

# Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.508  
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2012  
2011 - D11372-L75678-P35878

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2011 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2011

# Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.508  
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2012  
2011 - D11372-L75678-P35878

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2011 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2011

# Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2011/17n2-HUEFT-TEP/1082					
<b>QI 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien</b>			97,0%	>= 90,0%	1.2
2011/17n2-HUEFT-TEP/265					
<b>QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			99,8%	>= 95,0%	1.4
<b>QI 3: Postoperative Beweglichkeit</b>					
3a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223 nach der Neutral-Null-Methode bestimmt			99,2%	>= 95,0%	1.7
3b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/446 von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode			98,3%	>= 95,0%	1.9
<b>QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung</b>					
4a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/264 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	1.12
4b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,36	<= 5,43	1.15
<b>QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden</b>					
5a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/447 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.17
5b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,82	<= 6,62	1.19
<b>QI 6: Implantatfehlhage, -dislokation oder Fraktur</b>					
6a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/449 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.21
6b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,36	<= 2,21	1.23

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 7: Endoprothesenluxation</b>					
7a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/451 bei allen Patienten			0,3%	nicht definiert	1.25
7b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,89	<= 12,44	1.27
<b>QI 8: Postoperative Wundinfektion</b>					
8a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/452 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	1.29
8b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,22	<= 5,41	1.31
<b>QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen</b>					
9a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/454 bei allen Patienten			0,5%	nicht definiert	1.37
9b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,52	<= 6,80	1.40
<b>QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen</b>					
10a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/455 bei allen Patienten			0,7%	nicht definiert	1.42
10b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,75	<= 3,51	1.45
<b>QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen</b>					
11a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/456 bei allen Patienten			0,8%	nicht definiert	1.47
11b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,47	<= 5,01	1.49

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator <sup>1</sup>	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
<b>QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus</b>					
12a: 2011/17n2-HUEFT-TEP/457 bei allen Patienten			0,1%	Sentinel Event	1.51
12b: 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,68	nicht definiert	1.54

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


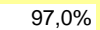
### Qualitätsindikator 1: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien


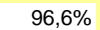
<b>Qualitätsziel:</b>	Oft eine angemessene Indikation anhand klinischer (Schmerzen und Bewegungseinschränkung) und röntgenologischer Kriterien
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patienten
<b>Kennzahl-ID:</b>	2011/17n2-HUEFT-TEP/1082
<b>Referenzbereich:</b>	>= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Röntgenologische Kriterien</b>				
Patienten mit modifiziertem Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren&Lawrence <sup>1</sup>				
Gruppe 1	0 Punkte		7 / 4.508	0,2%
Gruppe 2	1 - 2 Punkte		6 / 4.508	0,1%
Gruppe 3	3 - 4 Punkte		88 / 4.508	2,0%
Gruppe 4	5 - 9 Punkte		4.155 / 4.508	92,2%
Gruppe 5	10 Punkte		252 / 4.508	5,6%
Gruppe 6	5 - 10 Punkte		4.407 / 4.508	97,8%
<b>Schmerzen</b>				
Patienten mit Belastungsschmerz			770 / 4.508	17,1%
Patienten mit Ruheschmerz			3.576 / 4.508	79,3%

<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 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungseinschränkung</b>				
Extension/Flexion: schlechter als 0/0/90 <sup>1</sup>			1.825 / 4.508	40,5%
Ab-/Adduktion: schlechter als 20/0/10 <sup>2</sup>			2.822 / 4.508	62,6%
Außen-/Innenrotation: schlechter als 20 Grad Gesamtumfang <sup>3</sup>			2.211 / 4.508	49,0%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium			3.391 / 4.508	75,2%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,0%	4.373 / 4.508	 97,0% 96,5% - 97,5% >= 90,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium oder mindestens einem Bewegungseinschränkungs- kriterium und mindestens 5 Punkten im modifizierten Kellgren- und Lawrence-Score Vertrauensbereich			4.207 / 4.353	 96,6% 96,1% - 97,2%

<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)

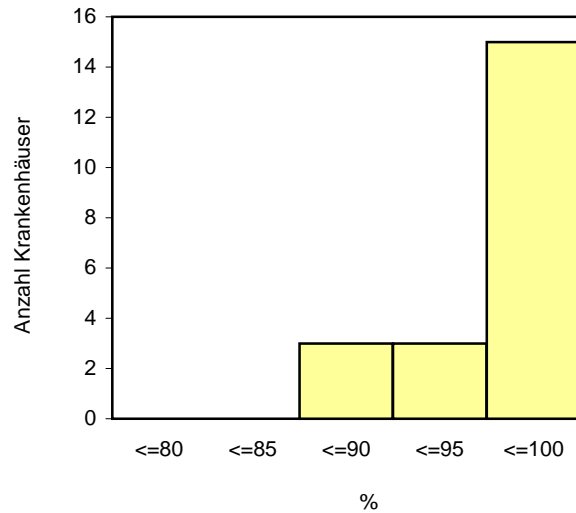
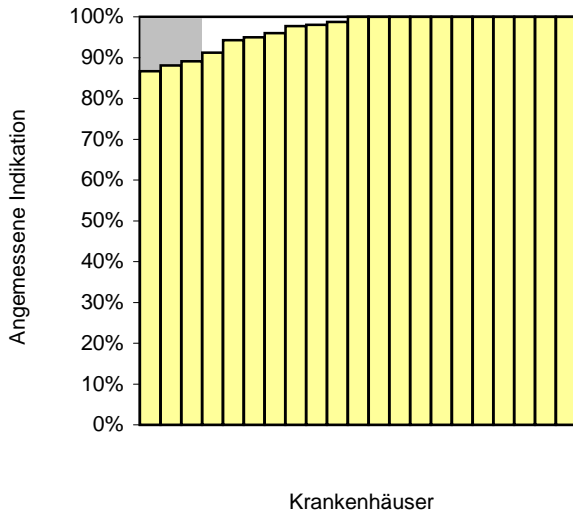
<sup>3</sup> Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/1082]:**

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

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

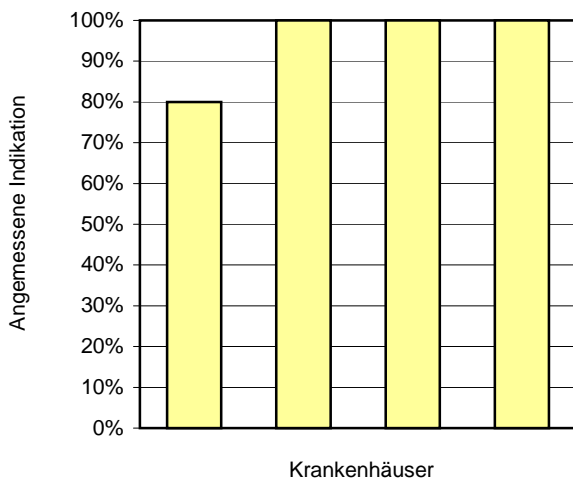
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,7	88,1	89,1	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0			90,0	100,0	100,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

<b>Qualitätsziel:</b>	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Operationsdauer <= 120 min
	Gruppe 3:	Operationsdauer > 120 min
<b>Kennzahl-ID:</b>	Gruppe 1:	2011/17n2-HUEFT-TEP/265
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich	>= 95,0%		
Referenzbereich			
davon			
single shot			
Zweitgabe oder öfter			

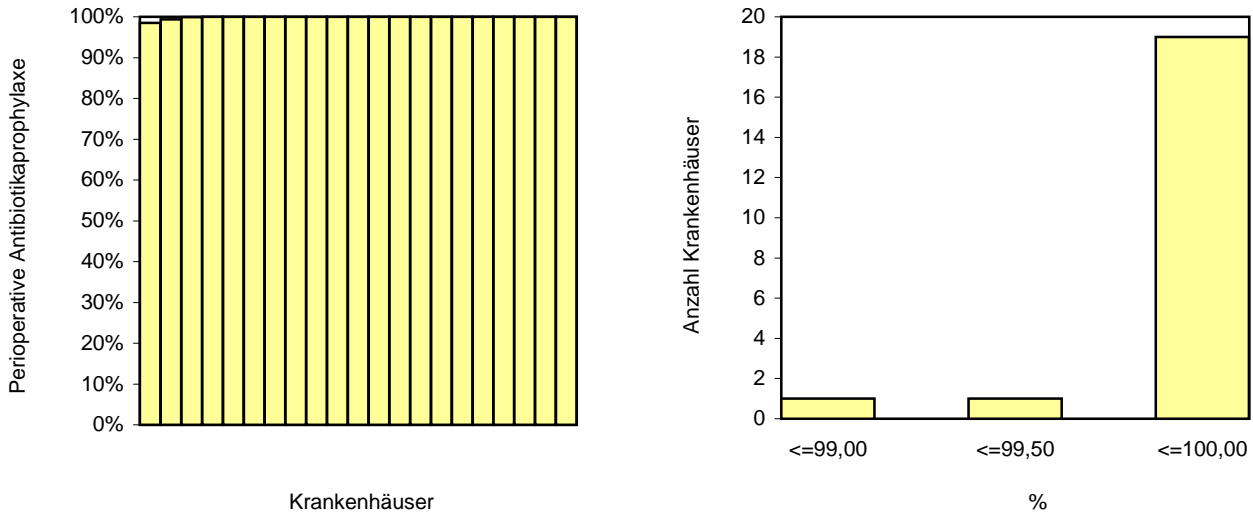
	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 OP-Dauer <= 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	4.501 / 4.508 99,8%	4.286 / 4.292 99,9%	215 / 216 99,5%
Vertrauensbereich	99,7% - 99,9%		
Referenzbereich	>= 95,0%		
davon			
single shot	4.154 / 4.501 92,3%	4.003 / 4.286 93,4%	151 / 215 70,2%
Zweitgabe oder öfter	347 / 4.501 7,7%	283 / 4.286 6,6%	64 / 215 29,8%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
	Alle Patienten	OP-Dauer ≤ 120 min	OP-Dauer > 120 min
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	4.334 / 4.353 99,6% 99,3% - 99,7%	4.143 / 4.161 99,6%	191 / 192 99,5%

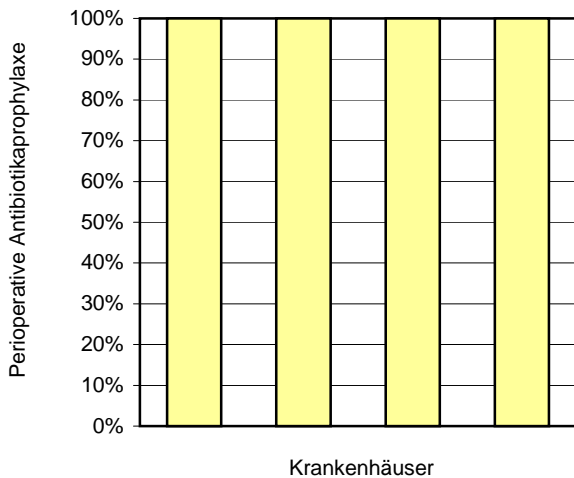
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 2, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/265]:  
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,5	99,3	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 3: Postoperative Beweglichkeit

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

#### Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223

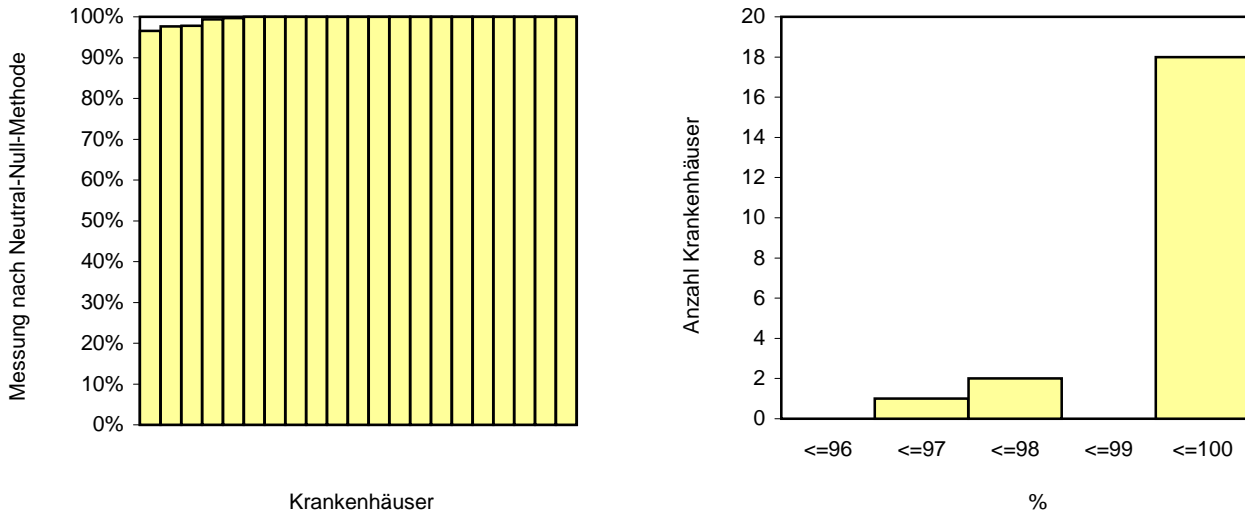
**Referenzbereich:** >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			4.470 / 4.508	99,2%
Vertrauensbereich				98,8% - 99,4%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit			4.287 / 4.353	98,5%
Vertrauensbereich				98,1% - 98,8%

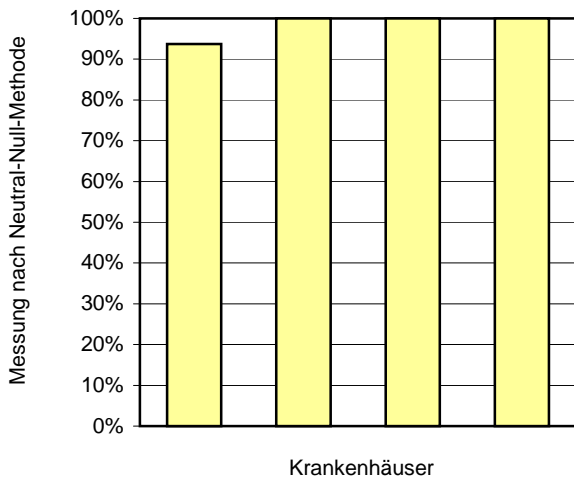
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/2223]:**  
**Anteil von Patienten mit nach der Neutral-Null-Methode bestimmter postoperativer Beweglichkeit an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,6	97,6	97,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/446

**Referenzbereich:** >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.395 / 4.470	98,3%
Referenzbereich		>= 95,0%		97,9% - 98,7% >= 95,0%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Streckdefizit (Streckung mindestens 0 Grad)			4.407 / 4.470	98,6%
Patienten mit geringem oder keinem postoperativen Beugedefizit (Beugung mindestens 70 Grad)			4.456 / 4.470	99,7%

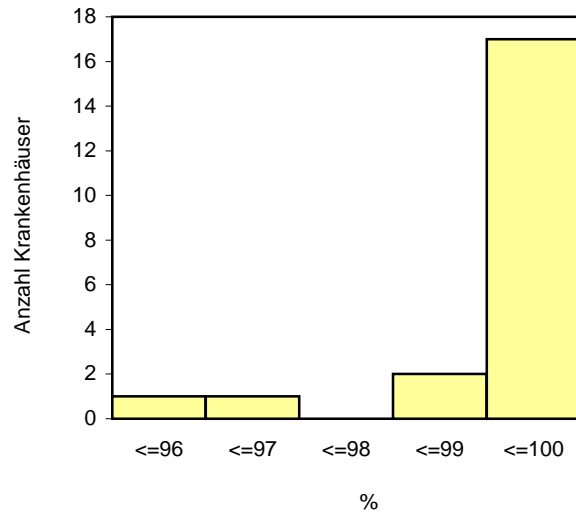
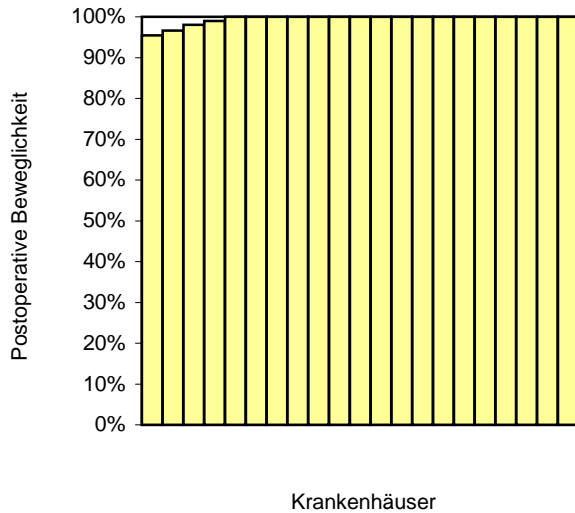
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) Vertrauensbereich			4.167 / 4.287	97,2%
				96,7% - 97,7%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/446]:**

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

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

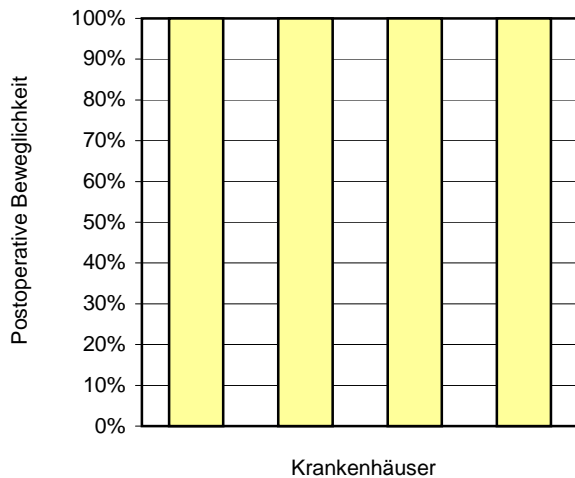
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,5	96,6	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2011			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)				
	Gesamt 2011			
	Gruppe 1 <= 15 Tage	Gruppe 2 16 - 20 Tage	Gruppe 3 21 - 25 Tage	Gruppe 4 > 25 Tage
Patienten mit post-operativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad)	4.065 / 4.133 98,4%	105 / 106 99,1%	134 / 136 98,5%	91 / 95 95,8%

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

## Qualitätsindikator 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

**Qualitätsziel:** Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

### Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

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

**Kennzahl-ID:** Gruppe 1: 2011/17n2-HUEFT-TEP/264

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich			4.473 / 4.483	99,8%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung <sup>2</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten)			4 / 4.483	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			3 / 4.145	0,1%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			0 / 107	0,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			1 / 141	0,7%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			0 / 90	0,0%

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

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gefähigkeit bei Entlassung <sup>1</sup>				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			5 / 4.326	0,1% 0,0% - 0,3%

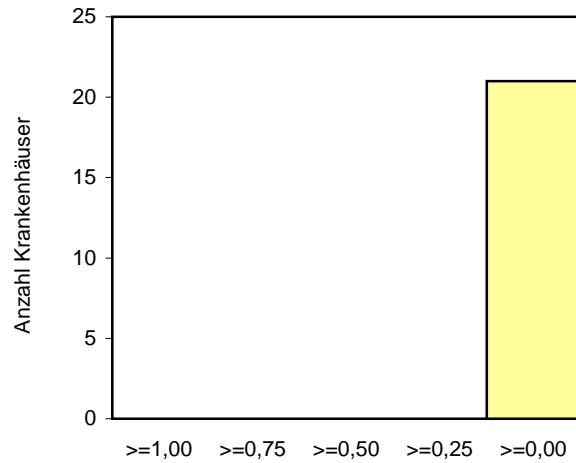
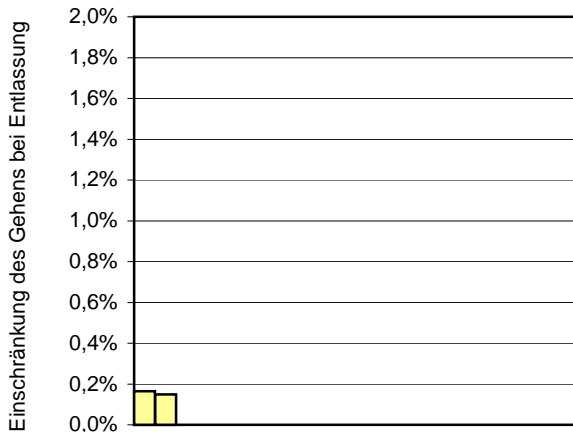
<sup>1</sup> d. h. Patient präoperativ gefähig, bei Entlassung nicht gefähig

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/264]:**

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

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

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



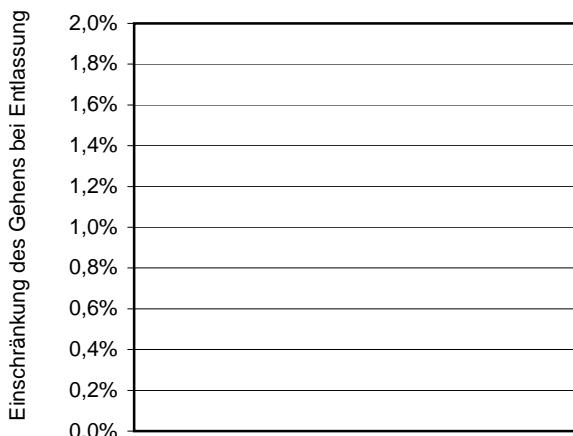
Krankenhäuser

%

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

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909

**Referenzbereich:** <= 5,43 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		4 / 4.483 0,09%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		11,18 / 4.483 0,25%
O - E		-0,16%

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup>		0,36
Referenzbereich	<= 5,43	<= 5,43

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

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

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

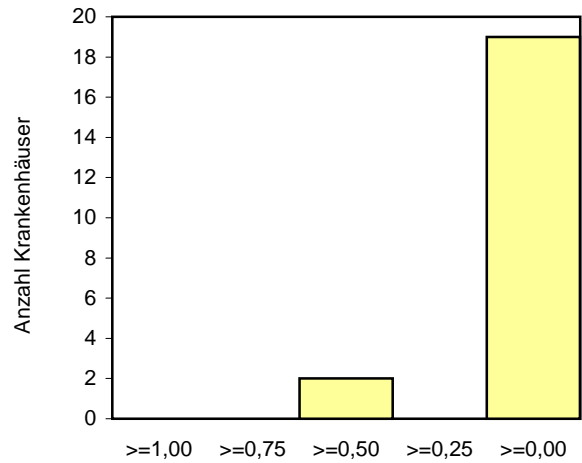
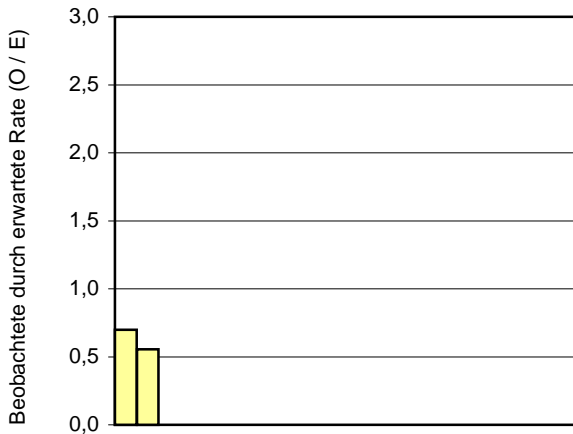
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		5 / 4.326 0,12%
vorhergesagt (E)		11,02 / 4.326 0,25%
O - E		-0,14%
O / E		0,45

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50909]:**

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

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

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



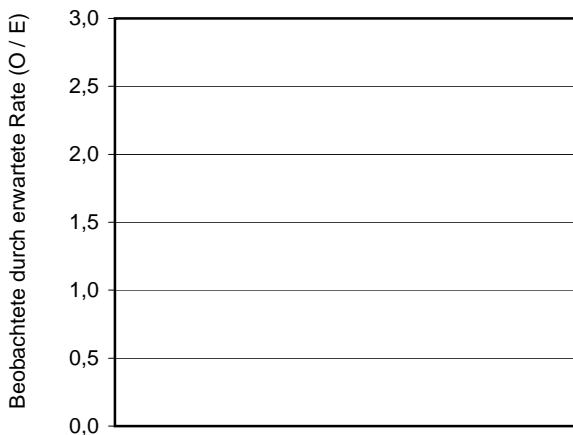
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,70

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 5: Gefäßläsion/Nervenschaden**

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

**Gefäßläsion/Nervenschaden**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/447

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 4.508	0,0%
Patienten mit Nervenschaden			11 / 4.508	0,2%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			12 / 4.508	0,3%
Vertrauensbereich				0,1% - 0,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

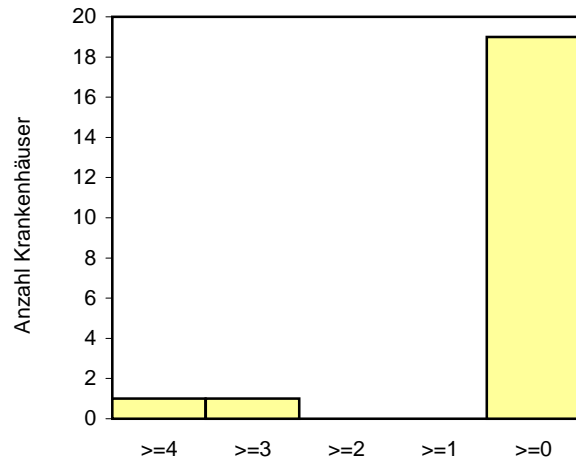
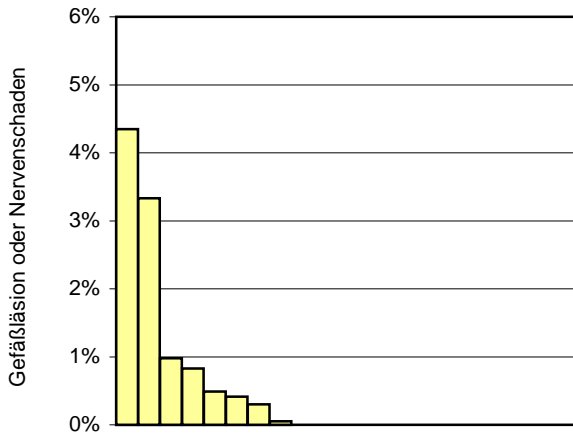
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			5 / 4.353	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/447]:**

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

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

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



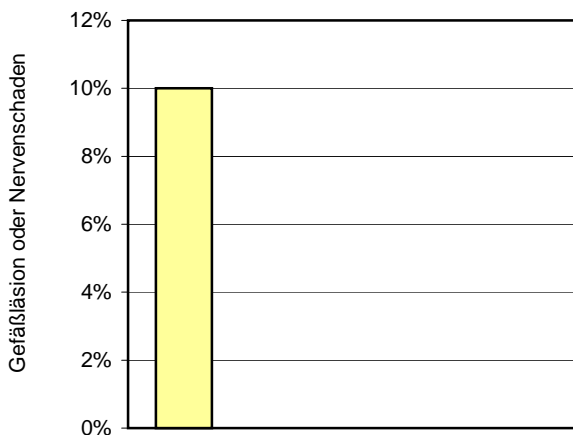
Krankenhäuser

%

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

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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



0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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



**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914  
**Referenzbereich:** <= 6,62 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		12 / 4.508 0,27%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		14,64 / 4.508 0,32%
O - E		-0,06%

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup> Referenzbereich	 <= 6,62	 0,82 <= 6,62

<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.

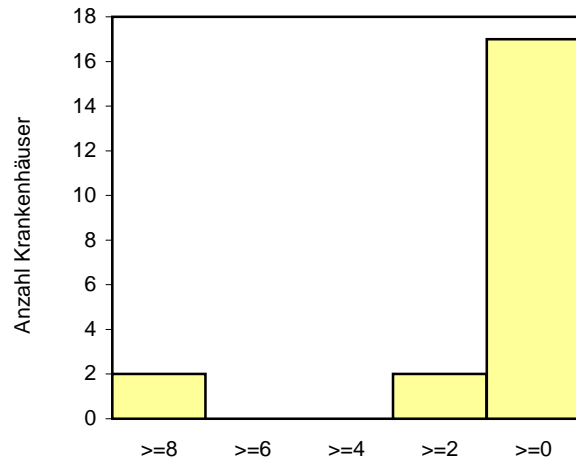
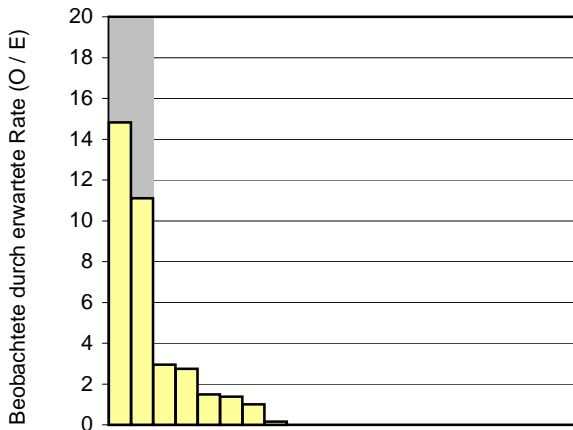
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		5 / 4.353 0,11%
vorhergesagt (E)		14,33 / 4.353 0,33%
O - E		-0,21%
O / E		 0,35

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 5b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50914]:**

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

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

21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



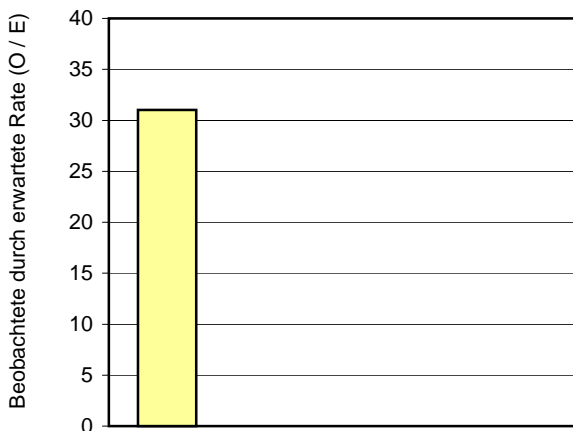
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,38	2,94	11,10	14,82

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	15,51			31,01

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

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

**Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/449

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			2 / 4.508	0,0%
Patienten mit Implantatdislokation			0 / 4.508	0,0%
Patienten mit Fraktur			13 / 4.508	0,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			15 / 4.508	0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

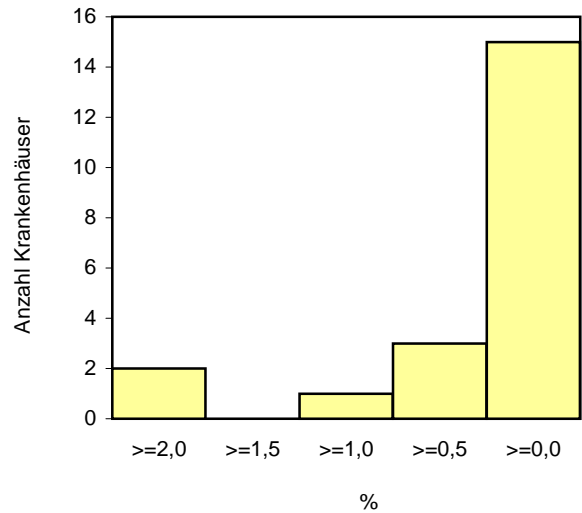
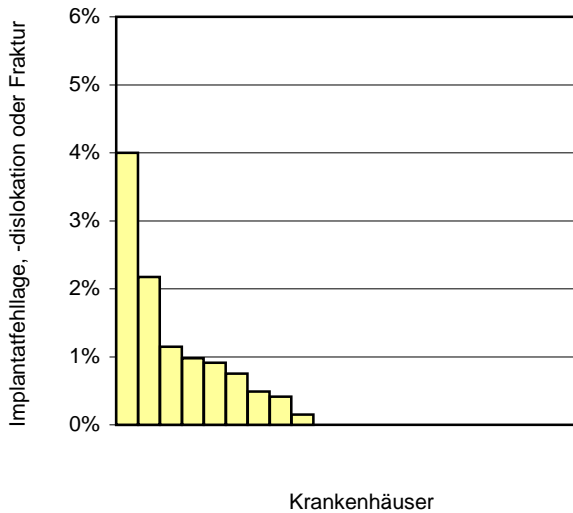
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			23 / 4.353	0,5%
Vertrauensbereich				0,3% - 0,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/449]:**

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

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

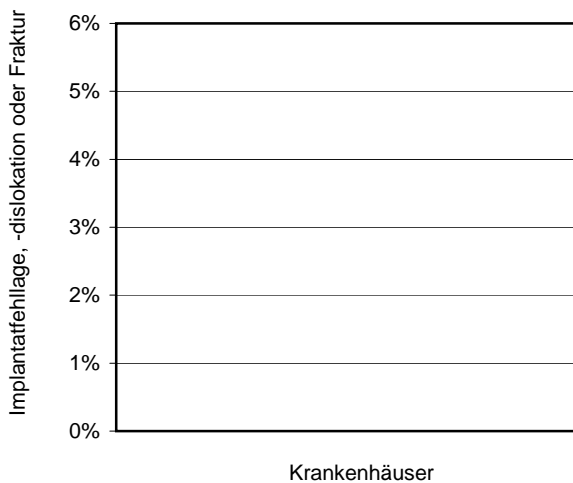
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919  
**Referenzbereich:** <= 2,21 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		15 / 4.508 0,33%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		42,02 / 4.508 0,93%
O - E		-0,60%

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

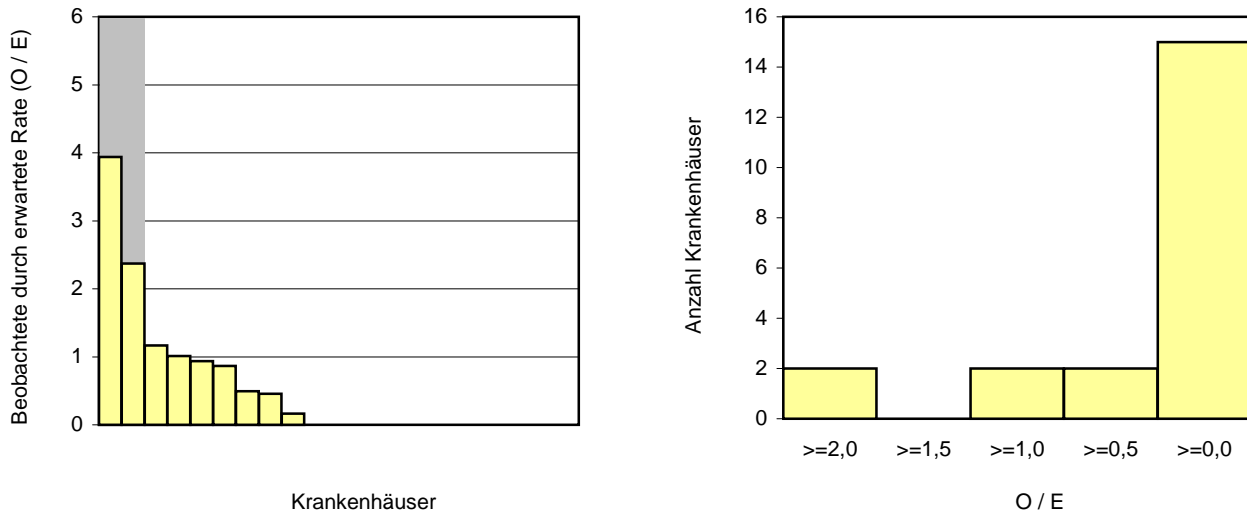
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup>		0,36
Referenzbereich	<= 2,21	<= 2,21

<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.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		23 / 4.353 0,53%
vorhergesagt (E)		40,25 / 4.353 0,92%
O - E		-0,40%
O / E		0,57

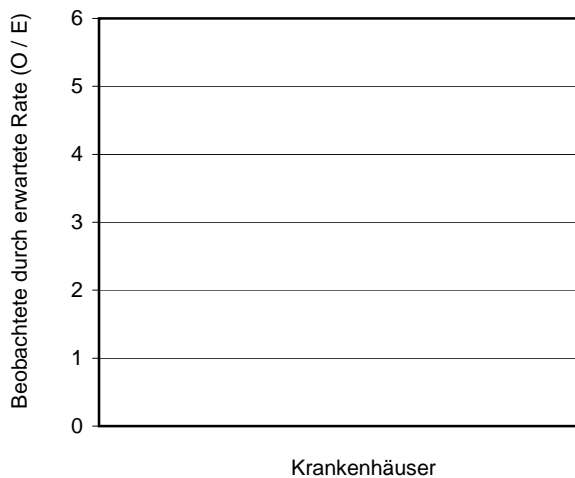
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50919]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-  
 lage, -dislokation oder Fraktur als  
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,87	1,17	2,37	3,94

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 7: Endoprothesenluxation**



**Qualitätsziel:** Selten Endoprothesenluxation



**Endoprothesenluxation**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/451

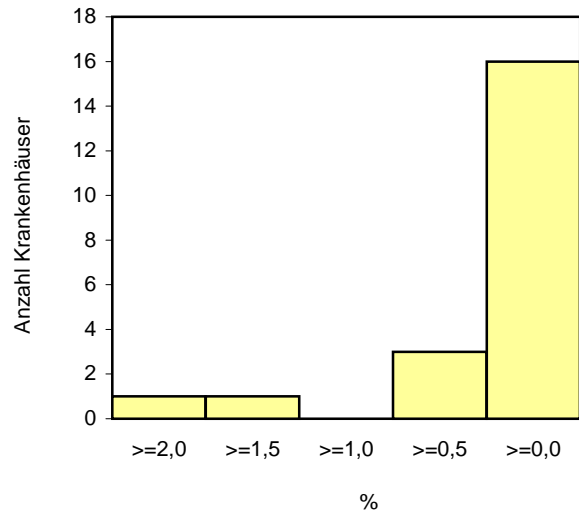
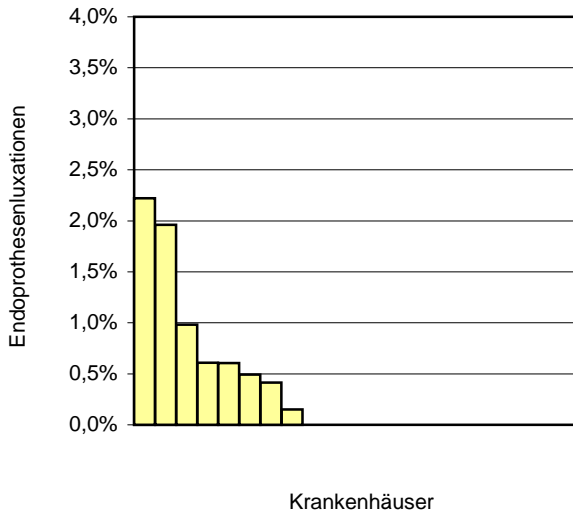
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			14 / 4.508	 0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Endoprothesenluxation			15 / 4.353	 0,3%
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%

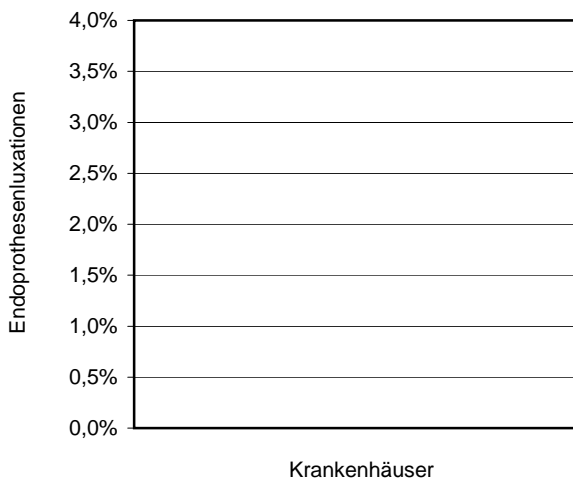
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 7a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/451]:  
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924  
**Referenzbereich:** <= 12,44 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		14 / 4.508 0,31%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		15,70 / 4.508 0,35%
O - E		-0,04%

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

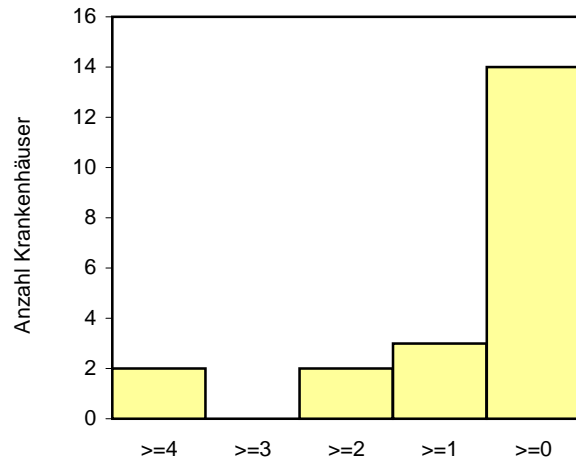
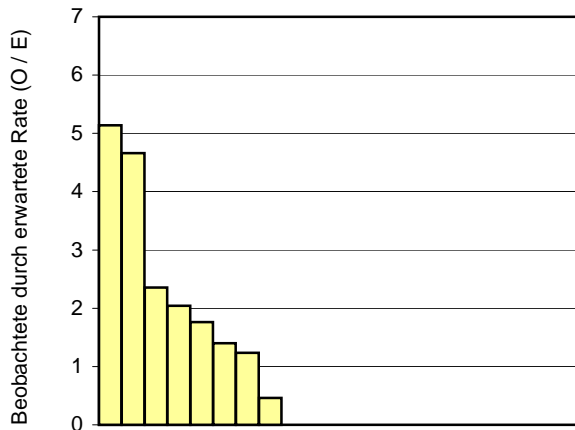
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup>		0,89
Referenzbereich	<= 12,44	<= 12,44

<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.

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		15 / 4.353 0,34%
vorhergesagt (E)		15,22 / 4.353 0,35%
O - E		0,00%
O / E		0,99

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50924]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation an allen Patienten**

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



Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	2,35	4,66	5,14

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



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 8: Postoperative Wundinfektion**

**Qualitätsziel:** Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

**Postoperative Wundinfektion**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/452

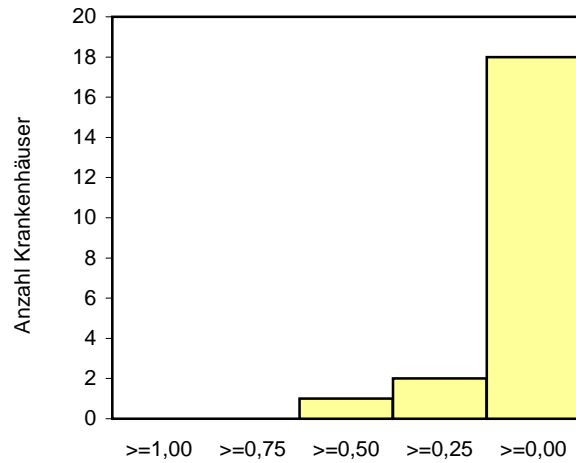
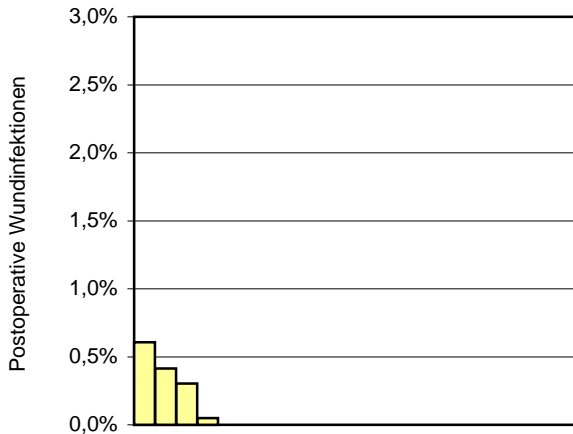
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			5 / 4.508	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 4.508	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			2 / 4.508	0,0%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			5 / 4.353	0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/452]:  
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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

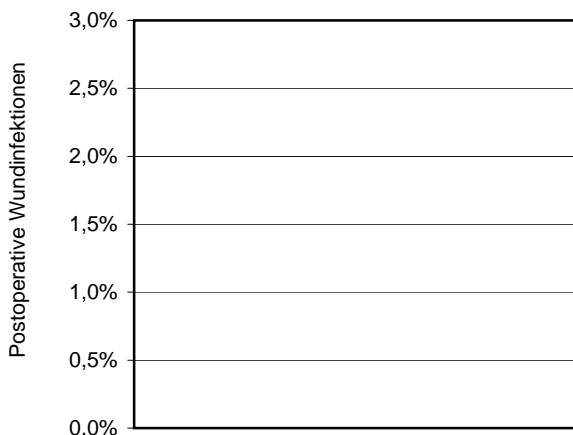


Krankenhäuser

%

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

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



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929  
**Referenzbereich:** <= 5,41 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		5 / 4.508 0,11%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		23,25 / 4.508 0,52%
O - E		-0,40%

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup>		0,22
Referenzbereich	<= 5,41	<= 5,41

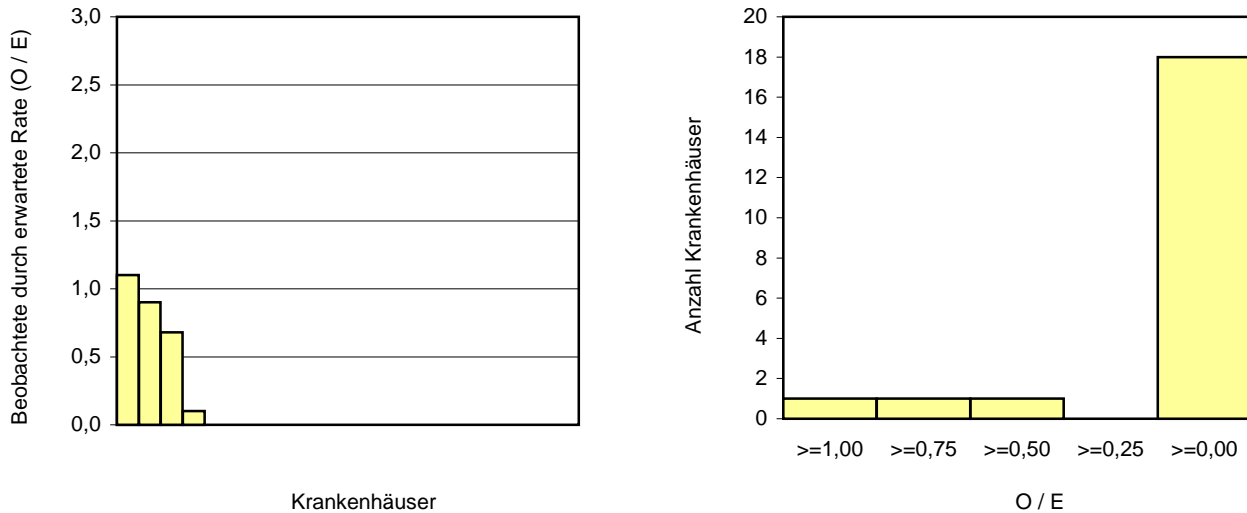
<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		5 / 4.353 0,11%
vorhergesagt (E)		23,32 / 4.353 0,54%
O - E		-0,42%
O / E		0,21

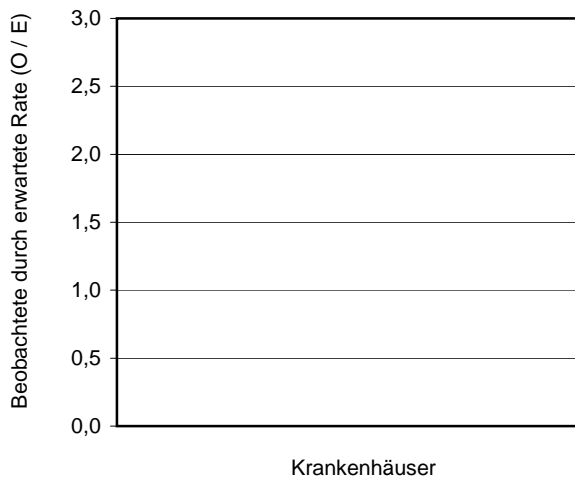
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50929]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,90	1,10

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	0,00			0,00

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: > 92 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 Patienten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			2.734 / 4.508	60,6%
Risikoklasse 1			1.486 / 4.508	33,0%
Risikoklasse 2			288 / 4.508	6,4%
Risikoklasse 3			0 / 4.508	0,0%

<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 Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 2.734	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			3 / 2.734	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 2.734	0,0%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 1.486	0,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 1.486	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			1 / 1.486	0,1%

<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 Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 288	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 288	0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 288	0,0%

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 0	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 0	
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen (CDC A3))			0 / 0	

<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)

**Qualitätsindikator 9: Wundhämatome/Nachblutungen**

**Qualitätsziel:** Selten Wundhämatome/Nachblutungen

**Wundhämatome/Nachblutungen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/454

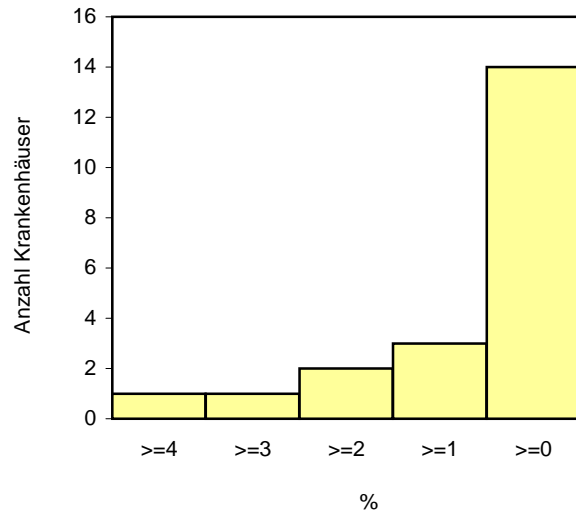
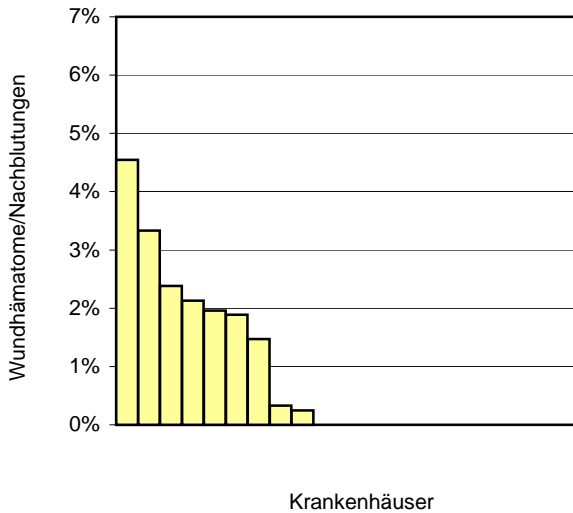
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			24 / 4.508	
Vertrauensbereich				0,3% - 0,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			16 / 4.353	
Vertrauensbereich				0,2% - 0,6%

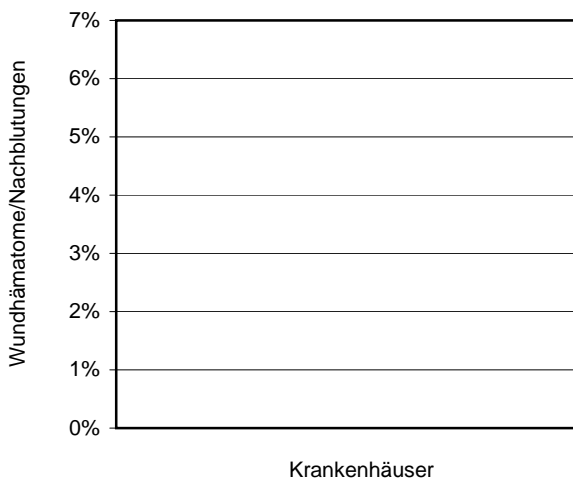
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/454]:  
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	2,4	3,3	4,5

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Krankenhaus 2011		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung					
Gesamt 2011					
		Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
		OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer	OP-Dauer
		20 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung		12 / 1.938 0,6%	10 / 2.354 0,4%	2 / 192 1,0%	0 / 24 0,0%



<sup>1</sup> eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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



**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934  
**Referenzbereich:** <= 6,80 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		24 / 4.508 0,53%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		45,84 / 4.508 1,02%
O - E		-0,48%

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

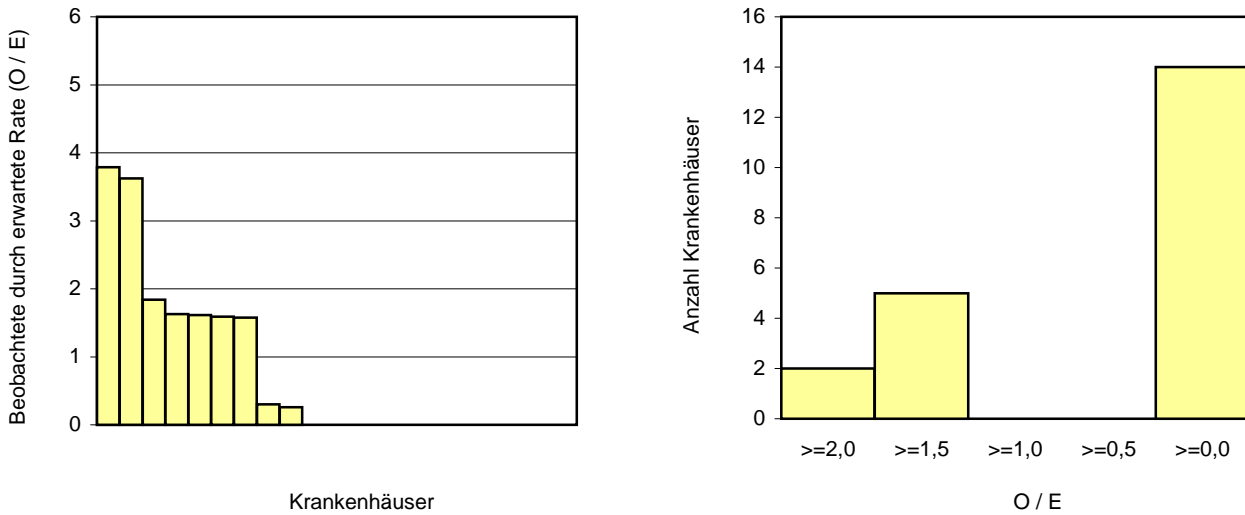
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup> Referenzbereich	 <= 6,80	 0,52 <= 6,80

<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 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		16 / 4.353 0,37%
vorhergesagt (E)		44,26 / 4.353 1,02%
O - E		-0,65%
O / E		 0,36

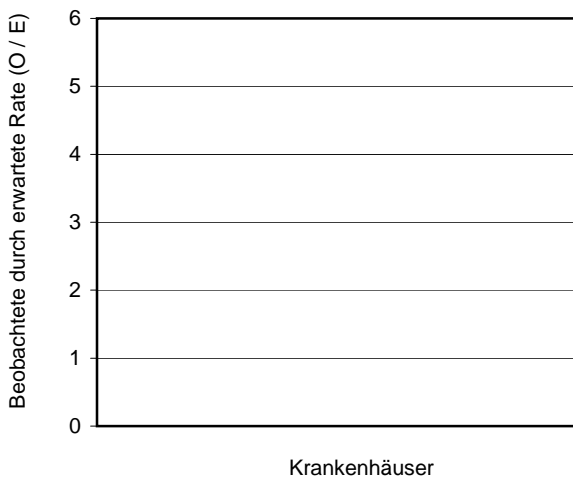
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50934]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	1,84	3,62	3,79

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 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

**Kennzahl-ID:** Gruppe 1: 2011/17n2-HUEFT-TEP/455

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

	Krankenhaus 2011		
	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 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	2 / 4.508 0,0%	1 / 3.111 0,0%	1 / 1.397 0,1%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	31 / 4.508 0,7%	14 / 3.111 0,5%	17 / 1.397 1,2%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	1 / 4.508 0,0%	1 / 3.111 0,0%	0 / 1.397 0,0%
Patienten mit Lungenembolie	1 / 4.508 0,0%	0 / 3.111 0,0%	1 / 1.397 0,1%
Patienten mit sonstiger Komplikation	37 / 4.508 0,8%	16 / 3.111 0,5%	21 / 1.397 1,5%
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich Referenzbereich	33 / 4.508 0,7% 0,5% - 1,0% nicht definiert	16 / 3.111 0,5%	17 / 1.397 1,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		
	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			

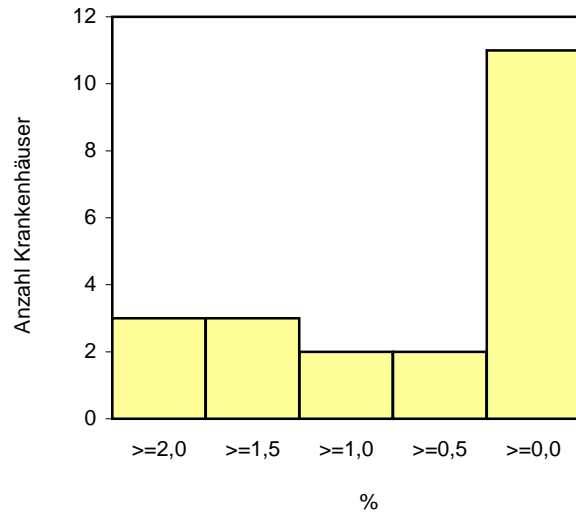
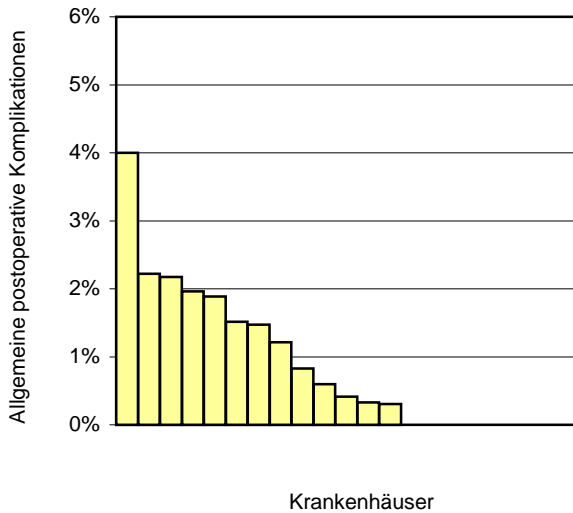
Vorjahresdaten	Gesamt 2010		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der oben genannten Komplikationen (außer sonstige Komplikationen) Vertrauensbereich	40 / 4.353 0,9% 0,7% - 1,3%	16 / 3.009 0,5%	24 / 1.343 1,8%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/455]:**

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

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

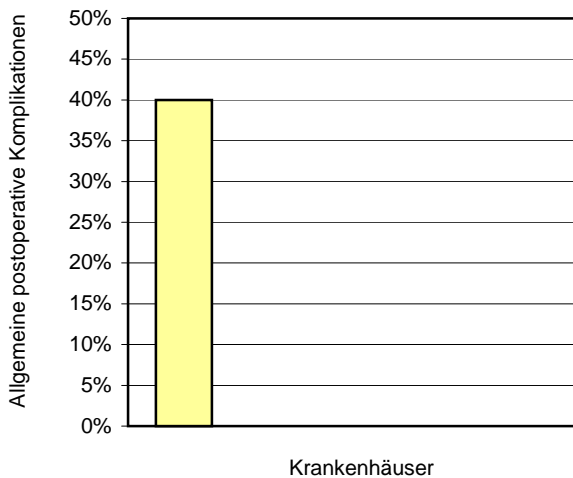
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	20,0			40,0


0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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


**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939  
**Referenzbereich:** <= 3,51 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		33 / 4.508 0,73%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		43,89 / 4.508 0,97%
O - E		-0,24%

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup> Referenzbereich	 <= 3,51	0,75 <= 3,51

<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.

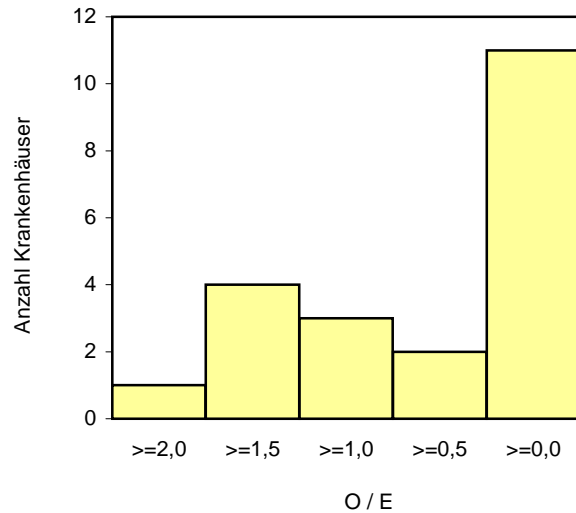
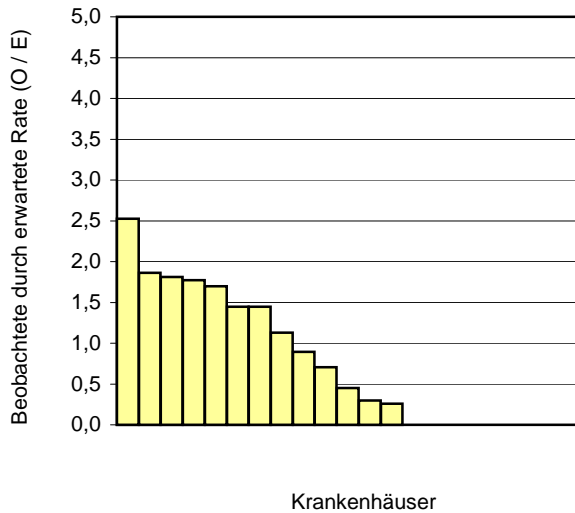
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		40 / 4.353 0,92%
vorhergesagt (E)		43,00 / 4.353 0,99%
O - E		-0,07%
O / E		0,93

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50939]:**

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

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

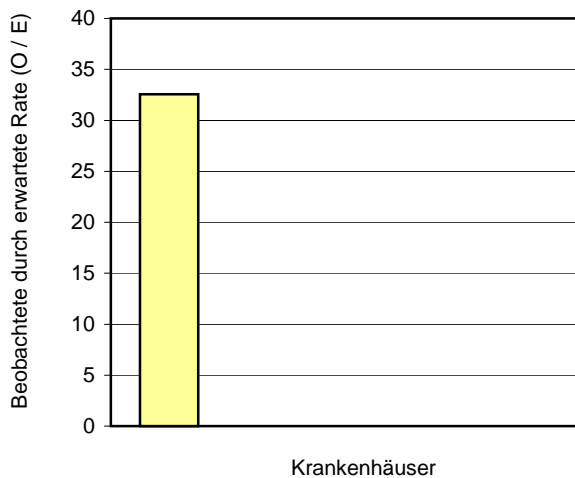
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	1,45	1,81	1,86	2,53

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

4 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	16,28			32,56

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen**

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

**Reoperation aufgrund von Komplikationen**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/456

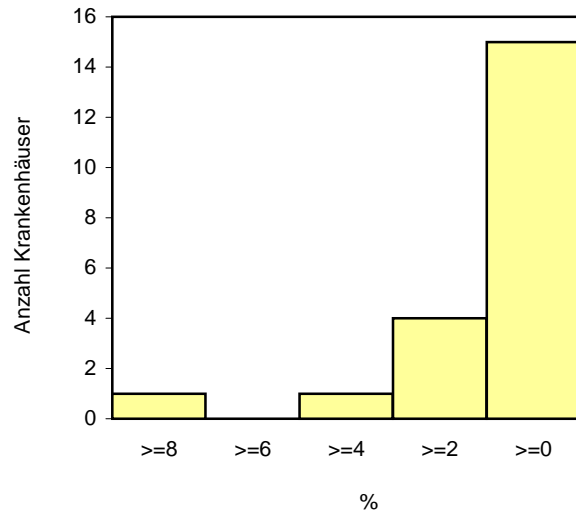
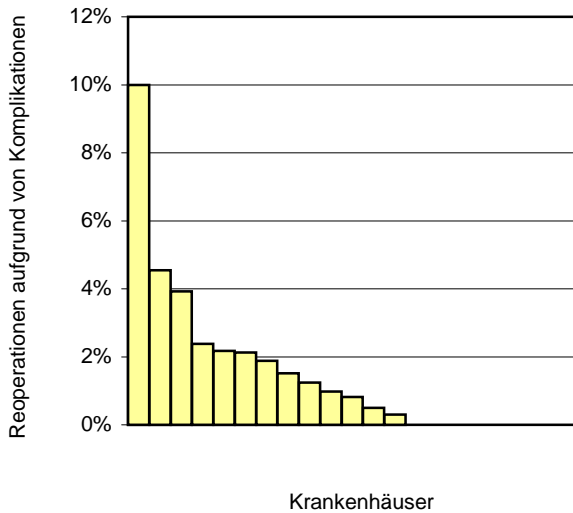
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			34 / 4.508	0,8%
Vertrauensbereich				0,5% - 1,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			35 / 4.353	0,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 1,1%

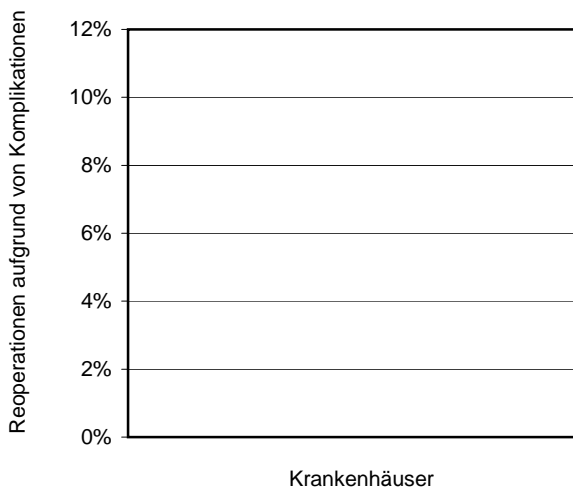
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/456]:  
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,1	3,9	4,5	10,0

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



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


0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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


**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944  
**Referenzbereich:** <= 5,01 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		34 / 4.508 0,75%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		72,73 / 4.508 1,61%
O - E		-0,86%

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup> Referenzbereich	 <= 5,01	0,47 <= 5,01

<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.

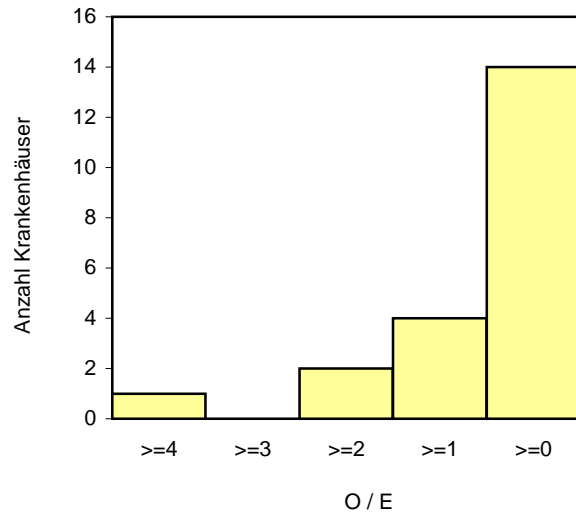
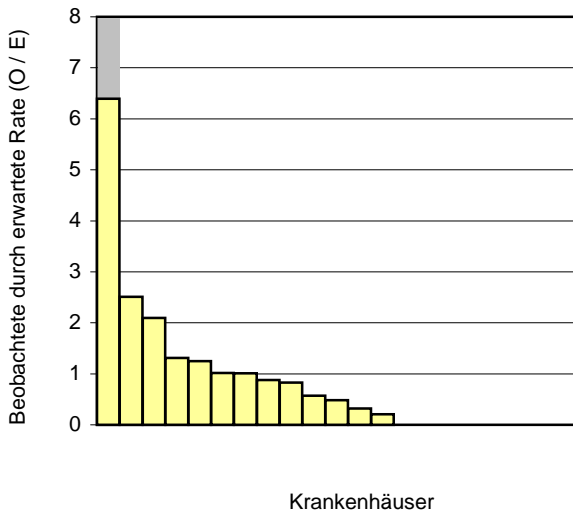
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		35 / 4.353 0,80%
vorhergesagt (E)		71,65 / 4.353 1,65%
O - E		-0,84%
O / E		0,49

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50944]:**

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

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

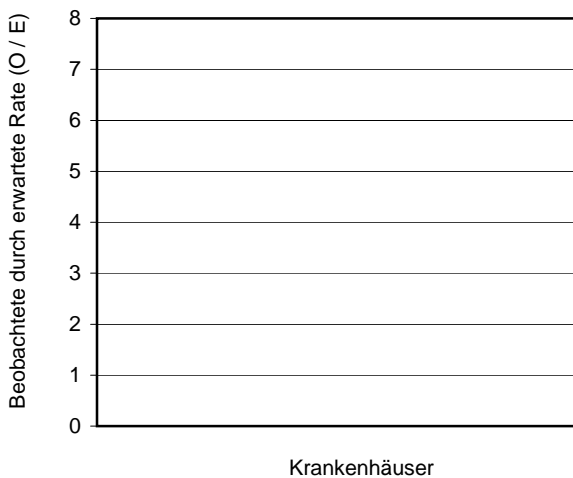
21 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	1,02	2,10	2,51	6,39

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

4 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	0,00			0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 12: Sterblichkeit im Krankenhaus**



**Qualitätsziel:** Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus



**Sterblichkeit im Krankenhaus**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/457

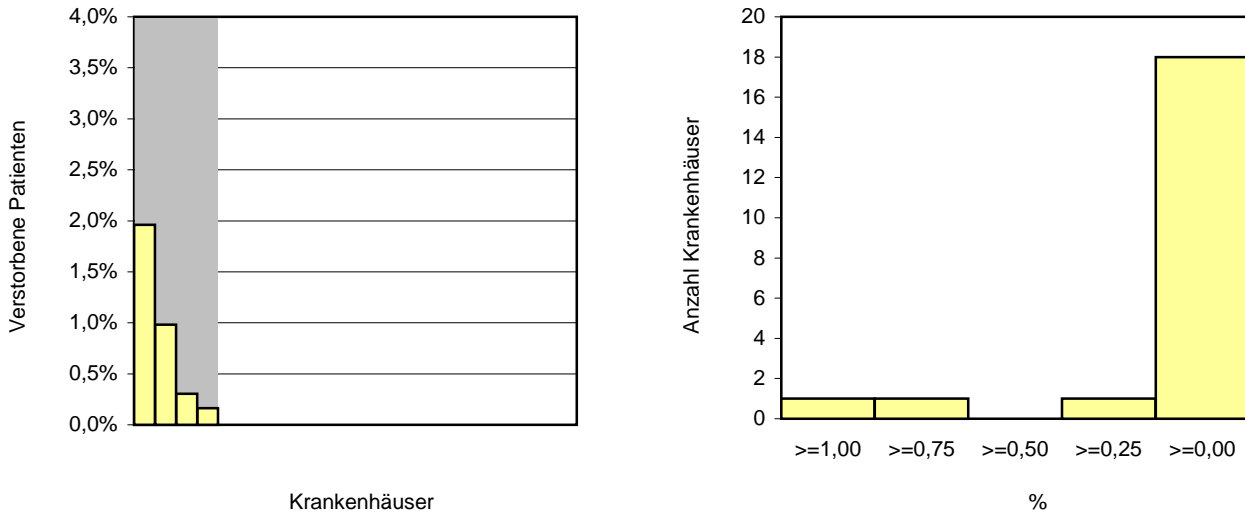
**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			5 / 4.508	 0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			5 / 4.353	 0,1%
Vertrauensbereich				0,0% - 0,3%

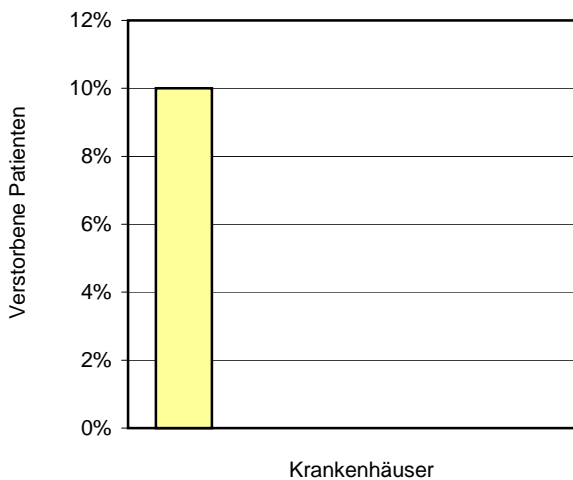
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/457]:  
 Anteil verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

	Krankenhaus 2011			
	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 2011			
	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 / 3.111 0,0%	4 / 1.375 0,3%	1 / 22 4,5%	0 / 0

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949

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

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		5 / 4.508 0,11%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		7,30 / 4.508 0,16%
O - E		-0,05%

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

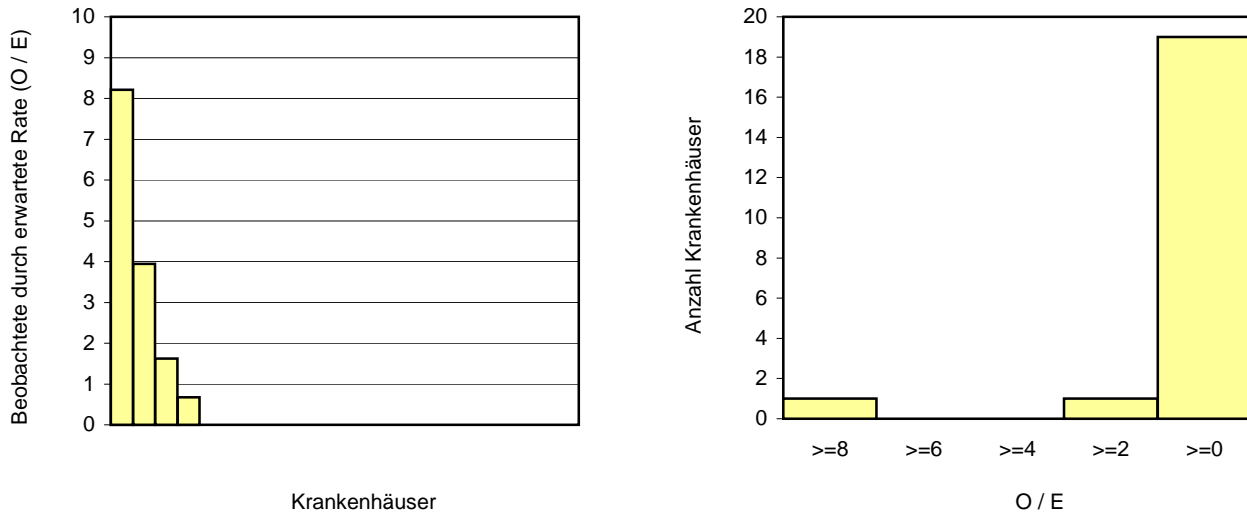
	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011
O / E <sup>2</sup> Referenzbereich	nicht definiert	0,68 nicht definiert

<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.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010	Gesamt 2010
beobachtet (O)		5 / 4.353 0,11%
vorhergesagt (E)		7,06 / 4.353 0,16%
O - E		-0,05%
O / E		0,71

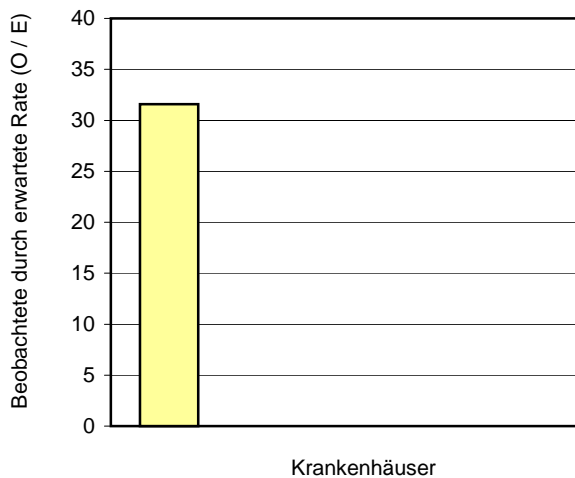
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12b, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/50949]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen an allen Patienten**

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



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	1,62	3,95	8,21

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	15,80			31,60

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

# Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.508  
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2012  
2011 - D11372-L75678-P35878

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2011 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2011

## Basisdaten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>	Anzahl	% <sup>1</sup>
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			1.301	28,9	1.229	28,2
2. Quartal			1.059	23,5	1.098	25,2
3. Quartal			1.079	23,9	993	22,8
4. Quartal			1.069	23,7	1.033	23,7
Gesamt			4.508		4.353	

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

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
<b>Präoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.508		4.353	
Median			1,0		1,0
Mittelwert			1,4		1,2
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.508		4.353	
Median			8,0		9,0
Mittelwert			9,9		10,3
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		4.508		4.353	
Median			9,0		10,0
Mittelwert			11,3		11,5

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2011<sup>1</sup>

Liste der 8 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2011

1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
2	M25.75	Osteophyt: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
3	M65.95	Synovitis und Tenosynovitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
4	D62	Akute Blutungsanämie
5	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
6	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose
7	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
8	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2011

Liste der 8 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				M16.1	2.969	65,9	M16.1	2.857	65,6
2				M25.75	1.452	32,2	M25.75	1.362	31,3
3				M65.95	1.248	27,7	M65.95	1.148	26,4
4				D62	584	13,0	D62	502	11,5
5				M16.9	499	11,1	M16.9	473	10,9
6				M16.7	408	9,1	I10.00	453	10,4
7				I10.00	401	8,9	M16.3	395	9,1
8				M16.3	366	8,1	M16.7	376	8,6

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2010 und ICD-10-GM 2011 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 2011<sup>1</sup>**

Liste der 5 häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2011

1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
2	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
3	5-800.5g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk
4	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
5	5-800.4g	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk

**OPS 2011**

Liste der 5 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2011			Gesamt 2011			Gesamt 2010		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-820.00	2.082	46,2	5-820.00	1.762	40,5
2				5-820.01	1.122	24,9	5-820.01	1.193	27,4
3				5-800.5g	718	15,9	5-782.0d	741	17,0
4				5-820.94	659	14,6	5-800.5g	687	15,8
5				5-800.4g	563	12,5	5-820.94	632	14,5

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2010 und OPS 2011 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

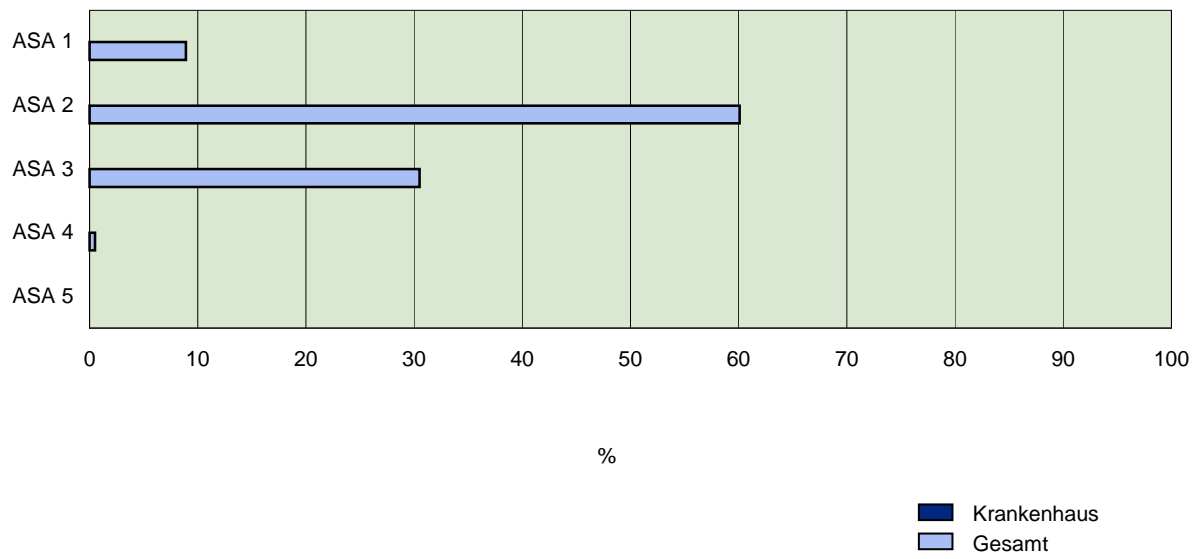
**Zusatz-OPS-Kodes**

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			119 / 4.508	2,6	69 / 4.353	1,6
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 4.508	0,0	90 / 4.353	2,1
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0
5-988 Anwendung eines Navigationssystems			1 / 4.508	0,0	2 / 4.353	0,0

## Patienten

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.508 / 4.508		4.353 / 4.353	
< 50 Jahre			361 / 4.508	8,0	334 / 4.353	7,7
50 - 59 Jahre			722 / 4.508	16,0	679 / 4.353	15,6
60 - 69 Jahre			1.295 / 4.508	28,7	1.216 / 4.353	27,9
70 - 79 Jahre			1.602 / 4.508	35,5	1.578 / 4.353	36,3
80 - 89 Jahre			507 / 4.508	11,2	523 / 4.353	12,0
>= 90 Jahre			21 / 4.508	0,5	23 / 4.353	0,5
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			4.508		4.353	
Median				69,0		69,0
Mittelwert				67,0		67,3
<b>Geschlecht</b>						
männlich			1.789	39,7	1.676	38,5
weiblich			2.719	60,3	2.677	61,5
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			402	8,9	396	9,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.709	60,1	2.613	60,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.375	30,5	1.324	30,4
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			22	0,5	19	0,4
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

### Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



### Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Schmerzen</b>						
Ruheschmerz			3.576	79,3	3.481	80,0
Belastungsschmerz			770	17,1	830	19,1
keine Schmerzen			162	3,6	42	1,0
<b>Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah</b>						
			374	8,3	380	8,7

## Präoperative Diagnostik

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>			4.347	96,4	4.170	95,8
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.347		4.170	
<b>Winkel Extension (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,3		0,3
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				2,4		2,8
<b>Winkel Flexion (Grad)</b> Median				90,0		90,0
Mittelwert				89,1		89,1
<b>Ab-/Adduktion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.347		4.170	
<b>Winkel Abduktion (Grad)</b> Median				15,0		15,0
Mittelwert				15,2		16,0
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b> Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
<b>Winkel Adduktion (Grad)</b> Median				10,0		10,0
Mittelwert				10,2		10,2

**Präoperative Diagnostik (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2011	Gesamt 2011	Gesamt 2010
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
<b>Außen-/Innenrotation</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben		4.347	4.170
<b>Winkel</b>			
<b>Außenrotation (Grad)</b>			
Median		10,0	10,0
Mittelwert		13,2	13,5
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>			
Median		0,0	0,0
Mittelwert		0,8	0,8
<b>Winkel</b>			
<b>Innenrotation (Grad)</b>			
Median		5,0	5,0
Mittelwert		5,7	5,4

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

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Osteophyten</b>						
keine oder fraglich			72	1,6	162	3,7
eindeutig			1.977	43,9	1.832	42,1
große			2.459	54,5	2.359	54,2
<b>Gelenkspalt</b>						
nicht oder fraglich						
verschmälert			23	0,5	23	0,5
eindeutig verschmälert			369	8,2	430	9,9
fortgeschritten verschmälert			2.036	45,2	1.820	41,8
aufgehoben			2.080	46,1	2.080	47,8
<b>Sklerose</b>						
keine Sklerose			14	0,3	24	0,6
leichte Sklerose			1.329	29,5	1.489	34,2
leichte Sklerose mit Zystenbildung			2.481	55,0	2.019	46,4
Sklerose mit Zysten			684	15,2	821	18,9
<b>Deformierung</b>						
keine Deformierung			427	9,5	544	12,5
leichte Deformierung			1.721	38,2	2.055	47,2
deutliche Deformierung			2.360	52,4	1.754	40,3
<b>Wundkontaminations- klassifikation</b>						
(nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			4.490	99,6	4.326	99,4
bedingt aseptische Eingriffe			12	0,3	15	0,3
kontaminierte Eingriffe			5	0,1	7	0,2
septische Eingriffe			1	0,0	5	0,1

## Operation

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Dauer des Eingriffs</b>						
Schnitt-Nahtzeit (min)						
Anzahl Patienten mit gültiger Angabe			4.508		4.353	
Median				65,0		67,0
Mittelwert				69,8		71,6
<b>perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>						
Anzahl Patienten			4.501	99,8	4.334	99,6
davon						
single shot			4.154 / 4.501	92,3	4.020 / 4.334	92,8
Zweitgabe			74 / 4.501	1,6	61 / 4.334	1,4
öfter			273 / 4.501	6,1	253 / 4.334	5,8

## Verlauf

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperatives Röntgenbild a/p</b>			4.499	99,8	4.346	99,8
<b>postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein</b>			2.382	52,8	2.268	52,1
<b>behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			72	1,6	71	1,6
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Implantatfehlage			2	0,0	2	0,0
Implantatdislokation			0	0,0	3	0,1
Endoprothesenluxation			14	0,3	15	0,3
Wundhämatom/Nachblutung			24	0,5	16	0,4
Gefäßläsion			1	0,0	1	0,0
Nervenschaden			11	0,2	4	0,1
Fraktur			13	0,3	20	0,5
Sonstige			7	0,2	12	0,3
<b>postoperative Wundinfektion</b>						
(nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			5	0,1	5	0,1
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			3 / 5	60,0	2 / 5	40,0
A2 (tiefe Infektion)			2 / 5	40,0	3 / 5	60,0
A3 (Räume/Organe)			0 / 5	0,0	0 / 5	0,0
<b>Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</b>			34	0,8	35	0,8

**Verlauf (Fortsetzung)**

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			69	1,5	78	1,8
<i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>						
Pneumonie			2	0,0	11	0,3
kardiovaskuläre Komplikation(en)			31	0,7	16	0,4
tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose			1	0,0	10	0,2
Lungenembolie			1	0,0	4	0,1
Sonstige			37	0,8	45	1,0

## Entlassung I

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Zustand bei Entlassung</b>						
<b>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</b>			4.470	99,2	4.287	98,5
<b>Extension/Flexion</b> Anzahl Patienten mit plausiblen Angaben			4.470		4.287	
<b>Winkel Extension (Grad)</b>						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,1
<b>Neutral-Null-Wert (Grad)</b>						
Median				0,0		0,0
Mittelwert				0,1		0,2
<b>Winkel Flexion (Grad)</b>						
Median				90,0		90,0
Mittelwert				89,7		89,7

### Entlassung I (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>selbständiges Gehen bei Entlassung möglich</b> (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.491	99,7	4.335	99,7
Nein			12	0,3	13	0,3
wenn Nein:						
selbständiges Gehen vor der Operation			4	33,3	5	38,5
<b>selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich</b> (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.478	99,4	4.329	99,6
Nein			25	0,6	19	0,4
wenn Nein:						
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Operation			9	36,0	9	47,4

## Entlassung II

Entlassungsgrund <sup>1</sup>	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.152	25,6	1.186	27,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			34	0,8	15	0,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	3	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,1	6	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			80	1,8	78	1,8
07: Tod			5	0,1	5	0,1
08: Verlegung nach § 14			2	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			3.215	71,3	3.047	70,0
10: in Pflegeeinrichtung			10	0,2	5	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,0	1	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	1	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			1	0,0	4	0,1

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- |  |  |
|--|--|
| 01 Behandlung regulär beendet  | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen   |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                              | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG                                      |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet   | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus  | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung   | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz  |  |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                |  |

### Entlassung III

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl Patienten mit Entlassung am</b>						
Montag			934	20,7	957	22,0
Dienstag			771	17,1	746	17,1
Mittwoch			841	18,7	772	17,7
Donnerstag			831	18,4	743	17,1
Freitag			864	19,2	809	18,6
Samstag			192	4,3	261	6,0
Sonntag			75	1,7	65	1,5

**Anhang: OPS 2011**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.00</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert			2.082 / 4.508	46,2	1.762 / 4.353	40,5
<b>5-820.01</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert			1.122 / 4.508	24,9	1.193 / 4.353	27,4
<b>5-820.02</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)			540 / 4.508	12,0	615 / 4.353	14,1
<b>5-820.20</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert			7 / 4.508	0,2	24 / 4.353	0,6
<b>5-820.21</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert			19 / 4.508	0,4	23 / 4.353	0,5
<b>5-820.22</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)			44 / 4.508	1,0	61 / 4.353	1,4
<b>5-820.30</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert			2 / 4.508	0,0	4 / 4.353	0,1
<b>5-820.31</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert			1 / 4.508	0,0	3 / 4.353	0,1
<b>5-820.40</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert			2 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0

### OPS 2011 (Fortsetzung)

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.41</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert			8 / 4.508	0,2	5 / 4.353	0,1
<b>5-820.x0</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert			0 / 4.508	0,0	3 / 4.353	0,1
<b>5-820.x1</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert			0 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0
<b>5-820.x2</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)			6 / 4.508	0,1	3 / 4.353	0,1
<b>5-820.80</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert			0 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0
<b>5-820.81</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert			1 / 4.508	0,0	1 / 4.353	0,0
<b>5-820.82</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)			8 / 4.508	0,2	4 / 4.353	0,1
<b>5-820.92</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert			1 / 4.508	0,0	2 / 4.353	0,0

**OPS 2011 (Fortsetzung)**

Vollständige Liste der Einschlussprozeduren

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>5-820.93</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert			0 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0
<b>5-820.94</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert			659 / 4.508	14,6	632 / 4.353	14,5
<b>5-820.95</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert			2 / 4.508	0,0	0 / 4.353	0,0
<b>5-820.96</b> Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)			7 / 4.508	0,2	21 / 4.353	0,5

# Jahresauswertung 2011 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

17/2

## Statistische Basisprüfung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 25  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.508  
Datensatzversion: 17/2 2011 14.0  
Datenbankstand: 28. Februar 2012  
2011 - D11372-L75678-P35878

Eine Auswertung des BQS-Instituts - Standort Hamburg - unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des  
AQUA-Instituts, Göttingen © 2011 und des BQS-Instituts im Auftrag der © EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle  
Qualitätssicherung 2011

## 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	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2011/17n2-HUEFT-TEP/813129 <b>AK 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer</b>			86,7%	< 100,0%	AK.1
2011/17n2-HUEFT-TEP/813126 <b>AK 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen</b>			0,0%	<= 0,0 Fälle	AK.3

**Auffälligkeitskriterium 2a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 14 Tage  
 (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/813129

**Referenzbereich:** < 100,0%

**ID-Bezugskennzahl(en):** 452, 455

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			345 / 398	86,7% 82,9% - 89,9% < 100,0%

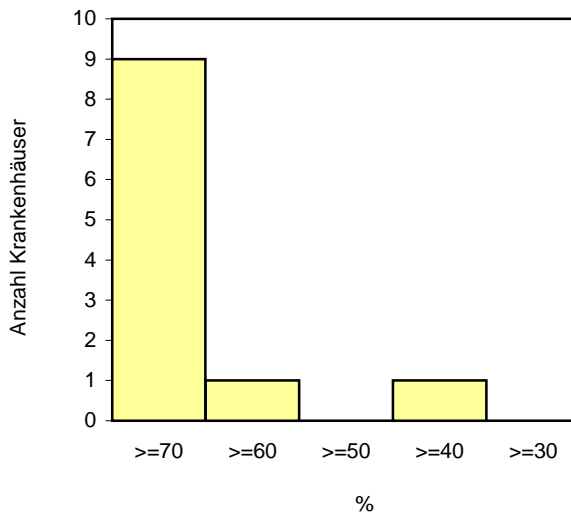
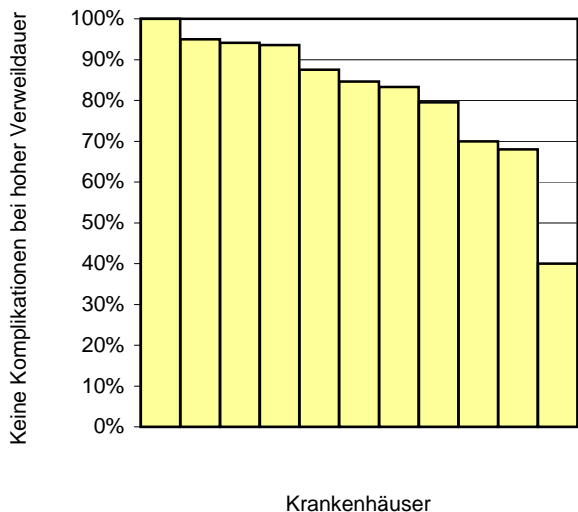
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungs- bedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			345 / 410	84,1% 80,2% - 87,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2a, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/813129]:**

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

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

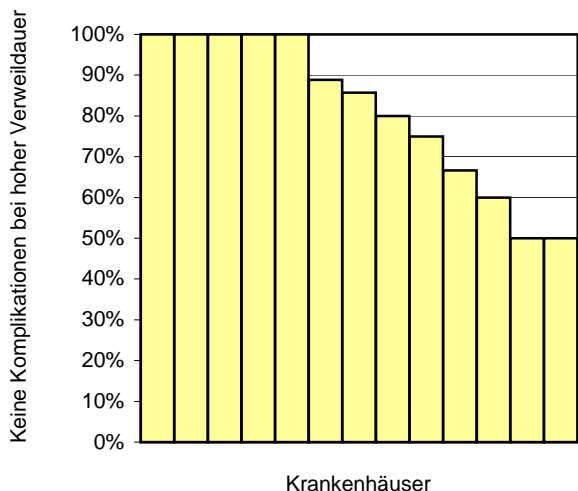
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	40,0		68,0	70,0	84,6	94,1	95,0		100,0

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

13 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0		50,0	66,7	85,7	100,0	100,0		100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Auffälligkeitskriterium 6: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

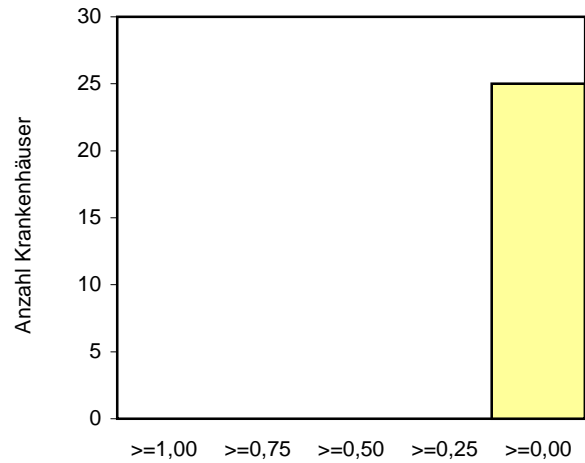
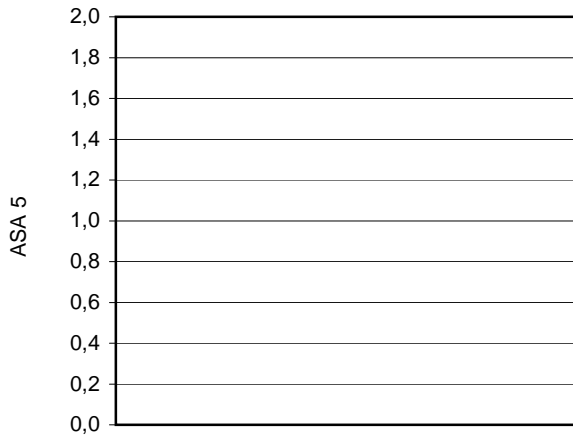
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Kennzahl-ID:** 2011/17n2-HUEFT-TEP/813126  
**Referenzbereich:** <= 0,0 Fälle  
**ID-Bezugskennzahl(en):** -

	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich Referenzbereich			0 / 4.508	0,0%
		<= 0,0 Fälle		0,0% - 0,1% <= 0,0 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2010		Gesamt 2010	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit ASA 5 Vertrauensbereich			1 / 4.353	0,0%
				0,0% - 0,1%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Kennzahl-ID 2011/17n2-HUEFT-TEP/813126]:**  
**Anzahl von Patienten mit ASA 5 an allen Patienten**

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



Krankenhäuser

Fälle

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

## 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 Kennzahl-ID ist die Bezeichnung der einzelnen Qualitätskennzahl mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Danach sind alle Qualitätskennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für eine Qualitätskennzahl 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 2011 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. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

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

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Einflüsse überdeckt der Vertrauensbereich 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%. Als Berechnungsvorschrift kann die DIN ISO 11453 herangezogen werden. Die Umsetzung der Berechnung erfolgte hier jedoch nach DIN 55303 Teil 6. Für die dargestellten Ergebnisse, mit Rundung auf eine Nachkommastelle, ergeben sich dabei praktisch keine Unterschiede.

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 oder Qualitätskennzahlen Referenzbereiche definiert.

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

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

#### Zielbereich:

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

#### Toleranzbereich:

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

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

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2011.

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

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

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

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

Referenzbereich:  $\leq 2,5\%$

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

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

#### Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als  $6\%$  und damit unauffällig.

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2011 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2010 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 © 2011. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2010 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2011 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2011 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 über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

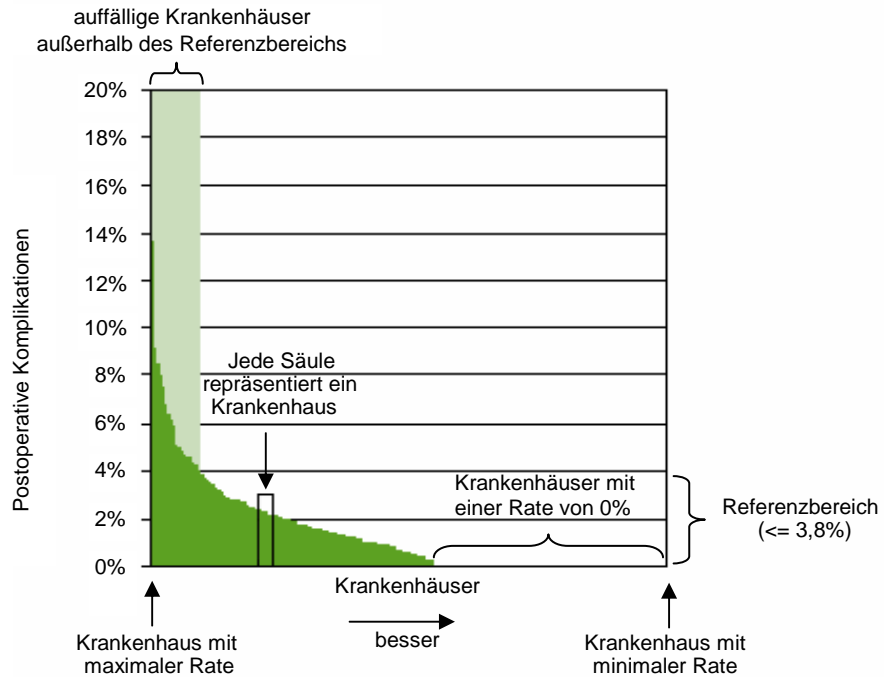
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

## 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

### Beispiel:

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



## 2.4.2 Histogramm

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

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

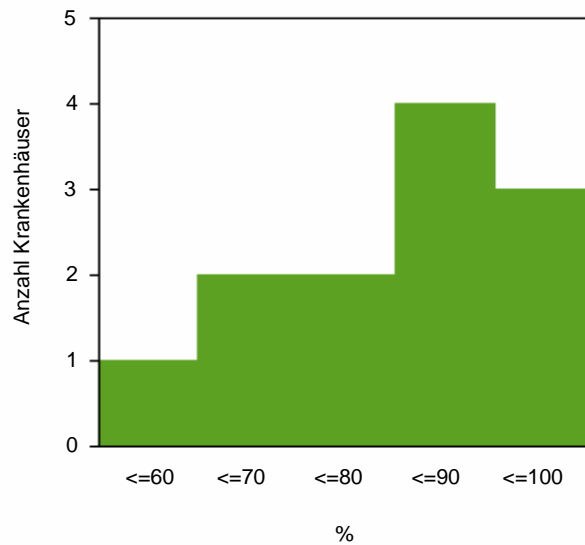
### Beispiel:

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

1. Klasse:  $\leq 60\%$
2. Klasse:  $> 60\%$  bis  $\leq 70\%$
3. Klasse:  $> 70\%$  bis  $\leq 80\%$
4. Klasse:  $> 80\%$  bis  $\leq 90\%$
5. Klasse:  $> 90\%$  bis  $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### 3. Basisauswertung

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

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 6. Interpretation der Ergebnisse

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

## 7. Glossar

### **Anteil**

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

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältniszahl

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)**

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

### **Kennzahl-ID einer Qualitätskennzahl**

Eine Kennzahl-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer Qualitätskennzahl, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2011/18n1-MAMMA/80694 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2011.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 80694) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### **Median der Krankenhausergebnisse**

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

### **Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund**

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

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

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

### **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 der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.