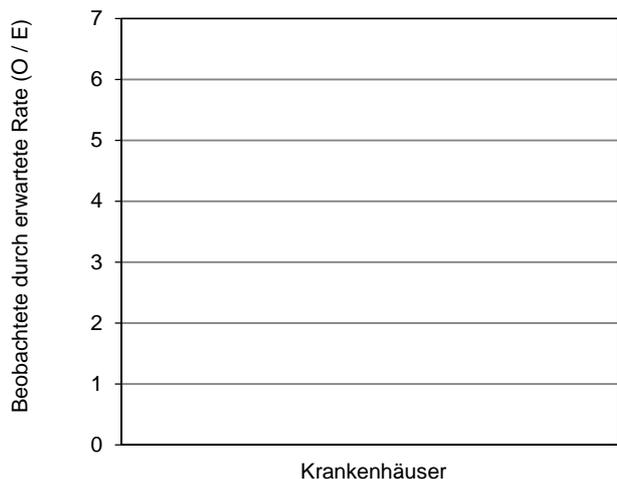
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50939]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	0,42	2,08	3,50	3,85	4,63

**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 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen**

**Qualitätsziel:** Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

**Reoperation aufgrund von Komplikationen**

**Grundgesamtheit:** Alle Operationen

**Indikator-ID:** (QI 11a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/456

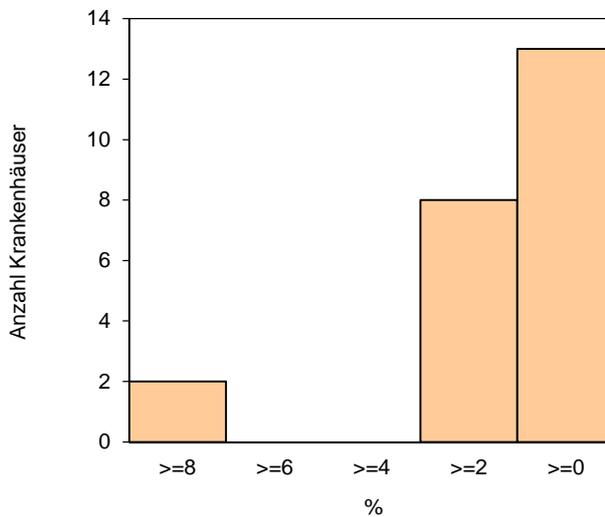
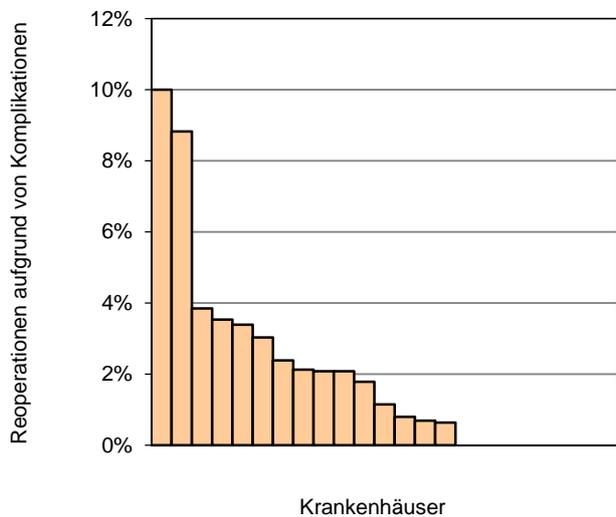
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			49 / 4.362	1,12%
Vertrauensbereich				0,85% - 1,48%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste			45 / 4.301	1,05%
Vertrauensbereich				0,78% - 1,40%

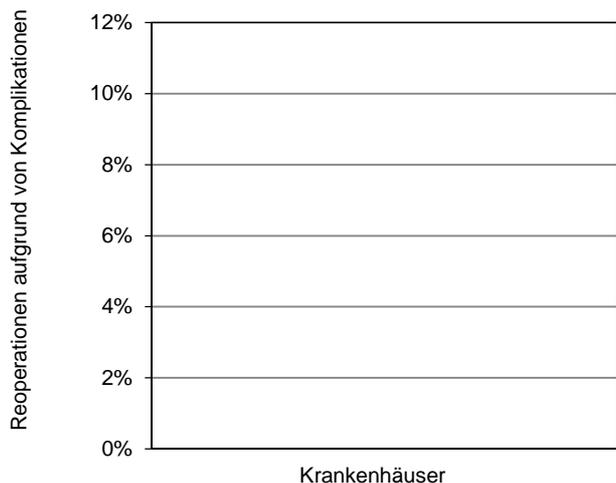
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/456]:  
 Anteil von Operationen, nach denen der Patient aufgrund von Komplikationen reoperiert werden musste an allen Operationen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	3,03	3,85	8,82	10,00

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



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

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): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944  
**Referenzbereich:** <= 6,01 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		49 / 4.362 1,12%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		63,65 / 4.362 1,46%
O - E		-0,34%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,77
Vertrauensbereich		0,58 - 1,02
Referenzbereich	<= 6,01	<= 6,01

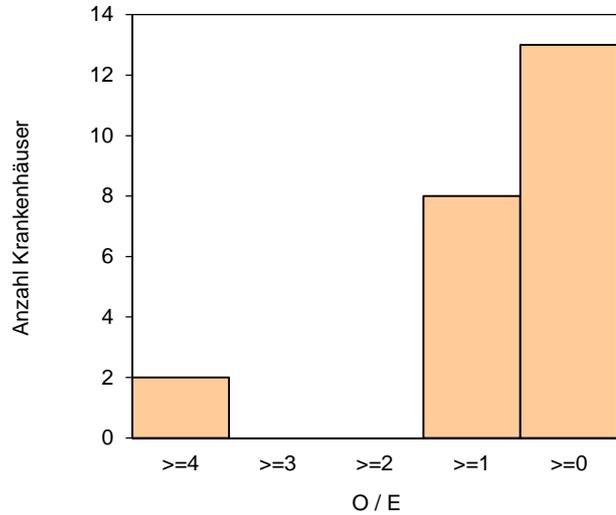
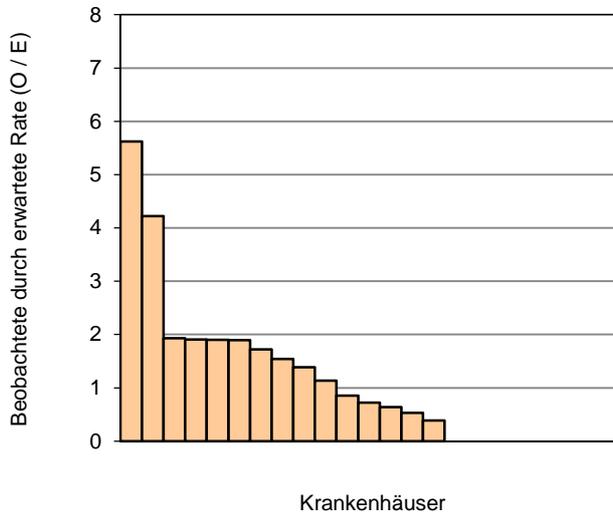
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		45 / 4.301 1,05%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		64,61 / 4.301 1,50%
O - E		-0,46%
O / E <sup>2</sup>		0,70
Vertrauensbereich		0,52 - 0,93

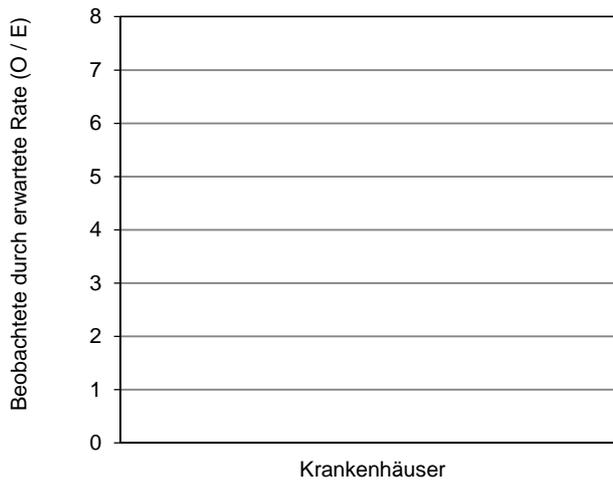
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50944]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen  
 Operationen**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	0,72	1,89	1,93	4,22	5,62

**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 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

### Sterblichkeit im Krankenhaus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 12a): 2014/17n2-HUEFT-TEP/457

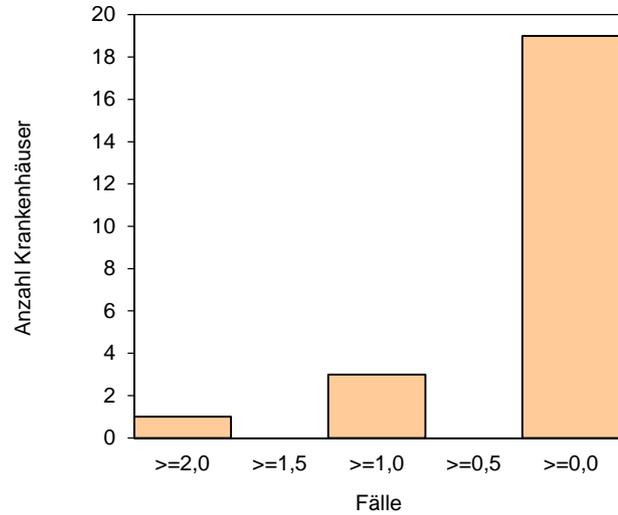
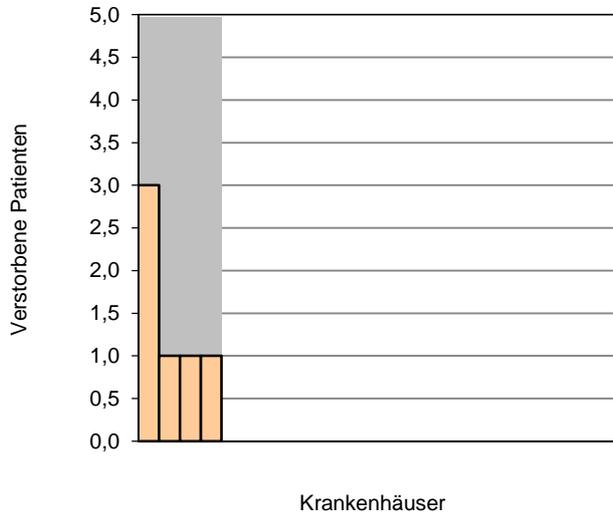
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten Referenzbereich		6 Sentinel Event	6 / 4.360	6,00 Fälle Sentinel Event

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Verstorbene Patienten		5	5 / 4.298	5,00 Fälle

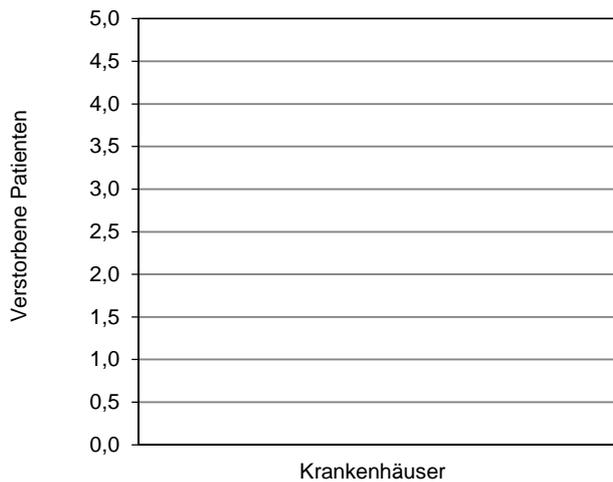
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/457]:  
 Anzahl verstorbenen Patienten von allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,00

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



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

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 2014				
	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 2014				
	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 / 3.261 0,00%	6 / 1.083 0,55%	0 / 16 0,00%	0 / 0

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Indikator-ID:** (QI 12b): 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		6 / 4.360 0,14%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		7,38 / 4.360 0,17%
O - E		-0,03%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E <sup>2</sup>		0,81
Vertrauensbereich		0,37 - 1,77
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

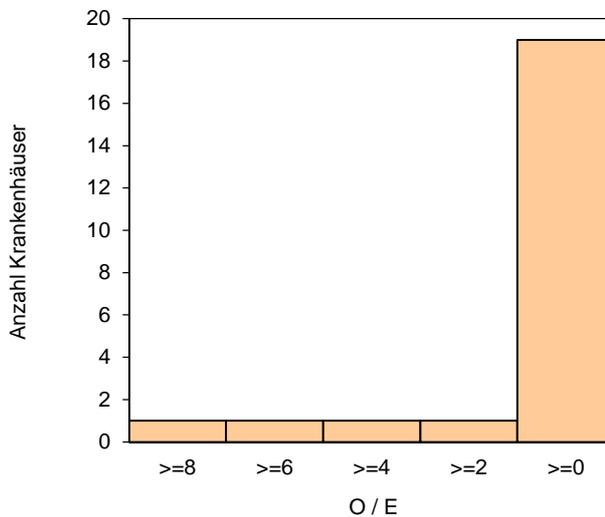
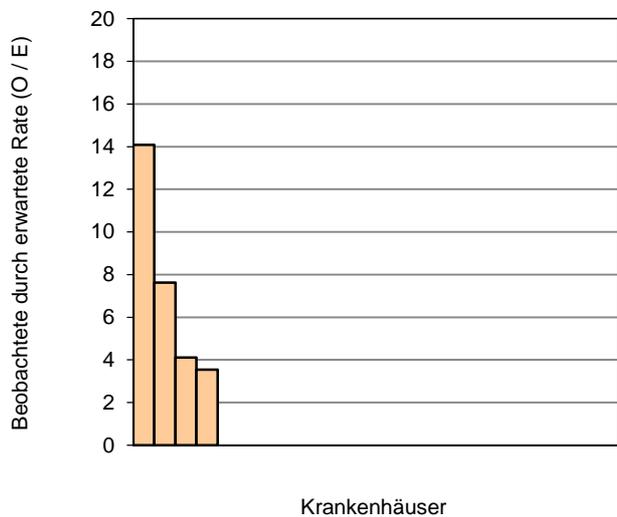
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		5 / 4.298 0,12%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		8,31 / 4.298 0,19%
O - E		-0,08%
O / E <sup>2</sup>		0,60
Vertrauensbereich		0,26 - 1,41

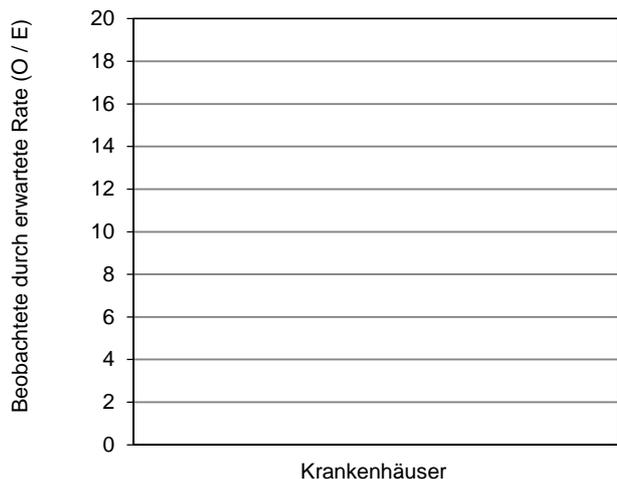
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/50949]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 23 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	4,11	7,62	14,09

**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.

**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:** 2014/17n2-HUEFT-TEP/813129

**Referenzbereich:** < 100,00%

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			267 / 321	83,18%
		< 100,00%	78,70% - 86,87%	< 100,00%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			281 / 349	80,52%
			76,04% - 84,33%	

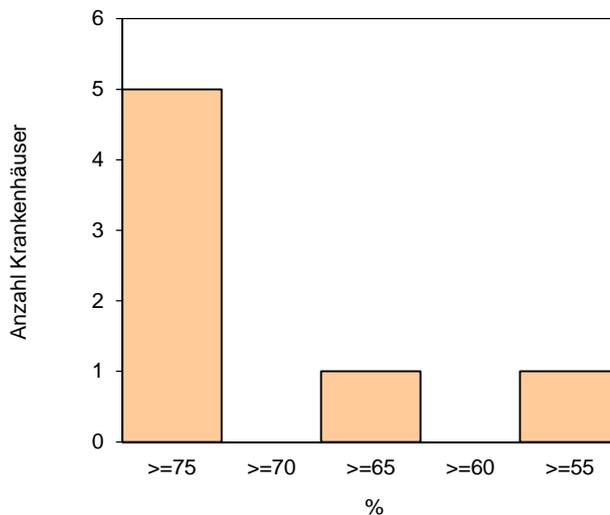
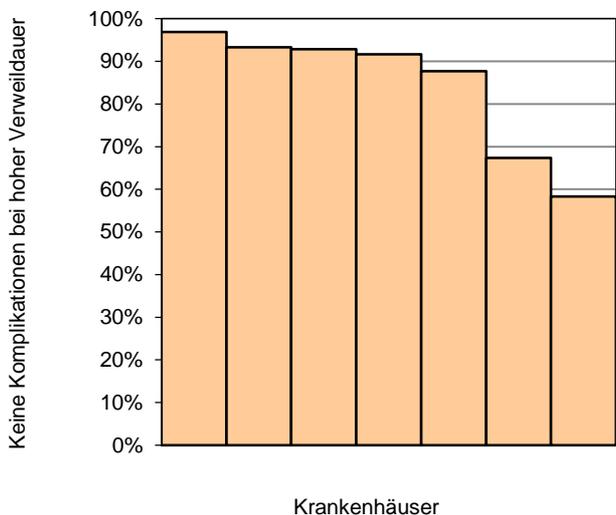
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2a, Indikator-ID 2014/17n2-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 Krankhausergebnisse Bund)**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

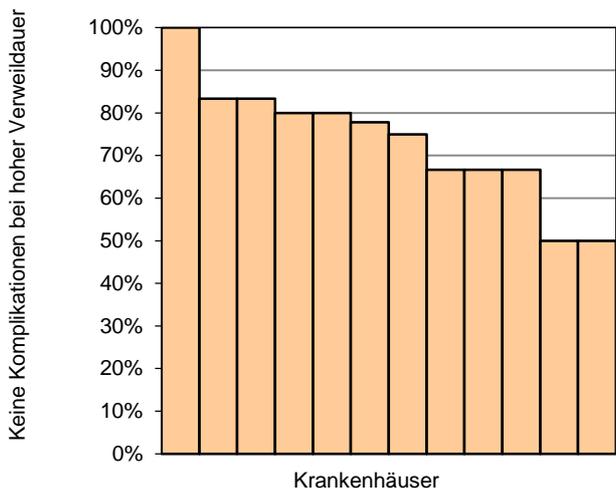
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,33			67,35	91,67	93,33			96,88

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

12 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		50,00	66,67	76,39	81,67	83,33		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium 6: Angabe von ASA 5**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Indikator-ID:** 2014/17n2-HUEFT-TEP/813126  
**Referenzbereich:** <= 0,00 Fälle  
**ID-Bezugsindikator(en):** 50919, 50924, 50929, 50934, 50939, 50944, 50949

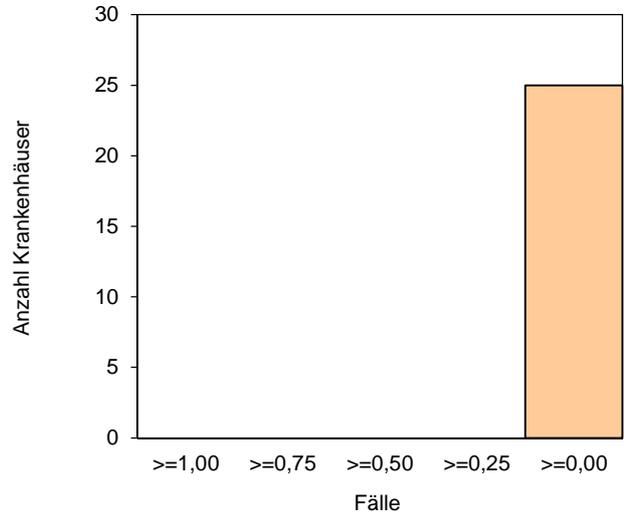
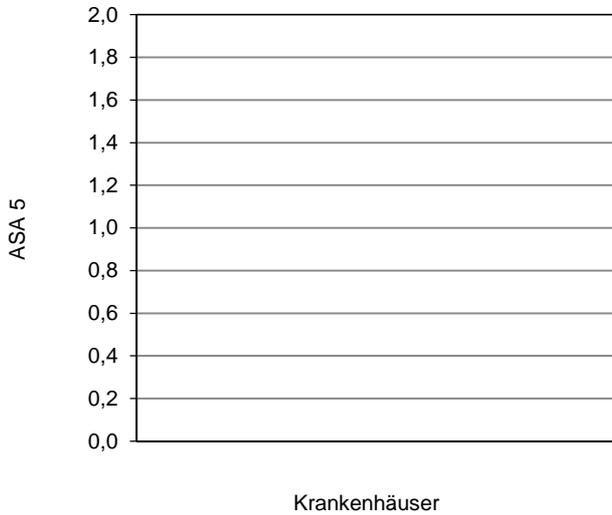
	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5 Referenzbereich		0 / 4.360 <= 0,00 Fälle	0 / 4.360	0,00 Fälle <= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patienten mit ASA 5		1 / 4.298	1 / 4.298	1,00 Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2014/17n2-HUEFT-TEP/813126]:  
 Anzahl Patienten mit ASA 5 von allen Patienten**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

25 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

# Jahresauswertung 2014 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

## Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.360  
Datensatzversion: 17/2 2014  
Datenbankstand: 02. März 2015  
2014 - D15055-L95793-P45939

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2015 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2015

### Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			1.210	27,75	1.211	28,18
2. Quartal			1.090	25,00	1.068	24,85
3. Quartal			1.040	23,85	1.038	24,15
4. Quartal			1.020	23,39	981	22,82
Gesamt			4.360		4.298	

### Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.360		4.298	
Median				9,00		9,00
Mittelwert				10,58		10,95
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.362		4.301	
Median				1,00		1,00
Mittelwert				1,23		1,32
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			4.362		4.301	
Median				8,00		8,00
Mittelwert				9,35		9,64

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	U50.10	Leichte motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 80-95 Punkte
6	D62	Akute Blutungsanämie
7	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
8	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				M16.1	3.110	71,33	M16.1	3.016	70,17
2				M25.75	1.090	25,00	M25.75	1.143	26,59
3				M65.95	922	21,15	M65.95	1.029	23,94
4				I10.00	793	18,19	D62	490	11,40
5				U50.10	571	13,10	I10.00	383	8,91
6				D62	441	10,11	M16.3	375	8,72
7				M16.3	435	9,98	M16.7	354	8,24
8				M16.7	379	8,69	I10.90	351	8,17

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2013 und ICD-10-GM 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

### OPS 2014<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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

### OPS 2014

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				5-820.00	2.472	56,67	5-820.00	2.225	51,73
2				5-820.02	936	21,46	5-820.01	766	17,81
3				5-800.4g	556	12,75	5-820.02	666	15,48
4				5-820.01	555	12,72	5-800.5g	658	15,30
5				5-800.5g	541	12,40	5-800.4g	570	13,25

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2013 und OPS 2014 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Operationen mit gültigem OPS

**Zusatz-OPS-Kodes**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
5-983 Reoperation			56 / 4.362	1,28	62 / 4.301	1,44
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.362	0,00	0 / 4.301	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.362	0,00	0 / 4.301	0,00
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			0 / 4.362	0,00	5 / 4.301	0,12

**Patienten**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.360 / 4.360		4.298 / 4.298	
< 50 Jahre			322 / 4.360	7,39	364 / 4.298	8,47
50 - 59 Jahre			642 / 4.360	14,72	639 / 4.298	14,87
60 - 69 Jahre			1.103 / 4.360	25,30	1.154 / 4.298	26,85
70 - 79 Jahre			1.733 / 4.360	39,75	1.589 / 4.298	36,97
80 - 89 Jahre			536 / 4.360	12,29	520 / 4.298	12,10
>= 90 Jahre			24 / 4.360	0,55	32 / 4.298	0,74
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.360		4.298	
Median				70,00		69,00
Mittelwert				67,89		67,41
<b>Geschlecht</b>						
männlich			1.559	35,76	1.706	39,69
weiblich			2.801	64,24	2.592	60,31
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Betroffenes Hüftgelenk</b>						
rechts			2.357	54,03	2.289	53,22
links			2.005	45,97	2.012	46,78

### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Schmerzen</b>						
Ruheschmerz			3.845	88,15	3.714	86,35
Belastungsschmerz			504	11,55	573	13,32
keine Schmerzen			13	0,30	14	0,33
<b>Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah</b>			227	5,20	254	5,91

## Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>			3.983	91,31	3.816	88,72
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.983		3.816	
<b>Winkel Extension (Grad)</b> Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,28		0,27
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,00		0,00
Mittelwert				2,97		2,41
<b>Winkel Flexion (Grad)</b> Median				90,00		90,00
Mittelwert				87,74		88,02
<b>Ab-/Adduktion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.983		3.816	
<b>Winkel Abduktion (Grad)</b> Median				15,00		15,00
Mittelwert				14,83		15,09
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,08		0,05
<b>Winkel Adduktion (Grad)</b> Median				10,00		10,00
Mittelwert				9,56		9,45
<b>Außen-/Innenrotation</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			3.983		3.816	
<b>Winkel Außenrotation (Grad)</b> Median				10,00		10,00
Mittelwert				13,30		12,66
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,00		0,00
Mittelwert				1,08		0,89
<b>Winkel Innenrotation (Grad)</b> Median				5,00		5,00
Mittelwert				5,02		5,47

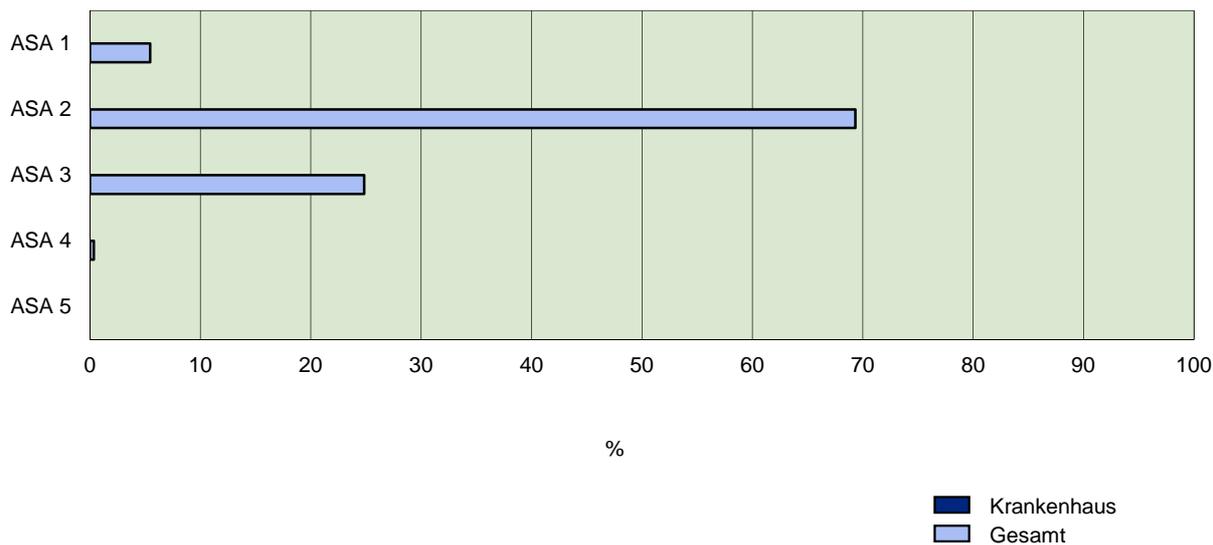
**Kellgren&Lawrence-Score der Koxarthrose (modifiziert)**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Osteophyten</b>						
keine oder fraglich			117	2,68	156	3,63
eindeutig			2.337	53,58	2.341	54,43
große			1.908	43,74	1.804	41,94
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder fraglich						
verschmälert			35	0,80	26	0,60
eindeutig verschmälert			312	7,15	379	8,81
fortgeschritten verschmälert			2.476	56,76	2.346	54,55
aufgehoben			1.539	35,28	1.550	36,04
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose			24	0,55	15	0,35
leichte Sklerose			1.417	32,49	1.153	26,81
leichte Sklerose mit Zystenbildung			1.942	44,52	2.135	49,64
Sklerose mit Zysten			979	22,44	998	23,20
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung			142	3,26	109	2,53
leichte Deformierung			2.663	61,05	2.326	54,08
deutliche Deformierung			1.557	35,69	1.866	43,39

**Befunde**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			238	5,46	287	6,67
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.024	69,33	2.695	62,66
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.084	24,85	1.301	30,25
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			16	0,37	17	0,40
5: moribunder Patient			0	0,00	1	0,02

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wundkontaminationsklassifikation</b> (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.321	99,06	4.278	99,47
bedingt aseptische Eingriffe			32	0,73	15	0,35
kontaminierte Eingriffe			3	0,07	2	0,05
septische Eingriffe			6	0,14	6	0,14

## Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.362		4.301	
Median				63,00		65,00
Mittelwert				67,52		68,44
<b>perioperative Antibiotikaphylaxe</b>						
Anzahl Patienten			4.356	99,86	4.294	99,84
davon						
single shot			3.996 / 4.356	91,74	3.960 / 4.294	92,22
Zweitgabe			76 / 4.356	1,74	40 / 4.294	0,93
öfter			284 / 4.356	6,52	294 / 4.294	6,85

**Verlauf**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>postoperatives Röntgenbild a/p</b>			4.346	99,63	4.281	99,53
<b>postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein</b>			2.509	57,52	2.410	56,03
<b>behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen</b> Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			82	1,88	73	1,70
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			3	0,07	3	0,07
Implantatdislokation			3	0,07	6	0,14
Endoprothesenluxation			18	0,41	15	0,35
Wundhämatom/Nachblutung			18	0,41	20	0,47
Gefäßläsion			0	0,00	0	0,00
Nervenschaden			8	0,18	4	0,09
Fraktur			25	0,57	23	0,53
Sonstige			17	0,39	6	0,14
<b>postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			8	0,18	8	0,19
A1 (oberflächliche Infektion)			4 / 8	50,00	5 / 8	62,50
A2 (tiefe Infektion)			4 / 8	50,00	3 / 8	37,50
A3 (Räume/Organe)			0 / 8	0,00	0 / 8	0,00
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>			49	1,12	45	1,05

### Postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			83	1,90	87	2,02
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			9	0,21	17	0,40
kardiovaskuläre Komplikation(en)			21	0,48	28	0,65
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			2	0,05	5	0,12
Lungenembolie			2	0,05	1	0,02
Sonstige			55	1,26	44	1,02

## Entlassung I

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Operationen</b>			4.362		4.301	
<b>Zustand bei Entlassung</b>						
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>			4.310	98,81	4.177	97,12
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.310		4.177	
<b>Winkel Extension (Grad)</b>						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,07		0,12
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>						
Median				0,00		0,00
Mittelwert				0,06		0,02
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>						
Median				90,00		90,00
Mittelwert				89,86		89,34

**Entlassung I (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.336	99,59	4.277	99,63
Nein			18	0,41	16	0,37
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			10	55,56	11	68,75
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.333	99,52	4.271	99,49
Nein			21	0,48	22	0,51
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			9	42,86	14	63,64

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patient	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
01: regulär beendet			1.473	33,78	1.230	28,62
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			12	0,28	25	0,58
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	2	0,05
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,07	7	0,16
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			81	1,86	83	1,93
07: Tod			6	0,14	5	0,12
08: Verlegung nach §14			1	0,02	3	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			2.752	63,12	2.921	67,96
10: in Pflegeeinrichtung			9	0,21	5	0,12
11: in Hospiz			1	0,02	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	1	0,02
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,02	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			19	0,44	13	0,30
22: Fallabschluss			2	0,05	3	0,07
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr <sup>2</sup>			0	0,00	-	-

<sup>1</sup> 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
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2014

### Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bezug: Anzahl der Patienten</b>			4.360		4.298	
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag			913	20,94	829	19,29
Dienstag			808	18,53	741	17,24
Mittwoch			879	20,16	823	19,15
Donnerstag			784	17,98	828	19,26
Freitag			717	16,44	832	19,36
Samstag			188	4,31	172	4,00
Sonntag			71	1,63	73	1,70

# Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

## Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-TEP-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de).

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

Sofern ein Referenzbereich für einen 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 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH ([www.sqg.de](http://www.sqg.de)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% 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 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15,00\%$  definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15,00\%$  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 2014.

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:  $\leq 2,50\%$   
5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)  
10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (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  $\leq 2,50\%$   
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).  
Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$   
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).  
Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  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 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

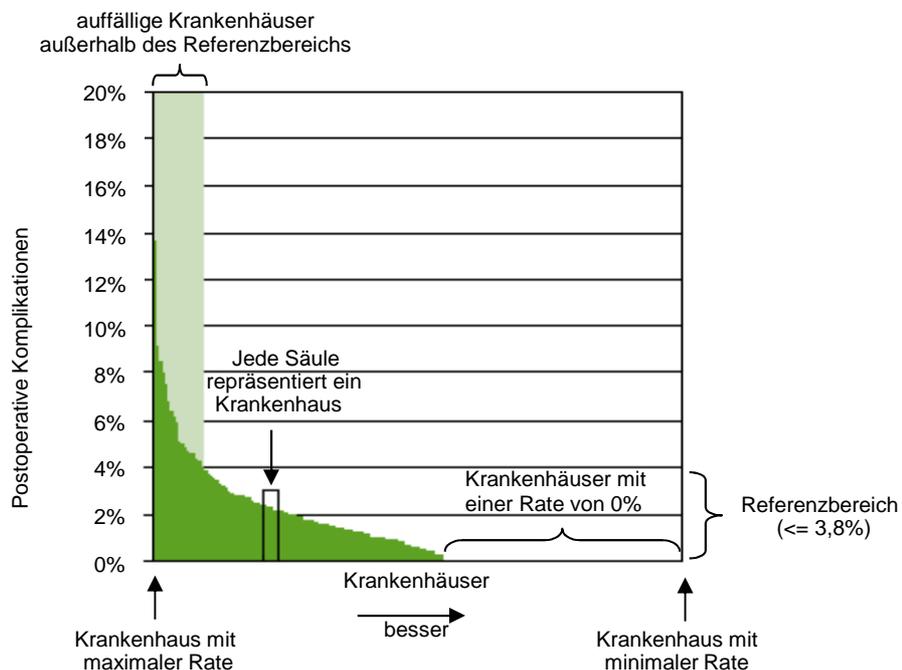
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 2.4.2 Histogramm

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

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

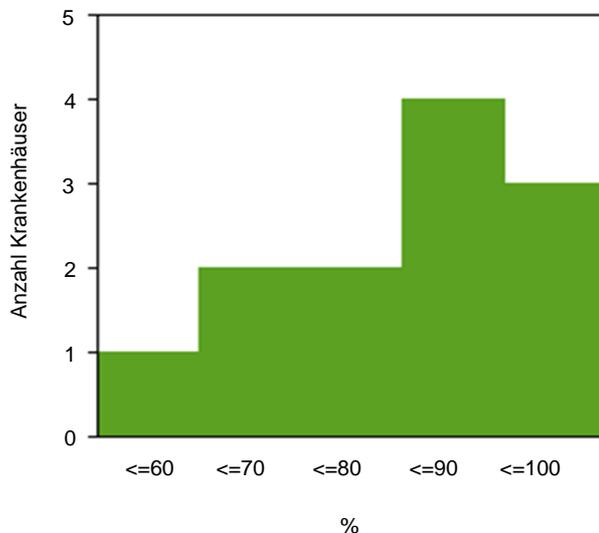
**Beispiel:**

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Darstellung Median/Mittelwert

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

### 6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7. Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

### Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

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

### Verhältniszahl

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

### Vertrauensbereich

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