

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 60
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.724
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14214-L90133-P43651

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 60
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.724
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14214-L90133-P43651

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266							
QI 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus							
			12,4%	<= 15,0%	innerhalb	8,8%	10
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115							
QI 2: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)							
			97,9%	>= 90,0%	innerhalb	97,4%	14
QI 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe							
3a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung							
			99,3%	>= 95,0%	innerhalb	99,8%	17
3b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung							
			98,9%	>= 96,4%	innerhalb	98,9%	17

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272 bei allen Patienten			4,2%	nicht definiert	-	4,7%	21
4b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,91	<= 3,15	innerhalb	1,02	24
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	-	0,0%	26
5b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50853 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,70	<= 16,06	innerhalb	0,29	29
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267 bei allen Patienten			1,2%	nicht definiert	-	0,9%	31
6b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,21	<= 1,92	innerhalb	0,93	34

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,7%	nicht definiert	-	0,7%	36
7b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50884 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,92	<= 6,31	innerhalb	0,86	39
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	-	1,6%	41
8b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,63	<= 2,84	innerhalb	1,56	44

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269 bei allen Patienten			1,8%	nicht definiert	-	1,9%	52
9b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,05	<= 3,54	innerhalb	1,12	55
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2275 bei allen Patienten			3,7%	nicht definiert	-	3,5%	57
10b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,22	<= 2,64	innerhalb	1,18	60

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268 bei allen Patienten			3,4%	nicht definiert	-	3,0%	62
11b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50864 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,15	<= 4,08	innerhalb	1,03	65
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277 bei Patienten mit ASA 1 bis 2			9,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	15,0 Fälle	67
12b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276 bei Patienten mit ASA 3			4,9%	nicht definiert	-	6,2%	67
12c: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			4,6%	<= 10,6%	innerhalb	5,5%	71

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
12d: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			5,7%	<= 13,3%	innerhalb	6,4%	71
12e: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,01	nicht definiert	-	1,21	75

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 20 Jahre berechnet (Ausnahme QI 2 mit Alter > 80 Jahre).

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. 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 ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/813191 AK 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer							
			47,8%	< 100,0%	innerhalb	51,9%	77

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

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Qualitätsindikator 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
	Gruppe 3:	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung und ASA 1 - 2
	Gruppe 4:	Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,0% (Toleranzbereich)

Krankenhaus 2013	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	Alle Patienten	osteosyn- thetische Versorgung	osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	endopro- thetische Versorgung
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	<= 15,0%			

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
< 24 Stunden	3.946 / 5.724 68,9%	2.743 / 3.454 79,4%	859 / 998 86,1%	1.186 / 2.211 53,6%
24 - 48 Stunden	1.070 / 5.724 18,7%	449 / 3.454 13,0%	99 / 998 9,9%	605 / 2.211 27,4%
> 48 Stunden	708 / 5.724 12,4%	262 / 3.454 7,6%	40 / 998 4,0%	420 / 2.211 19,0%
Vertrauensbereich Referenzbereich	11,5% - 13,2% <= 15,0%			

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
> 48 Stunden	487 / 5.509 8,8%	173 / 3.392 5,1%	23 / 988 2,3%	306 / 2.084 14,7%
Vertrauensbereich	11,5% - 13,2%			

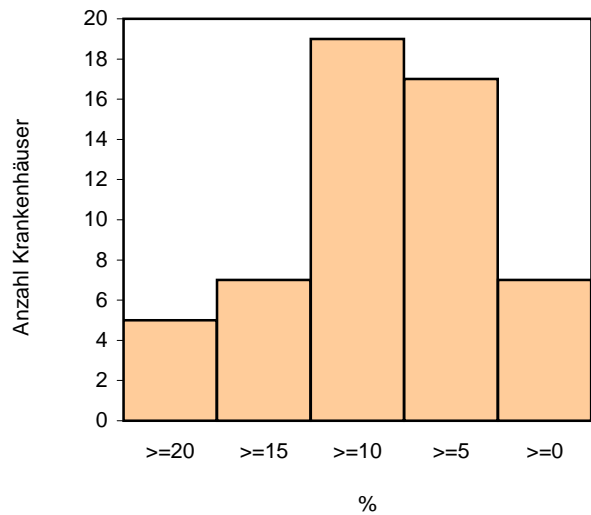
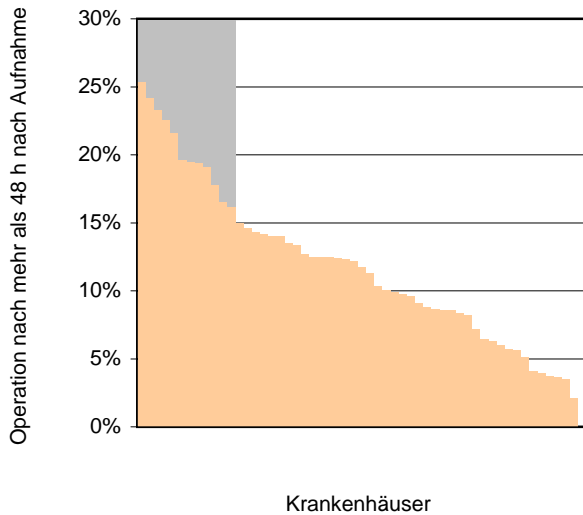
Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2013			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		Sonntag
		Freitag	Samstag	
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				

	Gesamt 2013			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		Sonntag
		Freitag	Samstag	
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden	2.353 / 3.411 69,0%	564 / 797 70,8%	510 / 758 67,3%	519 / 758 68,5%
24 - 48 Stunden	673 / 3.411 19,7%	98 / 797 12,3%	137 / 758 18,1%	162 / 758 21,4%
> 48 Stunden	385 / 3.411 11,3%	135 / 797 16,9%	111 / 758 14,6%	77 / 758 10,2%

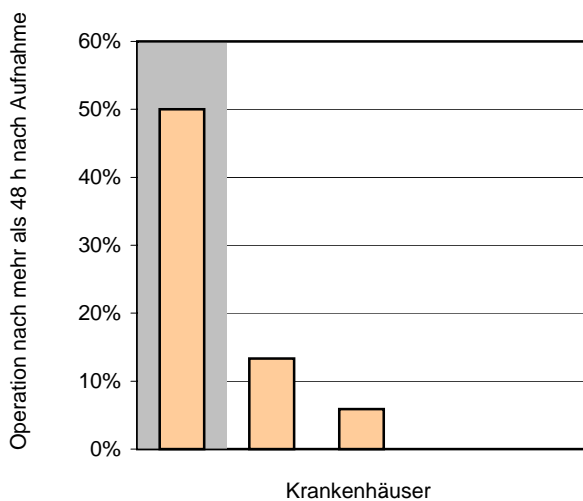
Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266]:
Anteil von Patienten mit Operation nach mehr als 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	3,5	3,9	7,2	11,8	14,6	19,6	23,2	25,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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	5,9	13,3			50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)

Qualitätsziel: Möglichst oft endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren und Garden III und IV

Grundgesamtheit: Patienten mit medialer Schenkelhalsfraktur
 (Entlassungsdiagnose ICD-10-GM: S72.00, S72.01, S72.02, S72.03, S72.04, S72.05, S72.08 und Frakturlokalisierung medial)
 und Alter > 80 Jahre
 Gruppe 1: Patienten mit Fraktur Garden I oder Garden II
 Gruppe 2: Patienten mit Fraktur Garden III oder Garden IV

Indikator-ID: Gruppe 2: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115

Referenzbereich: Gruppe 2: >= 90,0% (Toleranzbereich)

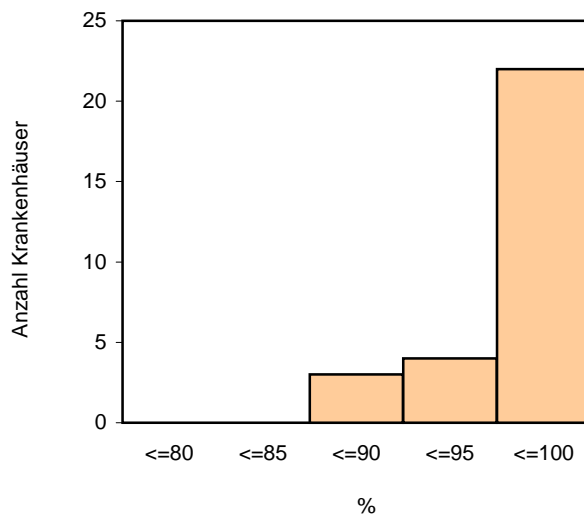
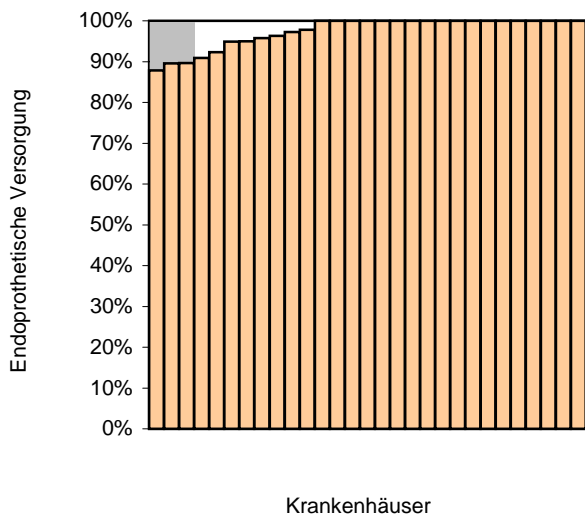
	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung) Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,0%
	Gesamt 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	69 / 176 39,2%	23 / 1.213 1,9%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich Referenzbereich	107 / 176 60,8%	1.188 / 1.213 97,9% 97,0% - 98,6% >= 90,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich	89 / 165 53,9%	1.094 / 1.123 97,4% 96,3% - 98,2%

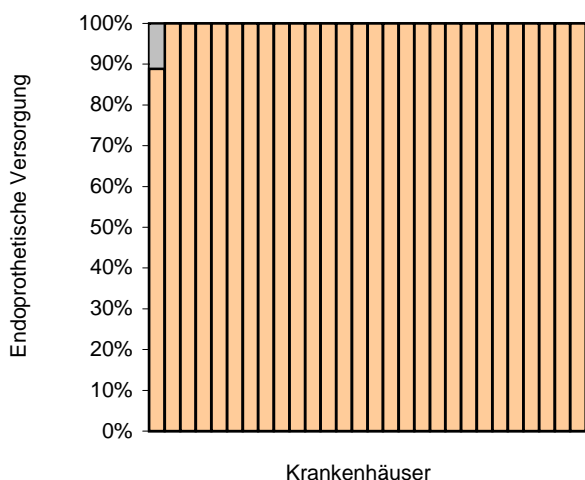
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115]:
 Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,9	89,6	89,7	95,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprophylaxe		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten	
	Gruppe 2:	Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	
	Gruppe 3:	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	
Indikator-ID:	Gruppe 2 (QI 3a):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364	
	Gruppe 3 (QI 3b):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)	
	Gruppe 3:	>= 96,4% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)	

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 96,4%
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

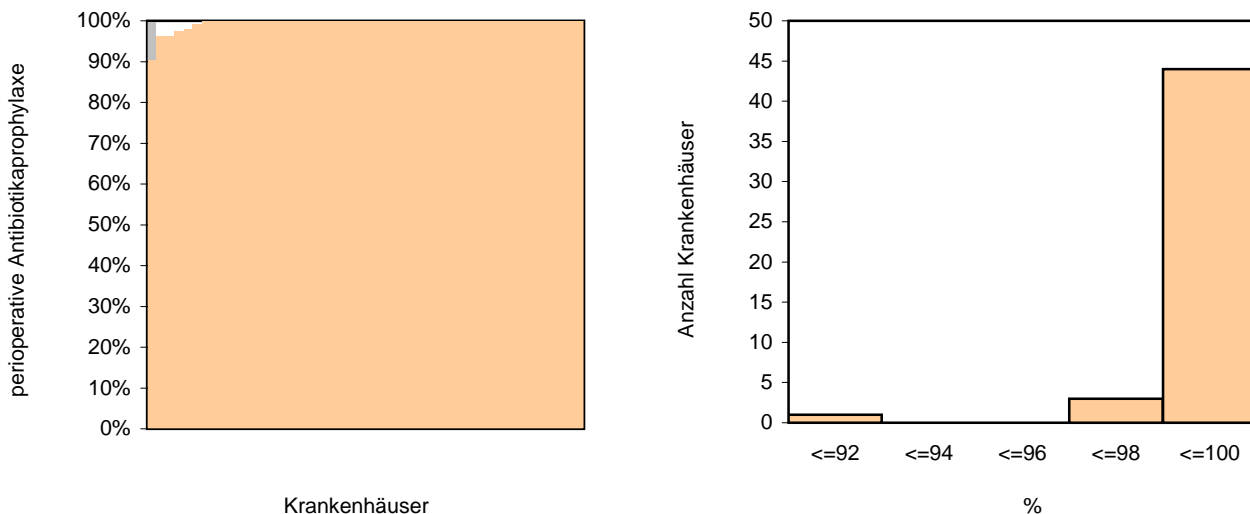
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	5.669 / 5.724 99,0%	2.196 / 2.211 99,3%	3.415 / 3.454 98,9%
Vertrauensbereich		98,9% - 99,6%	98,5% - 99,2%
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 96,4%
davon single shot	5.151 / 5.669 90,9%	1.915 / 2.196 87,2%	3.202 / 3.415 93,8%
Zweitgabe oder öfter	518 / 5.669 9,1%	281 / 2.196 12,8%	213 / 3.415 6,2%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	5.466 / 5.509 99,2%	2.079 / 2.084 99,8% 99,4% - 99,9%	3.354 / 3.392 98,9% 98,5% - 99,2%

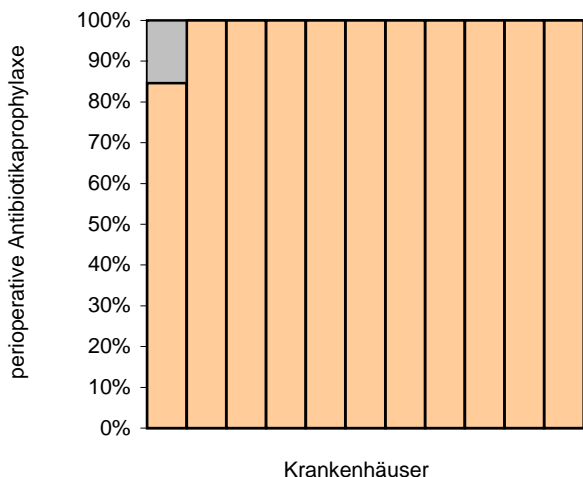
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,3	96,2	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

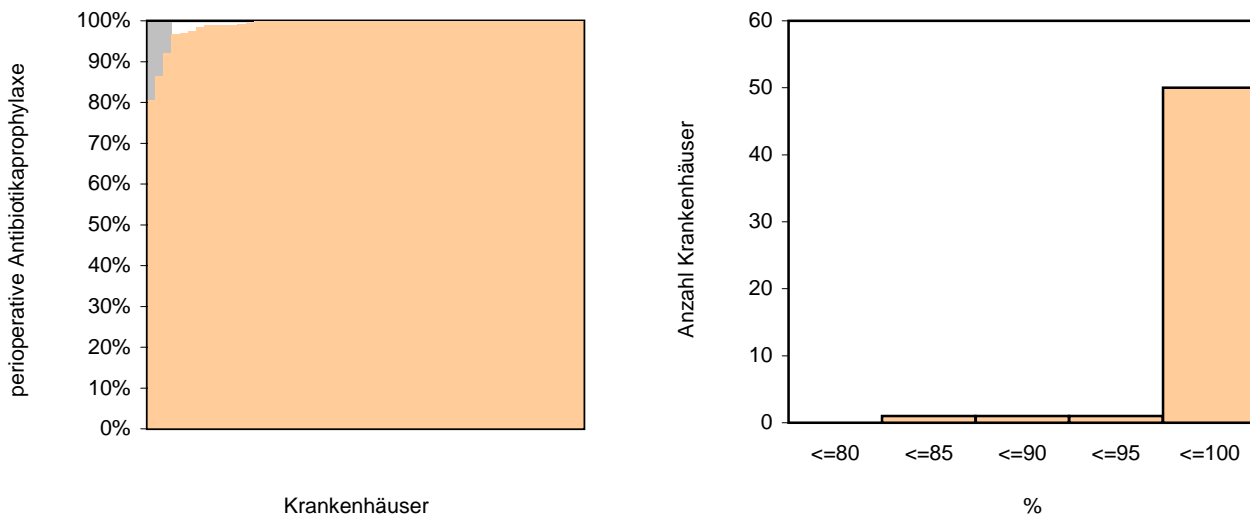


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

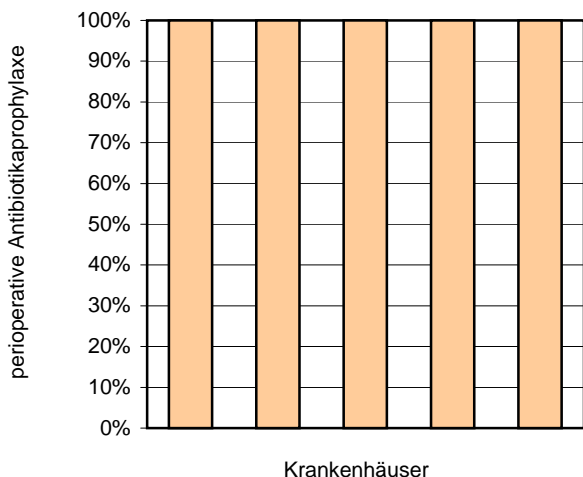
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,6	92,1	97,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
 und
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 Tage¹
 Gruppe 3: mit postoperativer Verweildauer von 16 bis 20 Tagen
 Gruppe 4: mit postoperativer Verweildauer von 21 bis 25 Tagen
 Gruppe 5: mit postoperativer Verweildauer > 25 Tage¹

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 4a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			4.620 / 5.439	84,9%
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			2.781 / 3.296	84,4%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung			1.782 / 2.085	85,5%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			231 / 5.439	4,2%
Vertrauensbereich				3,7% - 4,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			139 / 4.058	3,4%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			33 / 656	5,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			24 / 341	7,0%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			35 / 384	9,1%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

² d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

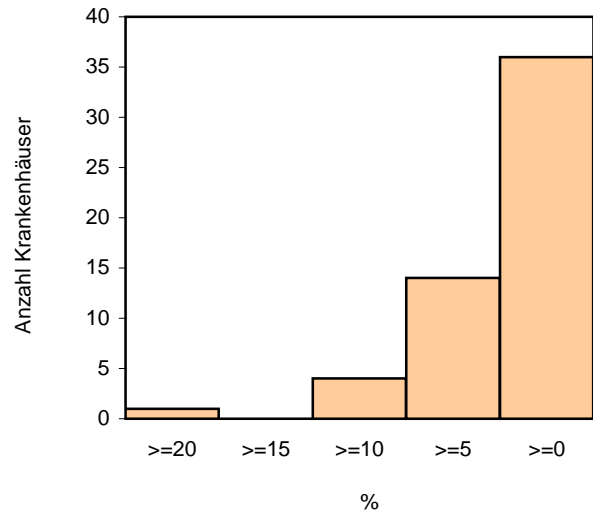
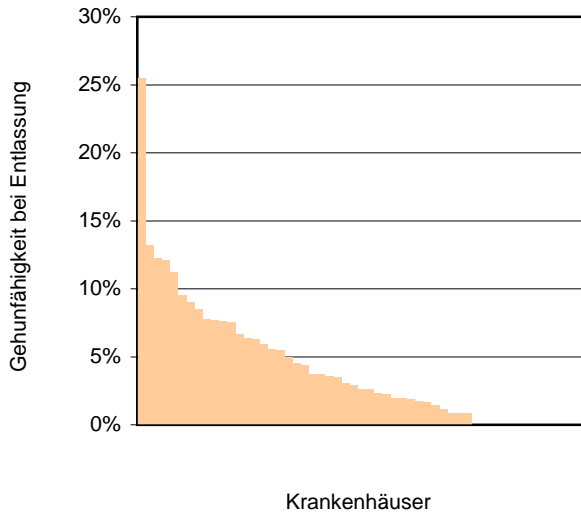
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			245 / 5.188	4,7% 4,2% - 5,3%

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

² d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

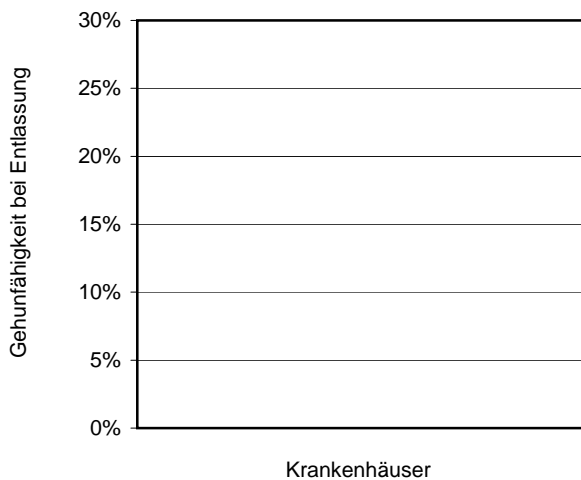
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	2,6	6,4	9,5	12,2	25,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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 Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 4b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874
Referenzbereich: <= 3,15 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		231 / 5.439 4,25%
vorhergesagt (E) ¹		254,64 / 5.439 4,68%
O - E		-0,43%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50874.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,91
Vertrauensbereich		0,80 - 1,03
Referenzbereich	<= 3,15	<= 3,15

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.

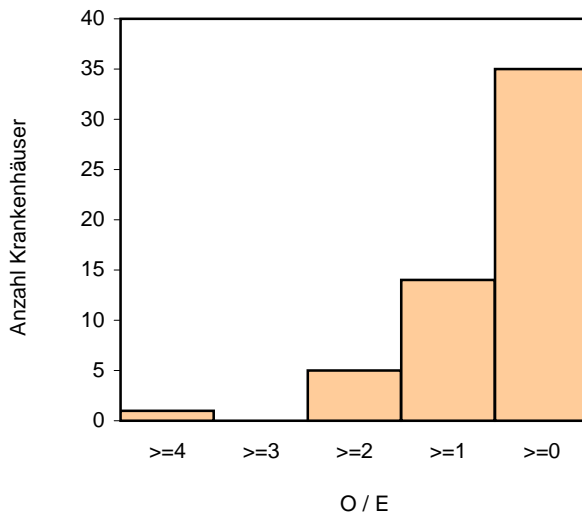
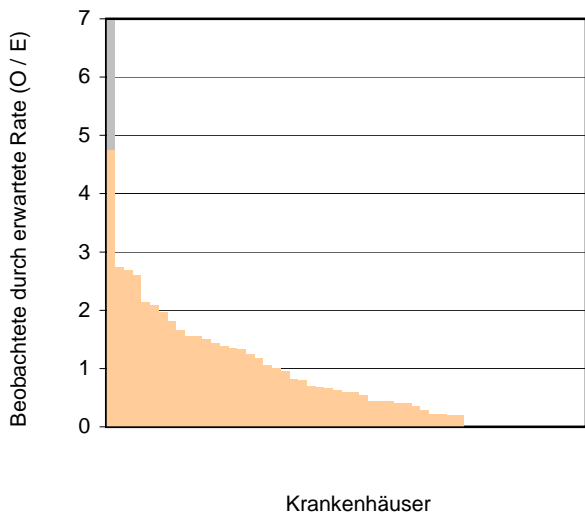
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		245 / 5.188 4,72%
vorhergesagt (E)		240,61 / 5.188 4,64%
O - E		0,08%
O / E		1,02
Vertrauensbereich		0,90 - 1,15

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

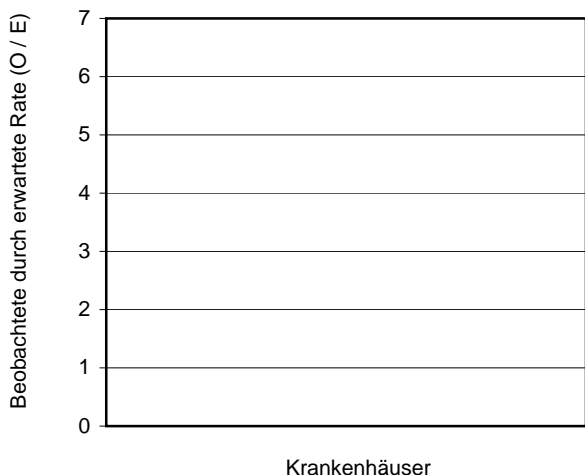
55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	1,38	2,08	2,68	4,74

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden


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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 5a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion			
Patienten mit Nervenschaden			
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	 nicht definiert		

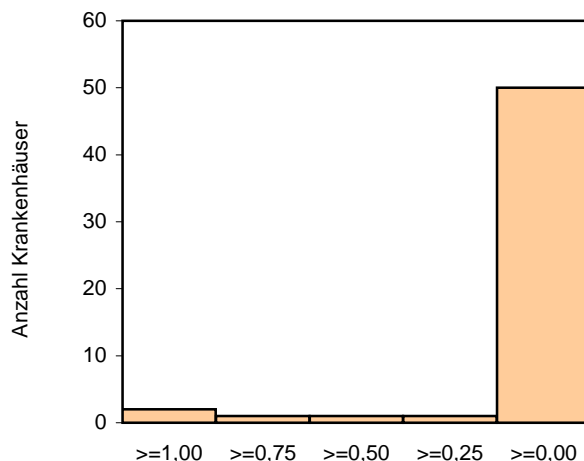
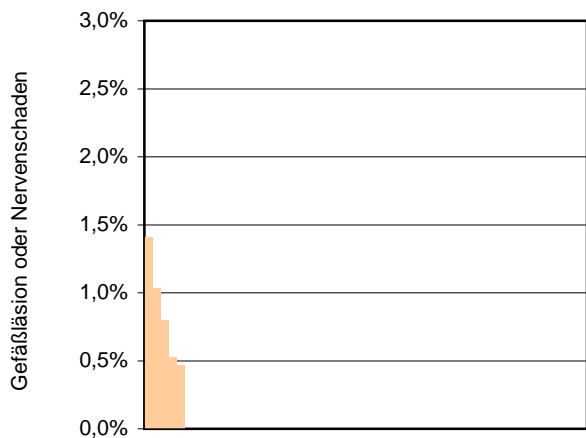
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion	2 / 5.724 0,0%	0 / 3.454 0,0%	2 / 2.211 0,1%
Patienten mit Nervenschaden	3 / 5.724 0,1%	0 / 3.454 0,0%	3 / 2.211 0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	5 / 5.724 0,1%	0 / 3.454 0,0%	5 / 2.211 0,2%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,2%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	2 / 5.509 0,0%	2 / 3.392 0,1%	0 / 2.084 0,0%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,1%		

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271]:
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation an allen Patienten**

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

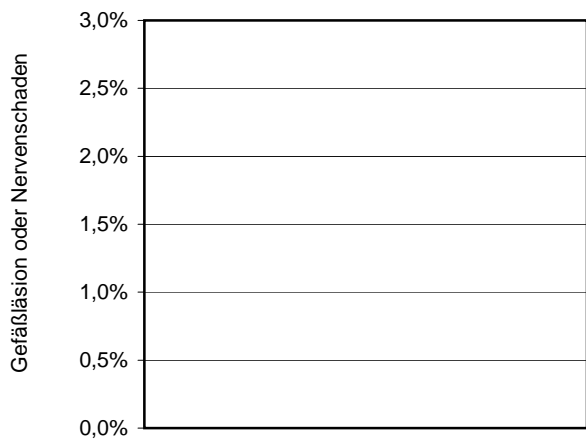


Krankenhäuser

%

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	0,8	1,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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 Gefäßläsionen oder Nervenschäden

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 5b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50853
Referenzbereich: <= 16,06 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		5 / 5.724 0,09%
vorhergesagt (E) ¹		7,18 / 5.724 0,13%
O - E		-0,04%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50853.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,70
Vertrauensbereich		0,30 - 1,63
Referenzbereich	<= 16,06	<= 16,06

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

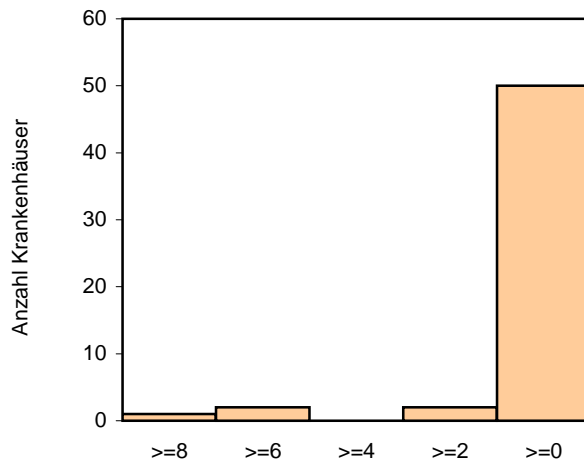
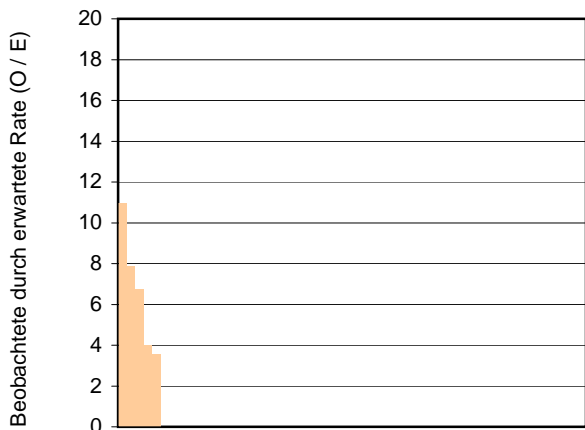
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		2 / 5.509 0,04%
vorhergesagt (E)		6,81 / 5.509 0,12%
O - E		-0,09%
O / E		0,29
Vertrauensbereich		0,08 - 1,07

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50853]:

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:

55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,76	10,94

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehl-lage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehl-lage			
Patienten mit Implantatdislokation			
Patienten mit Fraktur			
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich			
	nicht definiert		

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehl-lage	15 / 5.724 0,3%	12 / 3.454 0,3%	3 / 2.211 0,1%
Patienten mit Implantatdislokation	30 / 5.724 0,5%	28 / 3.454 0,8%	2 / 2.211 0,1%
Patienten mit Fraktur	25 / 5.724 0,4%	2 / 3.454 0,1%	21 / 2.211 0,9%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	70 / 5.724 1,2% 1,0% - 1,5%	42 / 3.454 1,2%	26 / 2.211 1,2%
	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	■		

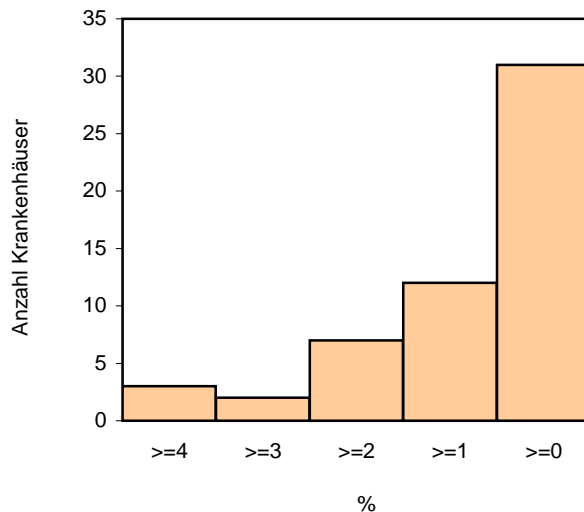
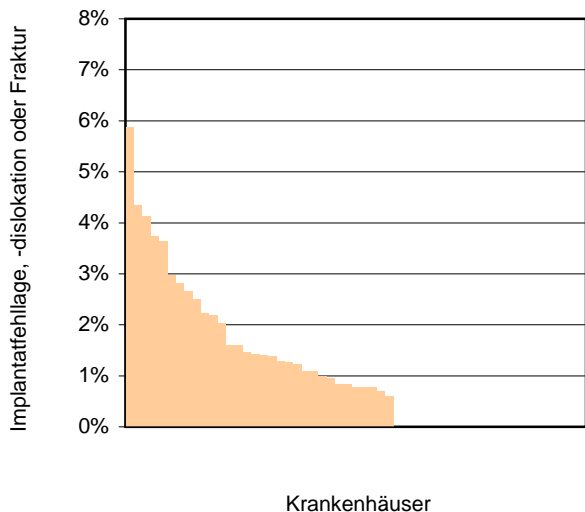
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	52 / 5.509 0,9% 0,7% - 1,2%	29 / 3.392 0,9%	21 / 2.084 1,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267]:

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:

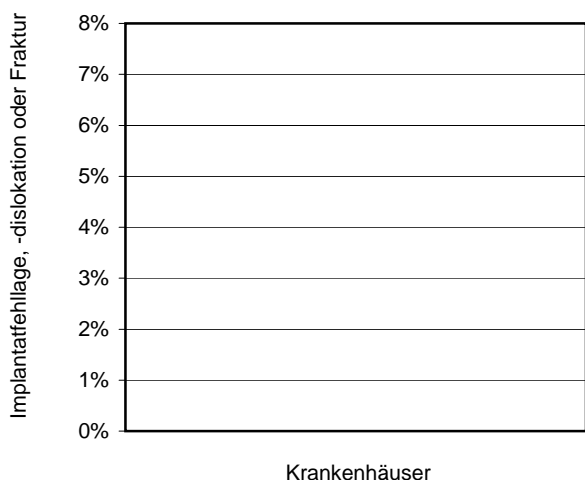
55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	3,0	4,1	5,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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
Indikator-ID: (QI 6b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879
Referenzbereich: <= 1,92 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		70 / 5.724 1,22%
vorhergesagt (E) ¹		57,85 / 5.724 1,01%
O - E		0,21%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50879.

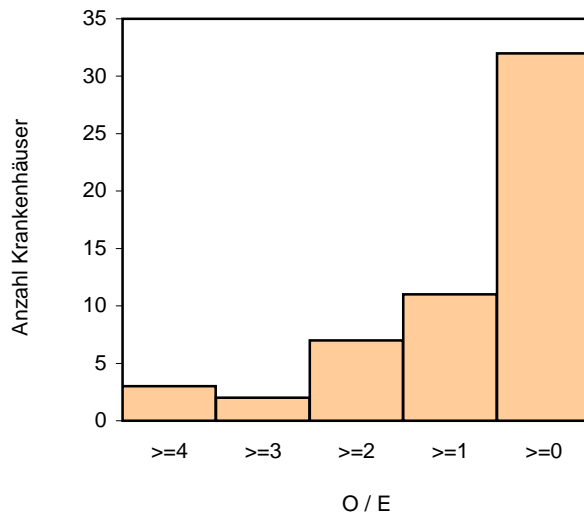
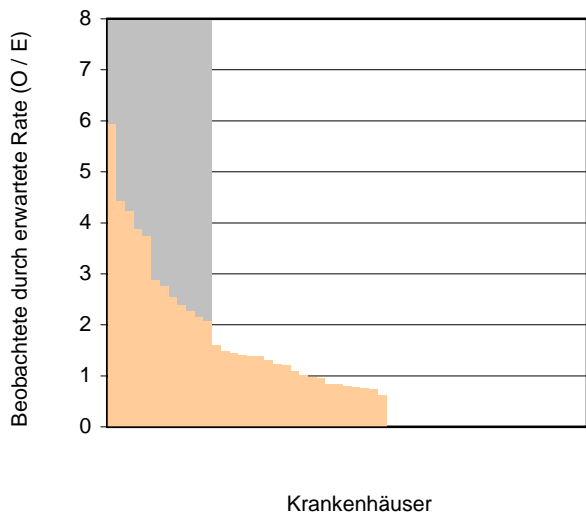
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		0,96 - 1,53
Referenzbereich	<= 1,92	<= 1,92

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		52 / 5.509 0,94%
vorhergesagt (E)		56,16 / 5.509 1,02%
O - E		-0,08%
O / E		0,93
Vertrauensbereich		0,71 - 1,21

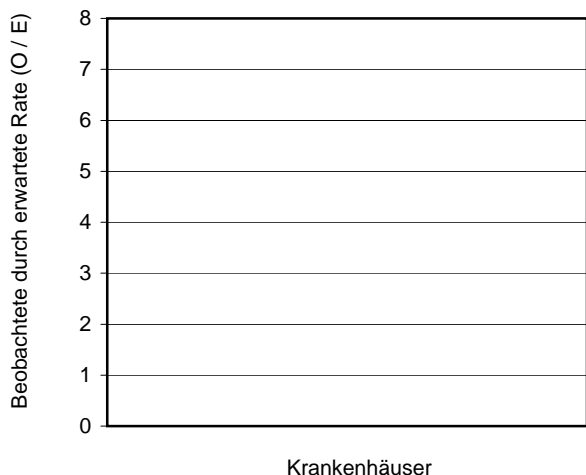
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	0,81	1,48	2,88	4,23	5,92

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit: Gruppe 1: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
 Gruppe 2: Patienten mit endoprothetischer Versorgung und Schenkelhalsfraktur (SHF)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung und pertrochantärer Fraktur (PTF)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 7a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	■		
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert		

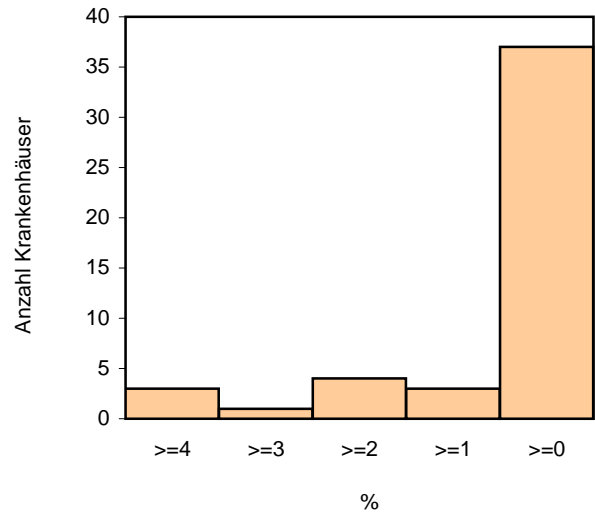
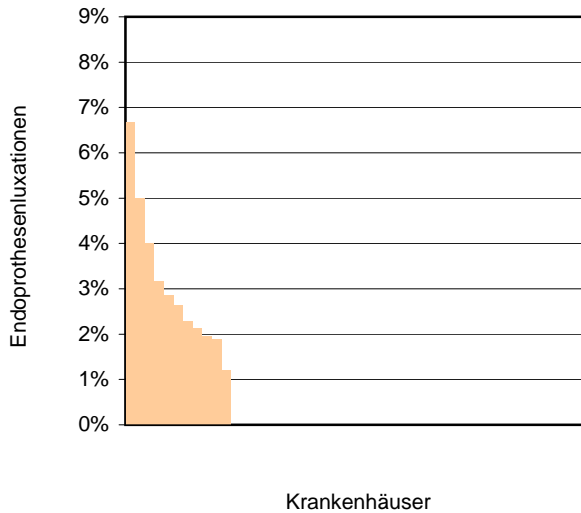
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	16 / 2.211 0,7%	15 / 2.133 0,7%	1 / 94 1,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich	0,4% - 1,2% nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	14 / 2.084 0,7%	12 / 2.006 0,6%	3 / 97 3,1%
Vertrauensbereich	0,4% - 1,1%		

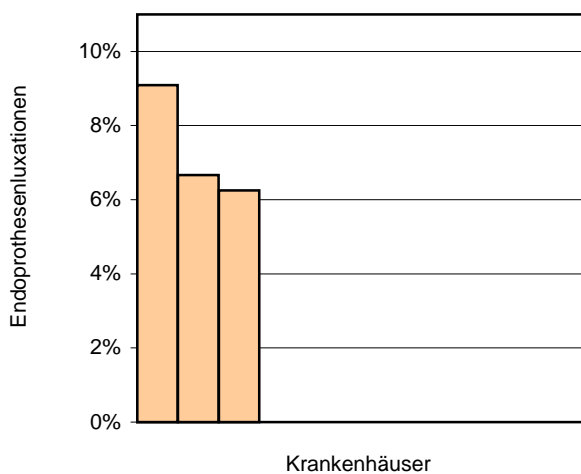
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	2,9	4,0	6,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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	6,3	6,7		9,1

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: (QI 7b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50884

Referenzbereich: <= 6,31 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		16 / 2.211 0,72%
vorhergesagt (E) ¹		17,39 / 2.211 0,79%
O - E		-0,06%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50884.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,92
Vertrauensbereich		0,57 - 1,49
Referenzbereich	<= 6,31	<= 6,31

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

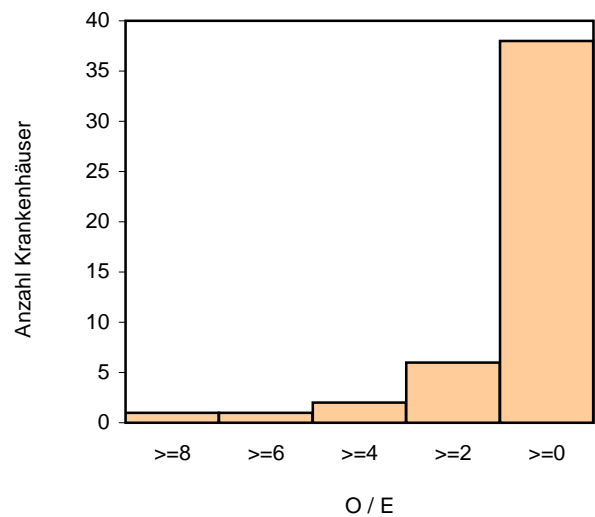
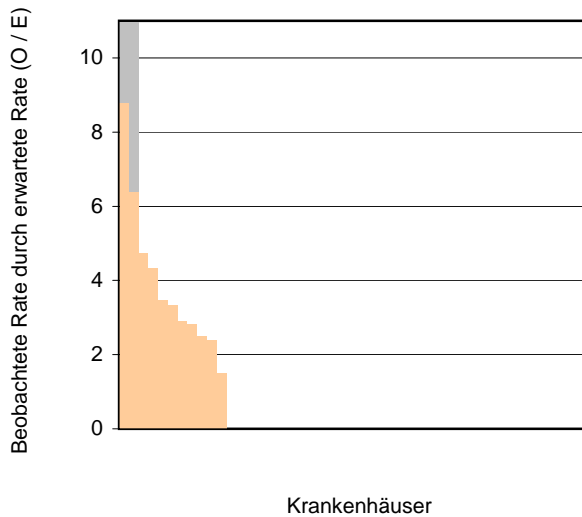
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		14 / 2.084 0,67%
vorhergesagt (E)		16,35 / 2.084 0,78%
O - E		-0,11%
O / E		0,86
Vertrauensbereich		0,51 - 1,43

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50884]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxation bei allen Patienten mit endoprothetischer Versorgung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

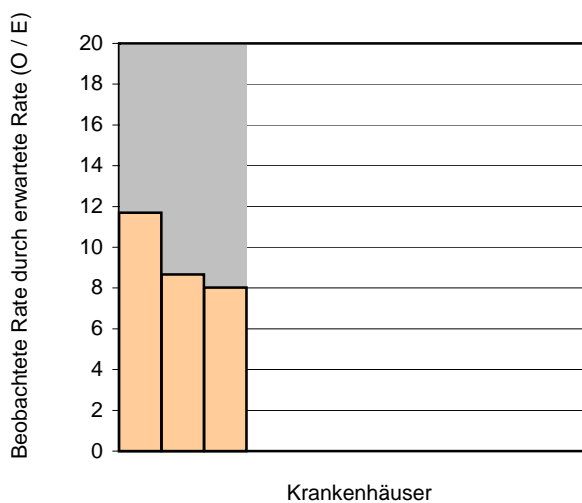
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,47	4,72	8,77

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 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	8,02	8,66		11,69

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 8a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	■		
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			

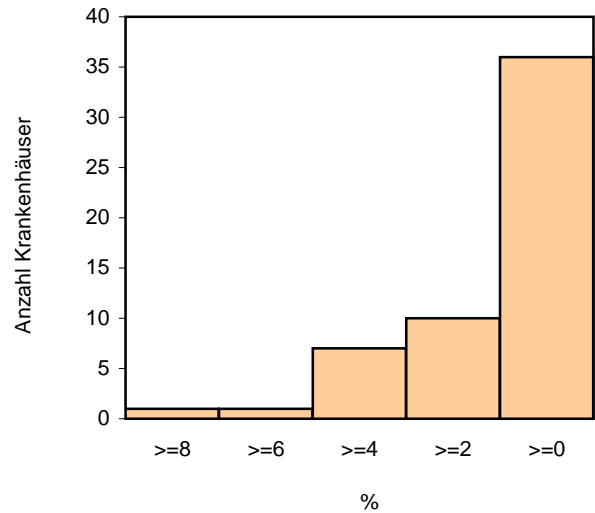
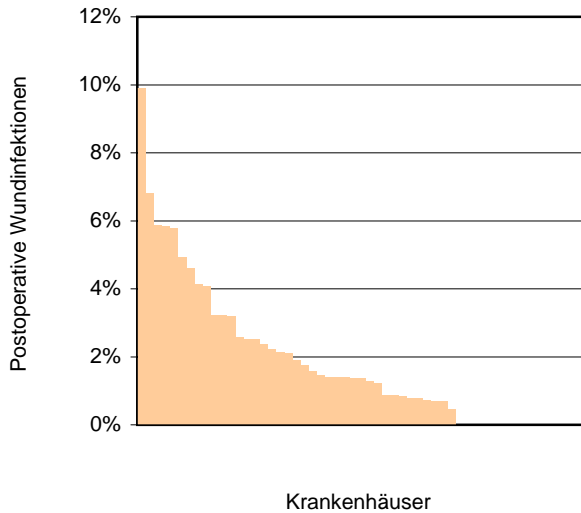
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	98 / 5.724 1,7%	43 / 3.454 1,2%	51 / 2.211 2,3%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,4% - 2,1% nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	46 / 5.724 0,8%	25 / 3.454 0,7%	20 / 2.211 0,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	52 / 5.724 0,9%	18 / 3.454 0,5%	31 / 2.211 1,4%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	89 / 5.509 1,6%	37 / 3.392 1,1%	51 / 2.084 2,4%
Vertrauensbereich	1,3% - 2,0%		

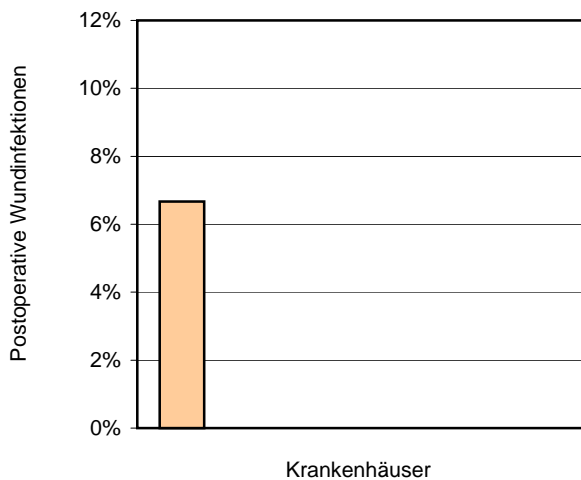
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			6,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 8b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889
Referenzbereich: <= 2,84 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		98 / 5.724 1,71%
vorhergesagt (E) ¹		60,08 / 5.724 1,05%
O - E		0,66%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50889.

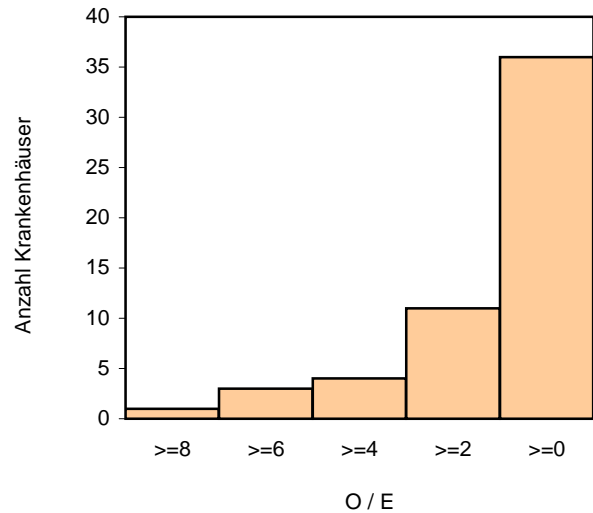
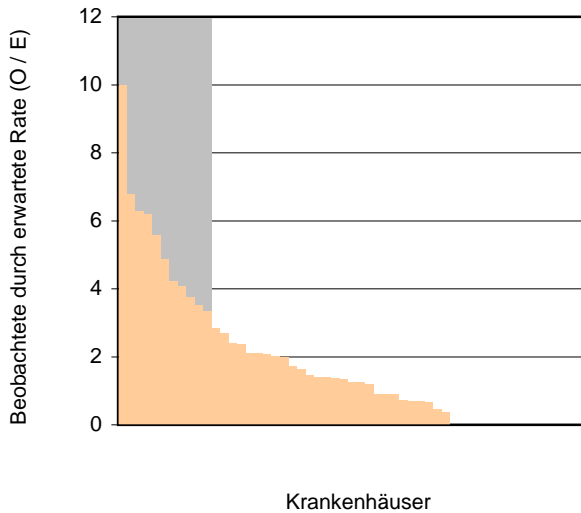
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,63
Vertrauensbereich		1,34 - 1,98
Referenzbereich	<= 2,84	<= 2,84

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	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		89 / 5.509 1,62%
vorhergesagt (E)		57,23 / 5.509 1,04%
O - E		0,58%
O / E		1,56
Vertrauensbereich		1,27 - 1,91

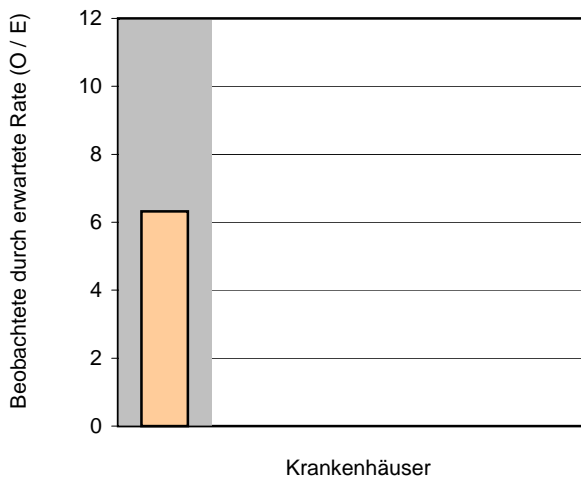
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	1,27	2,40	4,87	6,29	10,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			6,32

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA \geq 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit Alle Eingriffe, hier: > 78 min Endprothetische Versorgung, hier: > 90 min Osteosynthetische Versorgung, hier: > 60 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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
	Gruppe 3:	Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0			
Risikoklasse 1			
Risikoklasse 2			
Risikoklasse 3			

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0	1.185 / 5.724 20,7%	735 / 3.454 21,3%	383 / 2.211 17,3%
Risikoklasse 1	3.585 / 5.724 62,6%	2.168 / 3.454 62,8%	1.440 / 2.211 65,1%
Risikoklasse 2	952 / 5.724 16,6%	550 / 3.454 15,9%	388 / 2.211 17,5%
Risikoklasse 3	2 / 5.724 0,0%	1 / 3.454 0,0%	0 / 2.211 0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit:

- Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 0
- Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 0 mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse 0 mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	7 / 1.185 0,6%	5 / 735 0,7%	1 / 383 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	6 / 1.185 0,5%	5 / 735 0,7%	0 / 383 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	1 / 1.185 0,1%	0 / 735 0,0%	1 / 383 0,3%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit:

- Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 1
- Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 1 mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse 1 mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	53 / 3.585 1,5%	18 / 2.168 0,8%	36 / 1.440 2,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	26 / 3.585 0,7%	10 / 2.168 0,5%	16 / 1.440 1,1%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	27 / 3.585 0,8%	8 / 2.168 0,4%	20 / 1.440 1,4%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit:

- Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 2
- Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 2 mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse 2 mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	38 / 952 4,0%	20 / 550 3,6%	14 / 388 3,6%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	14 / 952 1,5%	10 / 550 1,8%	4 / 388 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	24 / 952 2,5%	10 / 550 1,8%	10 / 388 2,6%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit:

- Gruppe 1: Alle Patienten der Risikoklasse 3
- Gruppe 2: Patienten der Risikoklasse 3 mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
- Gruppe 3: Patienten der Risikoklasse 3 mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 2 0,0%	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 2 0,0%	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 2 0,0%	0 / 1 0,0%	0 / 0

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen



Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen


Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 9a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269

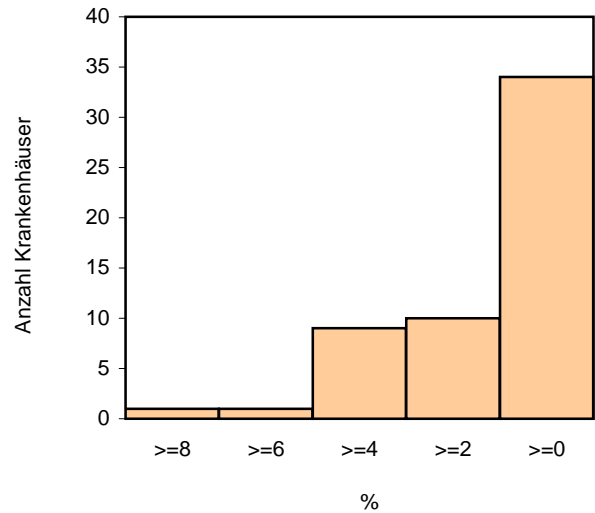
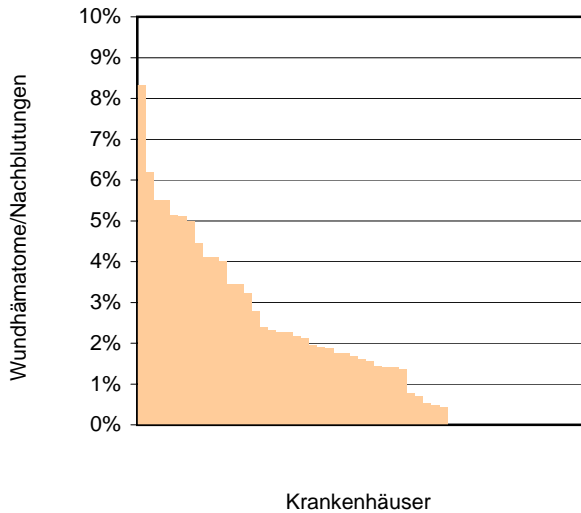
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			102 / 5.724	 1,8%
Vertrauensbereich				1,5% - 2,2%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			104 / 5.509	 1,9%
Vertrauensbereich				1,6% - 2,3%

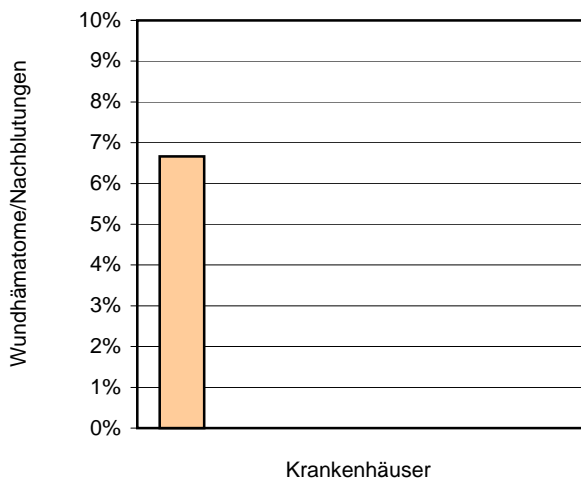
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	3,2	5,1	5,5	8,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			6,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 min¹

	Krankenhaus 2013			
	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 2013			
	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	46 / 3.341 1,4%	50 / 2.187 2,3%	3 / 162 1,9%	3 / 34 8,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 9b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858
Referenzbereich: <= 3,54 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		102 / 5.724 1,78%
vorhergesagt (E) ¹		97,48 / 5.724 1,70%
O - E		0,08%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50858.

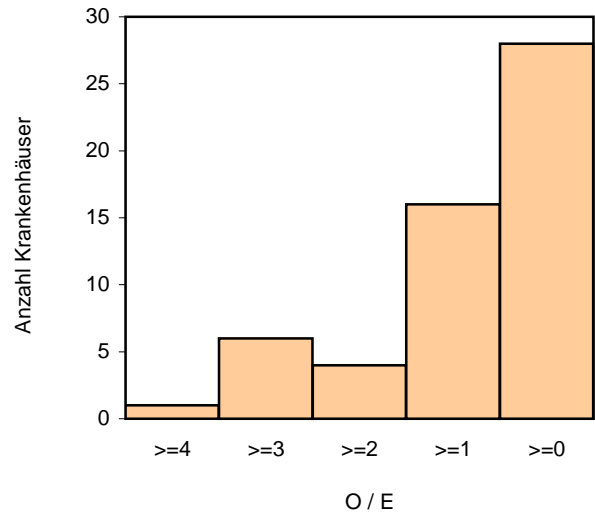
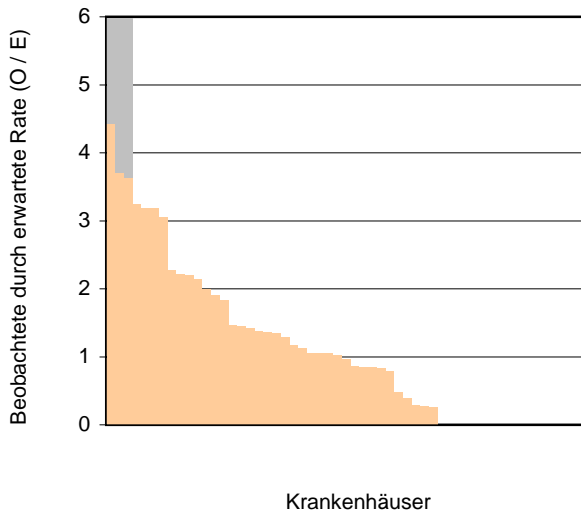
	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,05
Vertrauensbereich		0,86 - 1,27
Referenzbereich	<= 3,54	<= 3,54

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	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		104 / 5.509 1,89%
vorhergesagt (E)		93,27 / 5.509 1,69%
O - E		0,19%
O / E		1,12
Vertrauensbereich		0,92 - 1,35

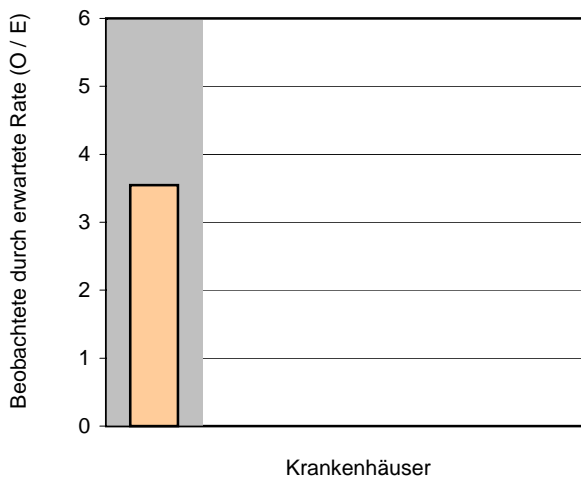
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	0,97	1,83	3,19	3,62	4,42

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			3,55

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 10a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2275

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

	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich		■	
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit sonstiger Komplikation			

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	162 / 5.724 2,8%	15 / 1.545 1,0%	146 / 4.172 3,5%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	16 / 5.724 0,3%	3 / 1.545 0,2%	13 / 4.172 0,3%
Patienten mit Lungenembolie	36 / 5.724 0,6%	1 / 1.545 0,1%	35 / 4.172 0,8%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich	211 / 5.724 3,7% 3,2% - 4,2% nicht definiert	19 / 1.545 1,2%	191 / 4.172 4,6%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	253 / 5.724 4,4%	23 / 1.545 1,5%	227 / 4.172 5,4%
Patienten mit sonstiger Komplikation	444 / 5.724 7,8%	56 / 1.545 3,6%	386 / 4.172 9,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	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, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich			

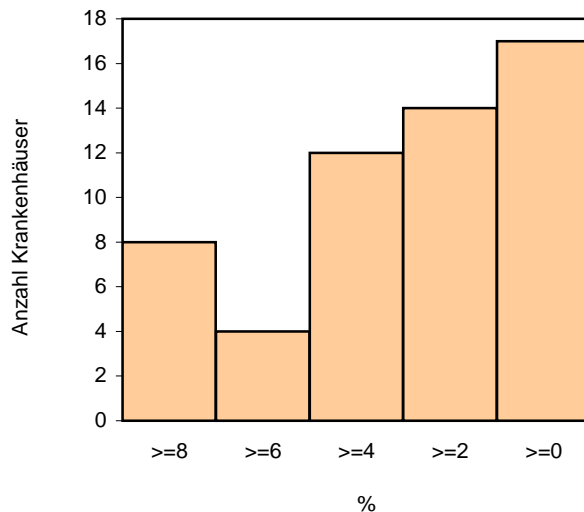
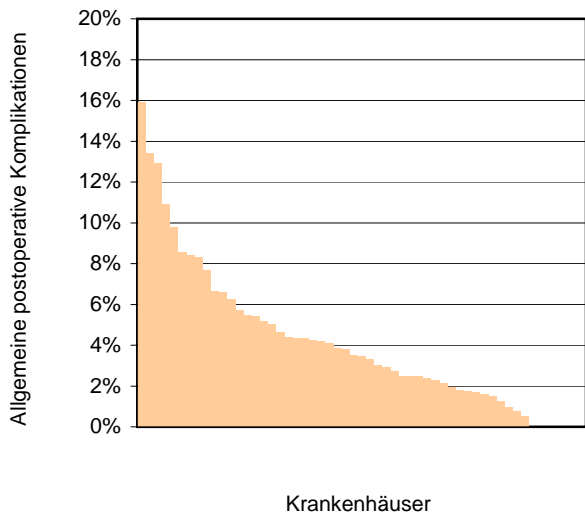
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich	192 / 5.509 3,5% 3,0% - 4,0%	16 / 1.515 1,1%	176 / 3.987 4,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2275]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

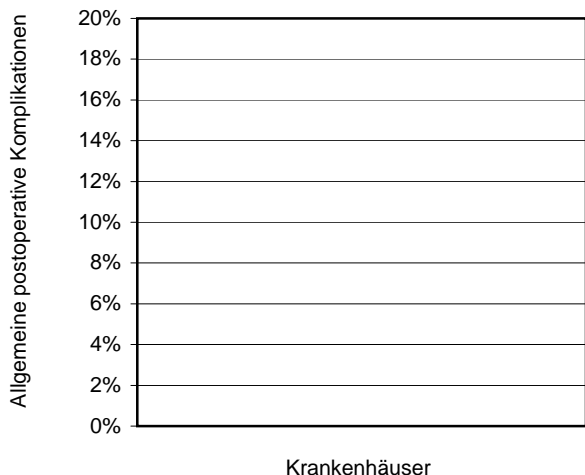
55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,7	3,4	5,5	8,6	12,9	15,9

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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 allgemeinen postoperativen

Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894

Referenzbereich: <= 2,64 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		211 / 5.724 3,69%
vorhergesagt (E) ¹		173,25 / 5.724 3,03%
O - E		0,66%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50894.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,22
Vertrauensbereich		1,07 - 1,39
Referenzbereich	<= 2,64	<= 2,64

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

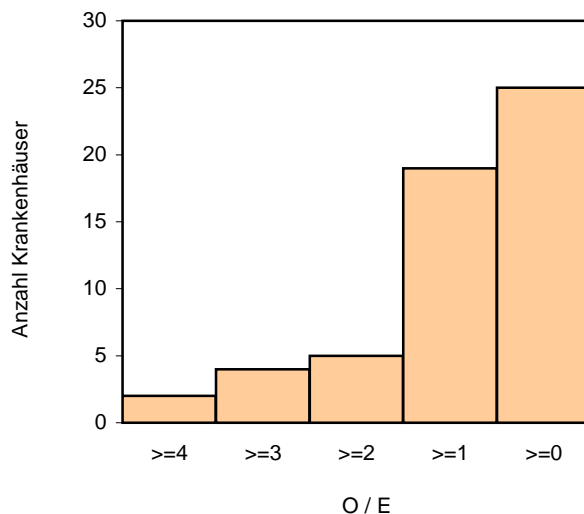
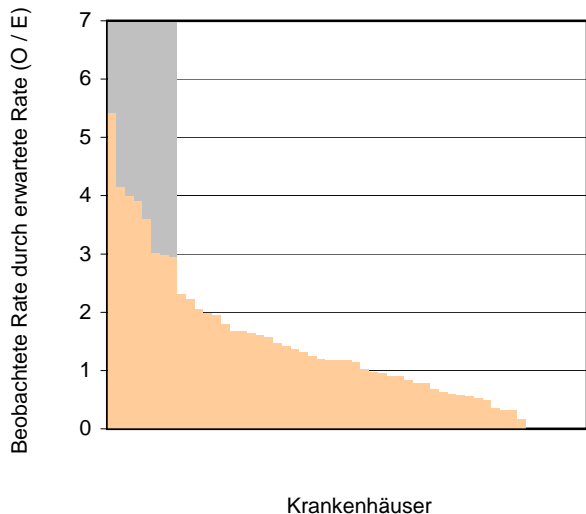
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		192 / 5.509 3,49%
vorhergesagt (E)		163,08 / 5.509 2,96%
O - E		0,53%
O / E		1,18
Vertrauensbereich		1,02 - 1,35

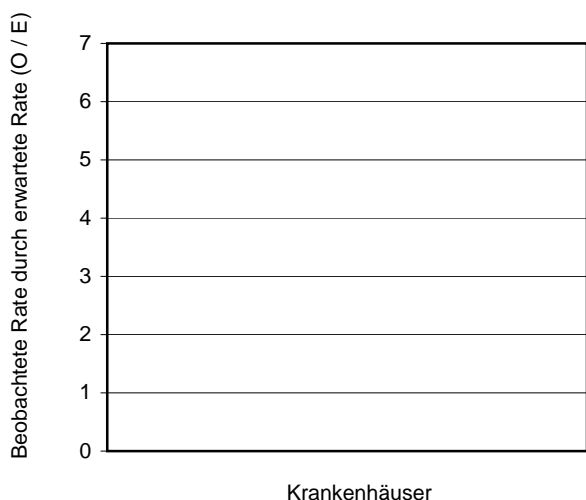
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer
 kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	0,56	1,18	1,80	3,01	3,99	5,41

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 11a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268

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

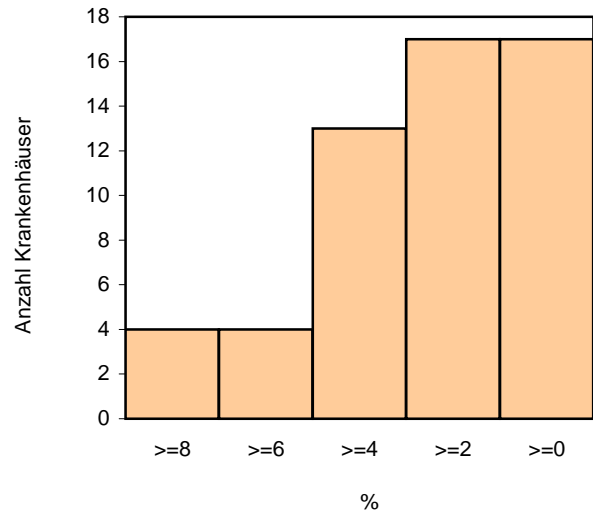
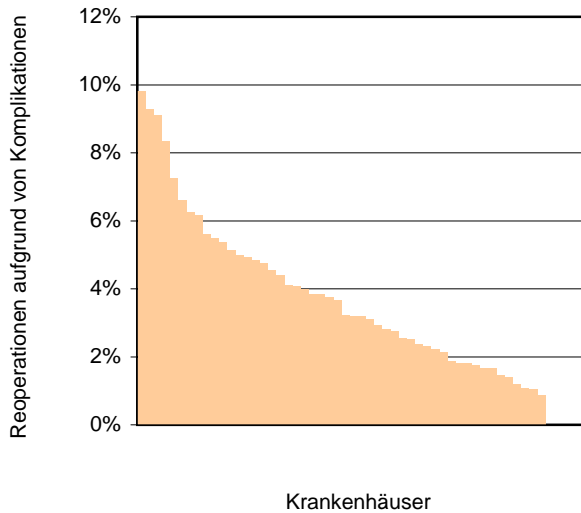
	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	■ nicht definiert		
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	196 / 5.724 3,4% 3,0% - 3,9% nicht definiert	102 / 3.454 3,0%	91 / 2.211 4,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	168 / 5.509 3,0% 2,6% - 3,5%	82 / 3.392 2,4%	82 / 2.084 3,9%

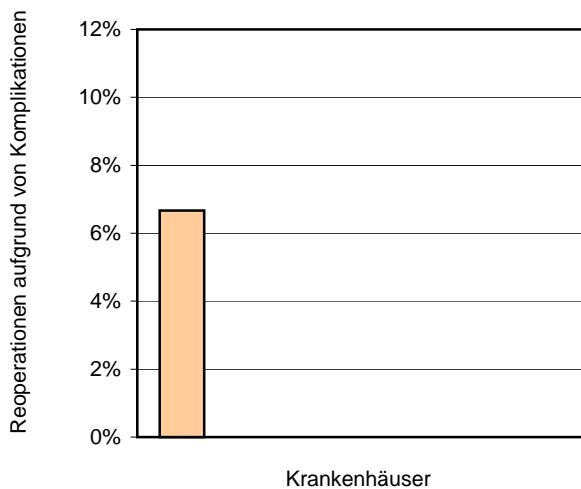
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 55 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	0,9	1,8	3,2	4,9	6,6	9,1	9,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 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			6,7

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 11b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50864
Referenzbereich: <= 4,08 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		196 / 5.724 3,42%
vorhergesagt (E) ¹		170,10 / 5.724 2,97%
O - E		0,45%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 50864.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,15
Vertrauensbereich		1,00 - 1,32
Referenzbereich	<= 4,08	<= 4,08

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

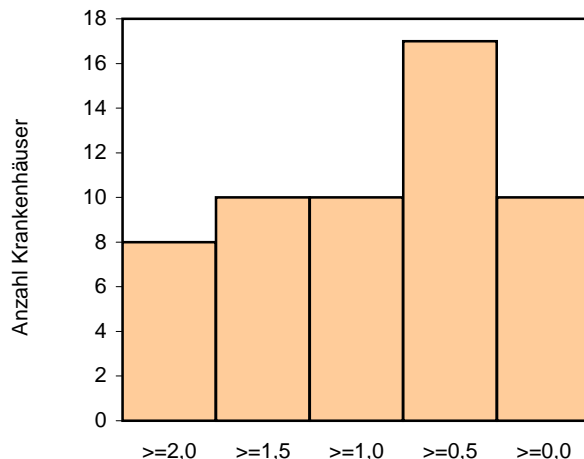
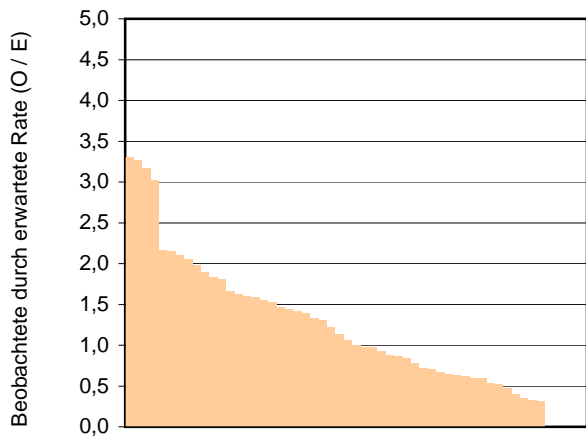
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		168 / 5.509 3,05%
vorhergesagt (E)		162,97 / 5.509 2,96%
O - E		0,09%
O / E		1,03
Vertrauensbereich		0,89 - 1,20

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50864]:

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:

55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



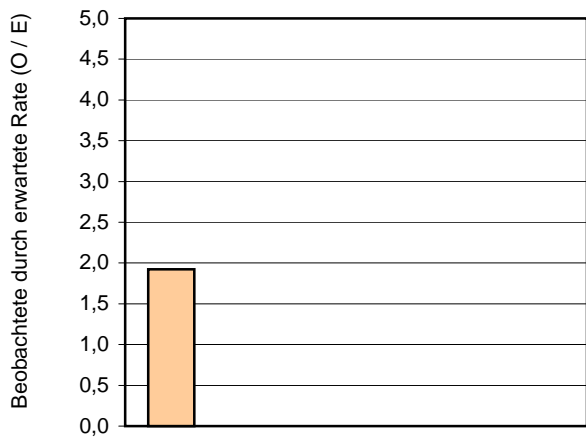
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,32	0,60	1,00	1,63	2,15	3,17	3,30

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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			1,92

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 12a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277
 Gruppe 2 (QI 12b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276

Referenzbereich: Gruppe 1: Sentinel Event
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich Referenzbereich	Sentinel Event	nicht definiert		

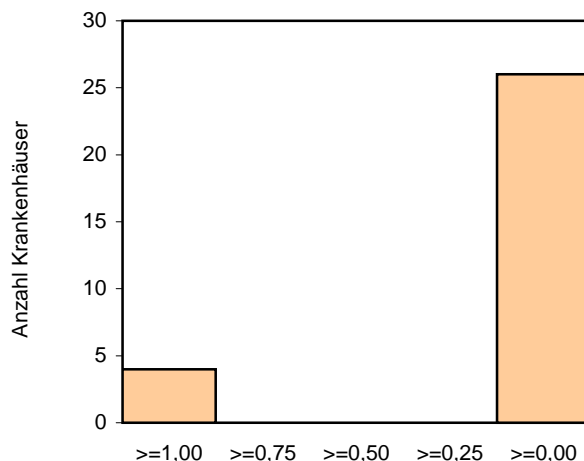
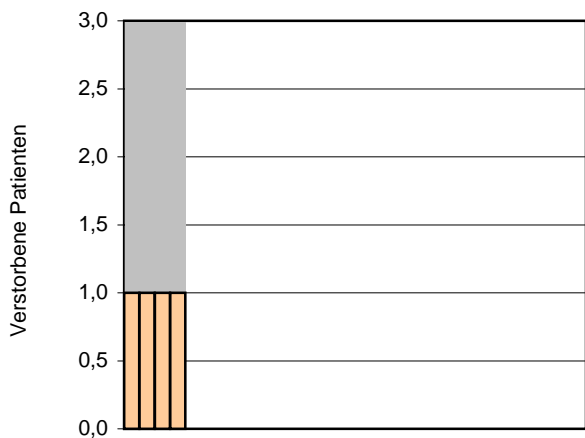
	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	9 / 1.545 9,0 Fälle	188 / 3.850 4,9%	85 / 322 26,4%	3 / 7 42,9%
Vertrauensbereich Referenzbereich	Sentinel Event	4,2% - 5,6% nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	15 / 1.515	229 / 3.691	75 / 296	2 / 7
Vertrauensbereich	15,0 Fälle	6,2%	25,3%	28,6%
		5,5% - 7,0%		

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277]:
 Anzahl verstorbener Patienten von Patienten mit ASA 1 - 2**

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

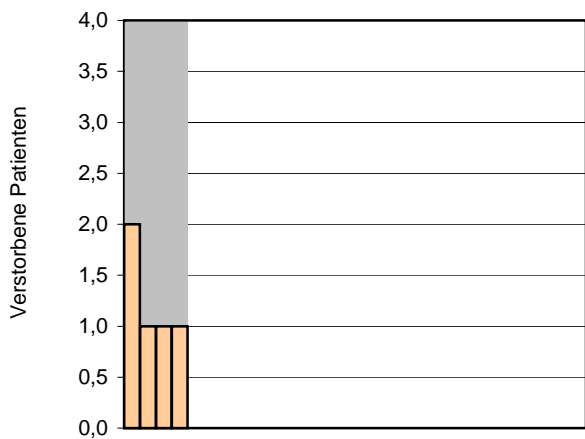


Krankenhäuser

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	1,0	1,0	1,0

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



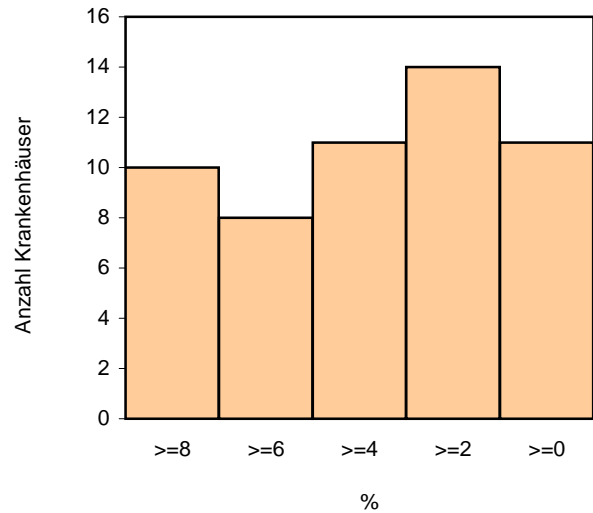
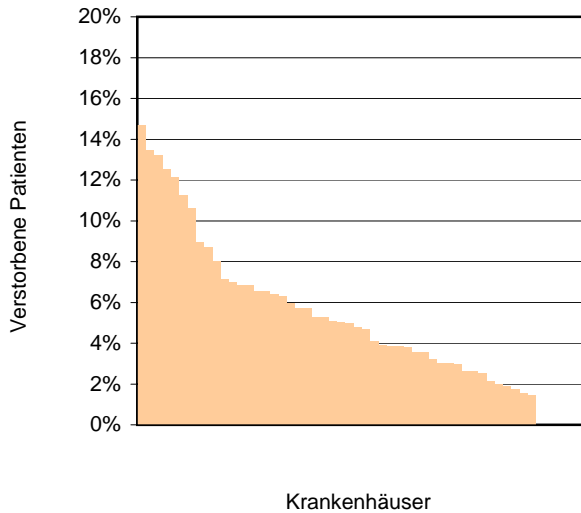
Krankenhäuser

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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

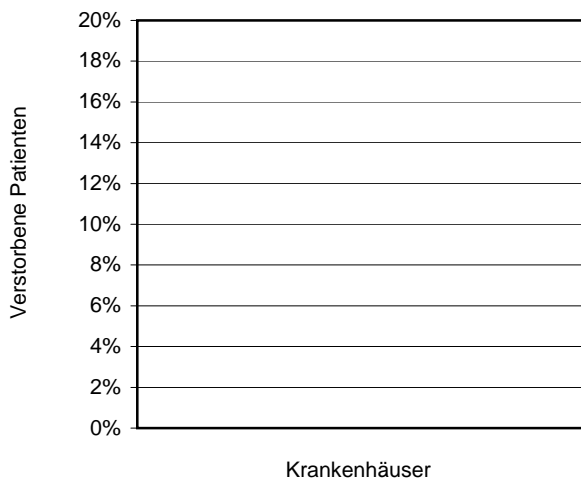
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276]:
 Anteil verstorbenen Patienten an Patienten mit ASA 3**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 54 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	2,6	4,7	6,8	11,3	13,2	14,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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.

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit:
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
 (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
 Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
 (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID:
 Gruppe 2 (QI 12c): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279
 Gruppe 3 (QI 12d): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278

Referenzbereich:
 Gruppe 2: <= 10,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 3: <= 13,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich		<= 10,6%	<= 13,3%

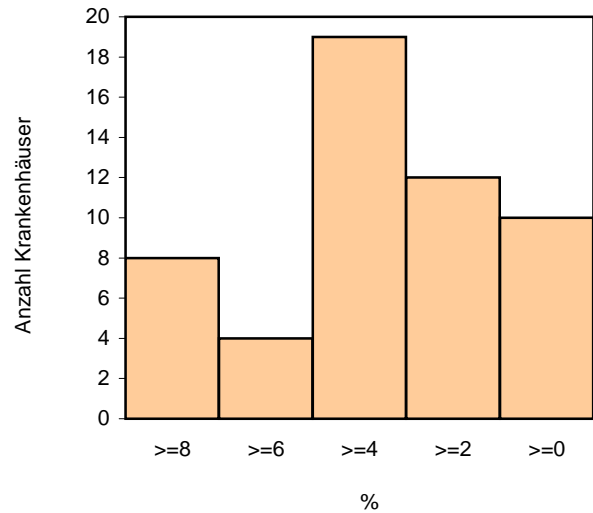
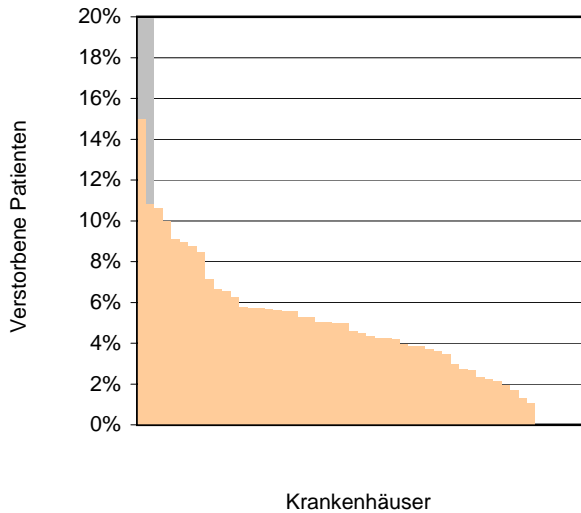
Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	285 / 5.724 5,0%	158 / 3.454 4,6%	126 / 2.211 5,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich		3,9% - 5,3% <= 10,6%	4,8% - 6,7% <= 13,3%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	321 / 5.509 5,8%	186 / 3.392 5,5%	133 / 2.084 6,4%
Vertrauensbereich		4,8% - 6,3%	5,4% - 7,5%

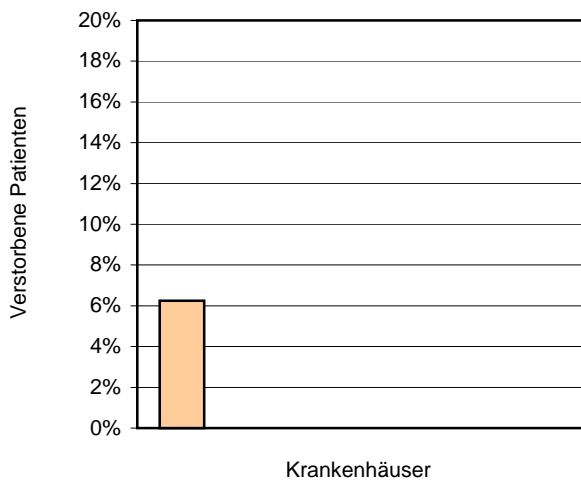
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12c, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 53 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	2,7	4,5	5,7	9,0	10,6	15,0

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

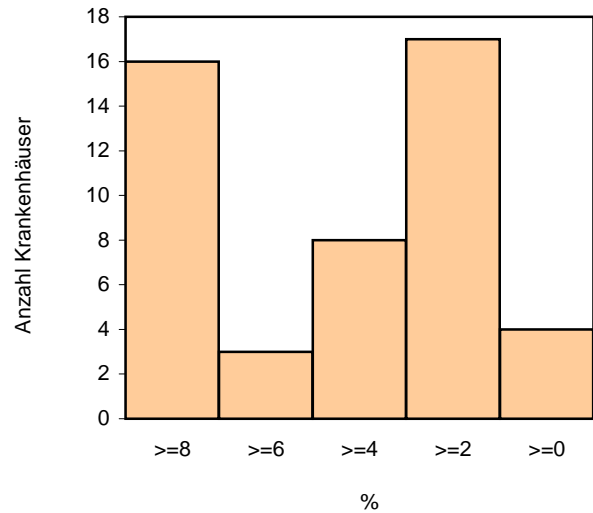
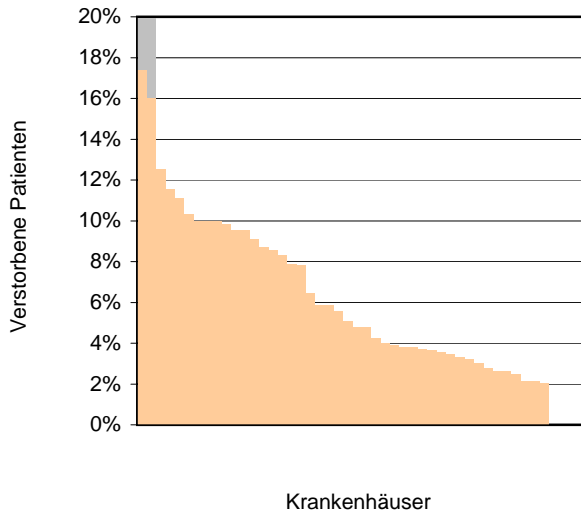


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			6,3

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

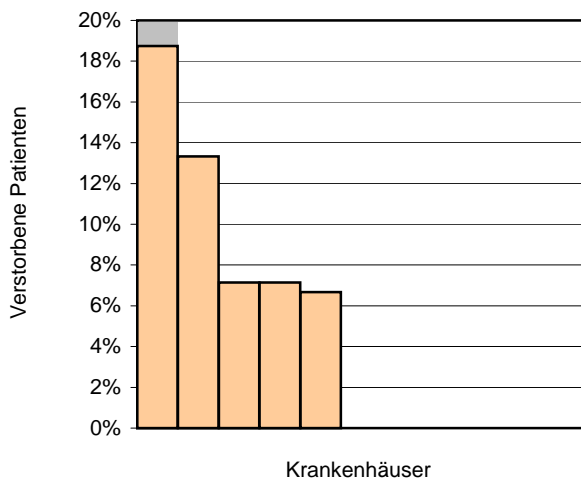
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12d, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 48 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	2,0	3,1	4,8	9,3	11,1	12,5	17,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 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	7,1	13,3		18,8

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten mit ASA 1 bis 3, osteosynthetischer oder endoprothetischer Versorgung

Indikator-ID: (QI 12e): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		285 / 5.723 4,98%
vorhergesagt (E) ¹		282,09 / 5.723 4,93%
O - E		0,05%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 51168.

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,01
Vertrauensbereich		0,90 - 1,13
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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

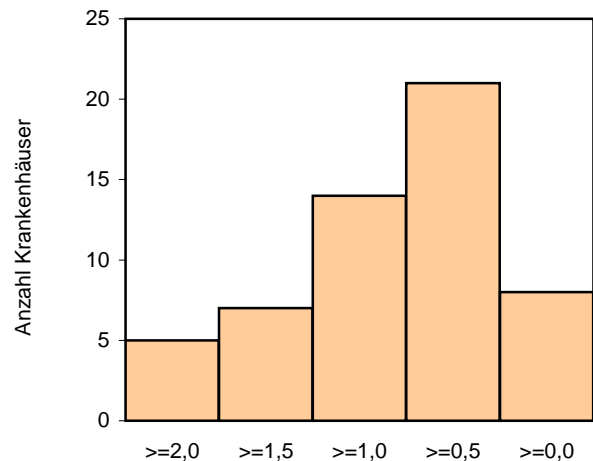
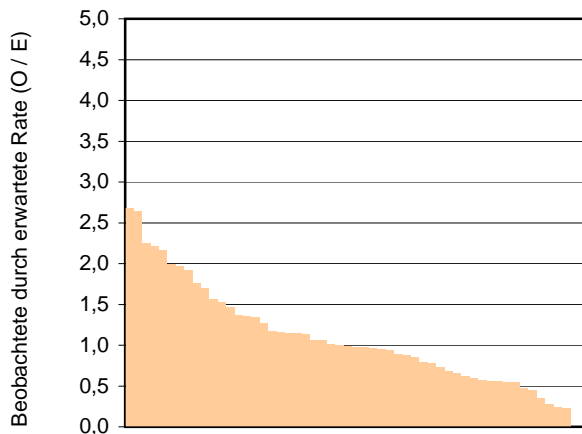
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		321 / 5.509 5,83%
vorhergesagt (E)		266,19 / 5.509 4,83%
O - E		0,99%
O / E		1,21
Vertrauensbereich		1,08 - 1,34

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 12e, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Patienten bei Patienten mit ASA 1 - 3, osteosynthetischer oder endoprothetischer Versorgung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

55 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



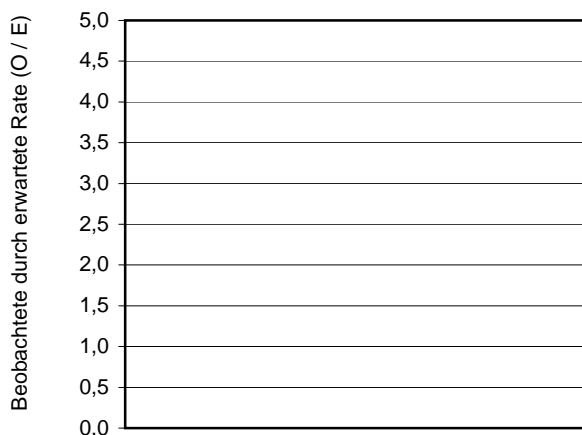
Krankenhäuser

O / E

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,22	0,34	0,59	0,98	1,37	1,99	2,25	2,68

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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.

Auffälligkeitskriterium 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

Indikator-ID: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/813191

Referenzbereich: < 100,0%

ID-Bezugsindikator(en): 50853, 50879, 50884, 50889, 50858, 50894

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			189 / 395	47,8% 43,0% - 52,8% < 100,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			187 / 360	51,9% 46,8% - 57,1%

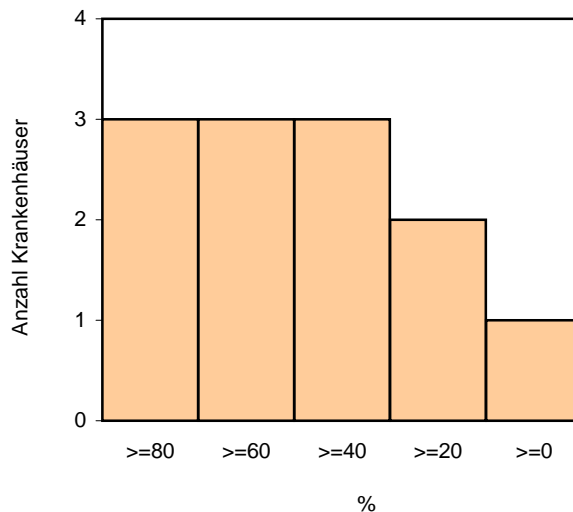
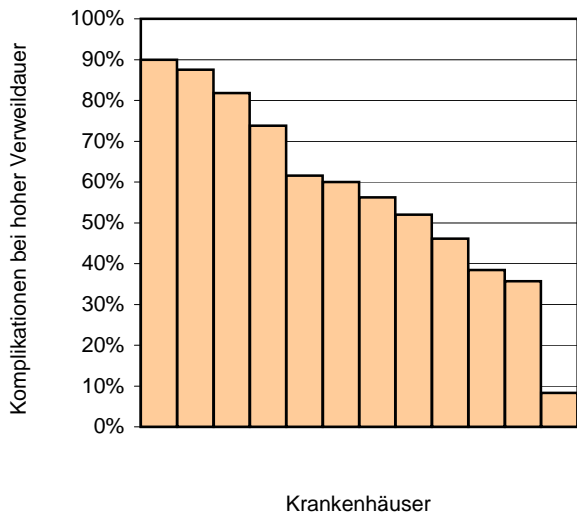
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/813191]:

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 > 23 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

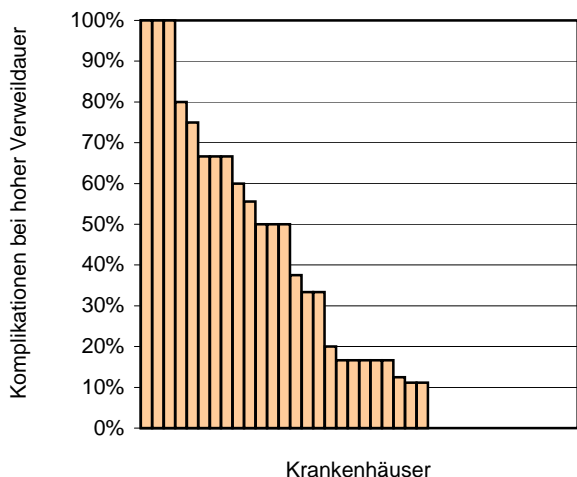
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	8,3		35,7	42,3	58,1	77,8	87,5		90,0

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
	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	55,6	80,0	100,0	100,0

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 60
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.724
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14214-L90133-P43651

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.504	26,3	1.428	25,9
2. Quartal			1.355	23,7	1.252	22,7
3. Quartal			1.388	24,2	1.308	23,7
4. Quartal			1.477	25,8	1.521	27,6
Gesamt			5.724		5.509	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.724		5.509	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,3		1,2
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.724		5.509	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				13,8		13,7
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			5.724		5.509	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				15,1		14,9

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

(Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			2.694	47,1	2.599	47,2
S72.00			208	3,6	259	4,7
S72.01			1.746	30,5	1.687	30,6
S72.02			0	0,0	1	0,0
S72.03			175	3,1	185	3,4
S72.04			441	7,7	397	7,2
S72.05			83	1,5	89	1,6
S72.08			125	2,2	90	1,6
Petrochantäre Frakturen			3.079	53,8	2.967	53,9
S72.10			1.981	34,6	2.199	39,9
S72.11			1.138	19,9	833	15,1

OPS 2013¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
3	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
4	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
5	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
7	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
8	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
9	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung

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

² Eine vollständige Liste der Einschlussprozeduren mit ihren Häufigkeiten finden Sie am Ende der Basisauswertung.

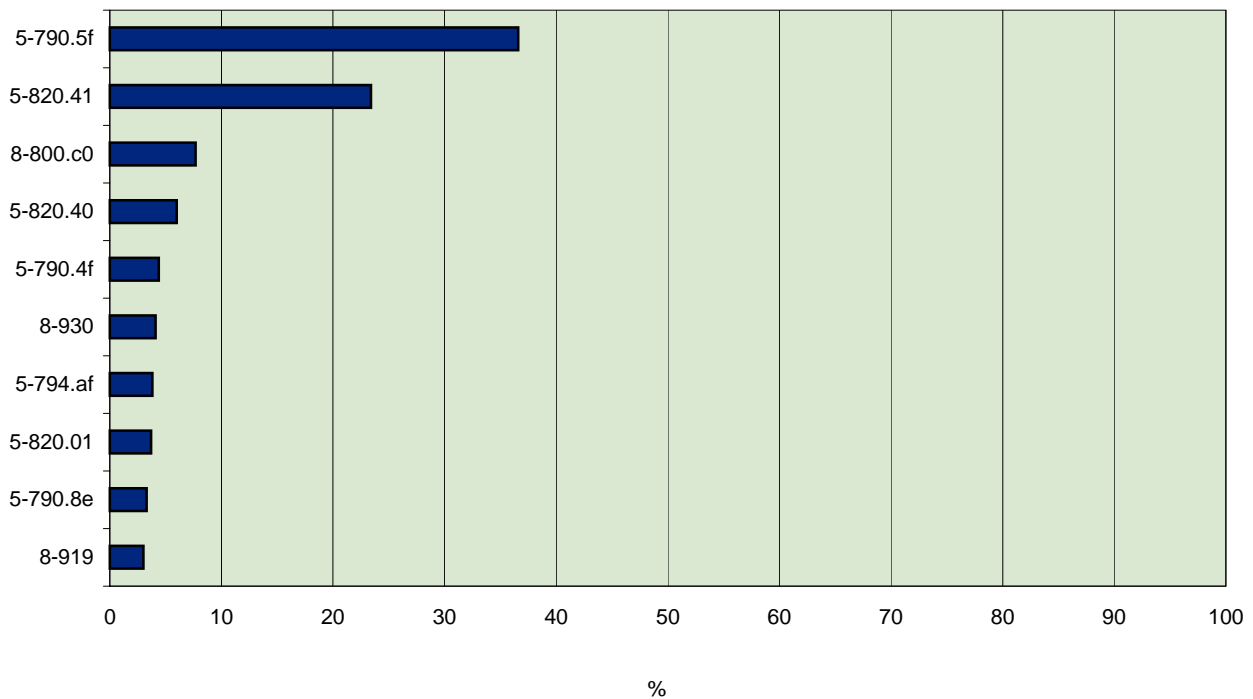
OPS 2013

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-790.5f	2.097	36,6	5-790.5f	2.044	37,1
2				5-820.41	1.342	23,4	5-820.41	1.245	22,6
3				8-800.c0	443	7,7	8-800.c0	389	7,1
4				5-820.40	341	6,0	5-820.40	309	5,6
5				5-790.4f	253	4,4	8-930	226	4,1
6				8-930	232	4,1	5-790.4f	203	3,7
7				5-794.af	215	3,8	5-794.af	202	3,7
8				5-820.01	211	3,7	5-820.00	196	3,6
9				5-790.8e	189	3,3	5-790.0e	194	3,5
10				8-919	172	3,0	5-790.8e	190	3,4

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2013 (Gesamt 2013)



Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren OPS 2013

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			484 / 5.724	8,5	499 / 5.509	9,1
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			23 / 5.724	0,4	11 / 5.509	0,2
Femurkopfprothese (5-820.3)			38 / 5.724	0,7	27 / 5.509	0,5
Duokopfprothese (5-820.4)			1.683 / 5.724	29,4	1.554 / 5.509	28,2

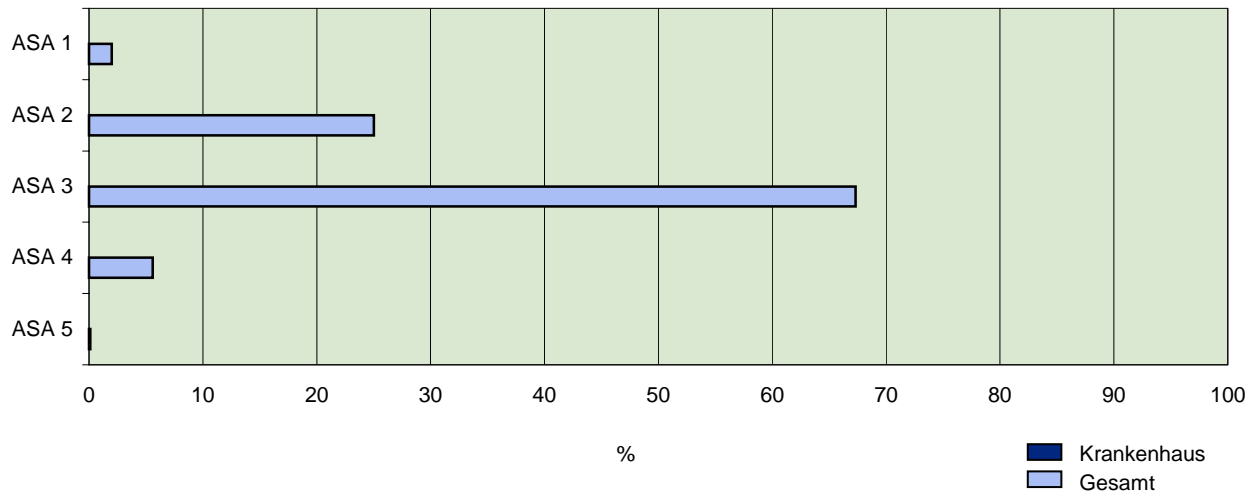
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			5 / 5.724	0,1	6 / 5.509	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 5.724	0,0	0 / 5.509	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 5.724	0,0	0 / 5.509	0,0
5-988 Anwendung eines Navigations-systems			0 / 5.724	0,0	1 / 5.509	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.724 / 5.724		5.509 / 5.509	
< 50 Jahre			113 / 5.724	2,0	118 / 5.509	2,1
50 - 59 Jahre			241 / 5.724	4,2	229 / 5.509	4,2
60 - 69 Jahre			401 / 5.724	7,0	398 / 5.509	7,2
70 - 79 Jahre			1.269 / 5.724	22,2	1.153 / 5.509	20,9
80 - 89 Jahre			2.574 / 5.724	45,0	2.575 / 5.509	46,7
>= 90 Jahre			1.126 / 5.724	19,7	1.036 / 5.509	18,8
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.724		5.509	
Median				83,0		83,0
Mittelwert				80,7		80,6
Geschlecht						
männlich			1.677	29,3	1.508	27,4
weiblich			4.047	70,7	4.001	72,6
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			116	2,0	117	2,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.429	25,0	1.398	25,4
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			3.850	67,3	3.691	67,0
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			322	5,6	296	5,4
5: moribunder Patient			7	0,1	7	0,1

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			5.558	97,1	5.347	97,1
bedingt aseptische Eingriffe			154	2,7	153	2,8
kontaminierte Eingriffe			10	0,2	3	0,1
septische Eingriffe			2	0,0	6	0,1
Frakturlokalisierung						
medial			2.468	43,1	2.351	42,7
lateral			166	2,9	148	2,7
perthrochantär			2.978	52,0	2.890	52,5
sonstige			112	2,0	120	2,2
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur unverschoben			163 / 2.468	6,6	158 / 2.351	6,7
Abduktionsfraktur verschoben			253 / 2.468	10,3	265 / 2.351	11,3
Abduktionsfraktur komplett verschoben			1.310 / 2.468	53,1	1.272 / 2.351	54,1
Abduktionsfraktur unverschoben			742 / 2.468	30,1	656 / 2.351	27,9
Vorbestehende Koxarthrose						
			2.279	39,8	2.069	37,6

Patienten (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen¹			1.616	28,2	-	-
Art der Medikation¹						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			322 / 1.616	19,9	-	-
Acetylsalicylsäure			926 / 1.616	57,3	-	-
andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			138 / 1.616	8,5	-	-
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			31 / 1.616	1,9	-	-
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			102 / 1.616	6,3	-	-

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2013 neu eingeführt.

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 24 h			3.946	68,9	4.201	76,3
24 - 48 h			1.070	18,7	821	14,9
> 48 h			708	12,4	487	8,8
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			5.724		5.509	
Median				55,0		55,0
Mittelwert				61,1		60,2
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			5.669	99,0	5.466	99,2
single shot			5.151 / 5.669	90,9	5.007 / 5.466	91,6
Zweitgabe			188 / 5.669	3,3	159 / 5.466	2,9
öfter			330 / 5.669	5,8	300 / 5.466	5,5
Operationsverfahren						
1 DHS, Winkelplatte			424	7,4	472	8,6
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			2.835	49,5	2.735	49,6
3 Verschraubung			195	3,4	185	3,4
4 TEP			511	8,9	509	9,2
5 monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese)			32	0,6	16	0,3
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			1.668	29,1	1.559	28,3
7 Sonstige			59	1,0	33	0,6

Operation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			847	14,8	856	15,5
Dienstag			859	15,0	798	14,5
Mittwoch			840	14,7	744	13,5
Donnerstag			865	15,1	828	15,0
Freitag			797	13,9	774	14,0
Samstag			758	13,2	761	13,8
Sonntag			758	13,2	748	13,6
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			909	15,9	939	17,0
Dienstag			872	15,2	863	15,7
Mittwoch			866	15,1	758	13,8
Donnerstag			836	14,6	828	15,0
Freitag			992	17,3	897	16,3
Samstag			627	11,0	634	11,5
Sonntag			622	10,9	590	10,7

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			5.681	99,2	5.457	99,1
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			5.367	93,8	5.108	92,7
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			222	3,9	211	3,8
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			15	0,3	9	0,2
Implantatdislokation			30	0,5	23	0,4
Endoprothesenluxation			16	0,3	14	0,3
Wundhämatom/Nachblutung			102	1,8	104	1,9
Gefäßläsion			2	0,0	0	0,0
Nervenschaden			3	0,1	2	0,0
Fraktur			25	0,4	20	0,4
Sonstige			38	0,7	51	0,9

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			98	1,7	89	1,6
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			46 / 98	46,9	43 / 89	48,3
A2 (tiefe Infektion)			47 / 98	48,0	41 / 89	46,1
A3 (Räume/Organe)			5 / 98	5,1	5 / 89	5,6
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			196	3,4	168	3,0
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			779	13,6	817	14,8
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			162	2,8	142	2,6
Kardiovaskuläre Komplikationen			253	4,4	271	4,9
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			16	0,3	15	0,3
Lungenembolie			36	0,6	40	0,7
Sonstige			444	7,8	488	8,9

Entlassung I

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.620	84,9	4.351	83,9
Nein			819	15,1	837	16,1
wenn nein: selbständiges Gehen vor der Fraktur			231	28,2	245	29,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.158	76,4	3.925	75,7
Nein			1.281	23,6	1.263	24,3
wenn nein: selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			214	16,7	222	17,6

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2.607	45,5	2.373	43,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			62	1,1	52	0,9
03: aus sonstigen Gründen			12	0,2	6	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			8	0,1	7	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	3	0,1
06: Verlegung			118	2,1	88	1,6
07: Tod			285	5,0	321	5,8
08: Verlegung nach § 14			4	0,1	6	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.825	31,9	1.862	33,8
10: in Pflegeeinrichtung			741	12,9	708	12,9
11: in Hospiz			2	0,0	3	0,1
12: interne Verlegung			1	0,0	46	0,8
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,0	4	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,0	2	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	2	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			53	0,9	19	0,3
18: Rückverlegung			0	0,0	3	0,1
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			1	0,0	3	0,1

¹ 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 Entgelt- bereichen 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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.102	19,3	1.019	18,5
Dienstag			989	17,3	977	17,7
Mittwoch			1.014	17,7	901	16,4
Donnerstag			941	16,4	984	17,9
Freitag			1.148	20,1	1.089	19,8
Samstag			395	6,9	391	7,1
Sonntag			135	2,4	148	2,7

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-FRAK-Score

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

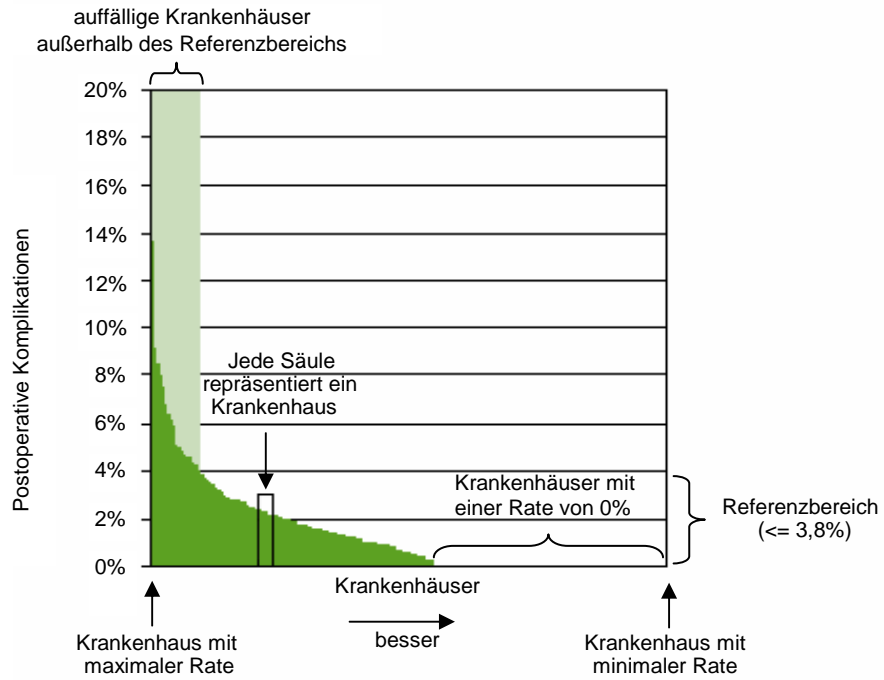
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

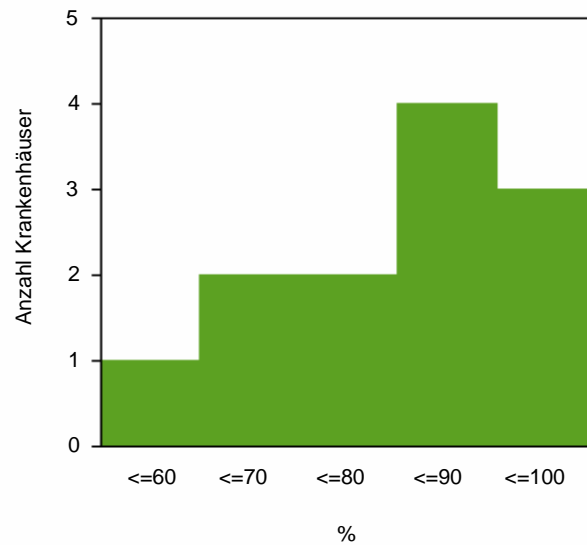
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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