Jahresauswertung 2016
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.712
Datensatzversion: 17/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D16956-L106814-P51596

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2017 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Jahresauswertung 2016
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.712
Datensatzversion: 17/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D16956-L106814-P51596

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2017 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54030 **QI 1: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**			15,09%	<= 15,00%	außerhalb	18,58%	8
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54031 **QI 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe**			99,62%	>= 95,00%	innerhalb	99,61%	11
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54033 **QI 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung**			1,07	<= 2,27	innerhalb	-	13
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54029 **QI 4: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**			1,29%	<= 4,46%	innerhalb	1,07%	15

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

2 „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

3 Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54036 **QI 5: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-lagen, -dislokationen oder Frakturen**			0,84	<= 4,30	innerhalb	0,81	18
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54038 **QI 6: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen**			1,31	<= 3,14	innerhalb	1,67	22
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54040 **QI 7: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/ Nachblutungen bei osteosynthetischer Ver-sorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**			1,24	<= 3,72	innerhalb	1,51	31
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54042 **QI 8: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur**			1,04	<= 2,19	innerhalb	0,94	35

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

2 „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

3 Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator[1]	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[2] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[3]	Seite
2016/17n1-HUEFT-FRAK/54046							
QI 9: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes			1,12	<= 2,00	innerhalb	1,04	41

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

[2] „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

[3] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2016/17n1-HUEFT-FRAK/850350 **Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**			62,76%	< 100,00%	innerhalb	60,31%	44

[1] „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich

Gemäß eines Beschlusses der Bundesauswertungsstelle müssen Qualitätsindikatoren grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Kennzahlen ohne Referenzbereich, die in der QIDB 2015 noch als Qualitätsindikatoren ausgewiesen wurden, werden in der QIDB 2016 nicht mehr angeführt, sofern ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde. Einzelheiten sind aus dem in der QIDB 2016 hinterlegten Positionspapier „Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich“ des IQTIG vom 24. Januar 2017 ersichtlich.

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden die Ergebnisse dieser Kennzahlen ohne Referenzbereich dennoch zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die im Vorjahr noch gültige Indikator-ID ist dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Da die Rechenregeln in der QIDB 2016 nicht angegeben sind, wurden diese Kennzahlen auf Basis der QIDB 2015 bzw. mit den vom IQTIG zur Verfügung gestellten „Rechenregeln ergänzender Kennzahlen zur Übermittlung an die LQS“ (Stand: 13. März 2017) berechnet.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Krankenhaus berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

Qualitätsindikator 1: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

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

Indikator-ID: Gruppe 1: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54030

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 15,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen **ohne** antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **oder** Patienten **mit** antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren (z. B. Rivaroxaban oder Dabigatran), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 15,00%		

	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen **ohne** antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **oder** Patienten **mit** antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren (z. B. Rivaroxaban oder Dabigatran), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte	560 / 3.712 15,09%	115 / 1.061 10,84%	444 / 2.647 16,77%
Vertrauensbereich	13,97% - 16,27%		
Referenzbereich	<= 15,00%		

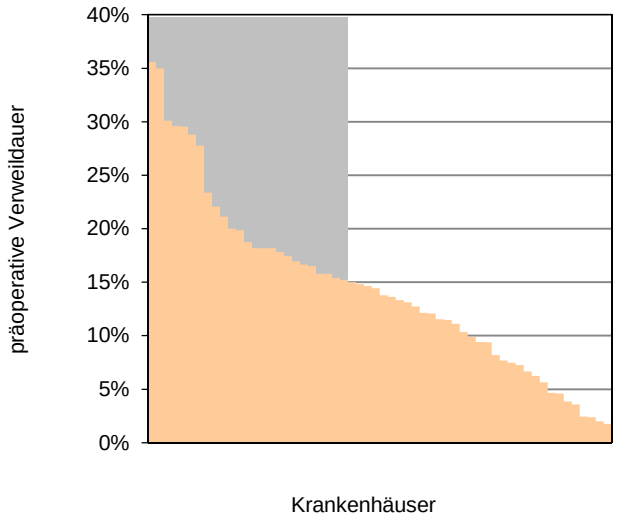
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen **ohne** antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **oder** Patienten **mit** antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren (z. B. Rivaroxaban oder Dabigatran), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte			
Vertrauensbereich			

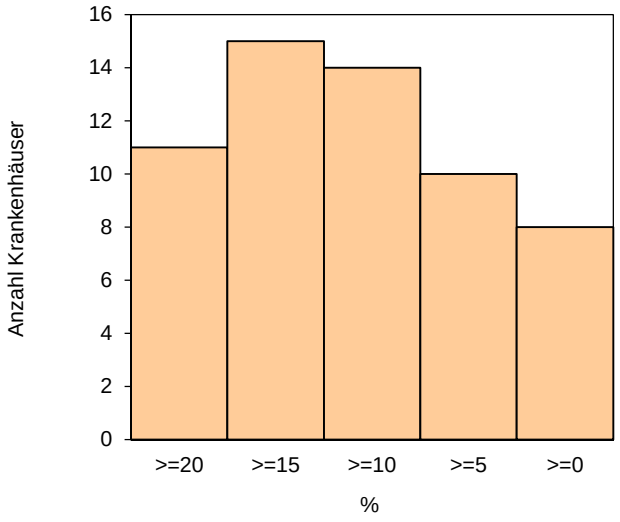
Vorjahresdaten[1]	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen **ohne** antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **oder** Patienten **mit** antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren (z. B. Rivaroxaban oder Dabigatran), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte	662 / 3.563 18,58%	124 / 952 13,03%	536 / 2.607 20,56%
Vertrauensbereich	17,34% - 19,89%		

[1] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54030]:
Anteil von Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte Thrombininhibitoren, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte an allen Patienten

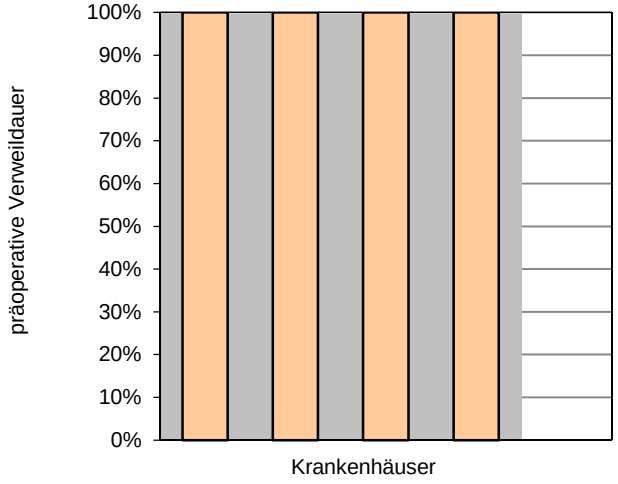
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,75	2,38	3,85	8,20	14,11	18,18	28,79	30,11	35,59

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			100,00	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel: Möglichst oft eine perioperative Antibiotikaprophylaxe

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54031

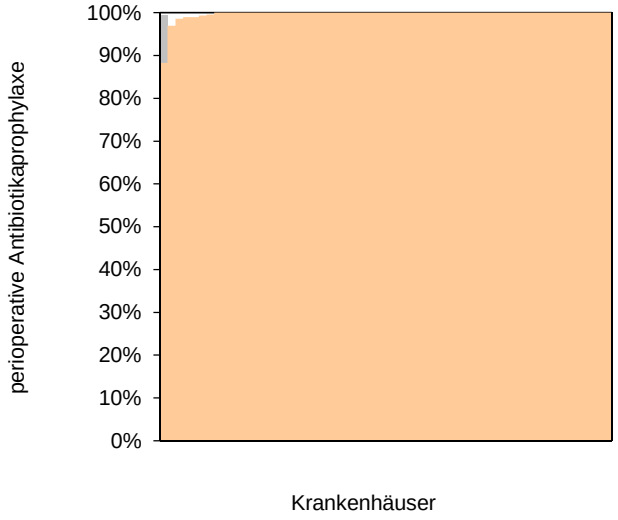
Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

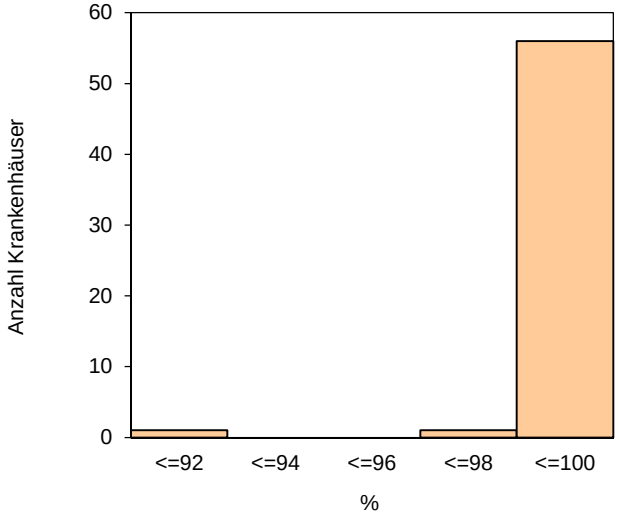
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			3.698 / 3.712	99,62%
Vertrauensbereich				99,37% - 99,78%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%
davon				
single shot			3.562 / 3.698	96,32%
Zweitgabe oder öfter			136 / 3.698	3,68%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde			3.549 / 3.563	99,61%
Vertrauensbereich				99,34% - 99,77%
davon				
single shot			3.425 / 3.549	96,51%
Zweitgabe oder öfter			124 / 3.549	3,49%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54031]:
Anteil von Patienten, bei denen eine perioperative Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde an allen Patienten

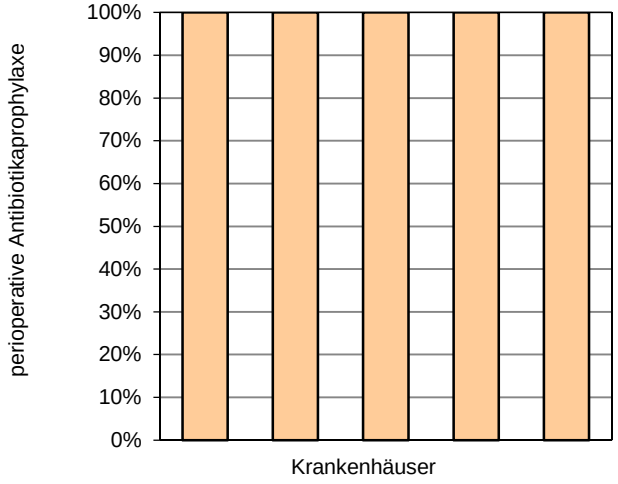
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,33	98,59	99,36	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Möglichst selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54033

Referenzbereich: <= 2,27 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		493 / 2.836 17,38%
vorhergesagt (E)[1]		460,38 / 2.836 16,23%
O - E		1,15%

[1] Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit* bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54033.

Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		1,07
Vertrauensbereich		0,99 - 1,16
Referenzbereich	<= 2,27	<= 2,27

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

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

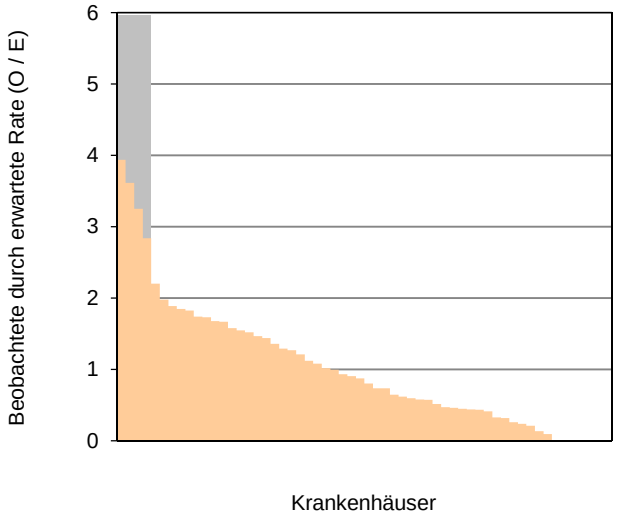
Vorjahresdaten[3] Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)	- -	- -
vorhergesagt (E)	- -	- -
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

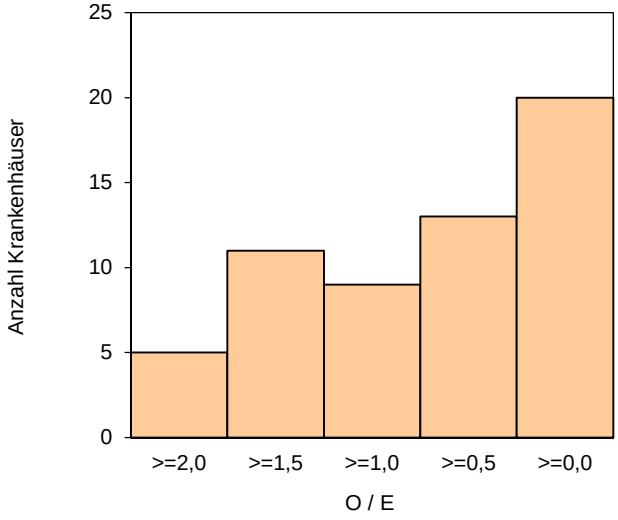
[3] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 kann dieser Indikator für 2015 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

* Gehunfähigkeit bedeutet, dass der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54033]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

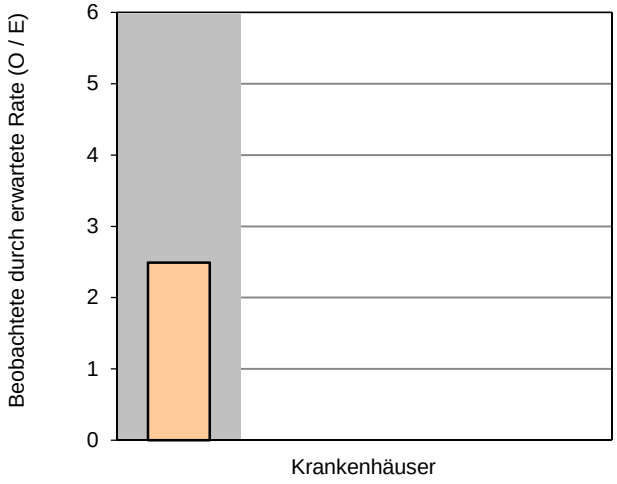
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,41	0,84	1,55	1,98	3,25	3,94

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,25			2,49

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Möglichst selten spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54029

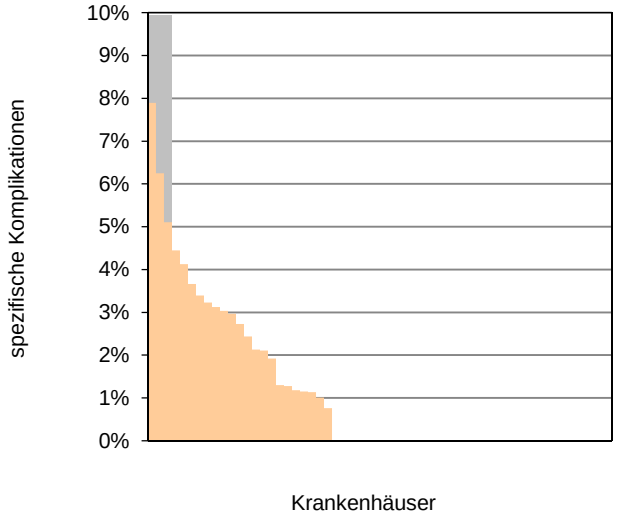
Referenzbereich: <= 4,46 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

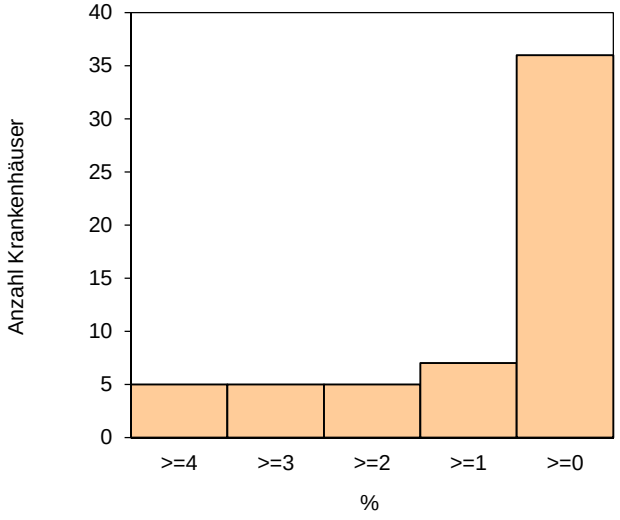
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit				
Nervenschaden			2 / 3.712	0,05%
Gefäßläsion			1 / 3.712	0,03%
Implantatdislokation			18 / 3.712	0,48%
Implantatfehllage			7 / 3.712	0,19%
Fraktur			2 / 3.712	0,05%
tiefe postoperative Wundinfektion			22 / 3.712	0,59%
Patienten mit mindestens einer der oben aufgeführten Komplikationen			48 / 3.712	1,29%
Vertrauensbereich				0,98% - 1,71%
Referenzbereich		<= 4,46%		<= 4,46%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit				
Nervenschaden			2 / 3.563	0,06%
Gefäßläsion			0 / 3.563	0,00%
Implantatdislokation			16 / 3.563	0,45%
Implantatfehllage			4 / 3.563	0,11%
Fraktur			5 / 3.563	0,14%
tiefe postoperative Wundinfektion			14 / 3.563	0,39%
Patienten mit mindestens einer der oben aufgeführten Komplikationen			38 / 3.563	1,07%
Vertrauensbereich				0,78% - 1,46%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54029]:
Anteil an Patienten mit mindestens einer der folgenden Komplikationen: Nervenschaden, Gefäßläsion, Implantatdislokation, Implantatfehllage, Fraktur, tiefe postoperative Wundinfektion an allen Patienten

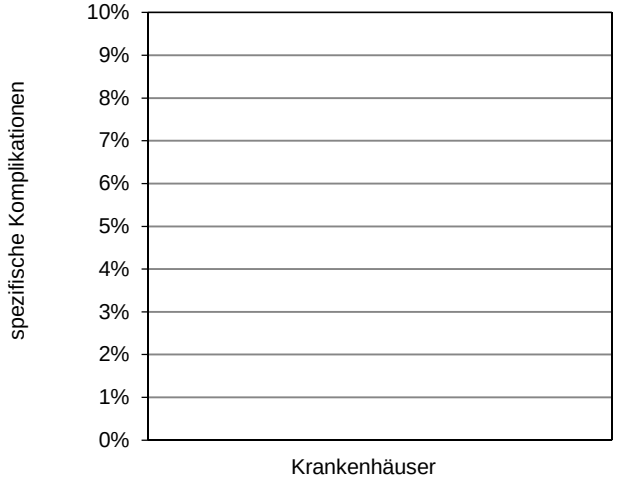
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,11	3,66	5,10	7,89

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen

Qualitätsziel: Möglichst selten Implantatfehllagen, Implantatdislokationen oder Frakturen als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54036

Referenzbereich: <= 4,30 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patienten mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		26 / 3.712 0,70%
vorhergesagt (E)[1]		30,81 / 3.712 0,83%
O - E		-0,13%

[1] Erwartete Rate an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54036.

Patienten mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		0,84
Vertrauensbereich		0,58 - 1,23
Referenzbereich	<= 4,30	<= 4,30

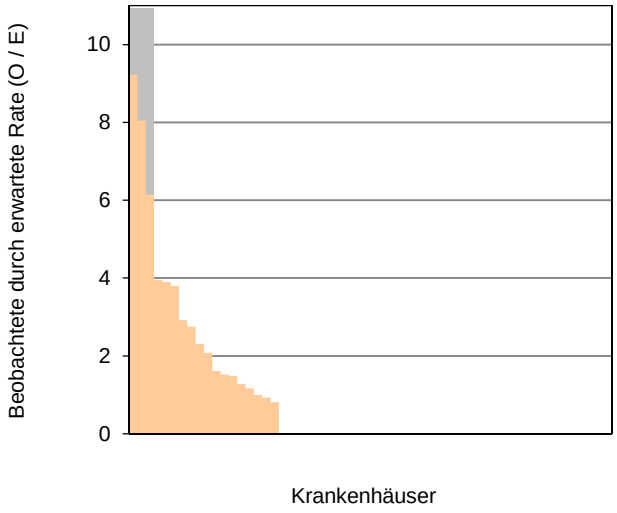
[2] Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und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

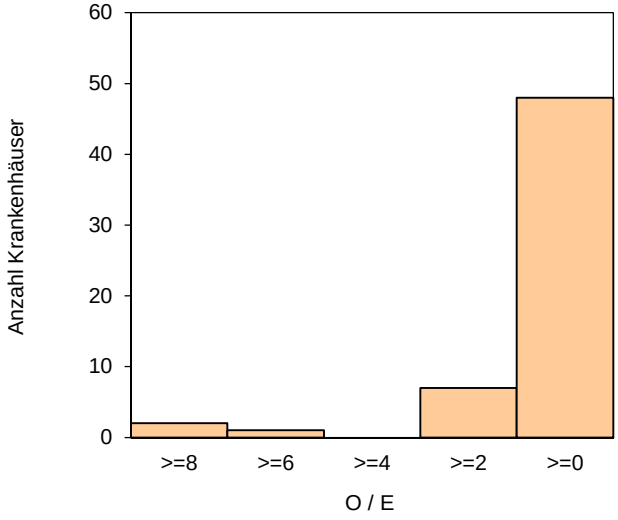
Vorjahresdaten[3] Patienten mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		24 / 3.563 0,67%
vorhergesagt (E)		29,76 / 3.563 0,84%
O - E		-0,16%
O / E		0,81
Vertrauensbereich		0,54 - 1,20

[3] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54036]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

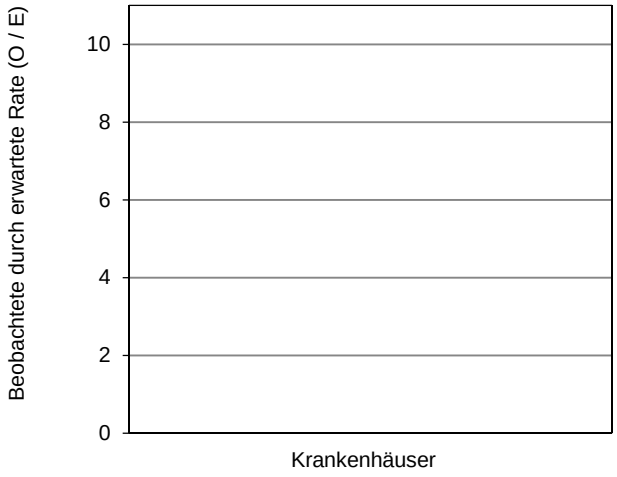
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,17	3,80	6,14	9,23

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehllage			7 / 3.712	0,19%
Patienten mit Implantatdislokation			18 / 3.712	0,48%
Patienten mit Fraktur			2 / 3.712	0,05%
Patienten mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur			26 / 3.712	0,70%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur			24 / 3.563	0,67%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54035

Gefäßläsion/Nervenschaden[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			1 / 3.712	0,03%
Patienten mit Nervenschaden			2 / 3.712	0,05%
Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden			3 / 3.712	0,08%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden			2 / 3.563	0,06%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54034

Qualitätsindikator 6: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54038

Referenzbereich: <= 3,14 (Toleranzbereich)

Patienten mit post-operativer Wundinfektion	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		33 / 3.712 0,89%
vorhergesagt (E)[1]		25,27 / 3.712 0,68%
O - E		0,21%

[1] Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54038.

Patienten mit post-operativer Wundinfektion	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		1,31
Vertrauensbereich		0,93 - 1,83
Referenzbereich	<= 3,14	<= 3,14

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

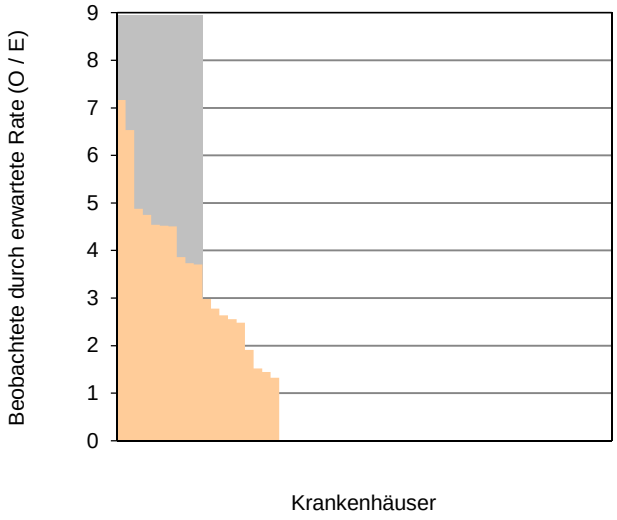
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

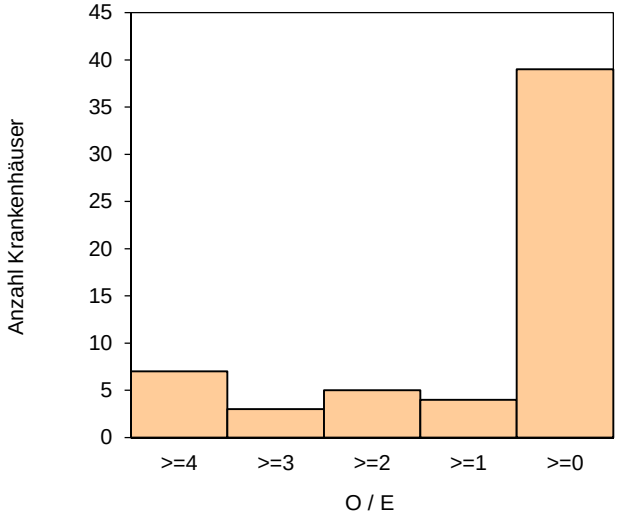
Vorjahresdaten[3] Patienten mit post-operativer Wundinfektion	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		41 / 3.563 1,15%
vorhergesagt (E)		24,49 / 3.563 0,69%
O - E		0,46%
O / E		1,67
Vertrauensbereich		1,24 - 2,27

[3] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54038]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen an allen Patienten

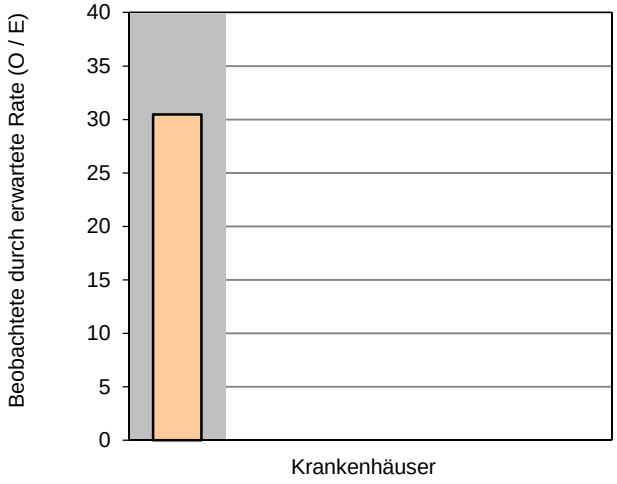
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,48	4,52	4,88	7,16

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			30,46

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Postoperative Wundinfektion[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			33 / 3.712	0,89%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			11 / 3.712	0,30%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			22 / 3.712	0,59%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			41 / 3.563	1,15%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54037

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit Alle Eingriffe, hier: > 60 min	1
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			797 / 3.712	21,47%
Risikoklasse 1			2.354 / 3.712	63,42%
Risikoklasse 2			556 / 3.712	14,98%
Risikoklasse 3			5 / 3.712	0,13%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]
Risikoklasse 0

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 797	0,38%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 797	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			3 / 797	0,38%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			21 / 2.354	0,89%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			10 / 2.354	0,42%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			11 / 2.354	0,47%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS[1]
Risikoklasse 2

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			8 / 556	1,44%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 556	0,18%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			7 / 556	1,26%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 5	20,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 5	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			1 / 5	20,00%

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

Qualitätsindikator 7: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/ Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54040

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

Patienten mit Wund-hämatom/Nachblutung	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		54 / 3.712 1,45%
vorhergesagt (E)[1]		43,39 / 3.712 1,17%
O - E		0,29%

[1] Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54040.

Patienten mit Wund-hämatom/Nachblutung	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		1,24
Vertrauensbereich		0,96 - 1,62
Referenzbereich	<= 3,72	<= 3,72

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

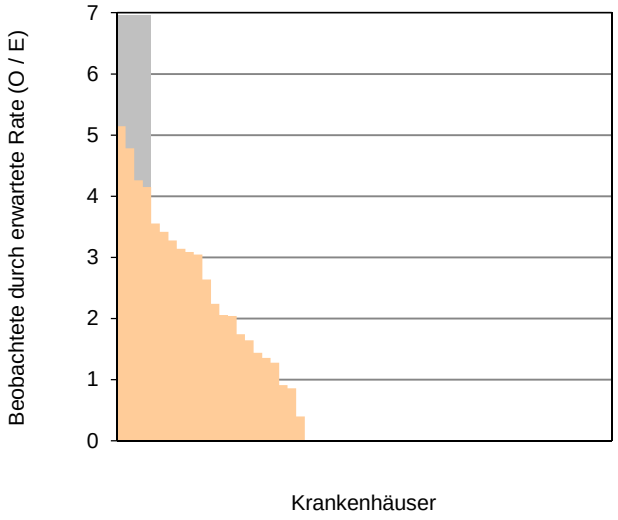
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 10% kleiner als erwartet.

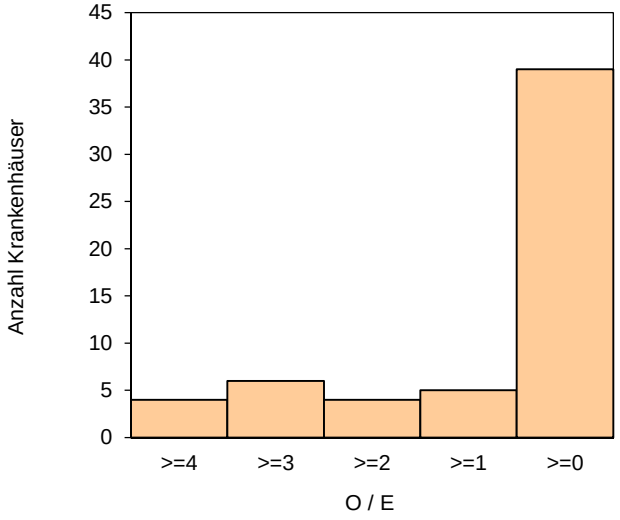
Vorjahresdaten[3] Patienten mit Wund-hämatom/Nachblutung	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		62 / 3.563 1,74%
vorhergesagt (E)		41,04 / 3.563 1,15%
O - E		0,59%
O / E		1,51
Vertrauensbereich		1,18 - 1,93

[3] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54040]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen an allen Patienten

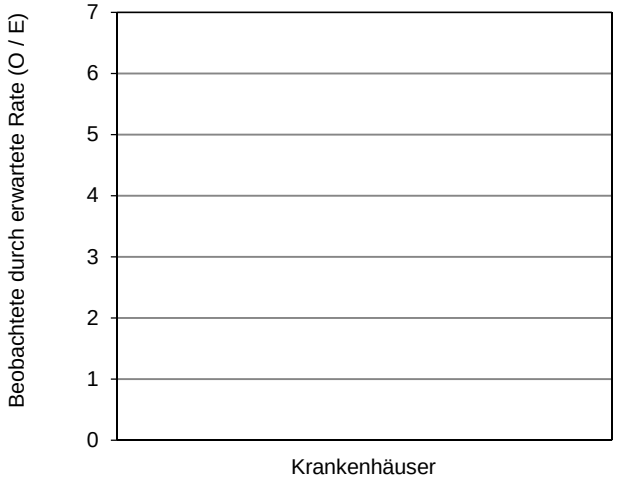
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,74	3,42	4,26	5,15

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Wundhämatome/Nachblutungen[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			54 / 3.712	1,45%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			62 / 3.563	1,74%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54039

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 10 - 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[1]

	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund-hämatom/Nachblutung				

	Gesamt 2016			
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund-hämatom/Nachblutung	35 / 2.890 1,21%	16 / 765 2,09%	3 / 47 6,38%	0 / 10 0,00%

[1] eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

Qualitätsindikator 8: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur

Qualitätsziel: Möglichst selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54042

Referenzbereich: <= 2,19 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patienten mit Pneumonie, tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		240 / 3.712 6,47%
vorhergesagt (E)[1]		229,99 / 3.712 6,20%
O - E		0,27%

[1] Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54042.

Patienten mit Pneumonie, tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		1,04
Vertrauensbereich		0,92 - 1,18
Referenzbereich	<= 2,19	<= 2,19

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

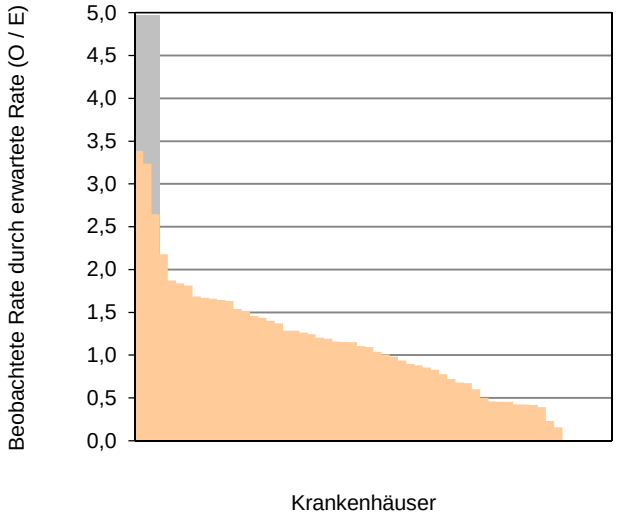
Beispiel:	O / E = 1,20	Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
	O / E = 0,90	Die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

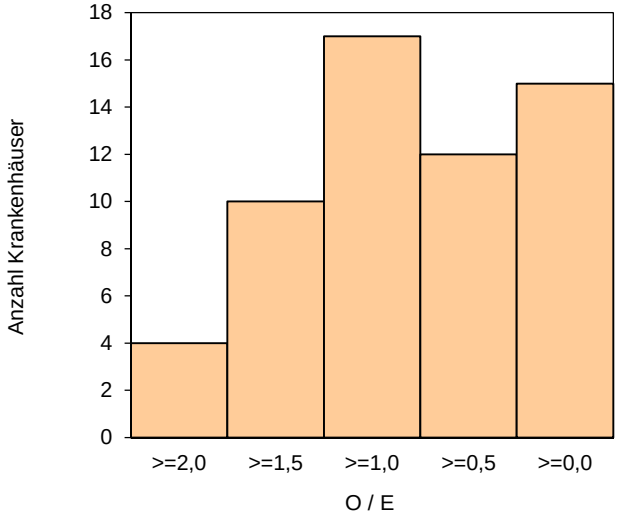
Vorjahresdaten[1] Patienten mit Pneumonie, tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		212 / 3.563 5,95%
vorhergesagt (E)		225,66 / 3.563 6,33%
O - E		-0,38%
O / E		0,94
Vertrauensbereich		0,82 - 1,07

[1] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54042]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie an allen Patienten

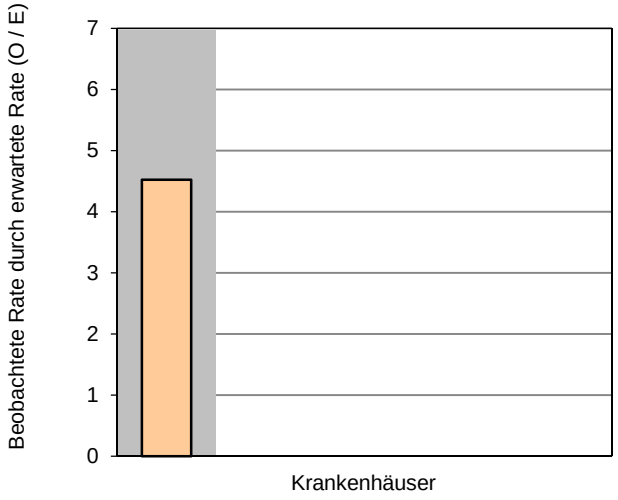
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,46	1,07	1,46	1,84	2,65	3,39

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			4,52

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Allgemeine postoperative Komplikationen[1]

Grundgesamtheit:

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

	Krankenhaus 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie			
Patienten mit sonstiger Komplikation			

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54041

	Gesamt 2016		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	98 / 3.712 2,64%	9 / 1.061 0,85%	89 / 2.647 3,36%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	7 / 3.712 0,19%	4 / 1.061 0,38%	3 / 2.647 0,11%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	154 / 3.712 4,15%	10 / 1.061 0,94%	143 / 2.647 5,40%
Patienten mit Lungenembolie	15 / 3.712 0,40%	1 / 1.061 0,09%	14 / 2.647 0,53%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	240 / 3.712 6,47%	21 / 1.061 1,98%	218 / 2.647 8,24%
Patienten mit sonstiger Komplikation	257 / 3.712 6,92%	40 / 1.061 3,77%	217 / 2.647 8,20%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie			

Vorjahresdaten	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	212 / 3.563 5,95%	21 / 952 2,21%	190 / 2.607 7,29%

Reoperation aufgrund von Komplikationen[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			96 / 3.712	2,59%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			91 / 3.563	2,55%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54043

Qualitätsindikator 9: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes

Qualitätsziel: Geringe Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54046

Referenzbereich: <= 2,00 (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

verstorbene Patienten	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		187 / 3.712 5,04%
vorhergesagt (E)[1]		167,68 / 3.712 4,52%
O - E		0,52%

[1] Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54046.

verstorbene Patienten	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E[2]		1,12
Vertrauensbereich		0,97 - 1,28
Referenzbereich	<= 2,00	<= 2,00

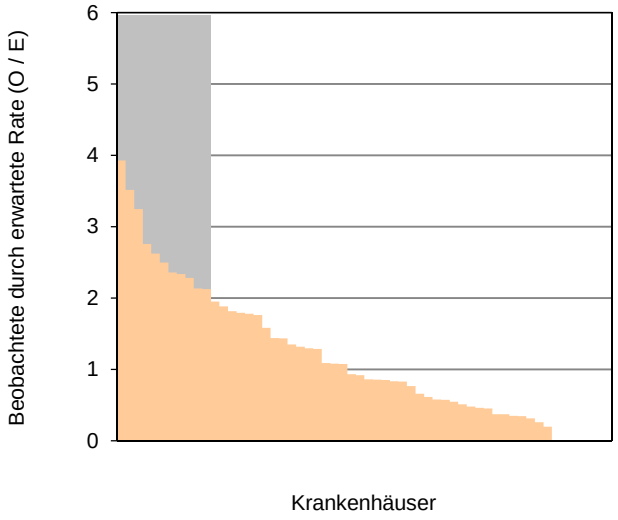
[2] Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
O / E = 0,90 Die beobachtete Rate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

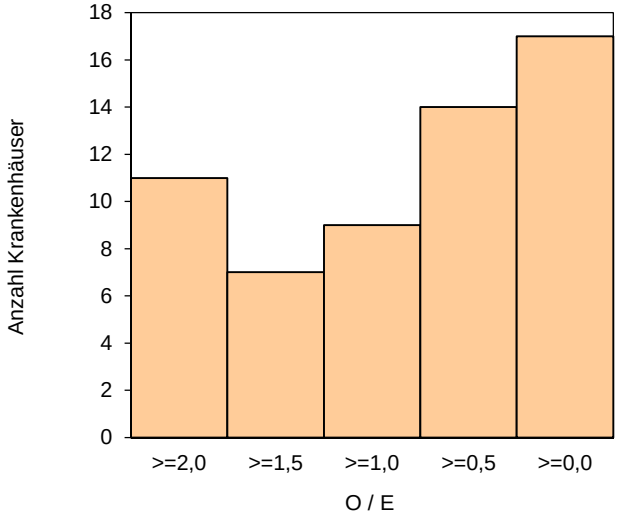
Vorjahresdaten[3] verstorbene Patienten	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		178 / 3.563 5,00%
vorhergesagt (E)		170,41 / 3.563 4,78%
O - E		0,21%
O / E		1,04
Vertrauensbereich		0,90 - 1,20

[3] Aufgrund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2016 können die Vorjahreswerte von der Auswertung in 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/54046]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Patienten an allen Patienten

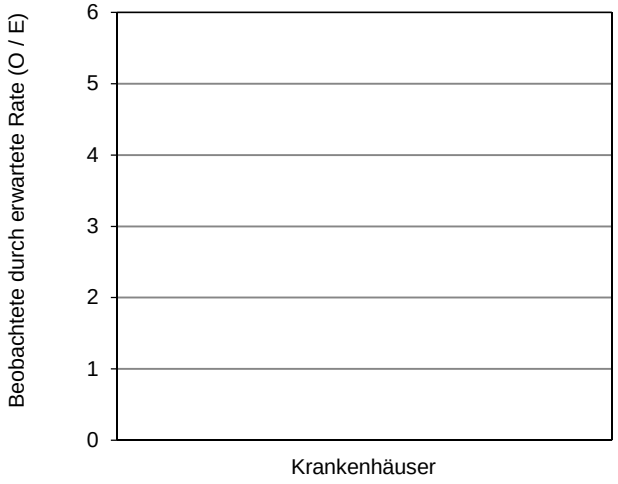
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
58 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,45	0,89	1,79	2,50	3,25	3,93

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus[1]

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			187 / 3.712	5,04%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			178 / 3.563	5,00%

[1] in 2015 Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54045

Auffälligkeitskriterium: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 23 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Standorten, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2016/17n1-HUEFT-FRAK/850350

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 54029, 54036, 54038, 54040, 54042

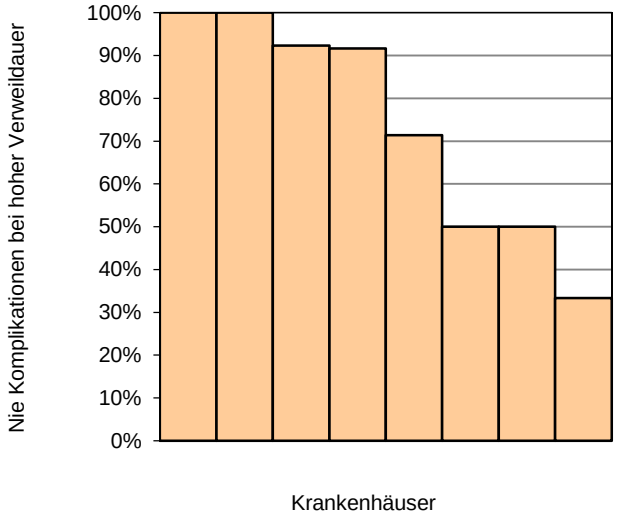
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation[1]			150 / 239	62,76%
Vertrauensbereich				56,48% - 68,64%
Referenzbereich		< 100,00%		< 100,00%

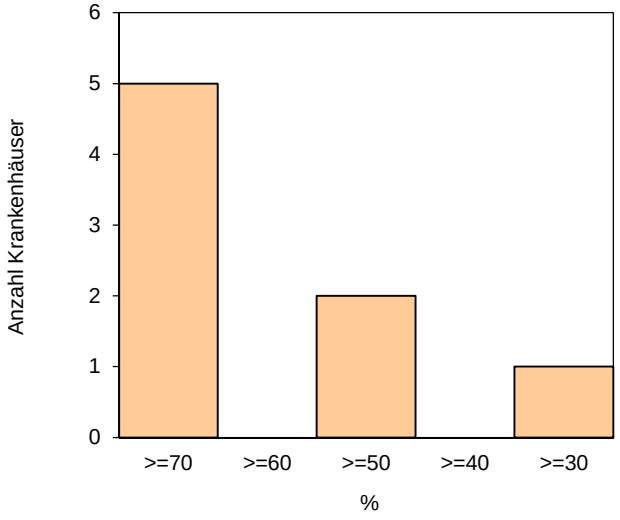
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			117 / 194	60,31%
Vertrauensbereich				53,29% - 66,93%

[1] Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850350, Indikator-ID 2016/17n1-HUEFT-FRAK/850350]:
Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 23 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Standorten, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS:8-55*) abrechnen

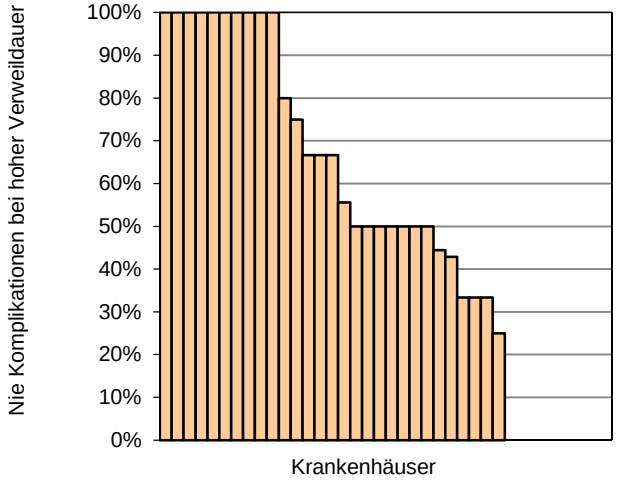
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	33,33			50,00	81,55	96,15			100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	25,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2016
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
17/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 63
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.712
Datensatzversion: 17/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D16956-L106814-P51596

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2017 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen

Basisdaten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]	Anzahl	%[1]
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			973	26,21	911	25,57
2. Quartal			867	23,36	897	25,18
3. Quartal			923	24,87	841	23,60
4. Quartal			949	25,57	914	25,65
Gesamt			3.712		3.563	

[1] Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.712		3.563	
Median			*0,00*		*0,00*
Mittelwert			*0,90*		*0,88*
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.712		3.563	
Median			*11,00*		*12,00*
Mittelwert			*13,28*		*13,19*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		3.712		3.563	
Median			*12,00*		*12,00*
Mittelwert			*14,18*		*14,08*

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

(Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			587	15,81	541	15,18
S72.00			46	1,24	42	1,18
S72.01			323	8,70	290	8,14
S72.02			1	0,03	0	0,00
S72.03			36	0,97	34	0,95
S72.04			80	2,16	66	1,85
S72.05			51	1,37	66	1,85
S72.08			69	1,86	67	1,88
Pertrochantäre Frakturen			3.161	85,16	3.062	85,94
S72.10			2.127	57,30	2.029	56,95
S72.11			1.094	29,47	1.102	30,93

OPS 2016

Liste der 10 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
3	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
6	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
7	5-931.0	Art des verwendeten Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material
8	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
9	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)
10	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

OPS 2016

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	OPS	Anzahl	%[1]	OPS	Anzahl	%[1]	OPS	Anzahl	%[1]
1				5-790.5f	2.316	62,39	5-790.5f	2.254	63,26
2				8-800.c0	307	8,27	8-800.c0	329	9,23
3				5-790.4f	287	7,73	8-930	295	8,28
4				8-930	272	7,33	5-790.4f	284	7,97
5				5-790.8e	228	6,14	5-794.af	178	5,00
6				5-794.af	196	5,28	5-790.8e	153	4,29
7				5-931.0	133	3,58	5-931.0	133	3,73
8				5-790.0e	128	3,45	8-550.1	122	3,42
9				9-984.0	125	3,37	5-790.0e	121	3,40
10				8-550.1	125	3,37	5-790.5e	106	2,98

[1] Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

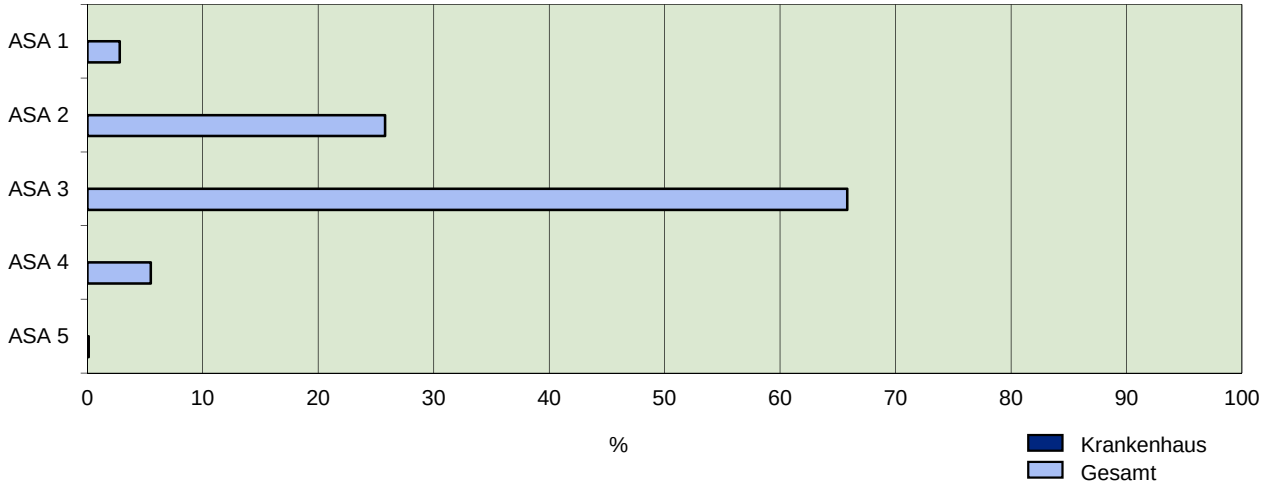
Patienten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.712 / 3.712		3.563 / 3.563	
< 50 Jahre			71 / 3.712	1,91	88 / 3.563	2,47
50 - 59 Jahre			198 / 3.712	5,33	187 / 3.563	5,25
60 - 69 Jahre			340 / 3.712	9,16	297 / 3.563	8,34
70 - 79 Jahre			660 / 3.712	17,78	646 / 3.563	18,13
80 - 89 Jahre			1.653 / 3.712	44,53	1.577 / 3.563	44,26
>= 90 Jahre			790 / 3.712	21,28	768 / 3.563	21,55
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			3.712		3.563	
Median				*84,00*		*84,00*
Mittelwert				*80,53*		*80,52*
Geschlecht						
männlich			1.177	31,71	1.082	30,37
weiblich			2.535	68,29	2.481	69,63
Frakturereignis						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			3.611	97,28	3.472	97,45
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			101	2,72	91	2,55

Anamnese/Diagnostik

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			104	2,80	92	2,58
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			957	25,78	860	24,14
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			2.443	65,81	2.362	66,29
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			204	5,50	245	6,88
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			4	0,11	4	0,11

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Anamnese/Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations-klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			3.676	99,03	3.521	98,82
bedingt aseptische Eingriffe			28	0,75	39	1,09
kontaminierte Eingriffe			4	0,11	3	0,08
septische Eingriffe			4	0,11	0	0,00
Frakturlokalisation						
medial			424	11,42	361	10,13
lateral			100	2,69	113	3,17
pertrochantär			3.116	83,94	3.007	84,40
sonstige			72	1,94	82	2,30
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation) **Einteilung nach Garden**						
Abduktionsfraktur			124 / 424	29,25	86 / 361	23,82
unverschoben			178 / 424	41,98	163 / 361	45,15
verschoben			104 / 424	24,53	93 / 361	25,76
komplett verschoben			18 / 424	4,25	19 / 361	5,26
Vorbestehende Koxarthrose			1.054	28,39	1.038	29,13
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.279	34,46	1.167	32,75
Art der Medikation						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			184 / 1.279	14,39	213 / 1.167	18,25
Acetylsalicylsäure			714 / 1.279	55,82	642 / 1.167	55,01
andere Thrombozyten-aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			82 / 1.279	6,41	65 / 1.167	5,57
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			87 / 1.279	6,80	55 / 1.167	4,71
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			212 / 1.279	16,58	137 / 1.167	11,74

Anamnese/Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			3.712	100,00	3.563	100,00
Gehstrecke (vor der Fraktur)[1]						
unbegrenzt			1.032	27,80	-	-
Gehen am Stück bis 500m möglich			1.083	29,18	-	-
auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m)			856	23,06	-	-
im Zimmer mobil			565	15,22	-	-
immobil			176	4,74	-	-
Gehhilfen (vor der Fraktur)[1]						
keine			1.933	52,07	-	-
Unterarmgehstützen			517	13,93	-	-
Rollator/Gehbock			1.038	27,96	-	-
Rollstuhl			125	3,37	-	-
bettlägerig			99	2,67	-	-

[1] neues Datenfeld in 2016

Operation

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 12 h			1.933	52,07	1.874	52,60
12 - 24 h			1.110	29,90	956	26,83
> 24 h			669	18,02	733	20,57
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			3.712		3.563	
Median				*45,00*		*45,00*
Mittelwert				*49,29*		*49,39*
perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			3.698	99,62	3.549	99,61
single shot			3.562 / 3.698	96,32	3.425 / 3.549	96,51
Zweitgabe			34 / 3.698	0,92	41 / 3.549	1,16
öfter			102 / 3.698	2,76	83 / 3.549	2,34
Operationsverfahren						
DHS, Winkelplatte			471	12,69	393	11,03
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			3.036	81,79	2.976	83,53
Verschraubung			129	3,48	122	3,42
Sonstige			76	2,05	72	2,02
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			483	13,01	494	13,86
Dienstag			559	15,06	573	16,08
Mittwoch			531	14,30	502	14,09
Donnerstag			536	14,44	503	14,12
Freitag			569	15,33	550	15,44
Samstag			564	15,19	512	14,37
Sonntag			470	12,66	429	12,04
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			526	14,17	488	13,70
Dienstag			507	13,66	511	14,34
Mittwoch			554	14,92	537	15,07
Donnerstag			539	14,52	500	14,03
Freitag			594	16,00	574	16,11
Samstag			510	13,74	500	14,03
Sonntag			482	12,98	453	12,71

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			3.680	99,14	3.541	99,38
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			3.581	96,47	3.490	97,95
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation *(Mehrfachnennungen möglich)*			103	2,77	107	3,00
Implantatfehllage			7 / 103	6,80	4 / 107	3,74
Implantatdislokation			18 / 103	17,48	16 / 107	14,95
Wundhämatom/Nachblutung			54 / 103	52,43	62 / 107	57,94
Gefäßläsion			1 / 103	0,97	0 / 107	0,00
Nervenschaden			2 / 103	1,94	2 / 107	1,87
Fraktur			2 / 103	1,94	5 / 107	4,67
Sonstige			21 / 103	20,39	21 / 107	19,63
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			33	0,89	41	1,15
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			11 / 33	33,33	27 / 41	65,85
A2 (tiefe Infektion)			20 / 33	60,61	13 / 41	31,71
A3 (Räume/Organe)			2 / 33	6,06	1 / 41	2,44
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			96 / 123	78,05	91 / 135	67,41
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation *(Mehrfachnennungen möglich)*			442	11,91	395	11,09
Pneumonie			98 / 442	22,17	81 / 395	20,51
Kardiovaskuläre Komplikationen			154 / 442	34,84	127 / 395	32,15
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			7 / 442	1,58	9 / 395	2,28
Lungenembolie			15 / 442	3,39	20 / 395	5,06
Sonstige			257 / 442	58,14	222 / 395	56,20

Entlassung I

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			3.712	100,00	3.563	100,00
Gehstrecke bei Entlassung[1]						
unbegrenzt			102	2,75	-	-
Gehen am Stück bis 500m möglich			620	16,70	-	-
Auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m)			1.785	48,09	-	-
im Zimmer mobil			800	21,55	-	-
immobil			239	6,44	-	-
Gehhilfen bei Entlassung[1]						
keine			54	1,45	-	-
Unterarmgehstützen			1.497	40,33	-	-
Rollator/Gehbock			1.693	45,61	-	-
Rollstuhl			186	5,01	-	-
bettlägerig			116	3,13	-	-

[1] neues Datenfeld in 2016

Entlassung II

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.929	51,97	1.822	51,14
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			40	1,08	30	0,84
03: aus sonstigen Gründen			6	0,16	22	0,62
04: gegen ärztlichen Rat			8	0,22	4	0,11
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,03	0	0,00
06: Verlegung			124	3,34	98	2,75
07: Tod			187	5,04	178	5,00
08: Verlegung nach §14			3	0,08	2	0,06
09: in Rehabilitationseinrichtung			830	22,36	875	24,56
10: in Pflegeeinrichtung			526	14,17	481	13,50
11: in Hospiz			2	0,05	1	0,03
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			4	0,11	2	0,06
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,03	1	0,03
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			51	1,37	47	1,32
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Entlassung III

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			638	17,19	652	18,30
Dienstag			684	18,43	678	19,03
Mittwoch			633	17,05	668	18,75
Donnerstag			655	17,65	554	15,55
Freitag			729	19,64	682	19,14
Samstag			280	7,54	249	6,99
Sonntag			93	2,51	80	2,25

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2016 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind **(fixer Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von <= 15,00% definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten > 15,00% gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind **(Perzentil-Referenzbereich)**
Beispiel:
Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.
Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von <= 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 2016.

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 2,50% (unauffällig)
10 von 399 = 2,51% (gerundet) > 2,50% (auffällig)

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

Bei einem Referenzbereich von <= 2,50%
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von 2,50481696% (gerundet 2,50%).
Diese ist größer als 2,50% und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von < 4,70%
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von 4,69798658% (gerundet 4,70%).
Dieser ist kleiner als 4,70% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 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 IQTIG, Berlin © 2017. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten" und der Auswertung 2015 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2016 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

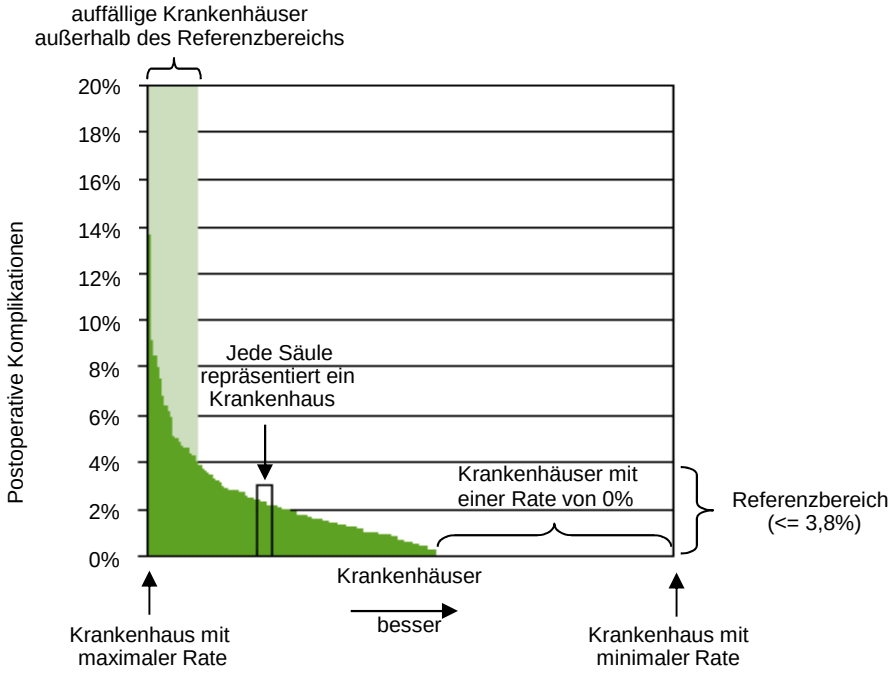
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

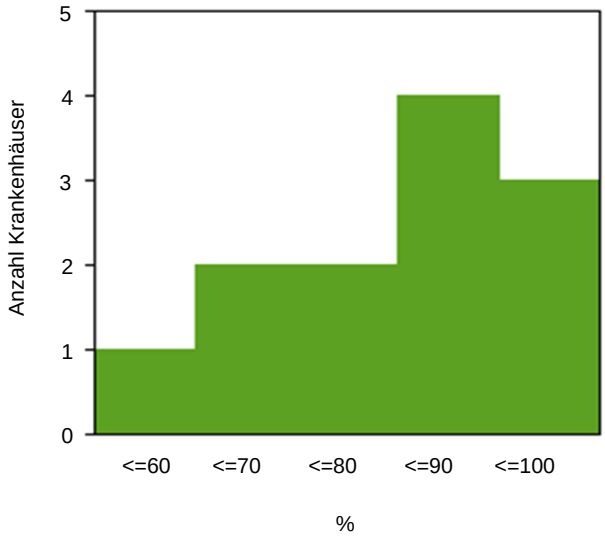
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID
Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.
Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall
Siehe Vertrauensbereich

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

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

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

Rate
Siehe Anteil

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

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

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

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