

Jahresauswertung 2014 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 66
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.820
Datensatzversion: 17/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15158-L95763-P45920

Jahresauswertung 2014 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 66
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.820
Datensatzversion: 17/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15158-L95763-P45920

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n1-HUEFT-FRAK/2266 QI 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus			11,77%	<= 15,00%	innerhalb	12,37%	10
2014/17n1-HUEFT-FRAK/2115 QI 2: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)			98,23%	>= 90,00%	innerhalb	97,94%	14
QI 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe							
3a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10364 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			99,65%	>= 95,00%	innerhalb	99,32%	17
3b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10361 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			99,42%	>= 96,67%	innerhalb	98,87%	17

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2272 bei allen Patienten			4,07%	nicht definiert	-	4,25%	21
4b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50874 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,85	<= 2,92	innerhalb	0,90	24
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2271 bei allen Patienten			0,14%	nicht definiert	-	0,09%	26
5b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50853 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,27	<= 18,81	innerhalb	0,82	29
QI 6: Implantatfehl- -dislokation oder Fraktur							
6a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2267 bei allen Patienten			0,96%	nicht definiert	-	1,22%	31
6b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50879 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,93	<= 1,90	innerhalb	1,19	34

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2270 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,52%	nicht definiert	-	0,72%	36
7b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50884 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,73	<= 6,96	innerhalb	1,01	39
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2274 bei allen Patienten			1,62%	nicht definiert	-	1,71%	41
8b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50889 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,57	<= 2,86	innerhalb	1,64	44

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2269 bei allen Patienten			1,89%	nicht definiert	-	1,78%	52
9b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50858 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,22	<= 3,92	innerhalb	1,16	55
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2275 bei allen Patienten			3,35%	nicht definiert	-	3,69%	57
10b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50894 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,03	<= 2,51	innerhalb	1,16	60

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2268 bei allen Patienten			3,57%	nicht definiert	-	3,42%	62
11b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50864 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,25	<= 4,24	innerhalb	1,19	65
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2277 bei Patienten mit ASA 1 bis 2			10,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	9,00 Fälle	67
12b: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2276 bei Patienten mit ASA 3			4,98%	nicht definiert	-	4,88%	67
12c: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2279 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			4,62%	<= 10,44%	innerhalb	4,57%	71

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
12d: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2278 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			5,78%	<= 13,85%	innerhalb	5,70%	71
12e: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/51168 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,99	nicht definiert	-	1,02	75

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium ¹	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr	Seite
2014/17n1-HUEFT-FRAK/813191 AK 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			52,11%	< 100,00%	innerhalb	47,85%	77

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

² „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

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:	2014/17n1-HUEFT-FRAK/2266	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,00% (Toleranzbereich)	

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich Referenzbereich				
				<= 15,00%

	Gesamt 2014			
	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	4.085 / 5.820 70,19%	2.792 / 3.438 81,21%	838 / 939 89,24%	1.257 / 2.300 54,65%
24 - 48 Stunden	1.050 / 5.820 18,04%	405 / 3.438 11,78%	73 / 939 7,77%	627 / 2.300 27,26%
> 48 Stunden	685 / 5.820 11,77%	241 / 3.438 7,01%	28 / 939 2,98%	416 / 2.300 18,09%
Vertrauensbereich Referenzbereich	10,97% - 12,62% <= 15,00%			

Vorjahresdaten	Krankenhaus 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				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	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				
> 48 Stunden	708 / 5.724 12,37%	262 / 3.454 7,59%	40 / 998 4,01%	420 / 2.211 19,00%
Vertrauensbereich	11,54% - 13,25%			

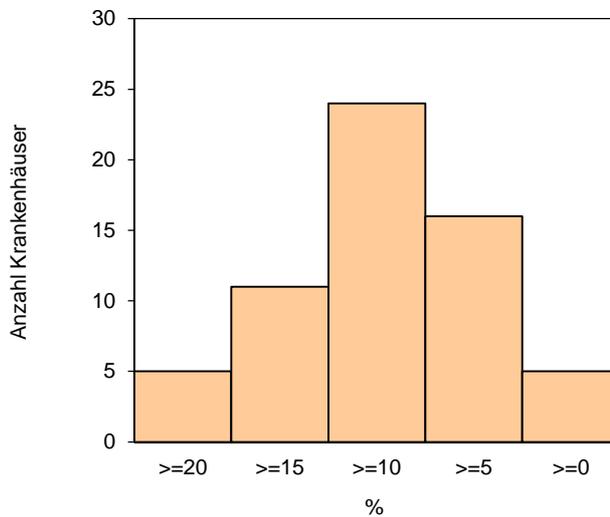
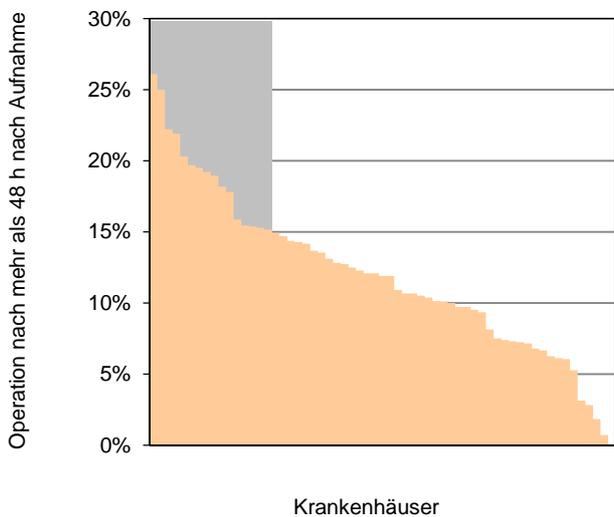
Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2014			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	Aufnahme an Wochentag			
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				

	Gesamt 2014			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	Aufnahme an Wochentag			
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden	2.471 / 3.497 70,66%	584 / 805 72,55%	511 / 769 66,45%	519 / 749 69,29%
24 - 48 Stunden	651 / 3.497 18,62%	96 / 805 11,93%	143 / 769 18,60%	160 / 749 21,36%
> 48 Stunden	375 / 3.497 10,72%	125 / 805 15,53%	115 / 769 14,95%	70 / 749 9,35%

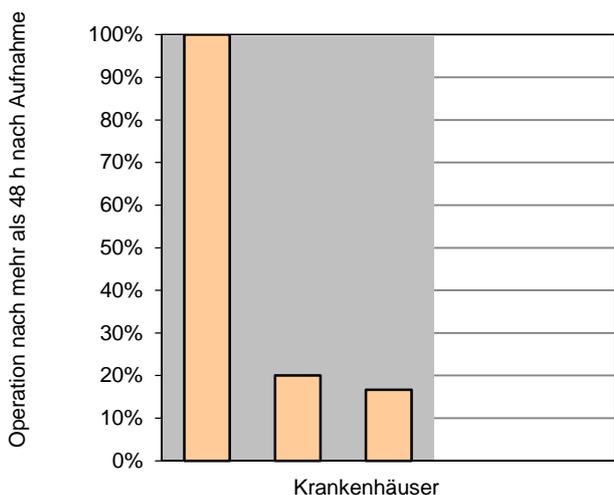
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2266]:
 Anteil von Patienten mit Operation nach mehr als 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,83	6,06	7,50	11,90	15,17	19,51	21,90	26,11

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	16,67	20,00			100,00

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 Frakturlokalisation 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: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2115

Referenzbereich: Gruppe 2: >= 90,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	
	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		>= 90,00%

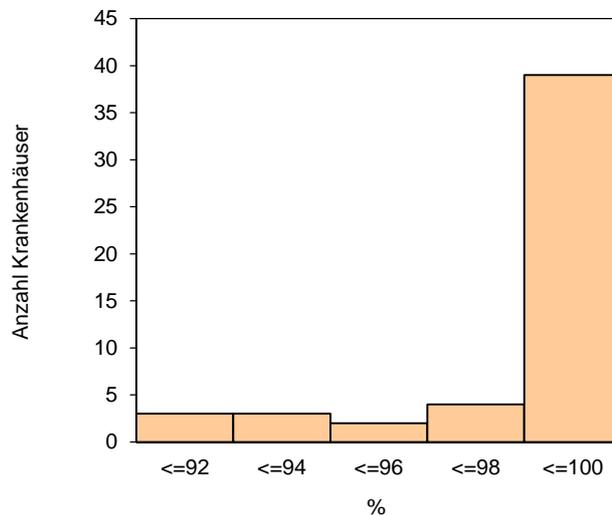
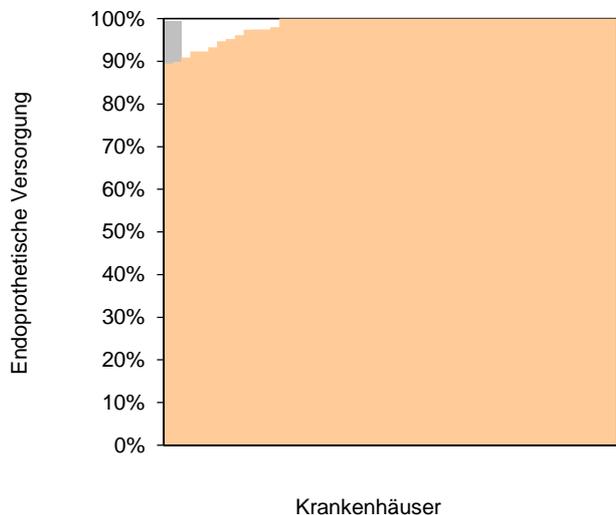
	Gesamt 2014	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	85 / 216 39,35%	18 / 1.186 1,52%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	125 / 216 57,87%	1.165 / 1.186 98,23%
Vertrauensbereich		97,31% - 98,84%
Referenzbereich		>= 90,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	
	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 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich	107 / 176 60,80%	1.188 / 1.213 97,94% 96,98% - 98,60%

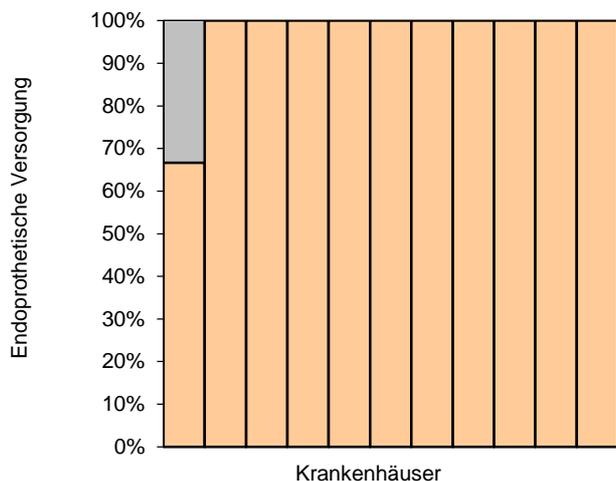
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2115]:
 Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	89,47	90,91	93,33	98,04	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

4 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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10364
 Gruppe 3 (QI 3b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10361

Referenzbereich:
 Gruppe 2: >= 95,00% (Zielbereich)
 Gruppe 3: >= 96,67% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe			
Vertrauensbereich		>= 95,00%	>= 96,67%
Referenzbereich			
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

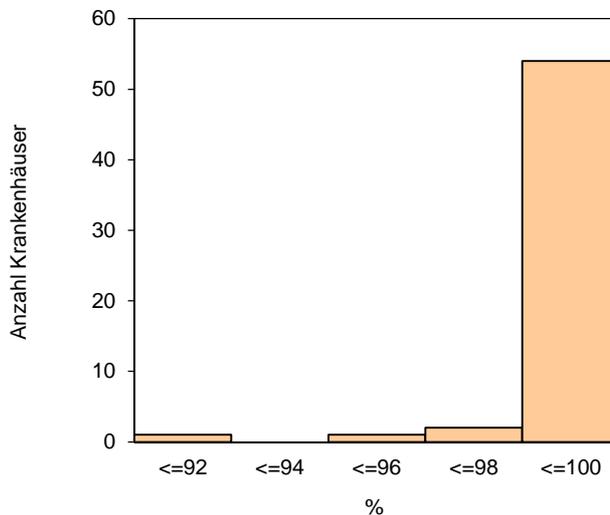
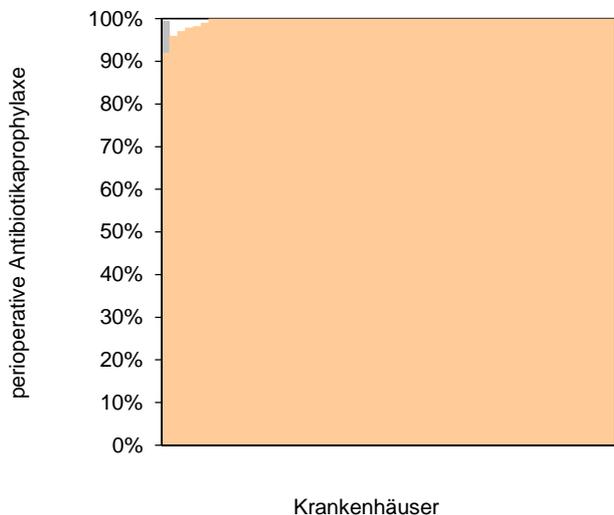
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	5.790 / 5.820 99,48%	2.292 / 2.300 99,65%	3.418 / 3.438 99,42%
Vertrauensbereich		99,32% - 99,82%	99,10% - 99,62%
Referenzbereich		>= 95,00%	>= 96,67%
davon single shot	5.414 / 5.790 93,51%	2.071 / 2.292 90,36%	3.276 / 3.418 95,85%
Zweitgabe oder öfter	376 / 5.790 6,49%	221 / 2.292 9,64%	142 / 3.418 4,15%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe Vertrauensbereich	5.669 / 5.724 99,04%	2.196 / 2.211 99,32% 98,88% - 99,59%	3.415 / 3.454 98,87% 98,46% - 99,17%

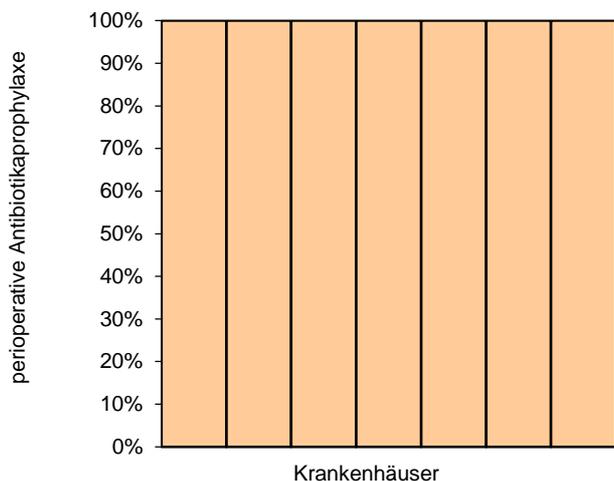
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10364]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,00	97,10	99,05	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

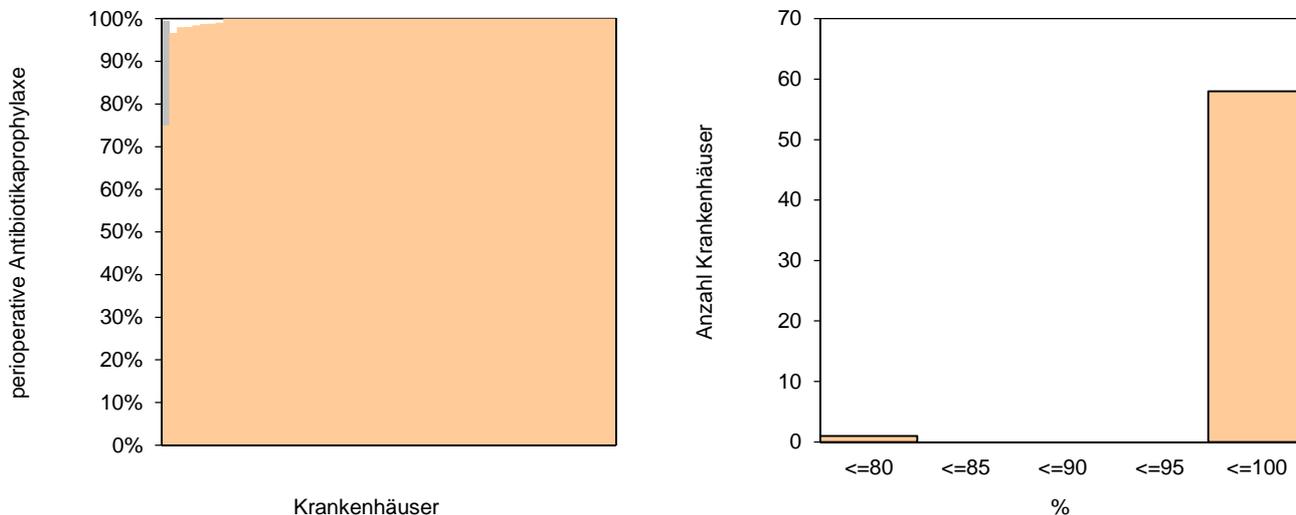


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

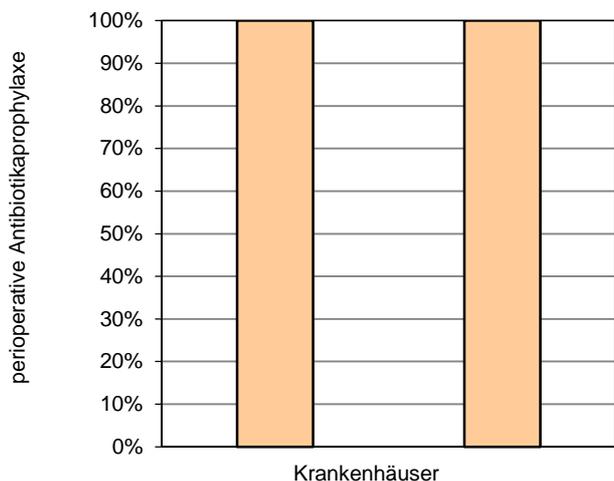
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/10361]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00	98,02	98,73	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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



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

5 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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2272

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			4.749 / 5.528	85,91%
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			2.787 / 3.279	85,00%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung			1.890 / 2.167	87,22%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			225 / 5.528	4,07%
Vertrauensbereich				3,58% - 4,62%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			135 / 4.088	3,30%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			40 / 657	6,09%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			17 / 369	4,61%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			33 / 414	7,97%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

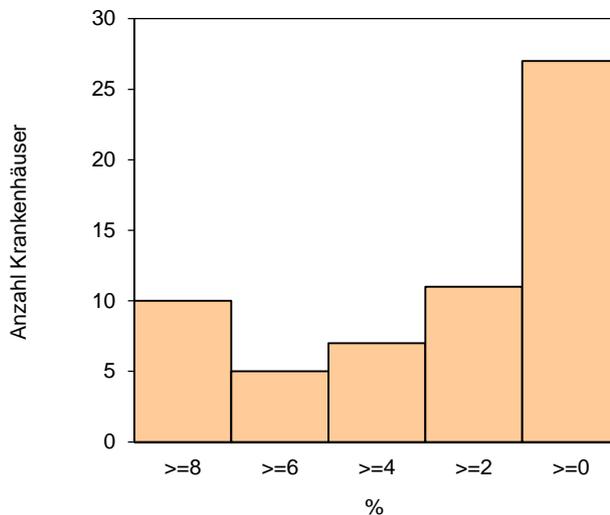
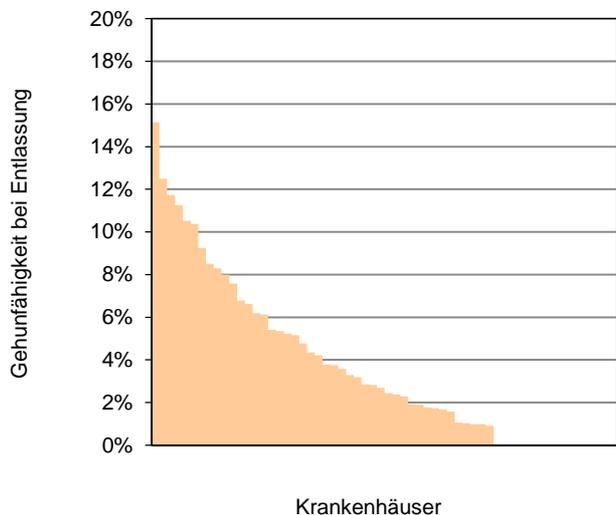
² d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			231 / 5.439	4,25% 3,74% - 4,82%

¹ d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

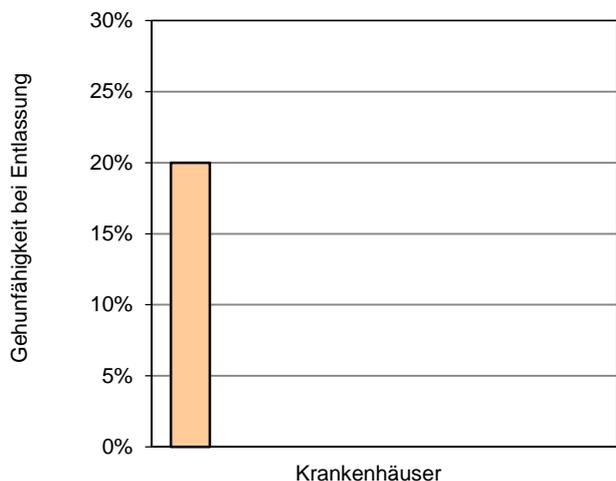
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2272]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56	5,76	9,81	11,50	15,15

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			20,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 4b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50874
Referenzbereich: <= 2,92 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		225 / 5.528 4,07%
vorhergesagt (E) ¹		264,51 / 5.528 4,78%
O - E		-0,71%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,85
Vertrauensbereich		0,75 - 0,97
Referenzbereich	<= 2,92	<= 2,92

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.

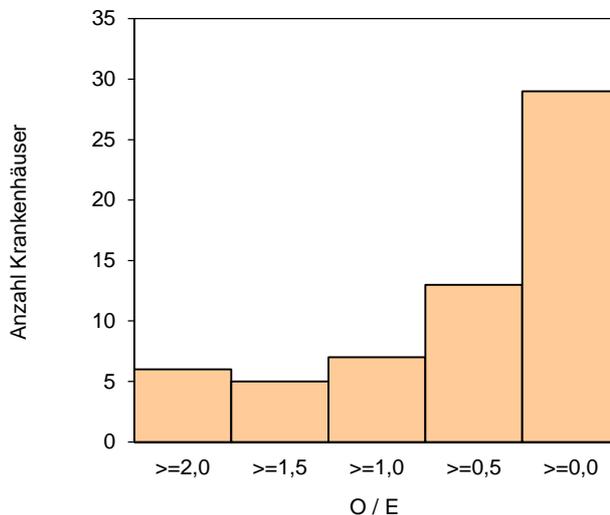
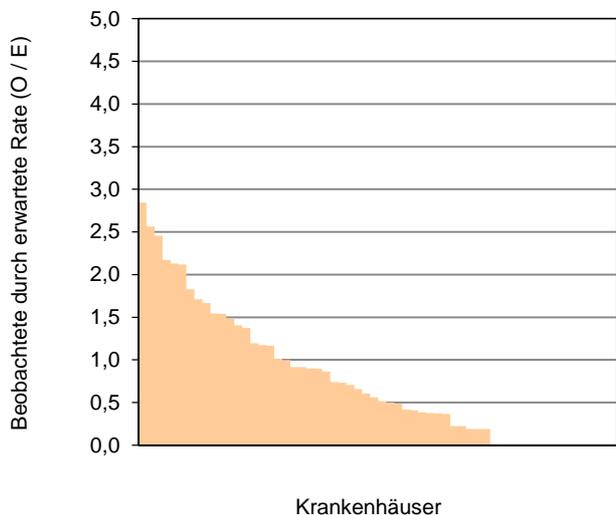
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		231 / 5.439 4,25%
vorhergesagt (E)		257,41 / 5.439 4,73%
O - E		-0,49%
O / E		0,90
Vertrauensbereich		0,79 - 1,02

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2014/17n1-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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

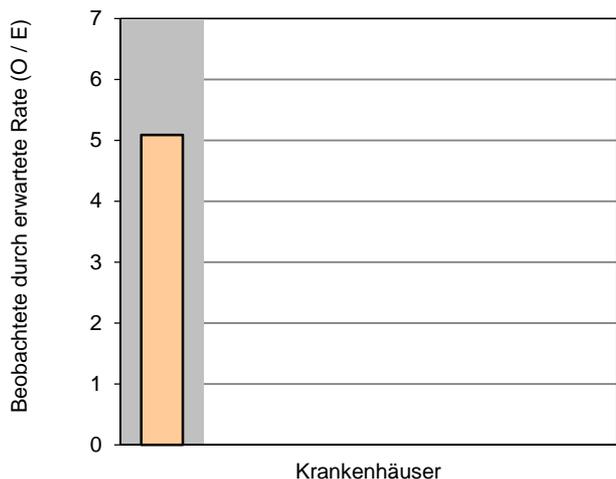
60 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	1,18	1,97	2,31	2,84

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			5,09

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2271

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

	Krankenhaus 2014		
	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		

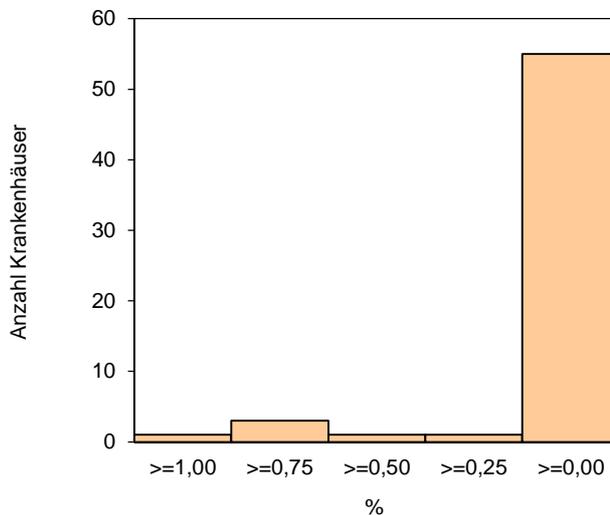
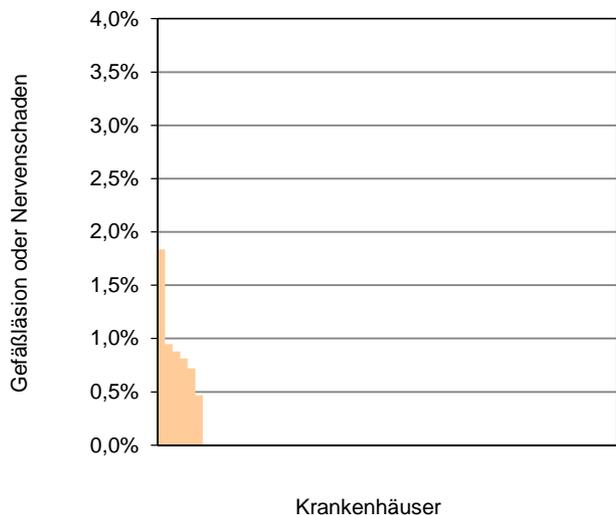
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion	3 / 5.820 0,05%	2 / 3.438 0,06%	1 / 2.300 0,04%
Patienten mit Nervenschaden	5 / 5.820 0,09%	0 / 3.438 0,00%	5 / 2.300 0,22%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	8 / 5.820 0,14%	2 / 3.438 0,06%	6 / 2.300 0,26%
Vertrauensbereich	0,07% - 0,27%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	5 / 5.724 0,09%	0 / 3.454 0,00%	5 / 2.211 0,23%
Vertrauensbereich	0,04% - 0,20%		

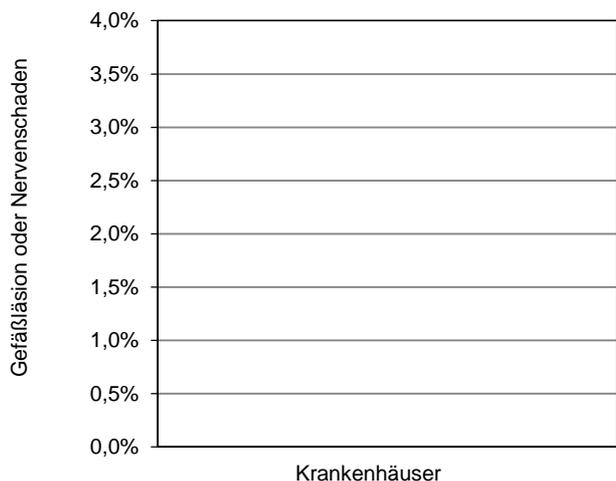
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2271]:
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	1,83

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 5b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50853
Referenzbereich: <= 18,81 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		8 / 5.820 0,14%
vorhergesagt (E) ¹		6,28 / 5.820 0,11%
O - E		0,03%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,27
Vertrauensbereich		0,65 - 2,51
Referenzbereich	<= 18,81	<= 18,81

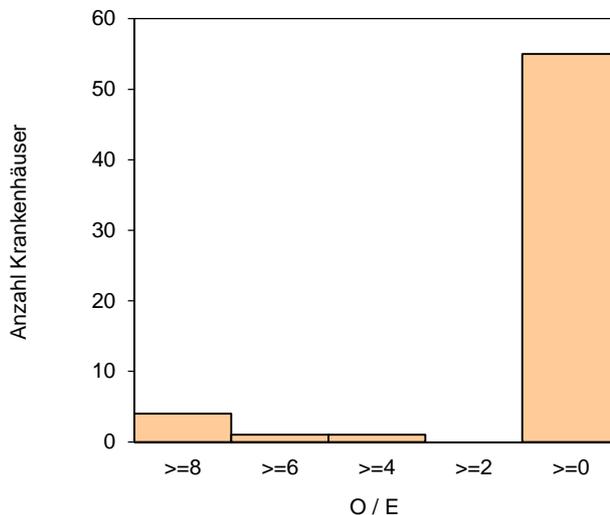
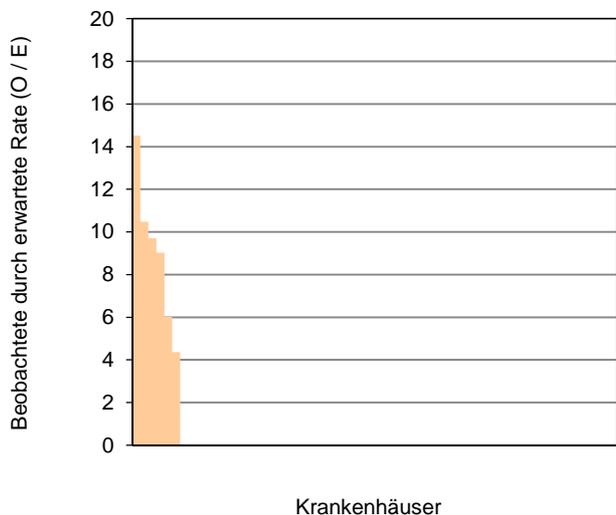
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Gefäßläsion oder Nervenschaden zu den erwarteten Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Gefäßläsion oder Nervenschaden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		5 / 5.724 0,09%
vorhergesagt (E)		6,12 / 5.724 0,11%
O - E		-0,02%
O / E		0,82
Vertrauensbereich		0,35 - 1,91

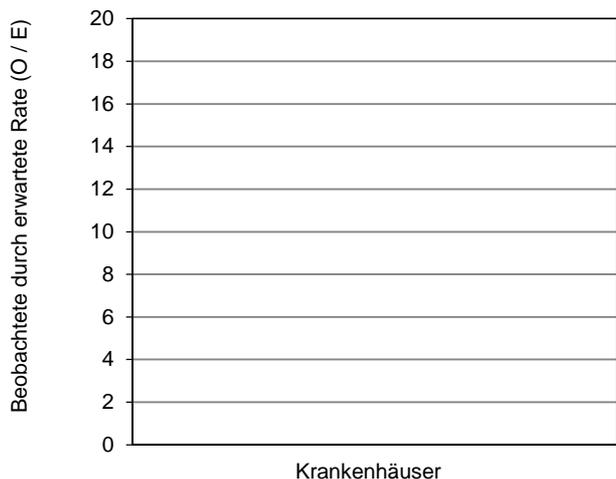
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50853]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,03	14,52

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2267

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

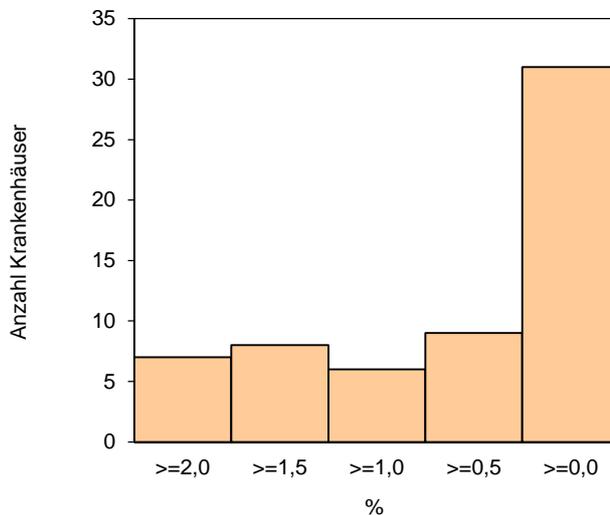
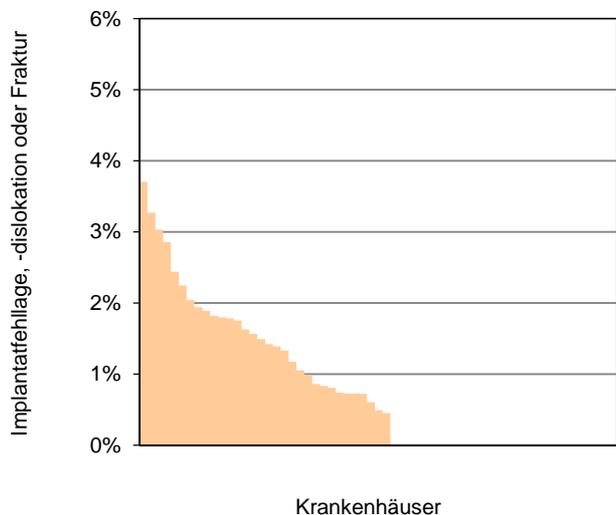
	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehlage			
Patienten mit Implantatdislokation			
Patienten mit Fraktur			
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	nicht definiert		
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehlage	7 / 5.820 0,12%	7 / 3.438 0,20%	0 / 2.300 0,00%
Patienten mit Implantatdislokation	28 / 5.820 0,48%	24 / 3.438 0,70%	4 / 2.300 0,17%
Patienten mit Fraktur	22 / 5.820 0,38%	5 / 3.438 0,15%	15 / 2.300 0,65%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	56 / 5.820 0,96%	35 / 3.438 1,02%	19 / 2.300 0,83%
Vertrauensbereich	0,74% - 1,25%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	70 / 5.724 1,22% 0,97% - 1,54%	42 / 3.454 1,22%	26 / 2.211 1,18%

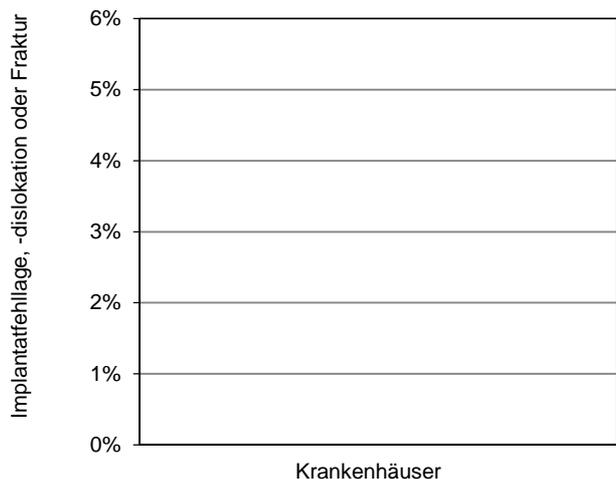
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2267]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	1,49	2,04	2,86	3,70

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 6b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50879
Referenzbereich: <= 1,90 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		56 / 5.820 0,96%
vorhergesagt (E) ¹		59,91 / 5.820 1,03%
O - E		-0,07%

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

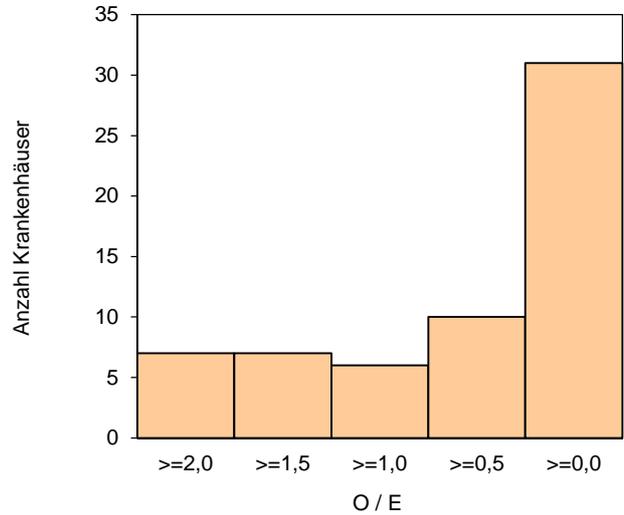
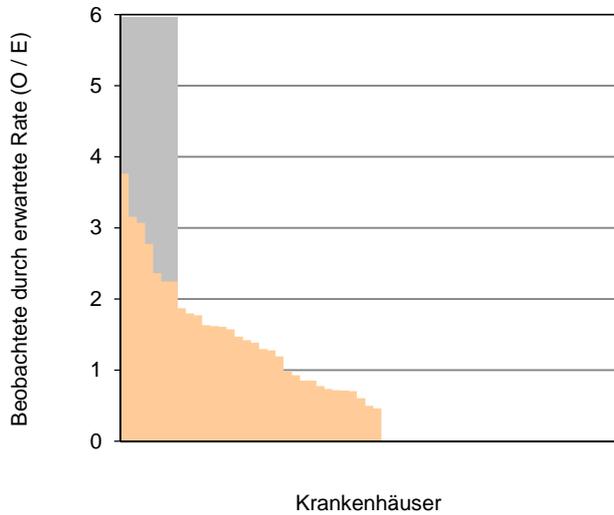
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,93
Vertrauensbereich		0,72 - 1,21
Referenzbereich	<= 1,90	<= 1,90

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		70 / 5.724 1,22%
vorhergesagt (E)		58,72 / 5.724 1,03%
O - E		0,20%
O / E		1,19
Vertrauensbereich		0,94 - 1,50

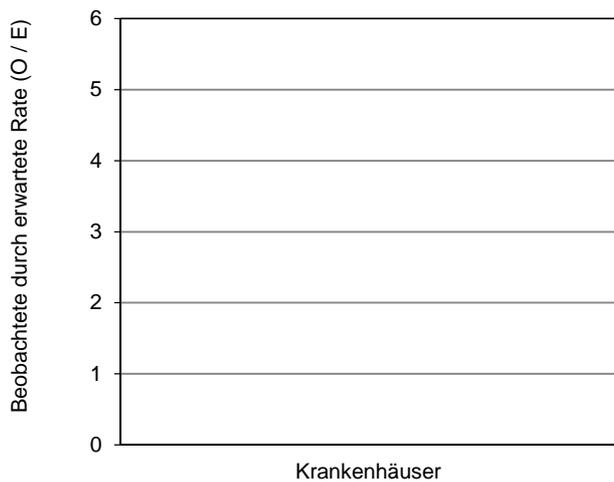
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50879]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige
 intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49	1,42	2,25	2,78	3,76

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2270

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

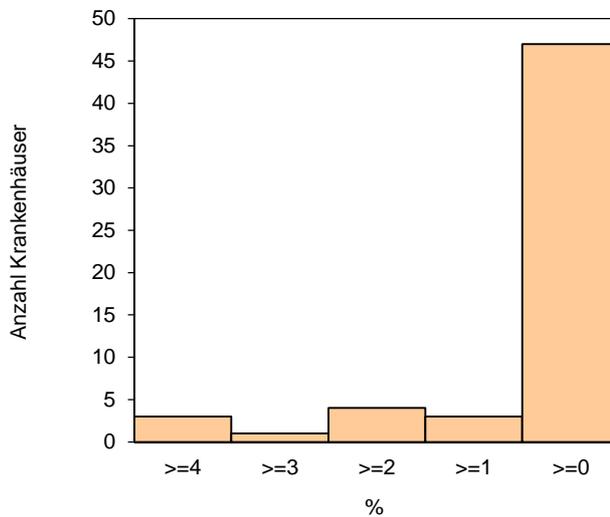
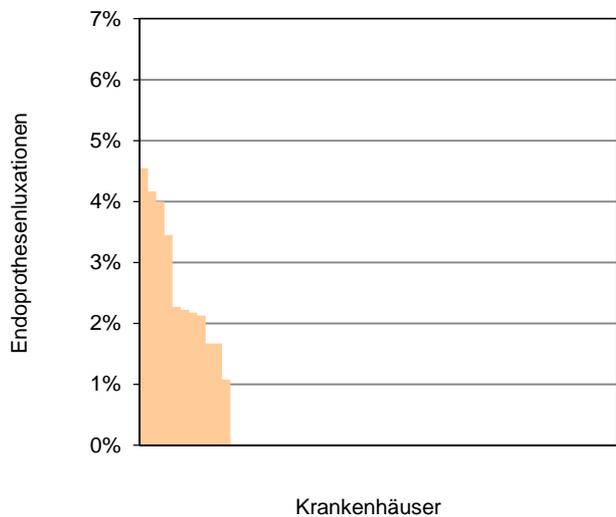
	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation			
Vertrauensbereich	nicht definiert		
Referenzbereich	nicht definiert		
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	12 / 2.300 0,52%	11 / 2.205 0,50%	1 / 122 0,82%
Vertrauensbereich	0,30% - 0,91%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	16 / 2.211 0,72%	15 / 2.133 0,70%	1 / 94 1,06%
Vertrauensbereich	0,45% - 1,17%		

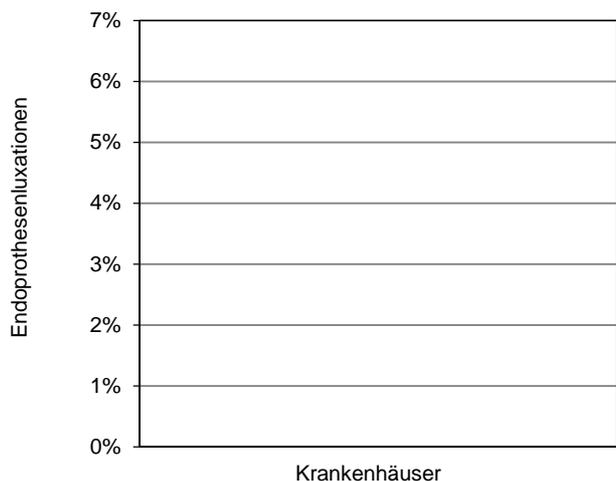
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2270]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,22	4,00	4,55

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



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

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50884

Referenzbereich: <= 6,96 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		12 / 2.300 0,52%
vorhergesagt (E) ¹		16,40 / 2.300 0,71%
O - E		-0,19%

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

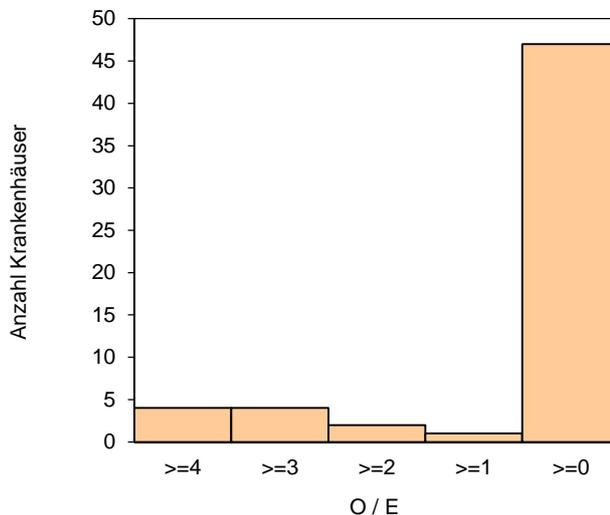
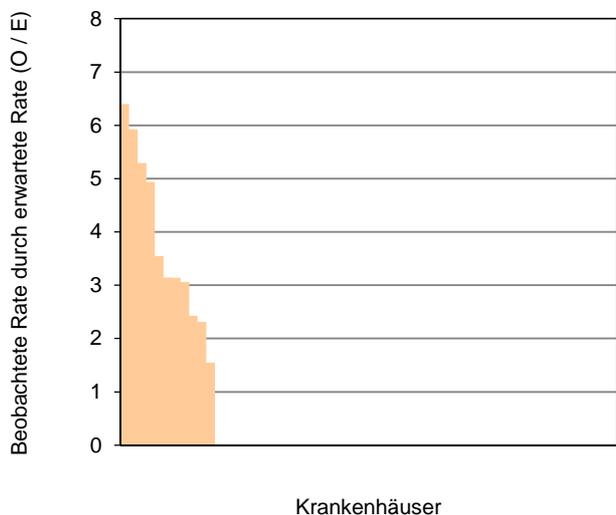
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,73
Vertrauensbereich		0,42 - 1,28
Referenzbereich	<= 6,96	<= 6,96

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		16 / 2.211 0,72%
vorhergesagt (E)		15,82 / 2.211 0,72%
O - E		0,01%
O / E		1,01
Vertrauensbereich		0,62 - 1,64

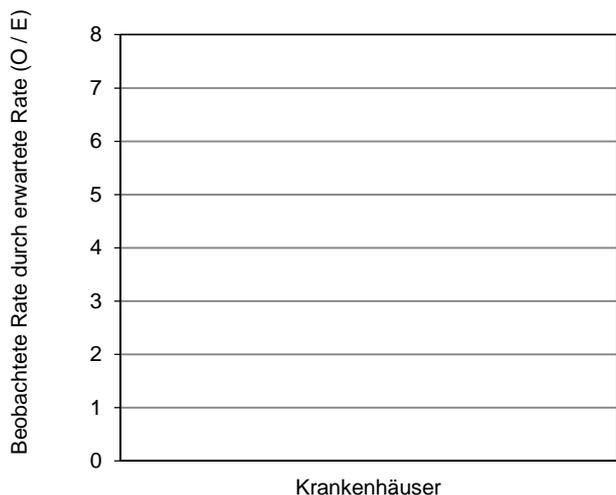
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50884]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endprothesenluxation bei allen Patienten mit endoprothetischer
 Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14	5,29	6,40

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



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

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2274

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

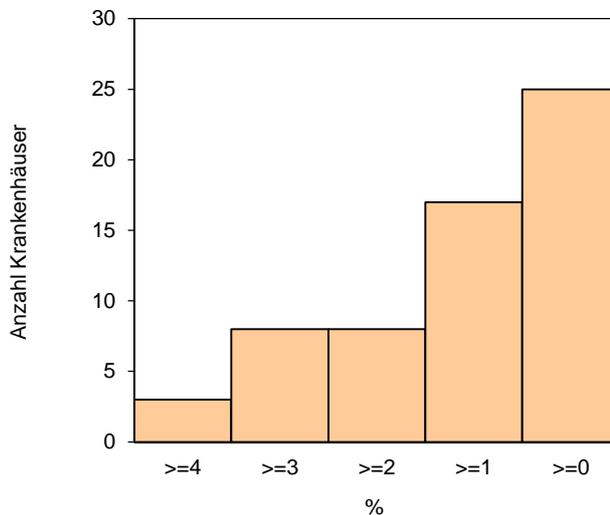
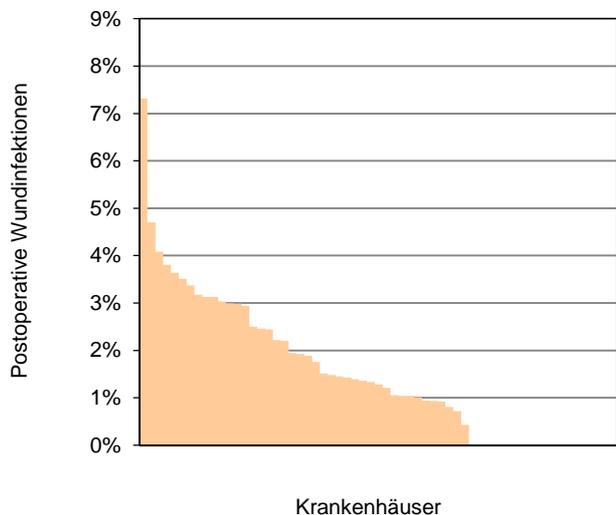
	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich	nicht definiert		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	94 / 5.820 1,62%	46 / 3.438 1,34%	43 / 2.300 1,87%
Vertrauensbereich	1,32% - 1,97%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	30 / 5.820 0,52%	20 / 3.438 0,58%	8 / 2.300 0,35%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	64 / 5.820 1,10%	26 / 3.438 0,76%	35 / 2.300 1,52%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	98 / 5.724 1,71%	43 / 3.454 1,24%	51 / 2.211 2,31%
Vertrauensbereich	1,41% - 2,08%		

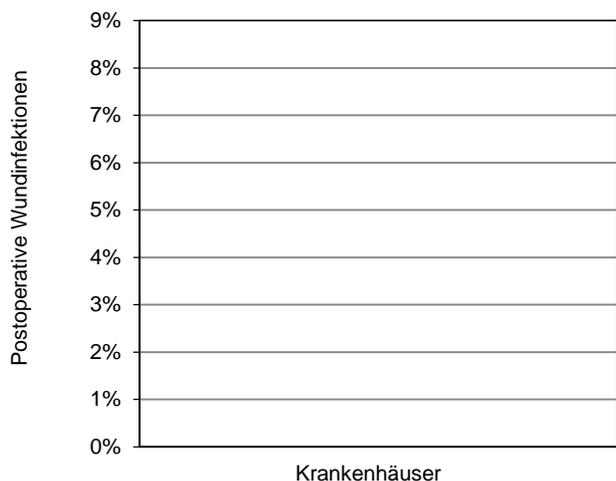
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2274]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	2,46	3,37	3,81	7,32

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 8b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50889
Referenzbereich: <= 2,86 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		94 / 5.820 1,62%
vorhergesagt (E) ¹		60,04 / 5.820 1,03%
O - E		0,58%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,57
Vertrauensbereich		1,28 - 1,91
Referenzbereich	<= 2,86	<= 2,86

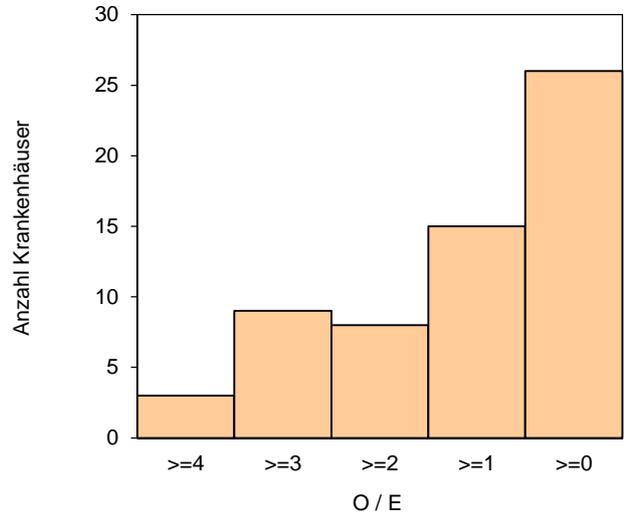
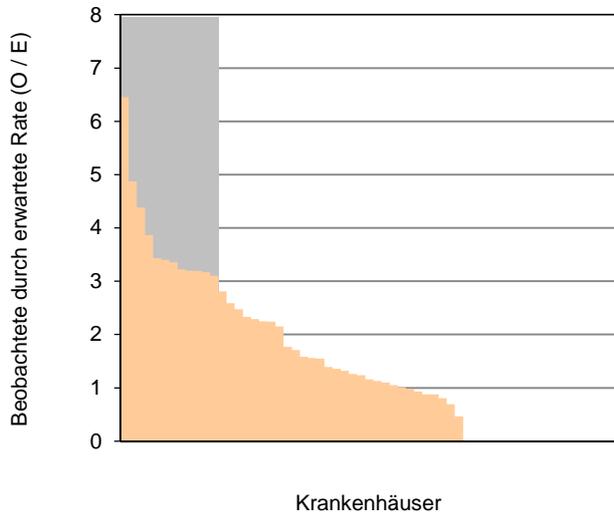
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		98 / 5.724 1,71%
vorhergesagt (E)		59,72 / 5.724 1,04%
O - E		0,67%
O / E		1,64
Vertrauensbereich		1,35 - 2,00

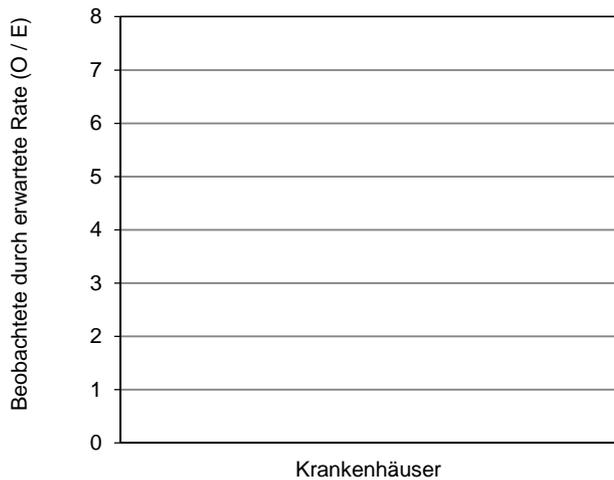
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50889]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16	2,33	3,36	3,86	6,45

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Risikofaktor	Bedingung	Risikopunkt
ASA	ASA >= 3	1
OP-Dauer	OP-Dauer > 75%-Perzentil der OP-Dauerverteilung in der Grundgesamtheit Alle Eingriffe, hier: > 77 min Endoprothetische 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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0			
Risikoklasse 1			
Risikoklasse 2			
Risikoklasse 3			

	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0	1.138 / 5.820 19,55%	702 / 3.438 20,42%	400 / 2.300 17,39%
Risikoklasse 1	3.745 / 5.820 64,35%	2.211 / 3.438 64,31%	1.499 / 2.300 65,17%
Risikoklasse 2	933 / 5.820 16,03%	524 / 3.438 15,24%	400 / 2.300 17,39%
Risikoklasse 3	4 / 5.820 0,07%	1 / 3.438 0,03%	1 / 2.300 0,04%

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 Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2014		
	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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	11 / 1.138 0,97%	7 / 702 1,00%	2 / 400 0,50%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	5 / 1.138 0,44%	5 / 702 0,71%	0 / 400 0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	6 / 1.138 0,53%	2 / 702 0,28%	2 / 400 0,50%

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 Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2014		
	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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	58 / 3.745 1,55%	26 / 2.211 1,18%	33 / 1.499 2,20%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	20 / 3.745 0,53%	12 / 2.211 0,54%	7 / 1.499 0,47%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	38 / 3.745 1,01%	14 / 2.211 0,63%	26 / 1.499 1,73%

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 Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2014		
	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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	23 / 933 2,47%	13 / 524 2,48%	8 / 400 2,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	5 / 933 0,54%	3 / 524 0,57%	1 / 400 0,25%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	18 / 933 1,93%	10 / 524 1,91%	7 / 400 1,75%

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 Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

	Krankenhaus 2014		
	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 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2 / 4 50,00%	0 / 1 0,00%	0 / 1 0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 4 0,00%	0 / 1 0,00%	0 / 1 0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	2 / 4 50,00%	0 / 1 0,00%	0 / 1 0,00%

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 9a): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2269

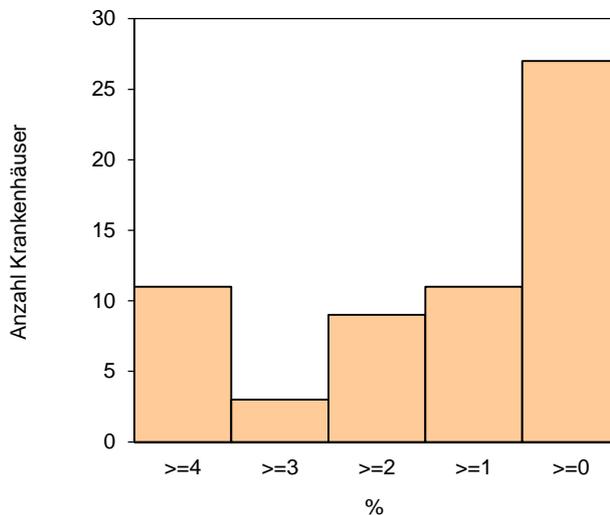
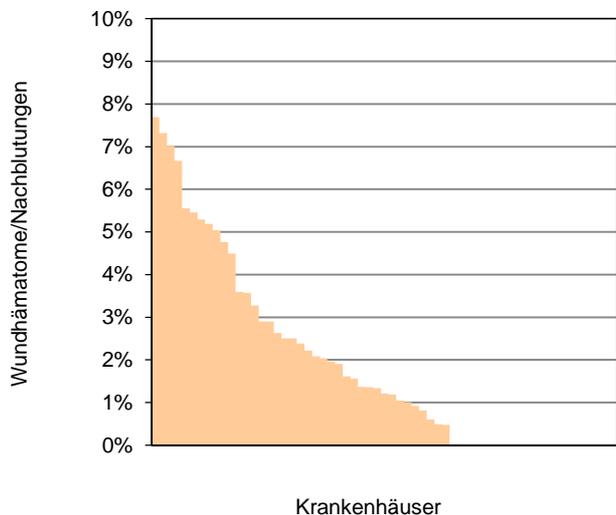
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			110 / 5.820	1,89%
Vertrauensbereich				1,57% - 2,27%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			102 / 5.724	1,78%
Vertrauensbereich				1,47% - 2,16%

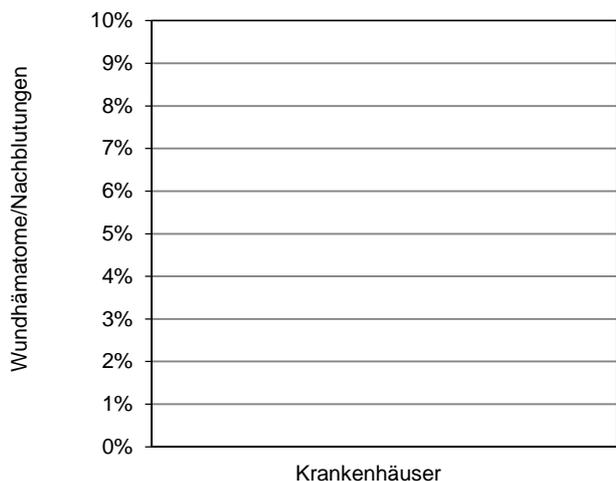
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2269]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,21	2,90	5,29	6,67	7,69

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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 2014			
	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 2014			
	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	54 / 3.396 1,59%	46 / 2.184 2,11%	10 / 211 4,74%	0 / 29 0,00%

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50858
Referenzbereich: <= 3,92 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		110 / 5.820 1,89%
vorhergesagt (E) ¹		89,82 / 5.820 1,54%
O - E		0,35%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,22
Vertrauensbereich		1,02 - 1,47
Referenzbereich	<= 3,92	<= 3,92

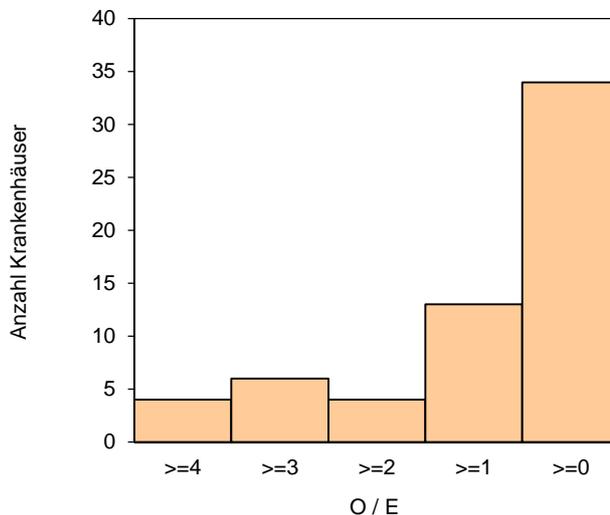
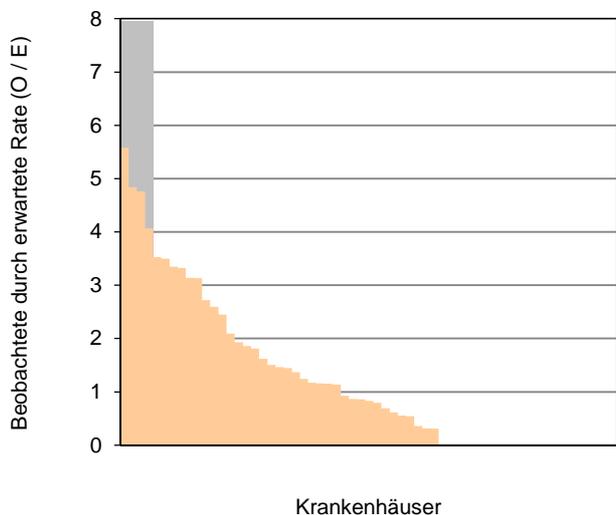
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		102 / 5.724 1,78%
vorhergesagt (E)		87,88 / 5.724 1,54%
O - E		0,25%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		0,96 - 1,41

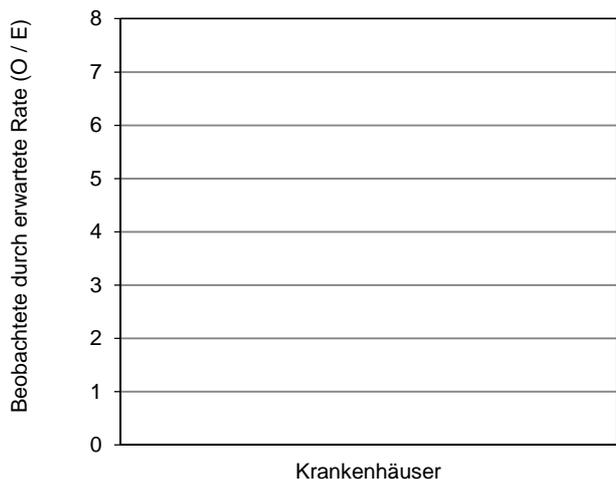
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50858]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	1,86	3,35	4,06	5,58

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 10a): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2275

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

	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie			
Patienten mit 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			

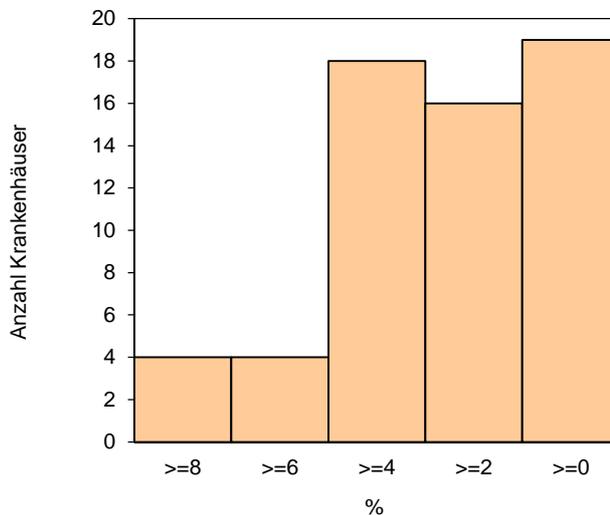
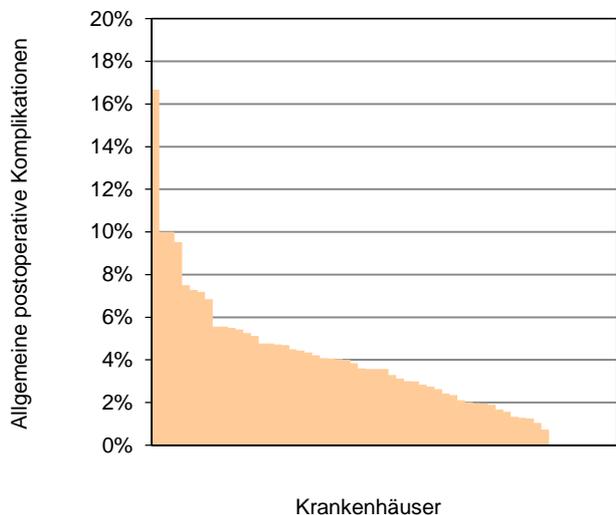
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	141 / 5.820 2,42%	9 / 1.521 0,59%	132 / 4.291 3,08%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	14 / 5.820 0,24%	6 / 1.521 0,39%	8 / 4.291 0,19%
Patienten mit Lungenembolie	43 / 5.820 0,74%	3 / 1.521 0,20%	40 / 4.291 0,93%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich	195 / 5.820 3,35% 2,92% - 3,84% nicht definiert	18 / 1.521 1,18%	177 / 4.291 4,12%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	225 / 5.820 3,87%	13 / 1.521 0,85%	212 / 4.291 4,94%
Patienten mit sonstiger Komplikation	435 / 5.820 7,47%	60 / 1.521 3,94%	371 / 4.291 8,65%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich	211 / 5.724 3,69% 3,23% - 4,21%	19 / 1.545 1,23%	191 / 4.172 4,58%

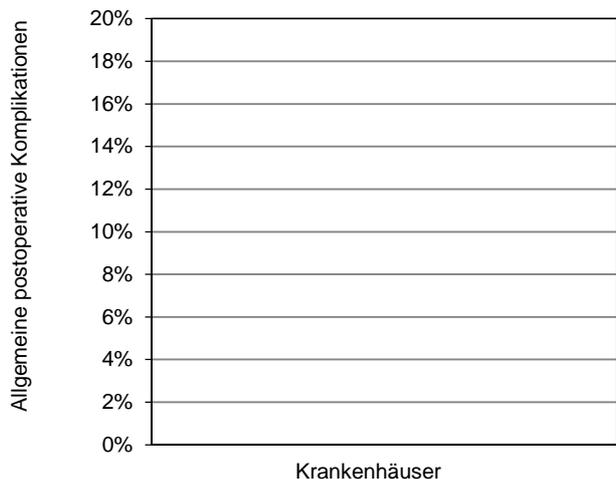
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2275]:
 Anteil von Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation (außer kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,67	3,57	4,76	7,19	9,52	16,67

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 10b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50894
Referenzbereich: <= 2,51 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		195 / 5.820 3,35%
vorhergesagt (E) ¹		189,83 / 5.820 3,26%
O - E		0,09%

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

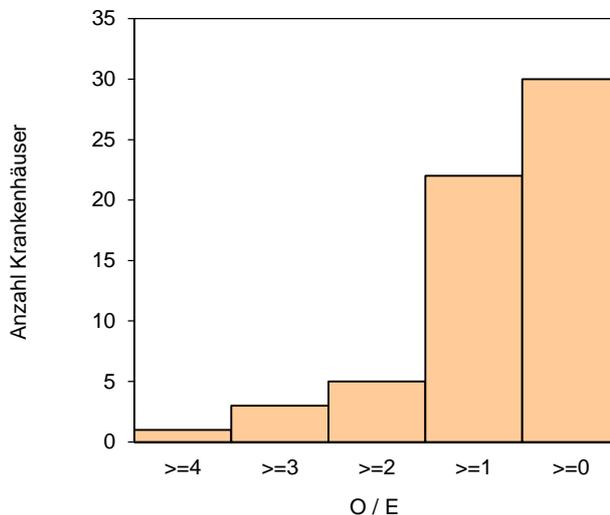
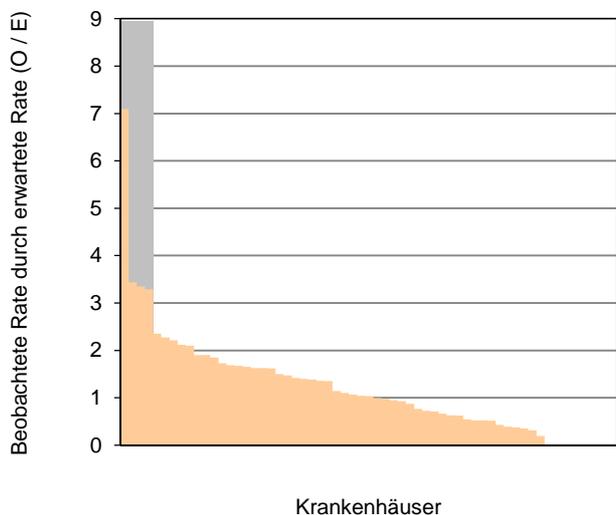
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,03
Vertrauensbereich		0,89 - 1,18
Referenzbereich	<= 2,51	<= 2,51

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		211 / 5.724 3,69%
vorhergesagt (E)		181,98 / 5.724 3,18%
O - E		0,51%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		1,02 - 1,32

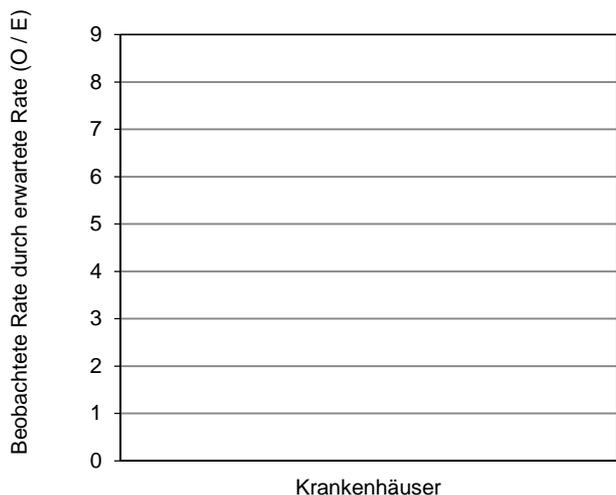
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50894]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,51	1,03	1,66	2,21	3,29	7,09

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2268

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

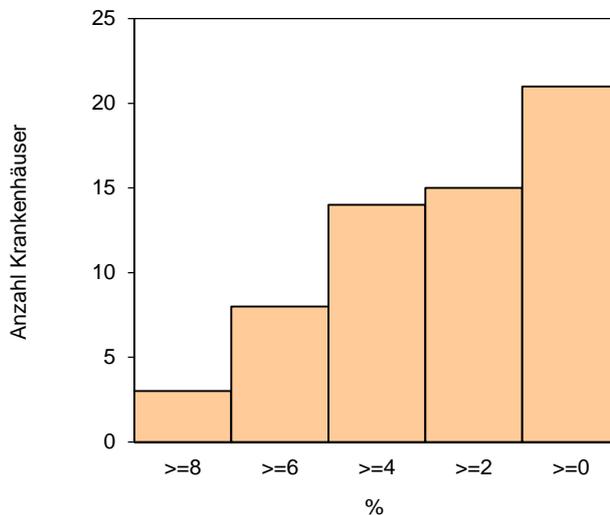
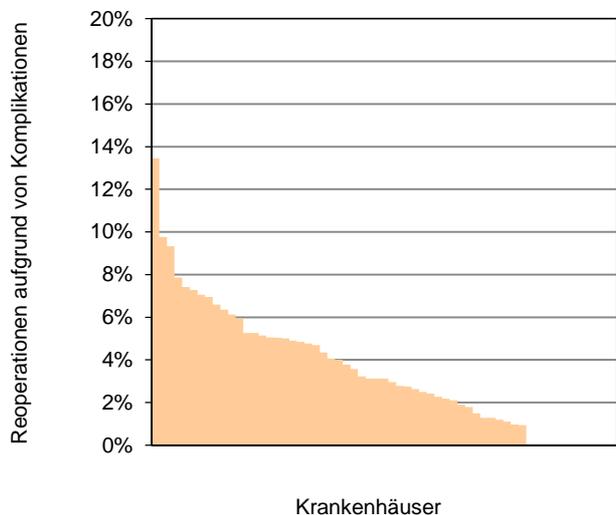
	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	■		
	nicht definiert		
	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	208 / 5.820 3,57% 3,13% - 4,08%	111 / 3.438 3,23%	93 / 2.300 4,04%
	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	■		

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	196 / 5.724 3,42% 2,98% - 3,93%	102 / 3.454 2,95%	91 / 2.211 4,12%

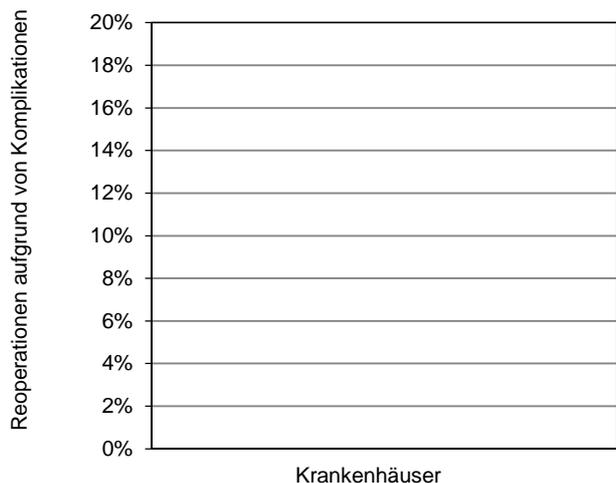
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2268]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	1,19	3,13	5,05	7,06	7,87	13,46

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 11b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50864
Referenzbereich: <= 4,24 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		208 / 5.820 3,57%
vorhergesagt (E) ¹		166,09 / 5.820 2,85%
O - E		0,72%

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

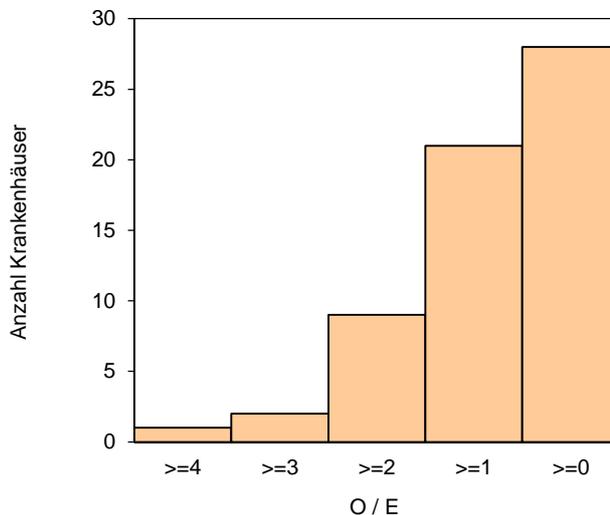
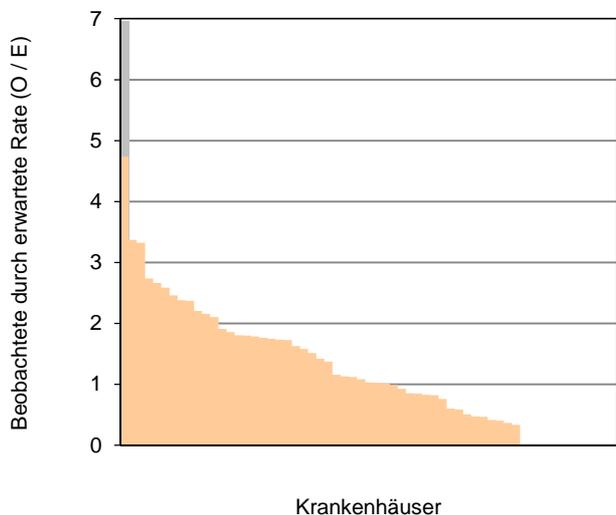
	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,25
Vertrauensbereich		1,10 - 1,43
Referenzbereich	<= 4,24	<= 4,24

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 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		196 / 5.724 3,42%
vorhergesagt (E)		164,88 / 5.724 2,88%
O - E		0,54%
O / E		1,19
Vertrauensbereich		1,04 - 1,36

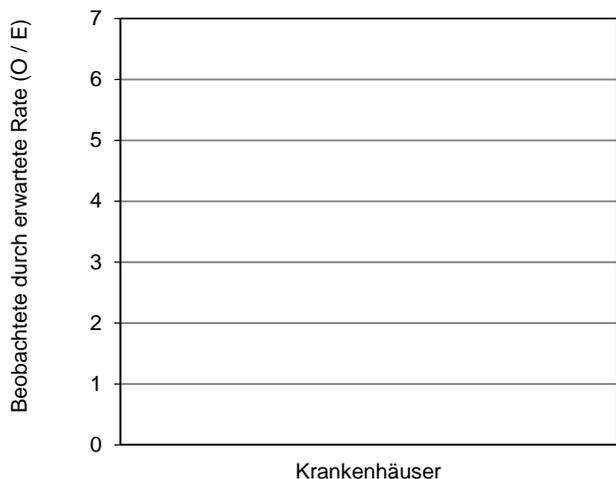
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/50864]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,41	1,03	1,80	2,46	2,74	4,74

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2277
 Gruppe 2 (QI 12b): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2276

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

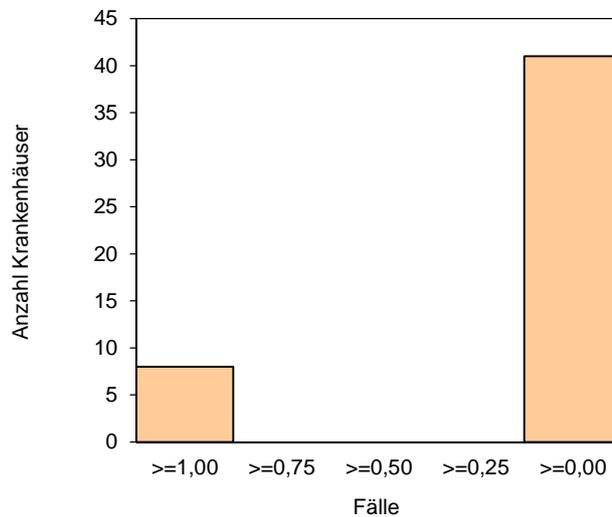
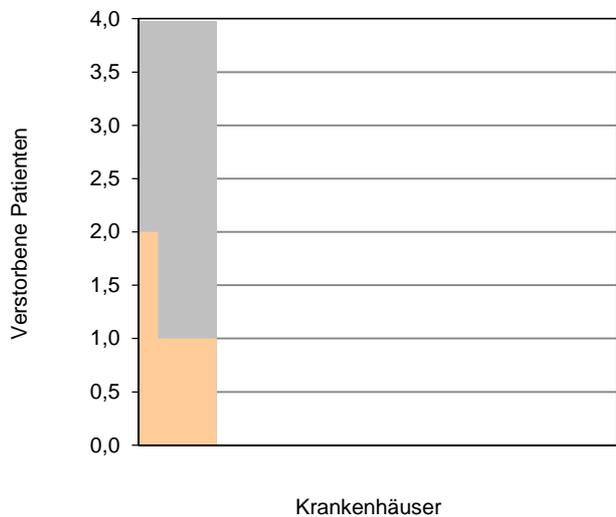
	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich	Sentinel Event	nicht definiert		
Referenzbereich				
	Gesamt 2014			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	10 / 1.521 10,00 Fälle	195 / 3.919 4,98%	84 / 372 22,58%	3 / 8 37,50%
Vertrauensbereich	Sentinel Event	4,34% - 5,70%		
Referenzbereich		nicht definiert		

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	ASA 1 - 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	ASA 1 - 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5
Verstorbene Patienten	9 / 1.545	188 / 3.850	85 / 322	3 / 7
Vertrauensbereich	9,00 Fälle	4,88%	26,40%	42,86%
		4,25% - 5,61%		

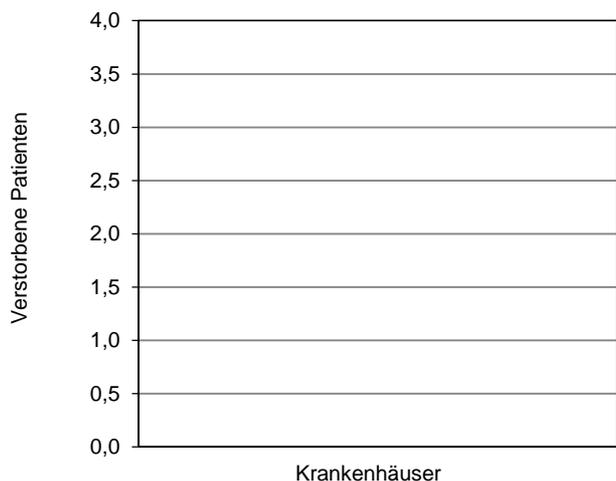
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2277]:
 Anzahl verstorbenen Patienten von Patienten mit ASA 1 - 2**

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



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

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

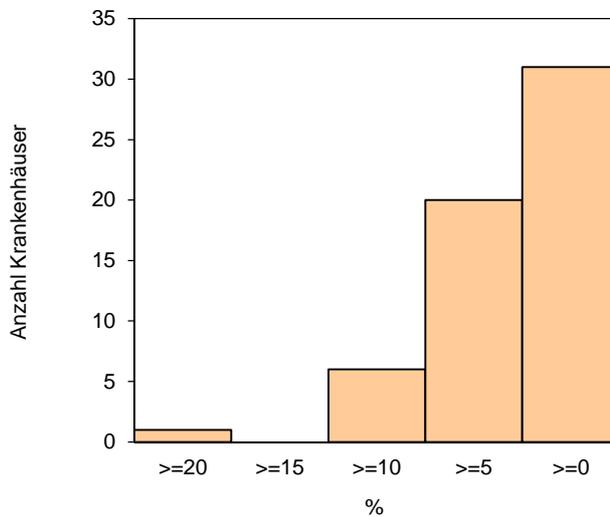
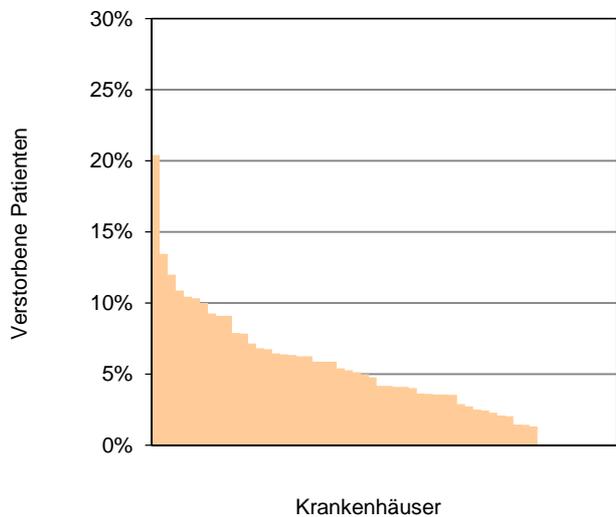


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

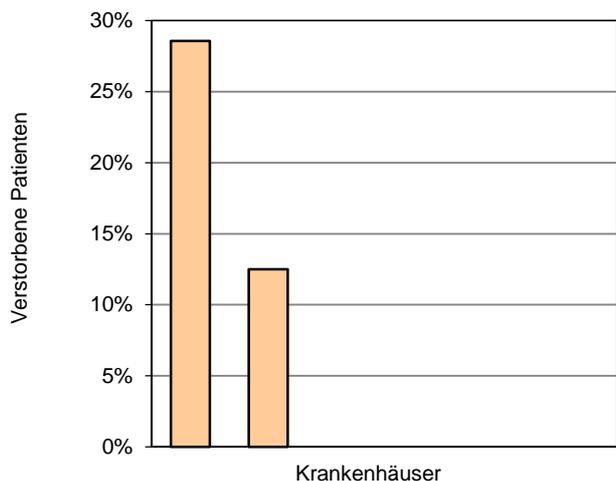
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2276]:
 Anteil verstorbenen Patienten an Patienten mit ASA 3**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,08	4,17	6,76	10,34	12,00	20,41

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	12,50			28,57

2 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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2279
 Gruppe 3 (QI 12d): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2278

Referenzbereich:
 Gruppe 2: <= 10,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 3: <= 13,85% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich		<= 10,44%	<= 13,85%

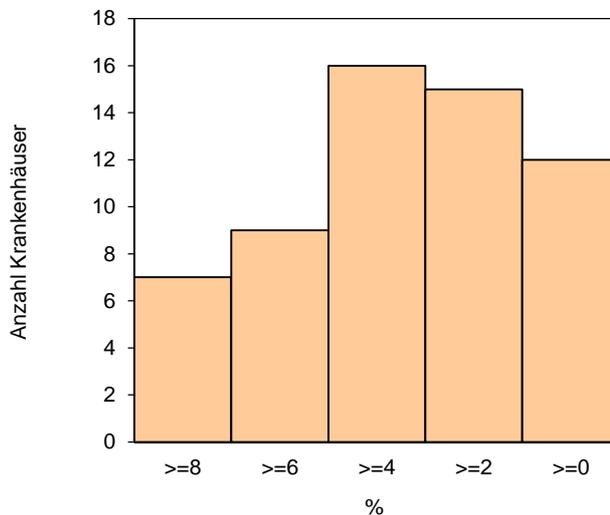
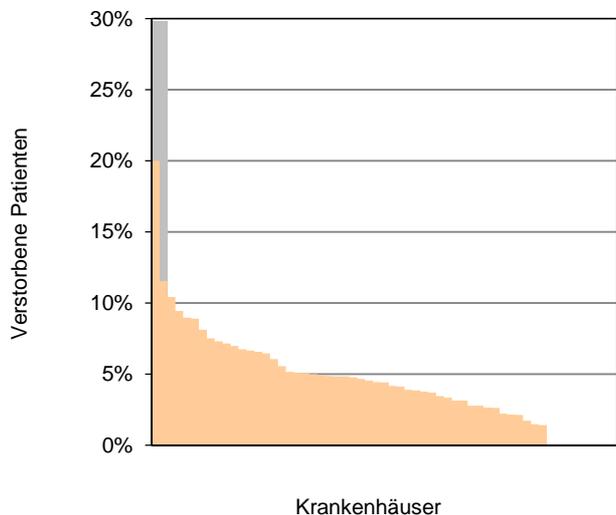
Gesamt 2014			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	292 / 5.820 5,02%	159 / 3.438 4,62%	133 / 2.300 5,78%
Vertrauensbereich		3,97% - 5,38%	4,90% - 6,81%
Referenzbereich		<= 10,44%	<= 13,85%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	285 / 5.724 4,98%	158 / 3.454 4,57%	126 / 2.211 5,70%
Vertrauensbereich		3,93% - 5,32%	4,81% - 6,74%

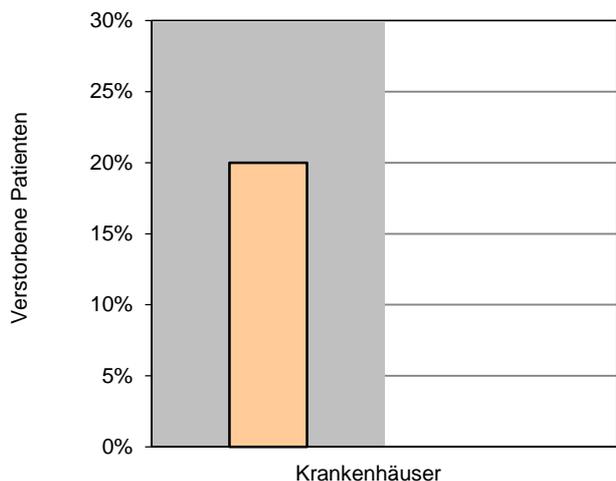
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 12c, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2279]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,22	4,41	6,45	8,91	10,42	20,00

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

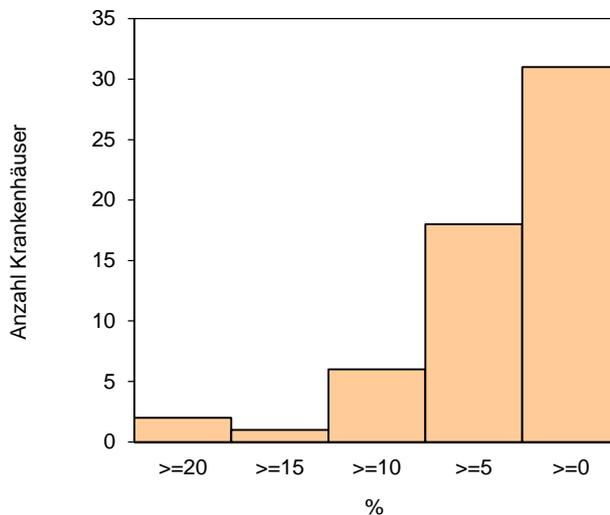
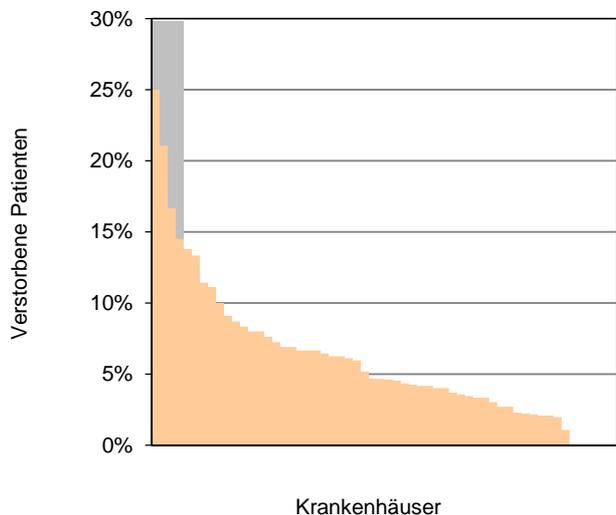


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				10,00				20,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

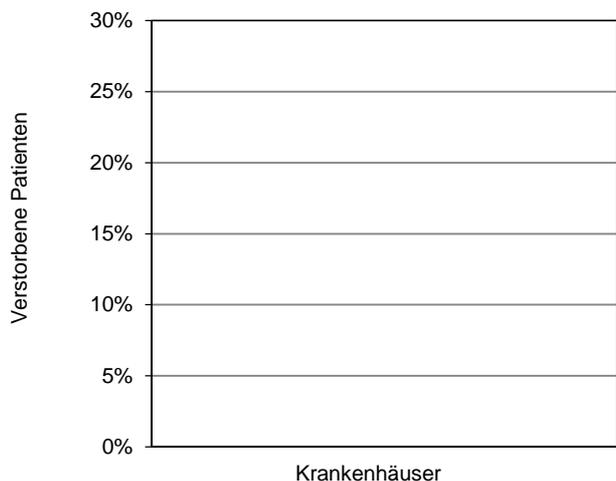
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12d, Indikator-ID 2014/17n1-HUEFT-FRAK/2278]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,70	4,63	7,62	13,33	16,67	25,00

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



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

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): 2014/17n1-HUEFT-FRAK/51168

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		292 / 5.817 5,02%
vorhergesagt (E) ¹		294,20 / 5.817 5,06%
O - E		-0,04%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		0,99
Vertrauensbereich		0,89 - 1,11
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.

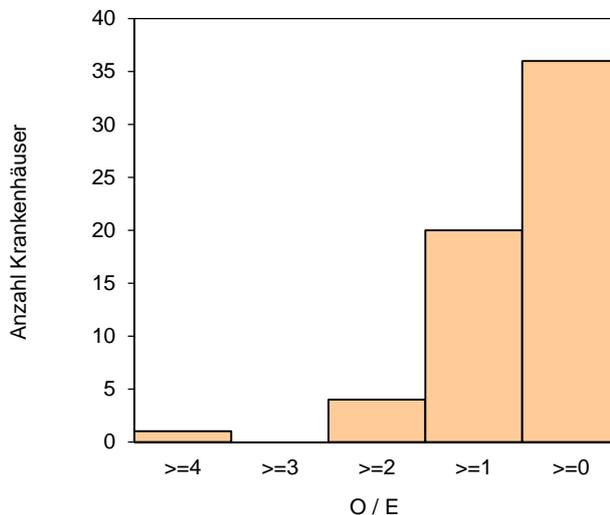
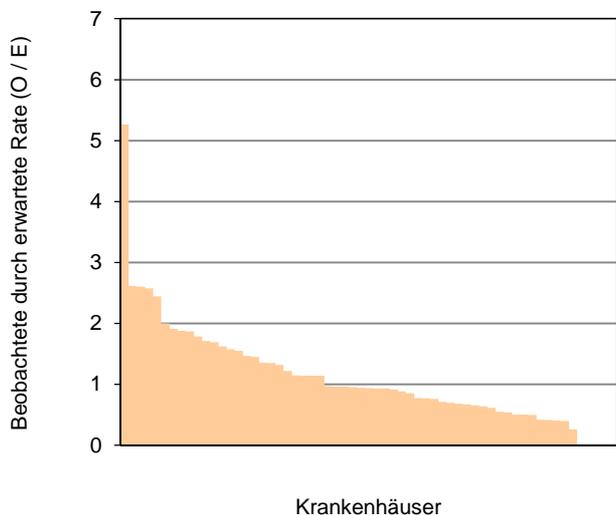
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		285 / 5.723 4,98%
vorhergesagt (E)		279,66 / 5.723 4,89%
O - E		0,09%
O / E		1,02
Vertrauensbereich		0,91 - 1,14

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 12e, Indikator-ID 2014/17n1-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 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

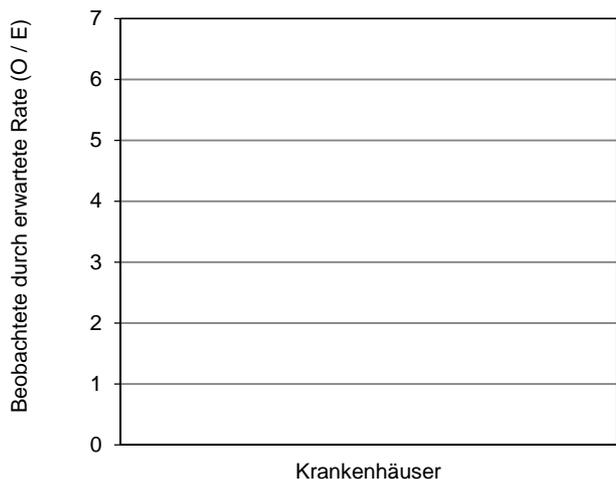
61 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,40	0,61	0,93	1,46	1,91	2,57	5,26

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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: 2014/17n1-HUEFT-FRAK/813191

Referenzbereich: < 100,00%

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

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			222 / 426	52,11% 47,37% - 56,82% < 100,00%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			189 / 395	47,85% 42,97% - 52,77%

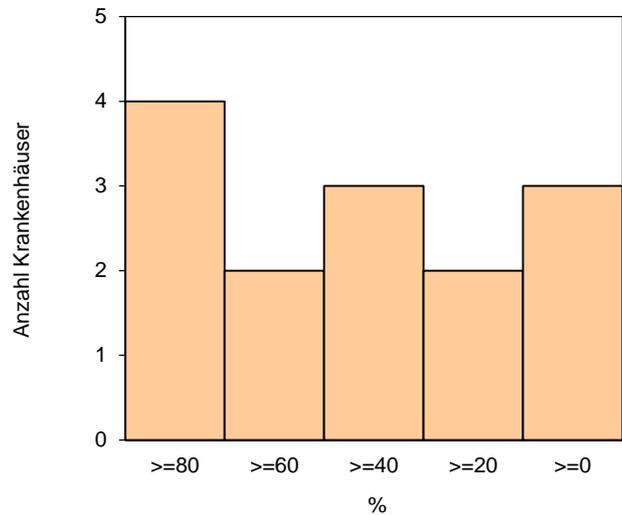
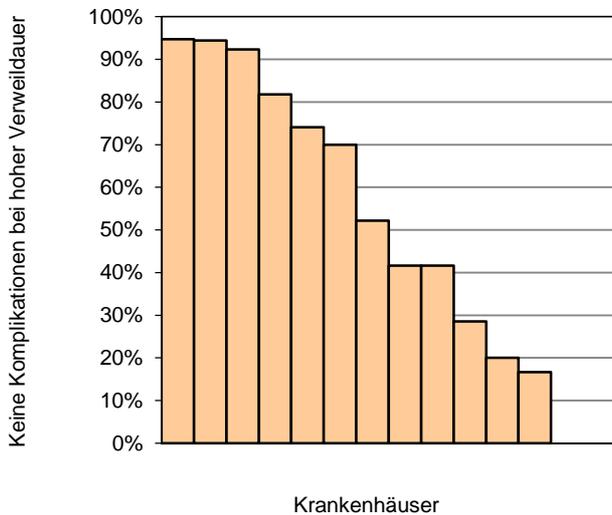
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 10 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3a, Indikator-ID 2014/17n1-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:

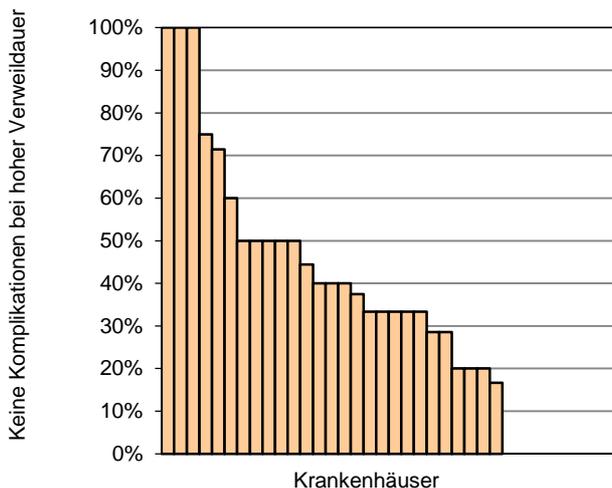
14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	20,00	46,92	81,82	94,44		94,74

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

36 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	8,33	33,33	50,00	75,00	100,00	100,00

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 66
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.820
Datensatzversion: 17/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15158-L95763-P45920

Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.435	24,66	1.504	26,28
2. Quartal			1.469	25,24	1.355	23,67
3. Quartal			1.327	22,80	1.388	24,25
4. Quartal			1.589	27,30	1.477	25,80
Gesamt			5.820		5.724	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.820		5.724	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,30		1,25
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.820		5.724	
Median			12,00		12,00
Mittelwert			13,94		13,80
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		5.820		5.724	
Median			13,00		13,00
Mittelwert			15,25		15,05

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014
 (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			2.760	47,42	2.694	47,06
S72.00			248	4,26	208	3,63
S72.01			1.857	31,91	1.746	30,50
S72.02			3	0,05	0	0,00
S72.03			121	2,08	175	3,06
S72.04			423	7,27	441	7,70
S72.05			105	1,80	83	1,45
S72.08			97	1,67	125	2,18
Petrochantäre Frakturen			3.125	53,69	3.079	53,79
S72.10			2.120	36,43	1.981	34,61
S72.11			1.075	18,47	1.138	19,88

OPS 2014¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
7	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
8	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
9	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
10	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals

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

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

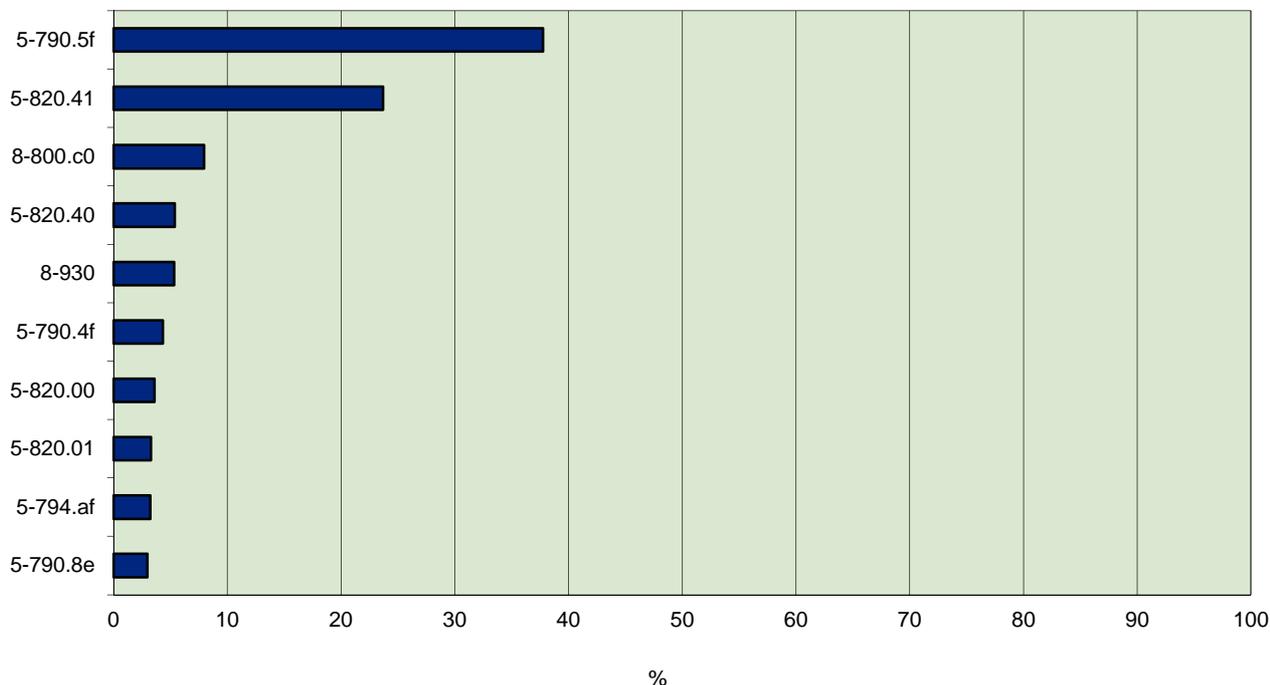
OPS 2014

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-790.5f	2.197	37,75	5-790.5f	2.097	36,64
2				5-820.41	1.378	23,68	5-820.41	1.342	23,45
3				8-800.c0	463	7,96	8-800.c0	443	7,74
4				5-820.40	313	5,38	5-820.40	341	5,96
5				8-930	311	5,34	5-790.4f	253	4,42
6				5-790.4f	252	4,33	8-930	232	4,05
7				5-820.00	210	3,61	5-794.af	215	3,76
8				5-820.01	192	3,30	5-820.01	211	3,69
9				5-794.af	188	3,23	5-790.8e	189	3,30
10				5-790.8e	173	2,97	8-919	172	3,00

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2014 (Gesamt 2014)



Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren OPS 2014

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			561 / 5.820	9,64	484 / 5.724	8,46
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			25 / 5.820	0,43	23 / 5.724	0,40
Femurkopfprothese (5-820.3)			39 / 5.820	0,67	38 / 5.724	0,66
Duokopfprothese (5-820.4)			1.691 / 5.820	29,05	1.683 / 5.724	29,40

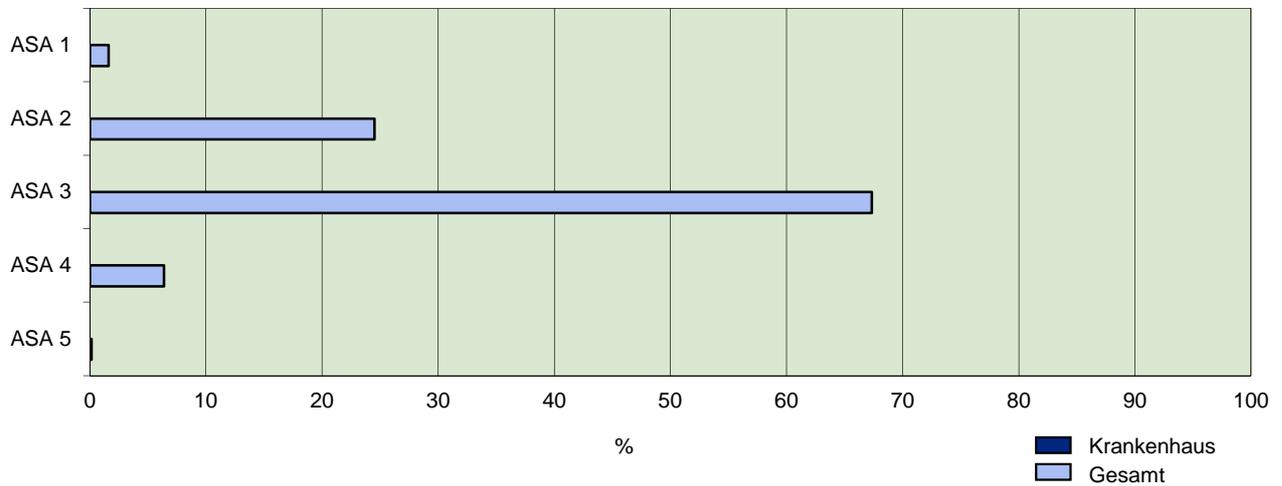
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			8 / 5.820	0,14	5 / 5.724	0,09
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 5.820	0,00	0 / 5.724	0,00
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 5.820	0,00	0 / 5.724	0,00
5-988 Anwendung eines Navigations-systems			0 / 5.820	0,00	0 / 5.724	0,00

Patienten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.820 / 5.820		5.724 / 5.724	
< 50 Jahre			97 / 5.820	1,67	113 / 5.724	1,97
50 - 59 Jahre			229 / 5.820	3,93	241 / 5.724	4,21
60 - 69 Jahre			405 / 5.820	6,96	401 / 5.724	7,01
70 - 79 Jahre			1.286 / 5.820	22,10	1.269 / 5.724	22,17
80 - 89 Jahre			2.600 / 5.820	44,67	2.574 / 5.724	44,97
>= 90 Jahre			1.203 / 5.820	20,67	1.126 / 5.724	19,67
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.820		5.724	
Median				83,00		83,00
Mittelwert				81,05		80,68
Geschlecht						
männlich			1.708	29,35	1.677	29,30
weiblich			4.112	70,65	4.047	70,70
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			94	1,62	116	2,03
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.427	24,52	1.429	24,97
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			3.919	67,34	3.850	67,26
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			372	6,39	322	5,63
5: moribunder Patient			8	0,14	7	0,12

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			5.740	98,63	5.558	97,10
bedingt aseptische Eingriffe			67	1,15	154	2,69
kontaminierte Eingriffe			6	0,10	10	0,17
septische Eingriffe			7	0,12	2	0,03
Frakturlokalisierung						
medial			2.513	43,18	2.468	43,12
lateral			155	2,66	166	2,90
perthrochantär			3.005	51,63	2.978	52,03
sonstige			147	2,53	112	1,96
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			157 / 2.513	6,25	163 / 2.468	6,60
unverschoben			324 / 2.513	12,89	253 / 2.468	10,25
verschoben			1.242 / 2.513	49,42	1.310 / 2.468	53,08
komplett verschoben			790 / 2.513	31,44	742 / 2.468	30,06
Vorbestehende Koxarthrose						
			2.397	41,19	2.279	39,81

Patienten (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			1.935	33,25	1.616	28,23
Art der Medikation						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			407 / 1.935	21,03	322 / 1.616	19,93
Acetylsalicylsäure andere Thrombozyten- aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			1.118 / 1.935	57,78	926 / 1.616	57,30
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			128 / 1.935	6,61	138 / 1.616	8,54
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			45 / 1.935	2,33	31 / 1.616	1,92
			163 / 1.935	8,42	102 / 1.616	6,31

Operation

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 24 h			4.085	70,19	3.946	68,94
24 - 48 h			1.050	18,04	1.070	18,69
> 48 h			685	11,77	708	12,37
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			5.820		5.724	
Median				55,00		55,00
Mittelwert				61,12		61,05
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			5.790	99,48	5.669	99,04
single shot			5.414 / 5.790	93,51	5.151 / 5.669	90,86
Zweitgabe			121 / 5.790	2,09	188 / 5.669	3,32
öfter			255 / 5.790	4,40	330 / 5.669	5,82
Operationsverfahren						
1 DHS, Winkelplatte			410	7,04	424	7,41
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			2.875	49,40	2.835	49,53
3 Verschraubung			153	2,63	195	3,41
4 TEP			585	10,05	511	8,93
5 monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese)			41	0,70	32	0,56
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			1.674	28,76	1.668	29,14
9 Sonstige			82	1,41	59	1,03

Operation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			858	14,74	847	14,80
Dienstag			915	15,72	859	15,01
Mittwoch			826	14,19	840	14,68
Donnerstag			898	15,43	865	15,11
Freitag			805	13,83	797	13,92
Samstag			769	13,21	758	13,24
Sonntag			749	12,87	758	13,24
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			920	15,81	909	15,88
Dienstag			909	15,62	872	15,23
Mittwoch			879	15,10	866	15,13
Donnerstag			877	15,07	836	14,61
Freitag			986	16,94	992	17,33
Samstag			638	10,96	627	10,95
Sonntag			611	10,50	622	10,87

Verlauf

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			5.767	99,09	5.681	99,25
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			5.538	95,15	5.367	93,76
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			236	4,05	222	3,88
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			7	0,12	15	0,26
Implantatdislokation			28	0,48	30	0,52
Endoprothesenluxation			12	0,21	16	0,28
Wundhämatom/Nachblutung			110	1,89	102	1,78
Gefäßläsion			3	0,05	2	0,03
Nervenschaden			5	0,09	3	0,05
Fraktur			22	0,38	25	0,44
Sonstige			63	1,08	38	0,66

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			94	1,62	98	1,71
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			30 / 94	31,91	46 / 98	46,94
A2 (tiefe Infektion)			58 / 94	61,70	47 / 98	47,96
A3 (Räume/Organe)			6 / 94	6,38	5 / 98	5,10
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			208	3,57	196	3,42
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			752	12,92	779	13,61
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			141	2,42	162	2,83
Kardiovaskuläre Komplikationen			225	3,87	253	4,42
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			14	0,24	16	0,28
Lungenembolie			43	0,74	36	0,63
Sonstige			435	7,47	444	7,76

Entlassung I

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			4.749	85,91	4.620	84,94
Nein			779	14,09	819	15,06
wenn nein: selbstständiges Gehen vor der Fraktur			225	28,88	231	28,21
selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			4.254	76,95	4.158	76,45
Nein			1.274	23,05	1.281	23,55
wenn nein: selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			195	15,31	214	16,71

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2.833	48,68	2.607	45,55
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			40	0,69	62	1,08
03: aus sonstigen Gründen			22	0,38	12	0,21
04: gegen ärztlichen Rat			9	0,15	8	0,14
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			153	2,63	118	2,06
07: Tod			292	5,02	285	4,98
08: Verlegung nach §14			3	0,05	4	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			1.680	28,87	1.825	31,88
10: in Pflegeeinrichtung			719	12,35	741	12,95
11: in Hospiz			3	0,05	2	0,03
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			5	0,09	2	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,02	2	0,03
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			57	0,98	53	0,93
22: Fallabschluss			3	0,05	1	0,02
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, §4 PEPPV 2013)</p> |
|--|--|

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung III

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			1.136	19,52	1.102	19,25
Dienstag			1.072	18,42	989	17,28
Mittwoch			1.056	18,14	1.014	17,71
Donnerstag			939	16,13	941	16,44
Freitag			1.101	18,92	1.148	20,06
Samstag			395	6,79	395	6,90
Sonntag			121	2,08	135	2,36

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-FRAK-Score

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

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

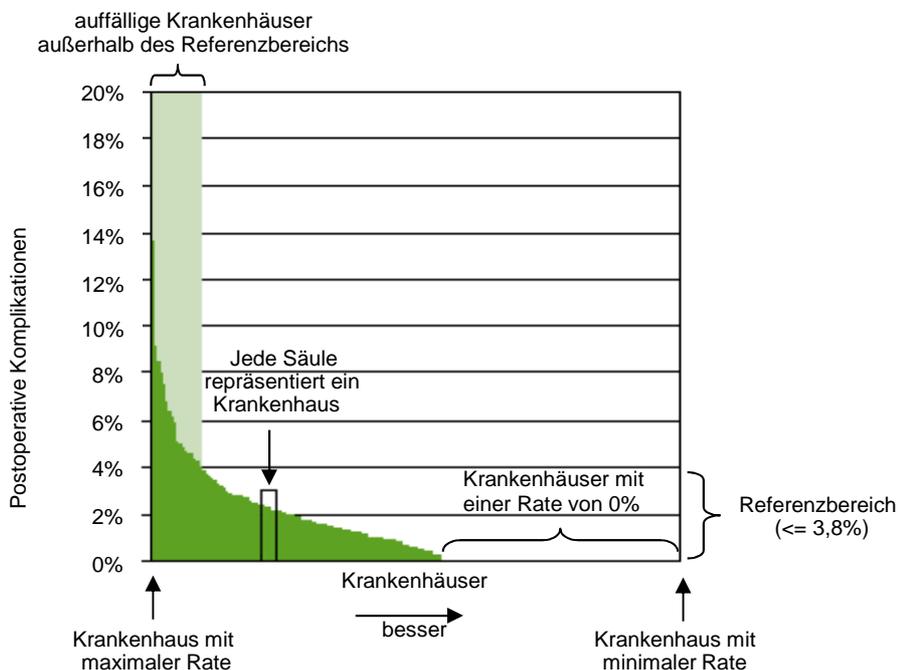
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

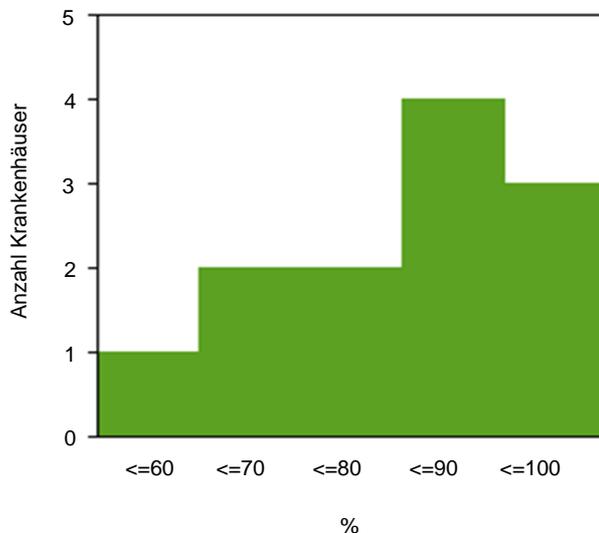
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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