

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.974
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14100-L90144-P43655

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.974
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14100-L90144-P43655

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266							
QI 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus							
			15,0%	<= 15,0%	innerhalb	12,5%	10
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115							
QI 2: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)							
			97,8%	>= 90,0%	innerhalb	99,5%	14
QI 3: Perioperative Antibiotikaprofylaxe							
3a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung							
			99,7%	>= 95,0%	innerhalb	99,8%	17
3b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung							
			97,5%	>= 96,4%	innerhalb	97,9%	17

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272 bei allen Patienten			10,0%	nicht definiert	-	8,2%	21
4b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			2,06	<= 3,15	innerhalb	1,70	24
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	-	0,1%	26
5b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50853 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,12	<= 16,06	innerhalb	1,16	29
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267 bei allen Patienten			1,1%	nicht definiert	-	1,7%	31
6b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,02	<= 1,92	innerhalb	1,60	34

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,5%	nicht definiert	-	0,8%	36
7b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50884 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,63	<= 6,31	innerhalb	1,03	39
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274 bei allen Patienten			1,3%	nicht definiert	-	1,7%	41
8b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,21	<= 2,84	innerhalb	1,54	44

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269 bei allen Patienten			1,9%	nicht definiert	-	1,7%	52
9b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,12	<= 3,54	innerhalb	0,99	55
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2275 bei allen Patienten			2,9%	nicht definiert	-	3,0%	57
10b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,91	<= 2,64	innerhalb	0,96	60

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268 bei allen Patienten			3,0%	nicht definiert	-	3,4%	62
11b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50864 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,01	<= 4,08	innerhalb	1,15	65
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277 bei Patienten mit ASA 1 bis 2			3,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	8,0 Fälle	67
12b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276 bei Patienten mit ASA 3			4,3%	nicht definiert	-	6,1%	67
12c: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			4,3%	<= 10,6%	innerhalb	6,0%	71

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
12d: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			6,7%	<= 13,3%	innerhalb	7,1%	71
12e: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	nicht definiert	-	1,15	75

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium ¹	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/813191 AK 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer							
			61,2%	< 100,0%	innerhalb	65,7%	77

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

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

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

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
< 24 Stunden	1.926 / 2.974 64,8%	1.350 / 1.755 76,9%	360 / 406 88,7%	569 / 1.192 47,7%
24 - 48 Stunden	602 / 2.974 20,2%	243 / 1.755 13,8%	32 / 406 7,9%	349 / 1.192 29,3%
> 48 Stunden	446 / 2.974 15,0%	162 / 1.755 9,2%	14 / 406 3,4%	274 / 1.192 23,0%
Vertrauensbereich Referenzbereich	13,8% - 16,3% <= 15,0%			

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
> 48 Stunden	363 / 2.897 12,5%	123 / 1.679 7,3%	13 / 388 3,4%	236 / 1.205 19,6%
Vertrauensbereich	13,8% - 16,3%			

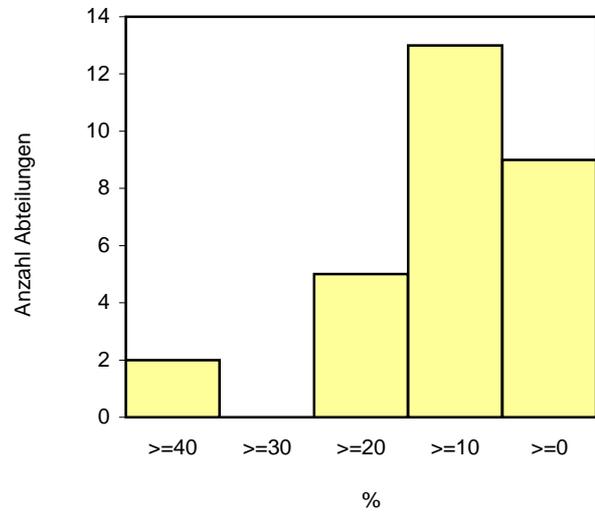
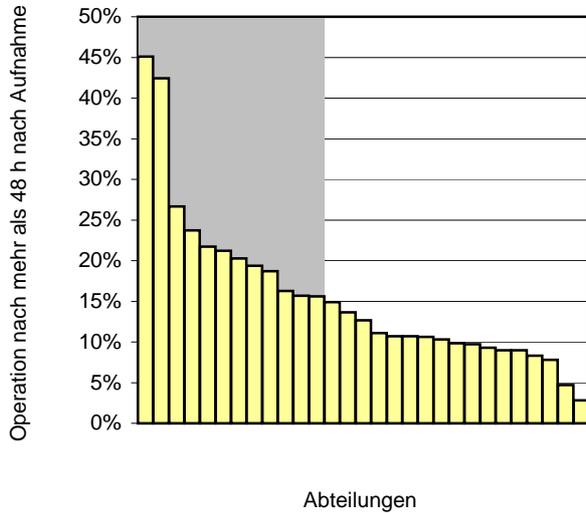
Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

	Gesamt 2013			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden	1.202 / 1.783 67,4%	282 / 414 68,1%	244 / 438 55,7%	198 / 339 58,4%
24 - 48 Stunden	368 / 1.783 20,6%	39 / 414 9,4%	96 / 438 21,9%	99 / 339 29,2%
> 48 Stunden	213 / 1.783 11,9%	93 / 414 22,5%	98 / 438 22,4%	42 / 339 12,4%

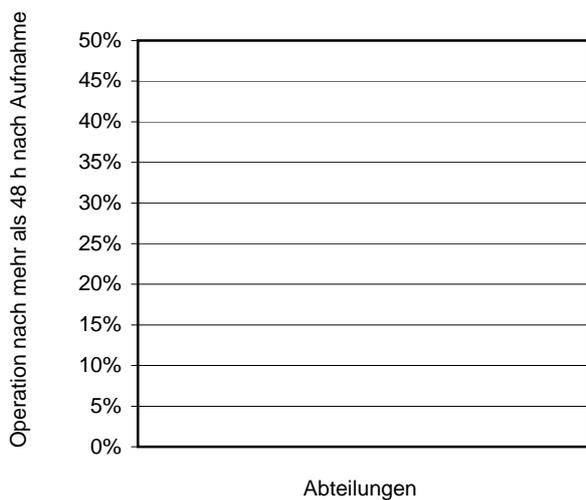
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266]:
Anteil von Patienten mit Operation nach mehr als 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,8	4,7	7,8	9,7	12,7	19,4	26,7	42,4	45,1

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

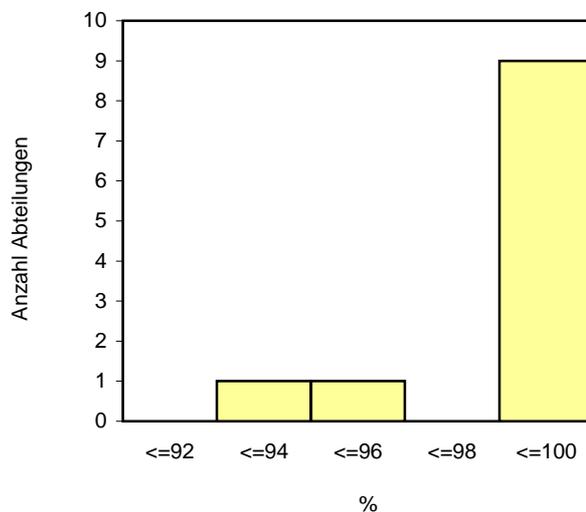
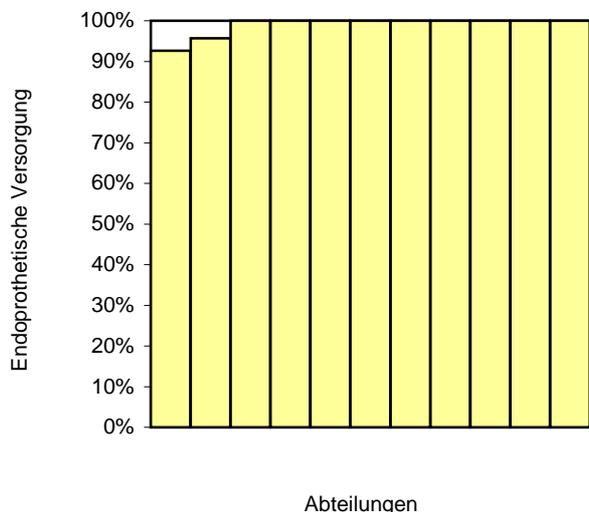
	Abteilung 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung) Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 90,0%
	Gesamt 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	32 / 83 38,6%	11 / 554 2,0%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich Referenzbereich	51 / 83 61,4%	542 / 554 97,8% 96,3% - 98,8% >= 90,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich	56 / 98 57,1%	569 / 572 99,5% 98,5% - 99,8%

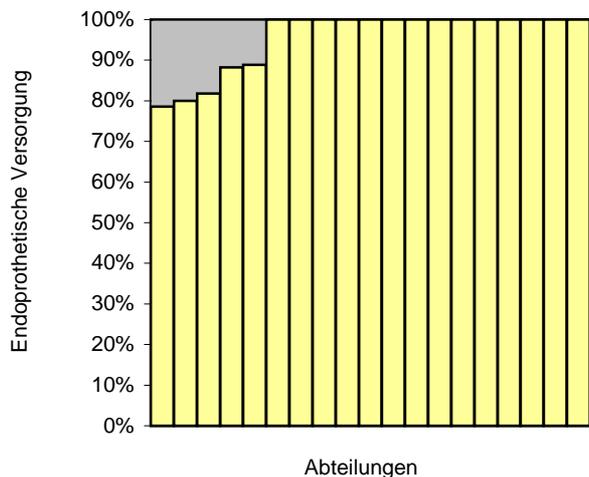
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115]:
 Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 11 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,6		95,7	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 19 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,6		80,0	88,9	100,0	100,0	100,0		100,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

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

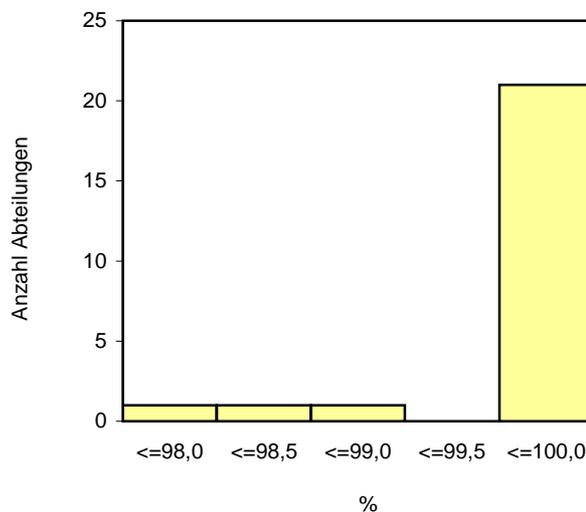
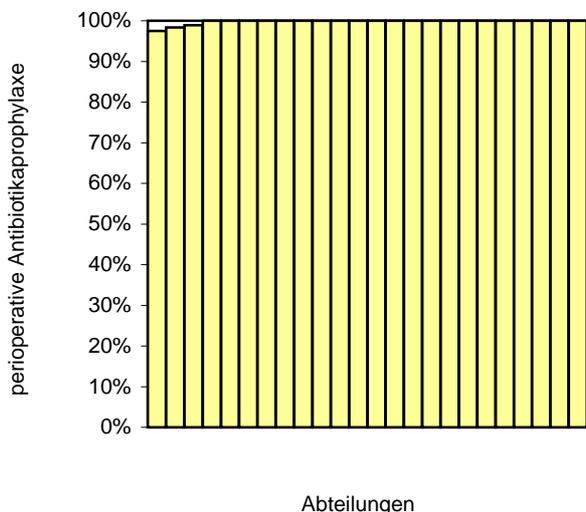
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	2.927 / 2.974 98,4%	1.189 / 1.192 99,7%	1.712 / 1.755 97,5%
Vertrauensbereich		99,3% - 99,9%	96,7% - 98,2%
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 96,4%
davon single shot	2.686 / 2.927 91,8%	1.043 / 1.189 87,7%	1.627 / 1.712 95,0%
Zweitgabe oder öfter	241 / 2.927 8,2%	146 / 1.189 12,3%	85 / 1.712 5,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	2.860 / 2.897 98,7%	1.203 / 1.205 99,8% 99,4% - 100,0%	1.644 / 1.679 97,9% 97,1% - 98,5%

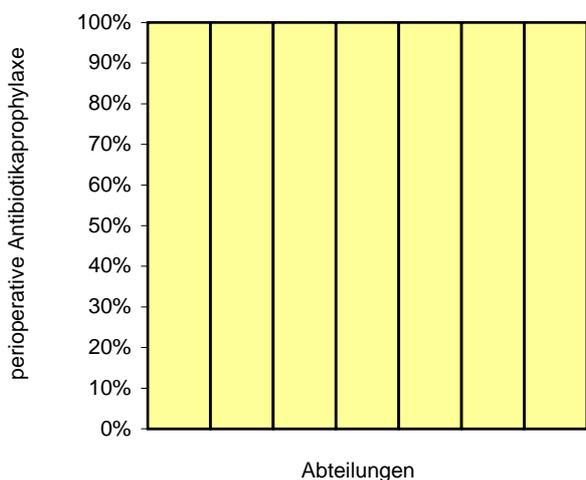
Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364]:
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit endoprothetischer Versorgung

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,5	98,4	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

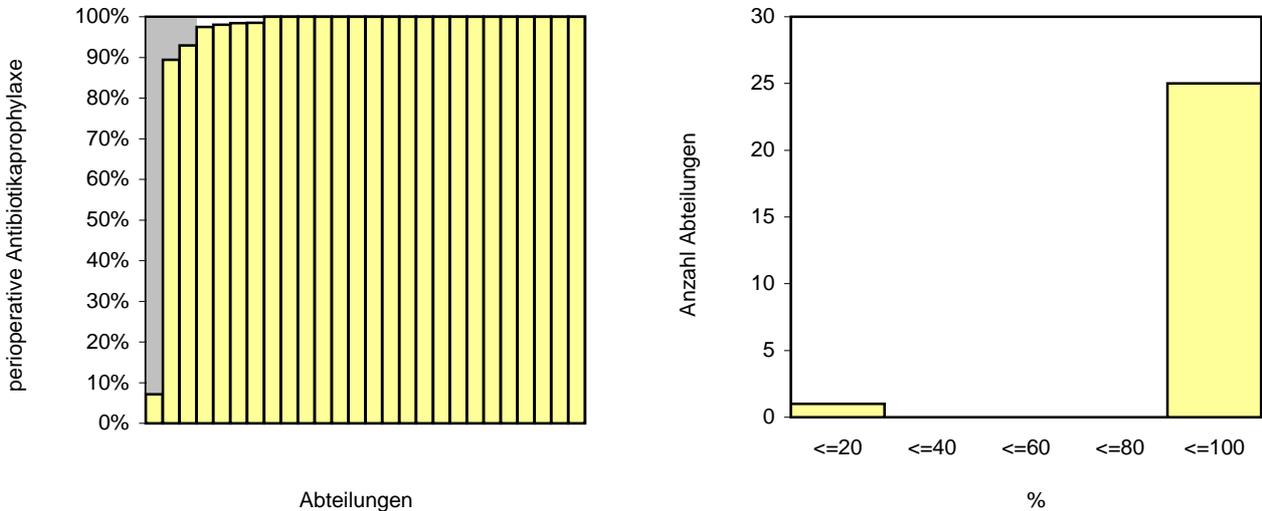


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

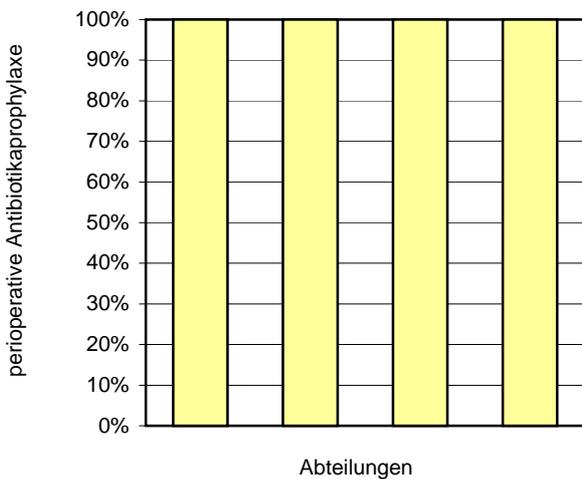
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,1	89,4	93,0	98,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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



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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

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

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			2.129 / 2.818	75,6%
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			1.265 / 1.680	75,3%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung			842 / 1.112	75,7%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			281 / 2.818	10,0%
Vertrauensbereich				8,9% - 11,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			185 / 2.163	8,6%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			24 / 223	10,8%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			11 / 124	8,9%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			61 / 308	19,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

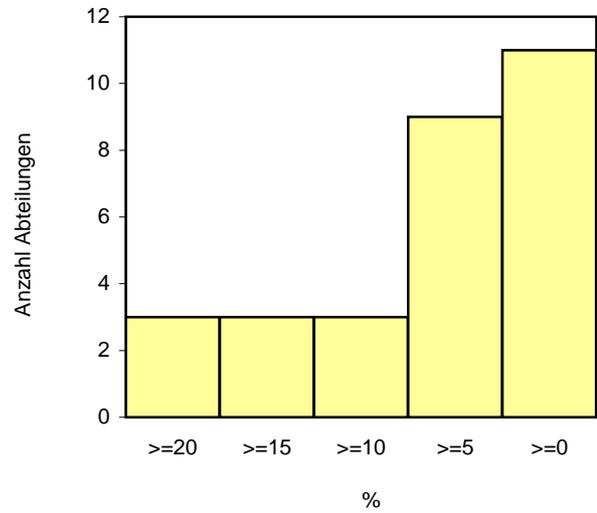
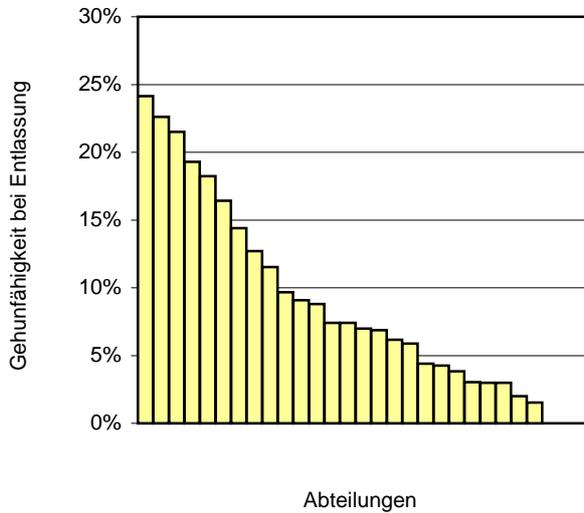
Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			222 / 2.711	8,2% 7,2% - 9,3%

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

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

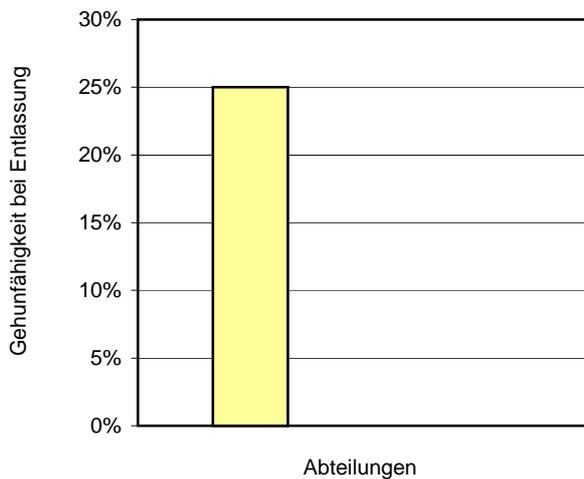
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272]:
 Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	3,0	7,0	12,7	21,5	22,6	24,1

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				25,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		281 / 2.818 9,97%
vorhergesagt (E) ¹		136,24 / 2.818 4,83%
O - E		5,14%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		2,06
Vertrauensbereich		1,84 - 2,30
Referenzbereich	<= 3,15	<= 3,15

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

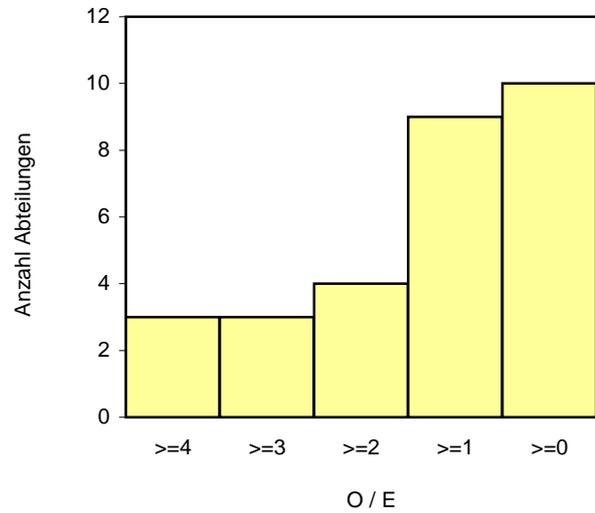
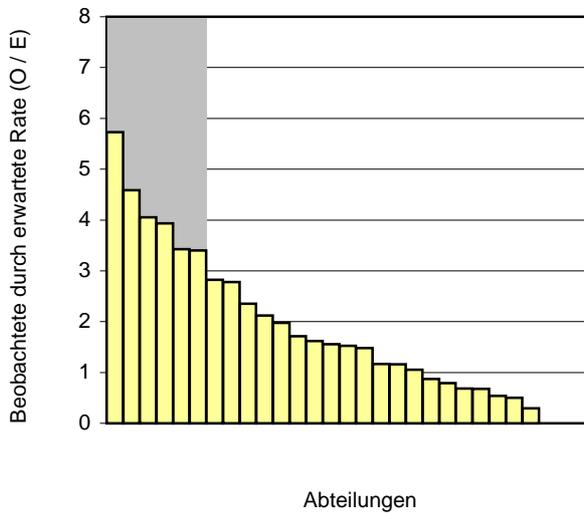
Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		222 / 2.711 8,19%
vorhergesagt (E)		130,28 / 2.711 4,81%
O - E		3,38%
O / E		1,70
Vertrauensbereich		1,50 - 1,93

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

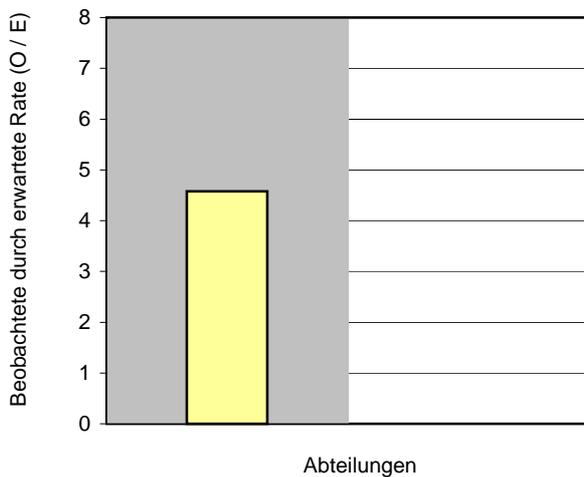
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,69	1,52	2,78	4,05	4,59	5,73

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				2,29				4,58

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion	3 / 2.974 0,1%	1 / 1.755 0,1%	2 / 1.192 0,2%
Patienten mit Nervenschaden	2 / 2.974 0,1%	1 / 1.755 0,1%	1 / 1.192 0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	4 / 2.974 0,1%	1 / 1.755 0,1%	3 / 1.192 0,3%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,3%		
Referenzbereich	nicht definiert		

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

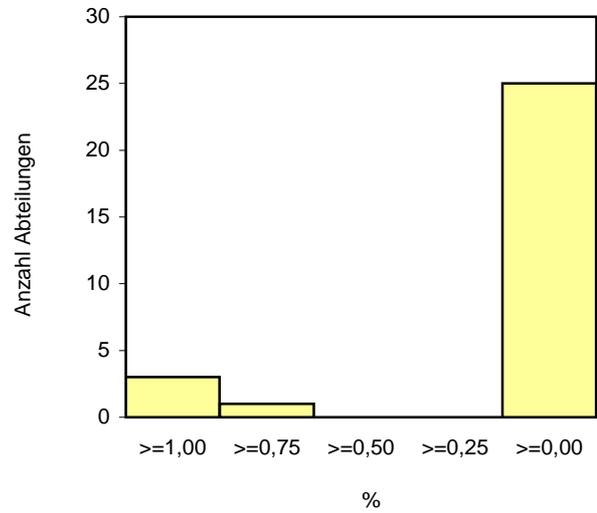
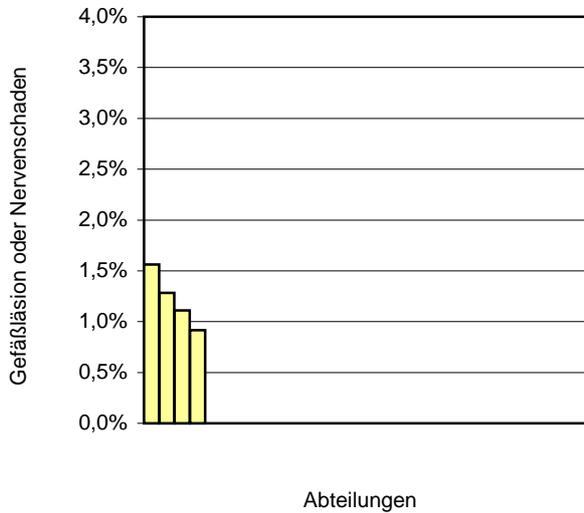
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	4 / 2.897 0,1%	2 / 1.679 0,1%	2 / 1.205 0,2%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,4%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

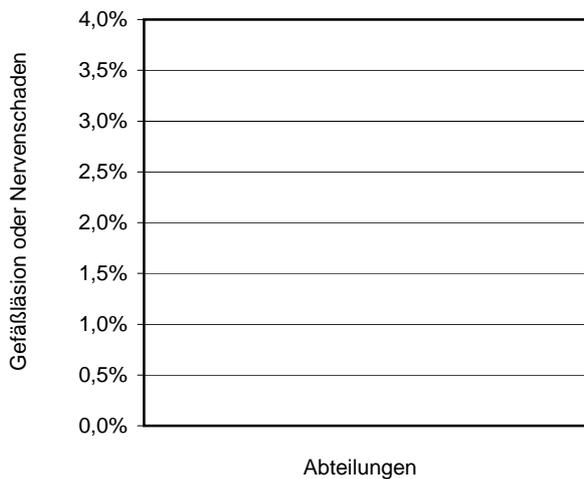
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		4 / 2.974 0,13%
vorhergesagt (E) ¹		3,58 / 2.974 0,12%
O - E		0,01%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,12
Vertrauensbereich		0,43 - 2,87
Referenzbereich	<= 16,06	<= 16,06

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

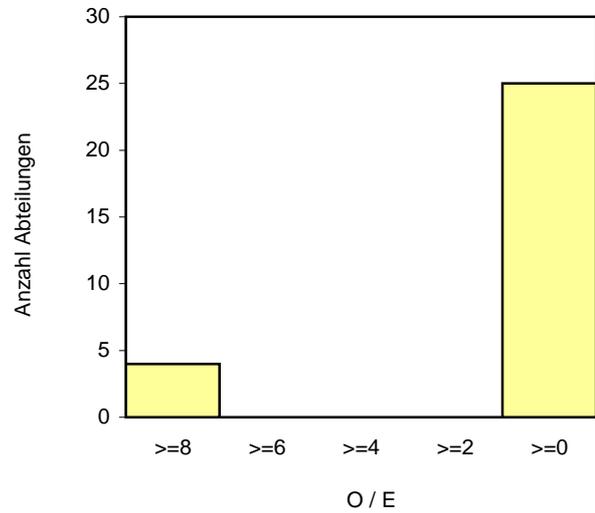
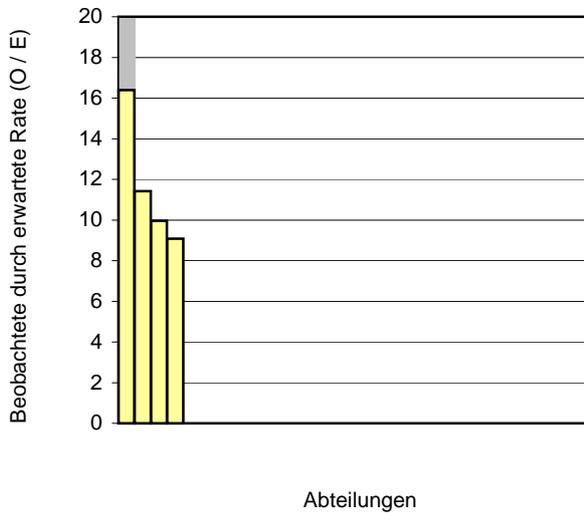
Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		4 / 2.897 0,14%
vorhergesagt (E)		3,46 / 2.897 0,12%
O - E		0,02%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		0,45 - 2,97

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

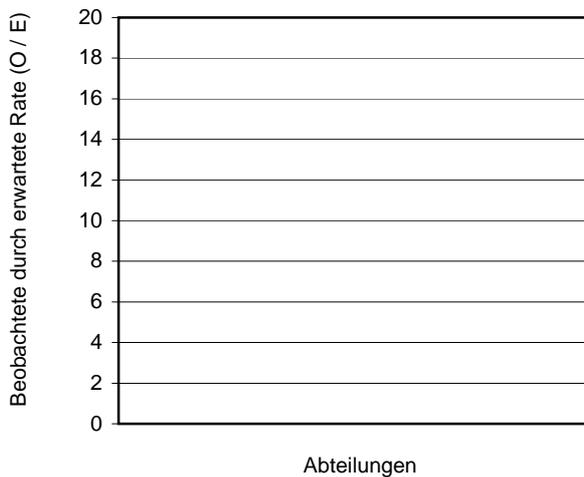
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,97	11,42	16,39

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen 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): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267

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

	Abteilung 2013		
	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 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehlage	2 / 2.974 0,1%	1 / 1.755 0,1%	1 / 1.192 0,1%
Patienten mit Implantatdislokation	15 / 2.974 0,5%	12 / 1.755 0,7%	2 / 1.192 0,2%
Patienten mit Fraktur	15 / 2.974 0,5%	0 / 1.755 0,0%	15 / 1.192 1,3%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	32 / 2.974 1,1% 0,8% - 1,5%	13 / 1.755 0,7%	18 / 1.192 1,5%

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

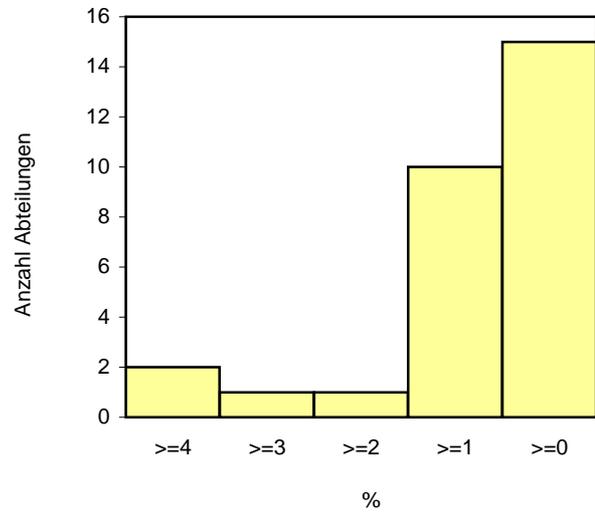
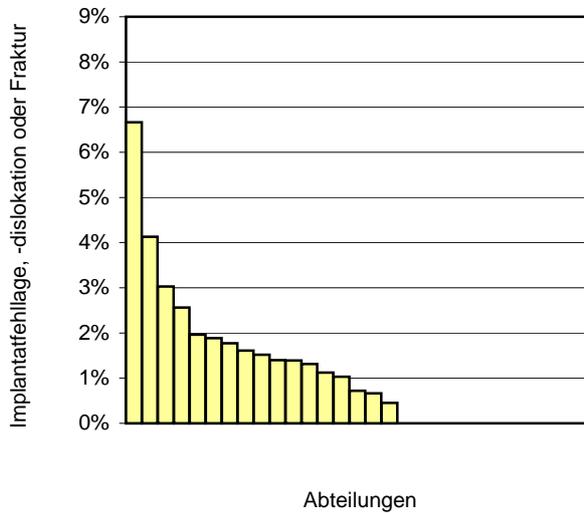
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	48 / 2.897 1,7% 1,3% - 2,2%	33 / 1.679 2,0%	14 / 1.205 1,2%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

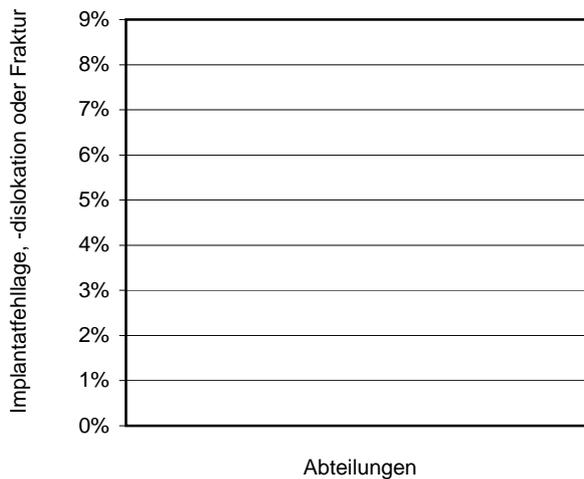
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,6	3,0	4,1	6,7

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		32 / 2.974 1,08%
vorhergesagt (E) ¹		31,43 / 2.974 1,06%
O - E		0,02%

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

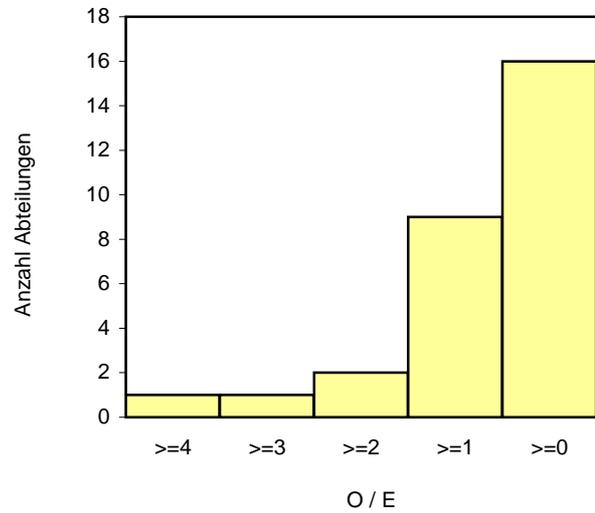
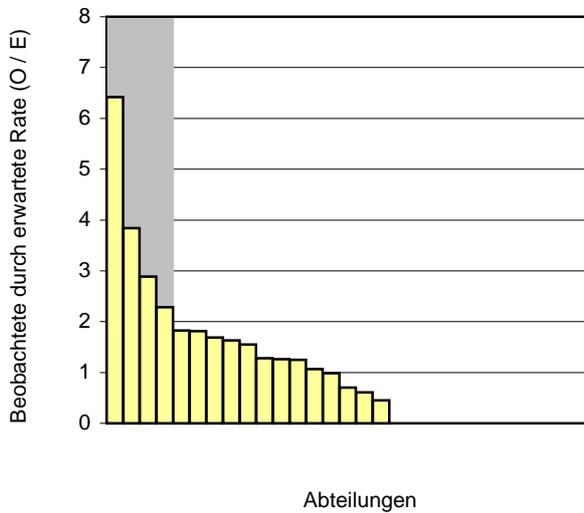
	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,02
Vertrauensbereich		0,72 - 1,43
Referenzbereich	<= 1,92	<= 1,92

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		48 / 2.897 1,66%
vorhergesagt (E)		30,05 / 2.897 1,04%
O - E		0,62%
O / E		1,60
Vertrauensbereich		1,21 - 2,11

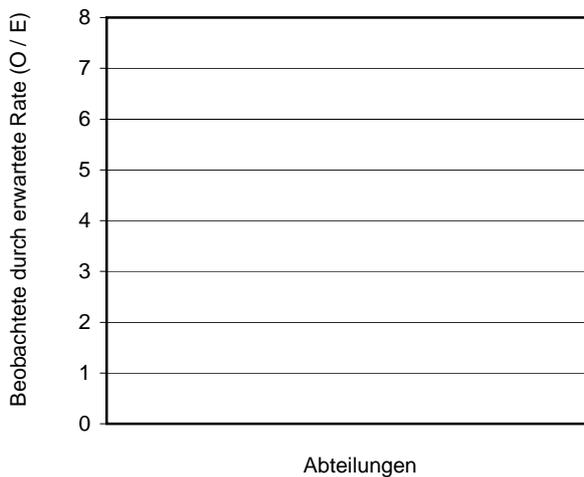
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	1,63	2,88	3,84	6,42

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

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

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

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

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

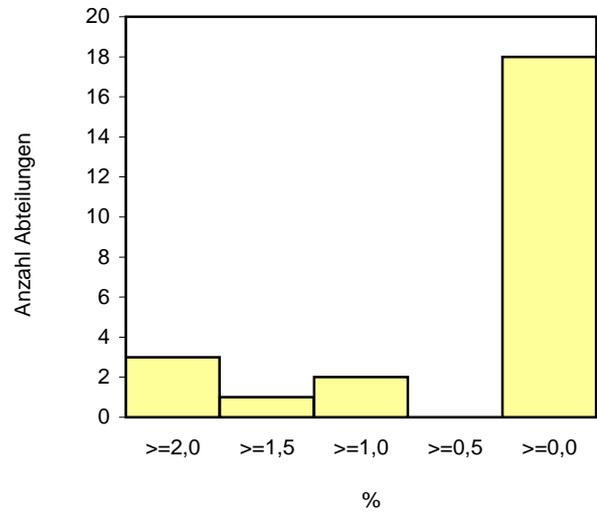
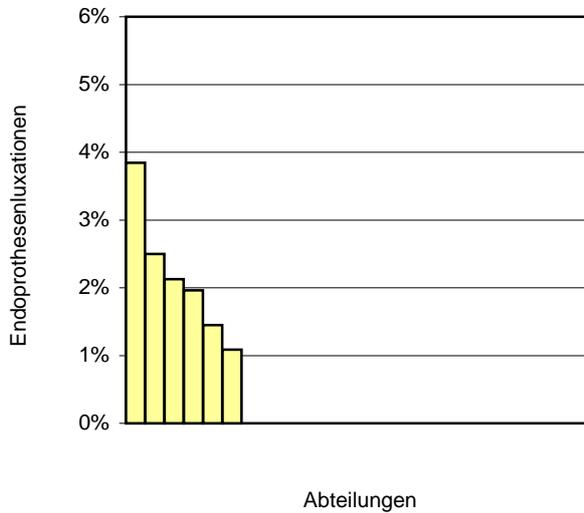
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	6 / 1.192 0,5%	6 / 1.151 0,5%	0 / 61 0,0%
Vertrauensbereich Referenzbereich	0,2% - 1,1% nicht definiert		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	10 / 1.205 0,8%	10 / 1.173 0,9%	1 / 47 2,1%
Vertrauensbereich	0,5% - 1,5%		

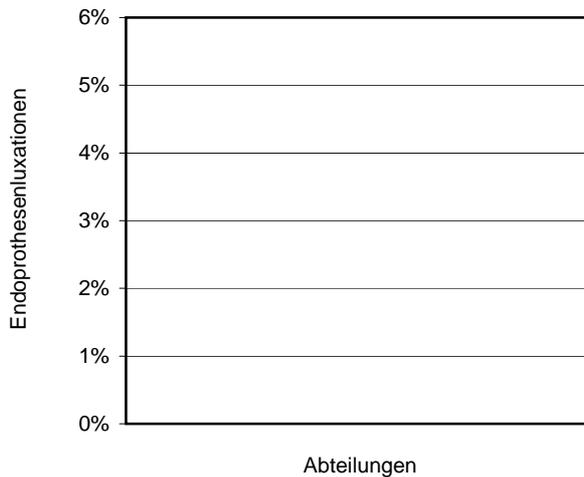
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Referenzbereich: <= 6,31 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		6 / 1.192 0,50%
vorhergesagt (E) ¹		9,58 / 1.192 0,80%
O - E		-0,30%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,63
Vertrauensbereich		0,29 - 1,36
Referenzbereich	<= 6,31	<= 6,31

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

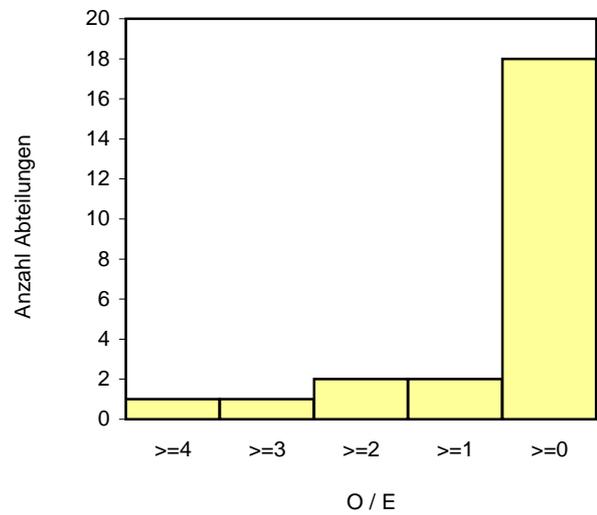
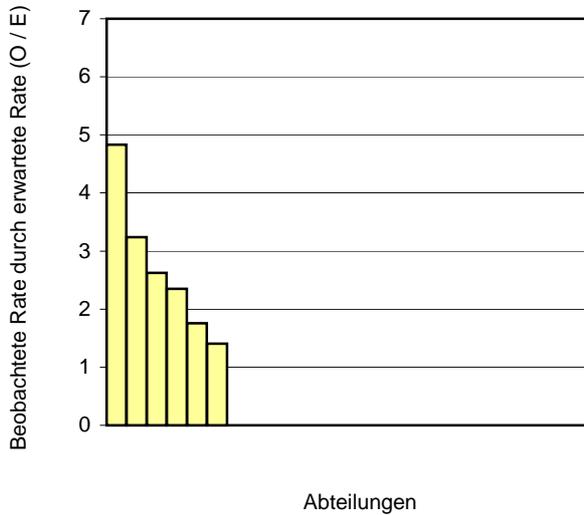
Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		10 / 1.205 0,83%
vorhergesagt (E)		9,68 / 1.205 0,80%
O - E		0,03%
O / E		1,03
Vertrauensbereich		0,56 - 1,89

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

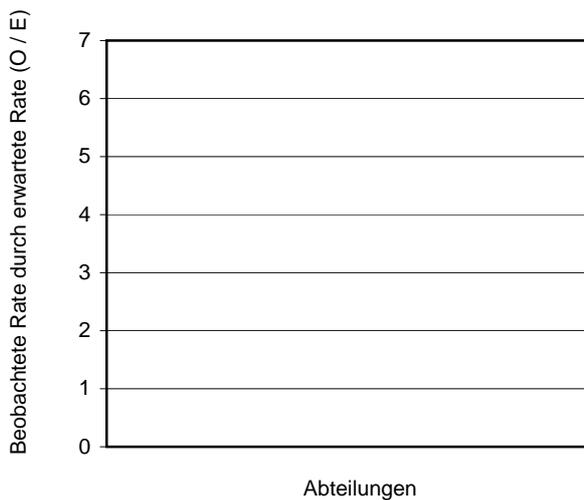
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	2,62	3,24	4,83

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

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

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

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

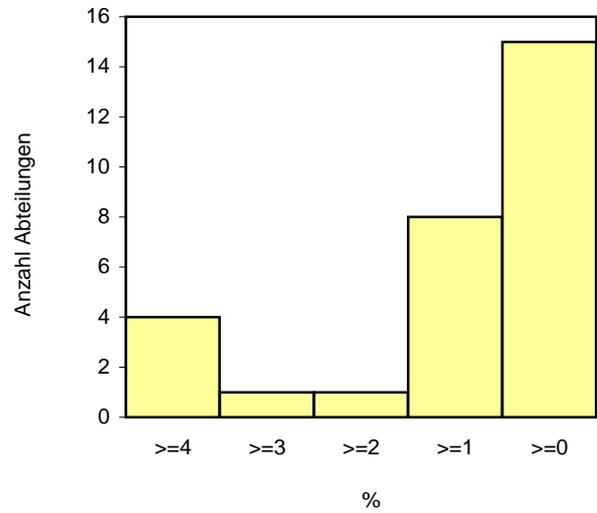
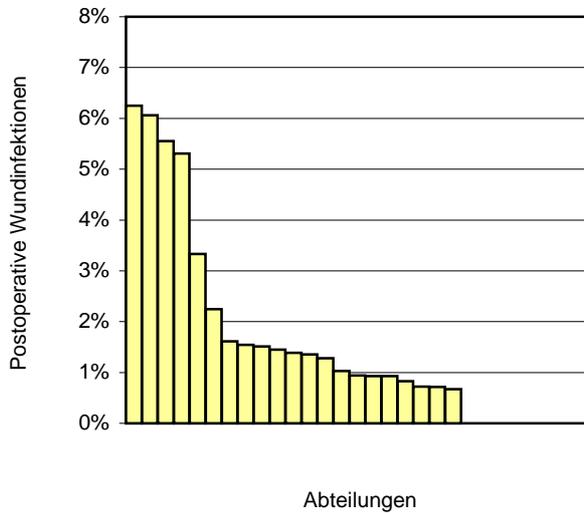
	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	■		
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	39 / 2.974 1,3%	21 / 1.755 1,2%	18 / 1.192 1,5%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,0% - 1,8% nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	10 / 2.974 0,3%	7 / 1.755 0,4%	3 / 1.192 0,3%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	29 / 2.974 1,0%	14 / 1.755 0,8%	15 / 1.192 1,3%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	48 / 2.897	22 / 1.679	25 / 1.205
Vertrauensbereich	1,7% 1,3% - 2,2%	1,3%	2,1%

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

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



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

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		39 / 2.974 1,31%
vorhergesagt (E) ¹		32,20 / 2.974 1,08%
O - E		0,23%

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

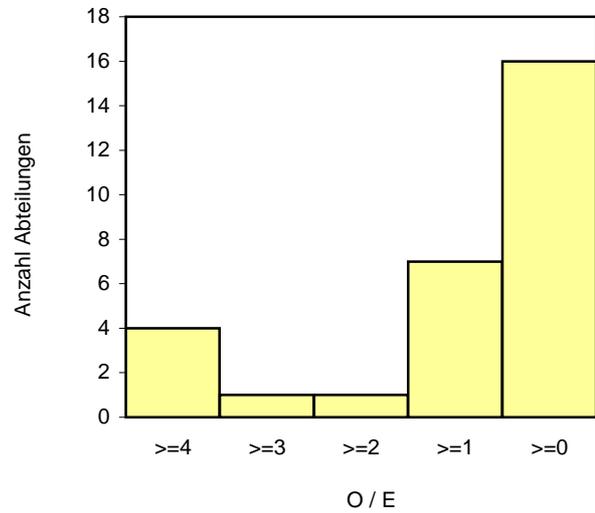
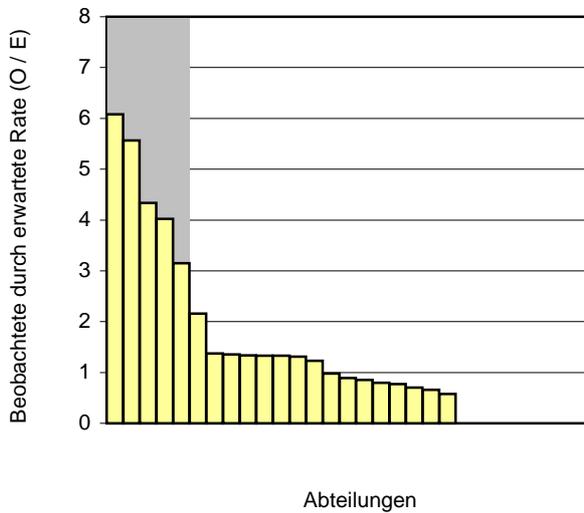
	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,21
Vertrauensbereich		0,89 - 1,65
Referenzbereich	<= 2,84	<= 2,84

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		48 / 2.897 1,66%
vorhergesagt (E)		31,18 / 2.897 1,08%
O - E		0,58%
O / E		1,54
Vertrauensbereich		1,16 - 2,03

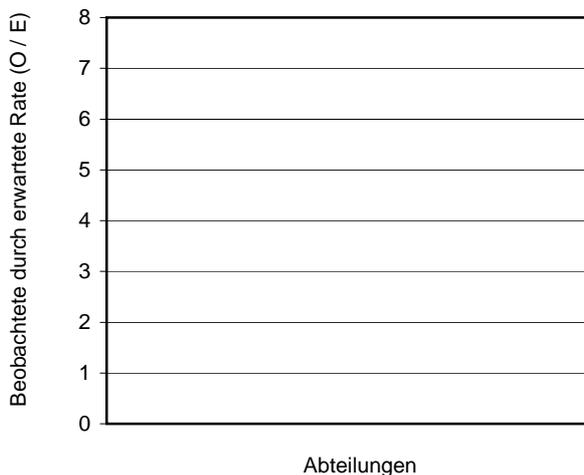
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	1,36	4,34	5,57	6,08

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0	481 / 2.974 16,2%	285 / 1.755 16,2%	169 / 1.192 14,2%
Risikoklasse 1	1.885 / 2.974 63,4%	1.162 / 1.755 66,2%	779 / 1.192 65,4%
Risikoklasse 2	606 / 2.974 20,4%	307 / 1.755 17,5%	244 / 1.192 20,5%
Risikoklasse 3	2 / 2.974 0,1%	1 / 1.755 0,1%	0 / 1.192 0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit:

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	1 / 481 0,2%	1 / 285 0,4%	0 / 169 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 481 0,0%	0 / 285 0,0%	0 / 169 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	1 / 481 0,2%	1 / 285 0,4%	0 / 169 0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit:

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

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	21 / 1.885 1,1%	13 / 1.162 1,1%	9 / 779 1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	6 / 1.885 0,3%	5 / 1.162 0,4%	3 / 779 0,4%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	15 / 1.885 0,8%	8 / 1.162 0,7%	6 / 779 0,8%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

Grundgesamtheit:

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

	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	16 / 606 2,6%	6 / 307 2,0%	9 / 244 3,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	4 / 606 0,7%	2 / 307 0,7%	0 / 244 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	12 / 606 2,0%	4 / 307 1,3%	9 / 244 3,7%

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)

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	1 / 2 50,0%	1 / 1 100,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 2 0,0%	0 / 1 0,0%	0 / 0
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	1 / 2 50,0%	1 / 1 100,0%	0 / 0

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

Qualitätsindikatorengruppe 9: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

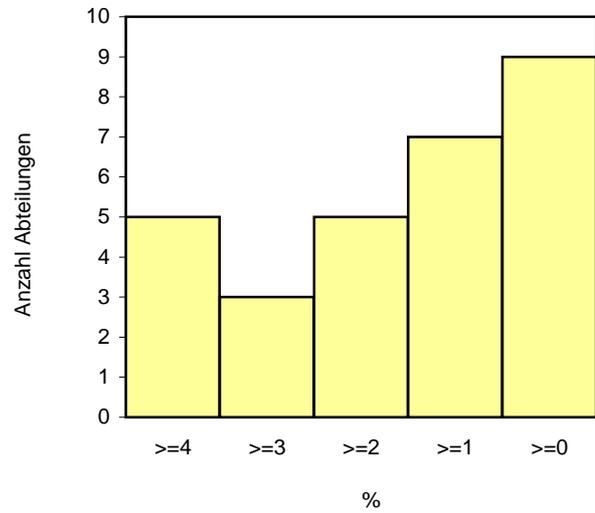
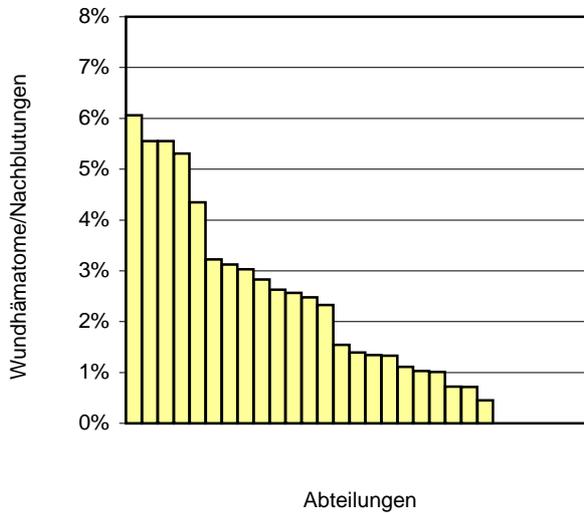
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			57 / 2.974	 1,9%
Vertrauensbereich				1,5% - 2,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			49 / 2.897	 1,7%
Vertrauensbereich				1,3% - 2,2%

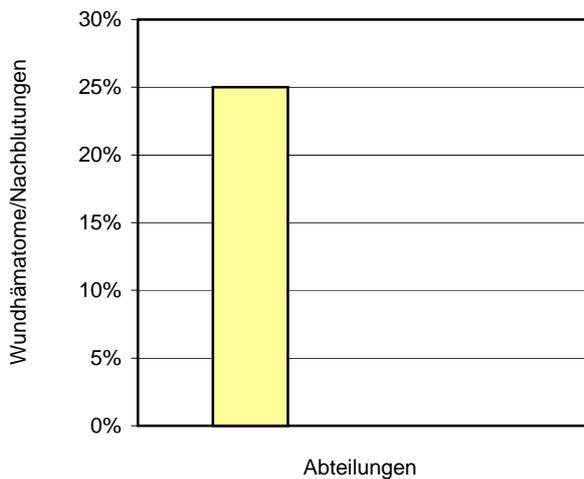
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	3,0	5,6	5,6	6,1

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				25,0

0 Abteilungen 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

Abteilung 2013				
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
Gesamt 2013				
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	22 / 1.601 1,4%	30 / 1.225 2,4%	5 / 131 3,8%	0 / 17 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		57 / 2.974 1,92%
vorhergesagt (E) ¹		50,91 / 2.974 1,71%
O - E		0,20%

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

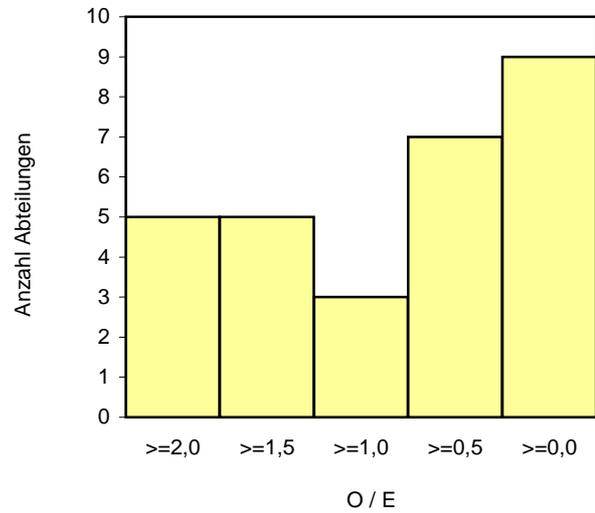
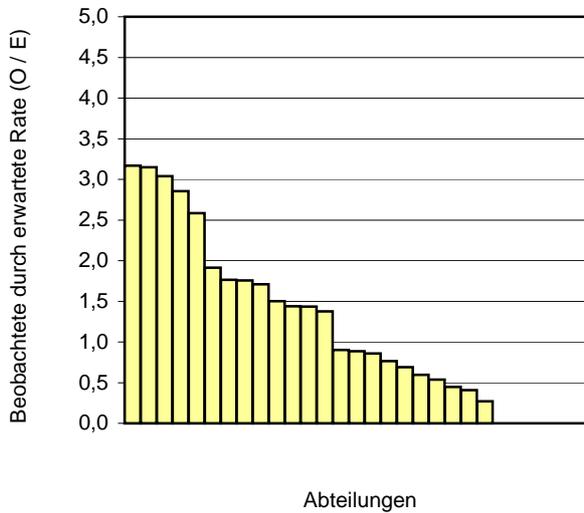
	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,12
Vertrauensbereich		0,87 - 1,45
Referenzbereich	<= 3,54	<= 3,54

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		49 / 2.897 1,69%
vorhergesagt (E)		49,38 / 2.897 1,70%
O - E		-0,01%
O / E		0,99
Vertrauensbereich		0,75 - 1,31

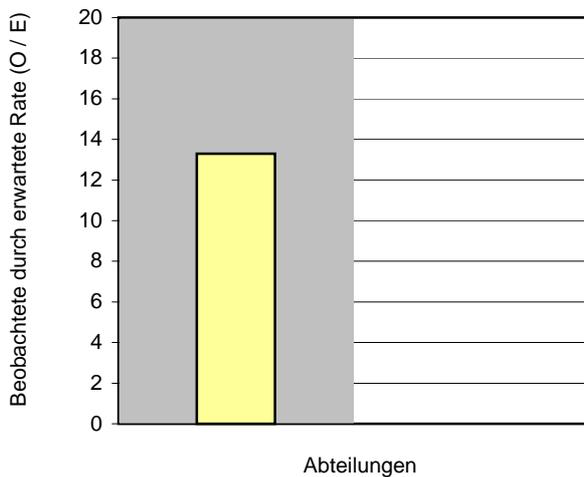
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,41	0,89	1,76	3,04	3,15	3,17

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				6,65				13,30

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	68 / 2.974 2,3%	3 / 657 0,5%	65 / 2.311 2,8%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	4 / 2.974 0,1%	1 / 657 0,2%	3 / 2.311 0,1%
Patienten mit Lungenembolie	16 / 2.974 0,5%	0 / 657 0,0%	16 / 2.311 0,7%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich	87 / 2.974 2,9% 2,4% - 3,6% nicht definiert	4 / 657 0,6%	83 / 2.311 3,6%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	141 / 2.974 4,7%	5 / 657 0,8%	134 / 2.311 5,8%
Patienten mit sonstiger Komplikation	236 / 2.974 7,9%	12 / 657 1,8%	223 / 2.311 9,6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich			

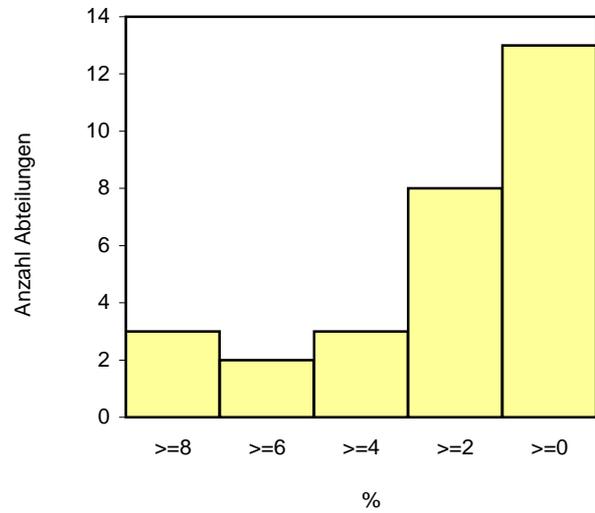
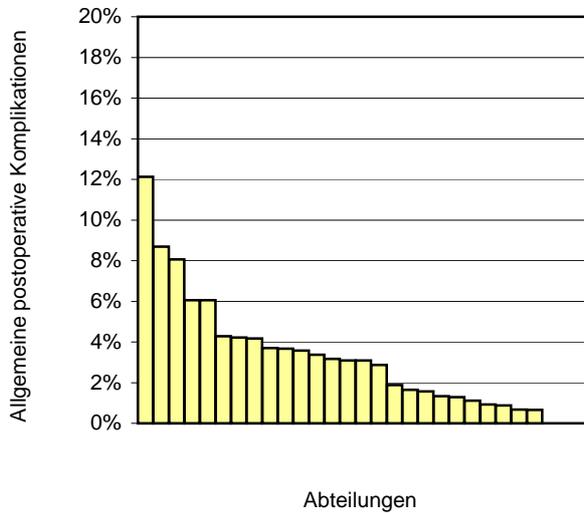
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich	88 / 2.897 3,0% 2,5% - 3,7%	5 / 655 0,8%	82 / 2.235 3,7%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

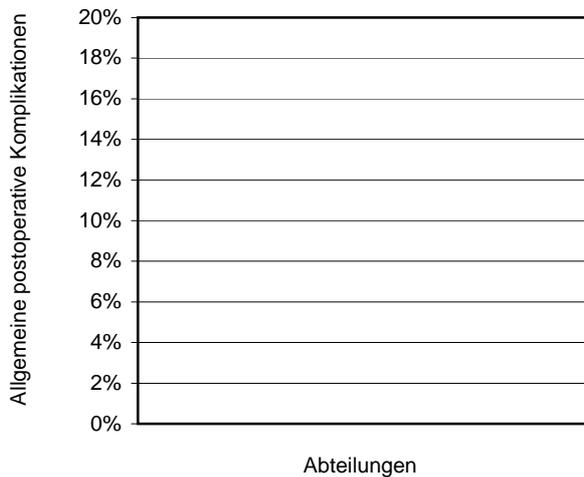
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,1	3,1	4,2	8,1	8,7	12,1

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		87 / 2.974 2,93%
vorhergesagt (E) ¹		95,71 / 2.974 3,22%
O - E		-0,29%

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

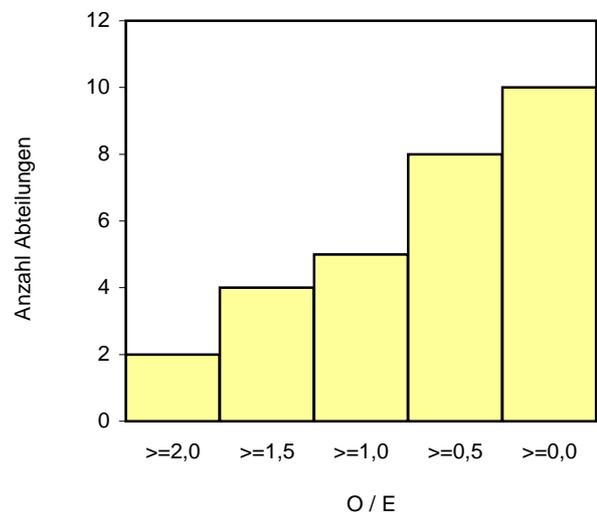
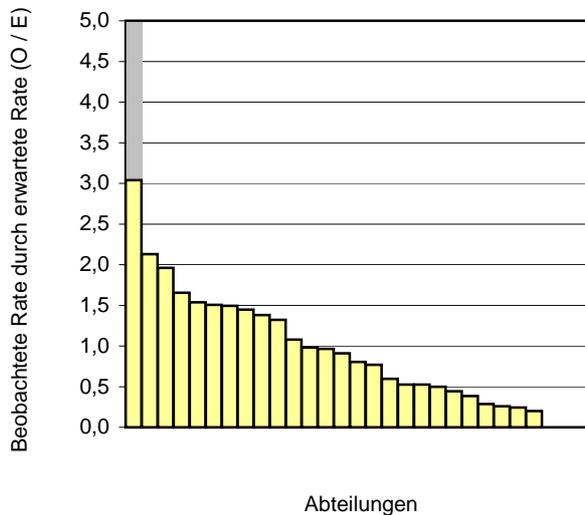
	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,91
Vertrauensbereich		0,74 - 1,12
Referenzbereich	<= 2,64	<= 2,64

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		88 / 2.897 3,04%
vorhergesagt (E)		91,63 / 2.897 3,16%
O - E		-0,13%
O / E		0,96
Vertrauensbereich		0,78 - 1,18

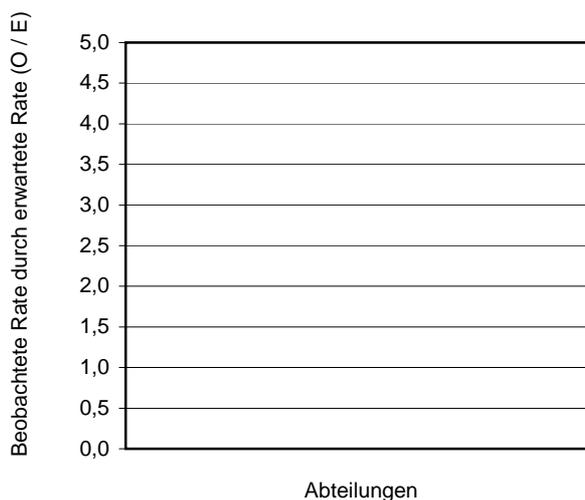
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer
 kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,38	0,80	1,45	1,96	2,13	3,04

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

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

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

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

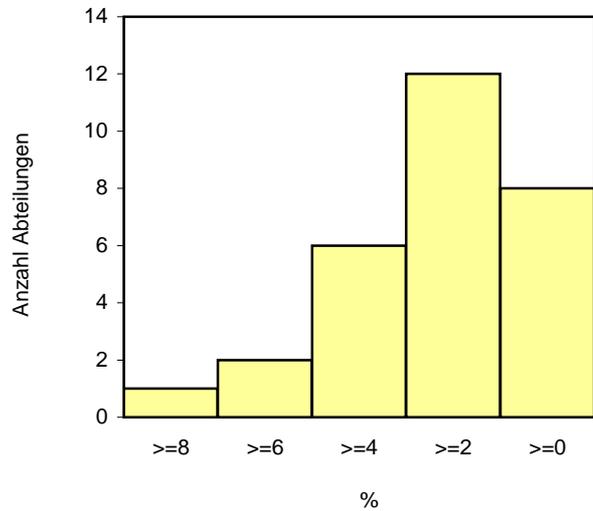
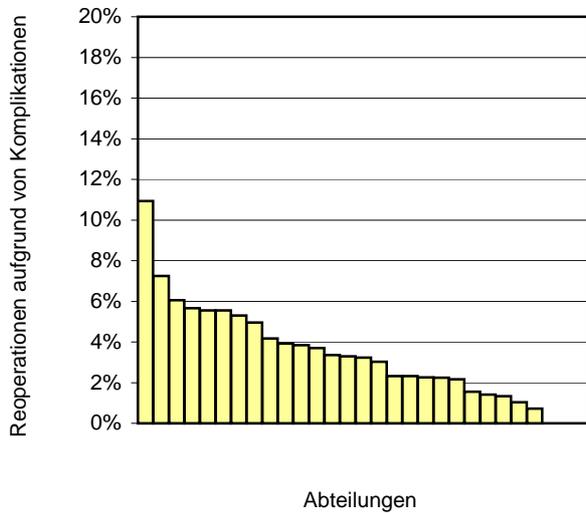
	Abteilung 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	[]		
	nicht definiert		
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	90 / 2.974 3,0% 2,5% - 3,7%	40 / 1.755 2,3%	49 / 1.192 4,1%
	nicht definiert		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	99 / 2.897 3,4% 2,8% - 4,1%	53 / 1.679 3,2%	44 / 1.205 3,7%

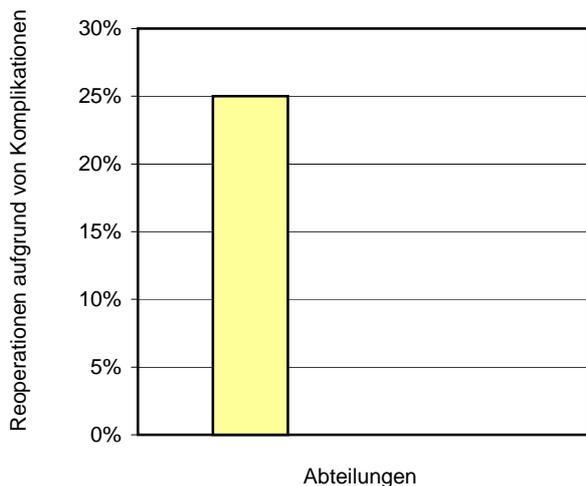
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	1,5	3,2	5,0	6,1	7,2	10,9

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				12,5				25,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		90 / 2.974 3,03%
vorhergesagt (E) ¹		89,07 / 2.974 2,99%
O - E		0,03%

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,01
Vertrauensbereich		0,82 - 1,24
Referenzbereich	<= 4,08	<= 4,08

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

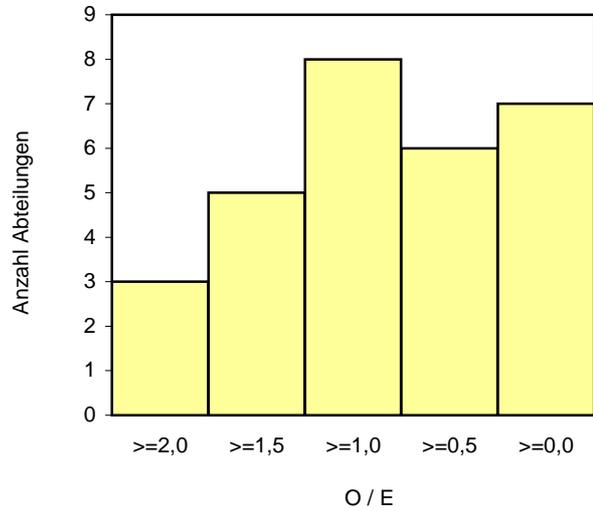
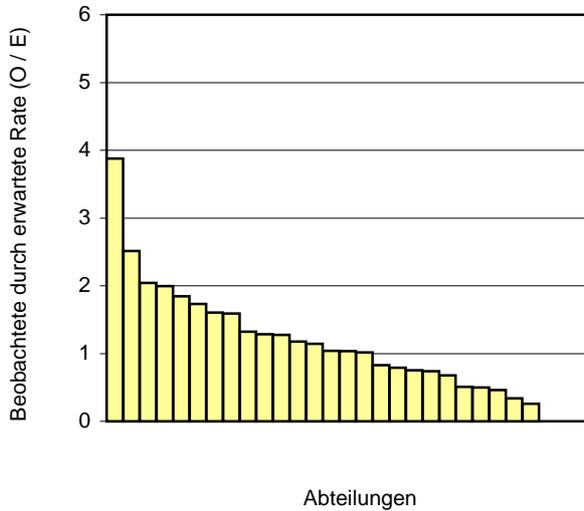
Vorjahresdaten	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		99 / 2.897 3,42%
vorhergesagt (E)		86,09 / 2.897 2,97%
O - E		0,45%
O / E		1,15
Vertrauensbereich		0,95 - 1,39

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

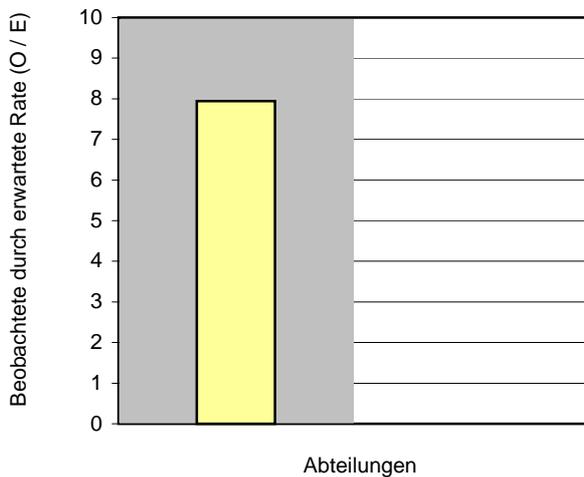
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,51	1,03	1,59	2,04	2,51	3,88

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				3,97				7,94

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel:	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Patienten mit ASA 1 - 2	
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 3	
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 4	
	Gruppe 4:	Patienten mit ASA 5	
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 12a):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277	
	Gruppe 2 (QI 12b):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Sentinel Event	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

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

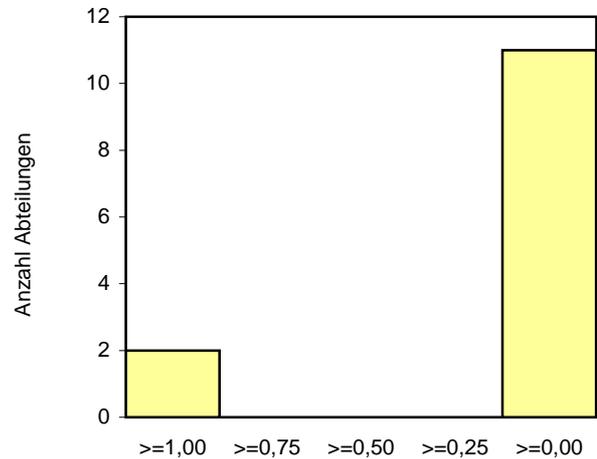
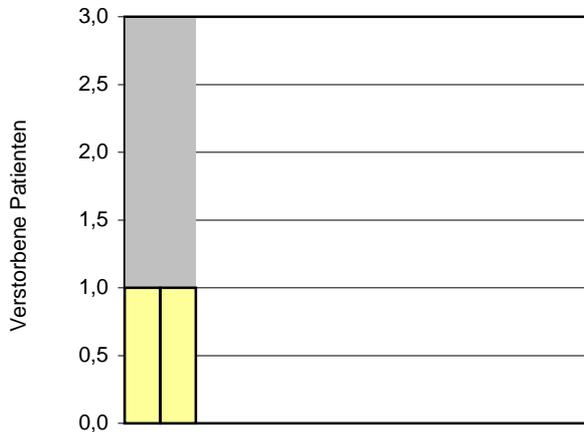
	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	3 / 657 3,0 Fälle	89 / 2.049 4,3%	62 / 262 23,7%	2 / 6 33,3%
Vertrauensbereich Referenzbereich	Sentinel Event	3,5% - 5,3%		nicht definiert

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	8 / 655	122 / 1.991	52 / 244	4 / 7
Vertrauensbereich	8,0 Fälle	6,1%	21,3%	57,1%

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

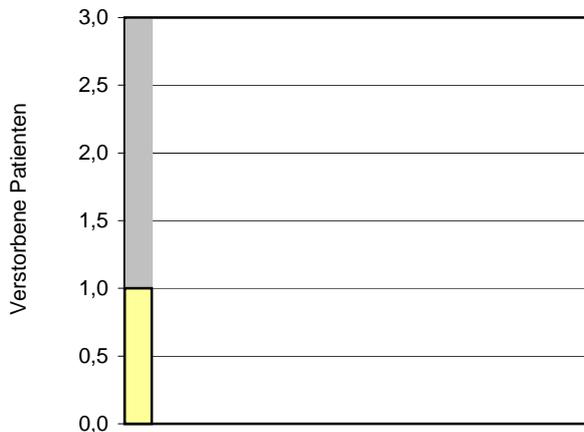


Abteilungen

Fälle

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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



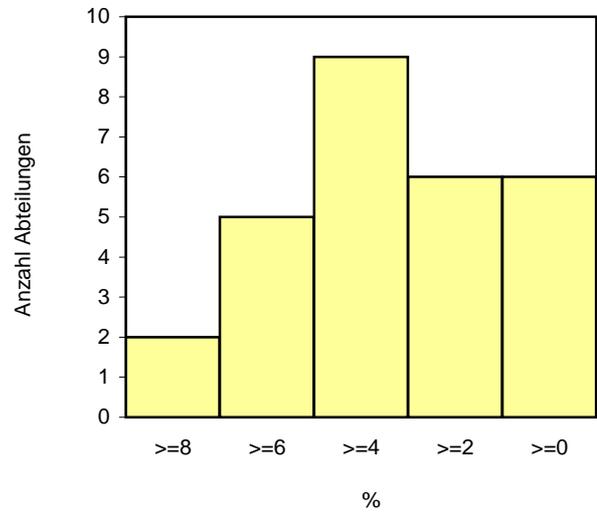
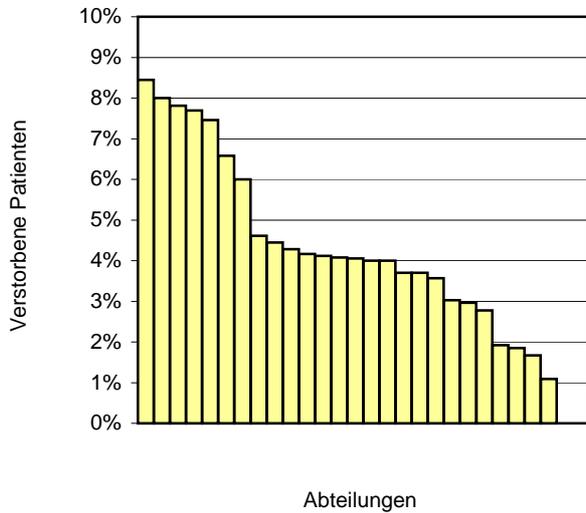
Abteilungen

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

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

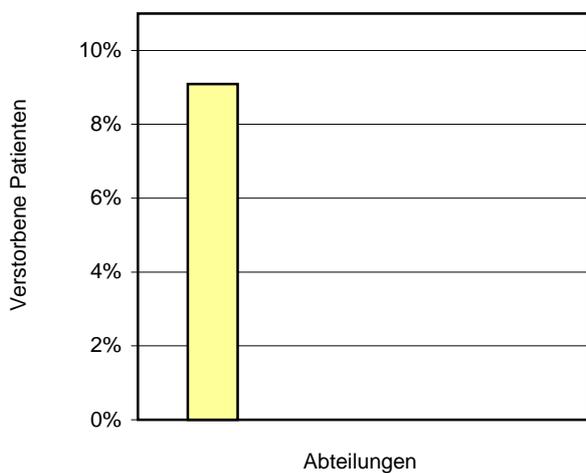
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276]:
 Anteil verstorbenen Patienten an Patienten mit ASA 3**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,1	2,9	4,0	5,3	7,8	8,0	8,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				9,1

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus

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

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

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

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

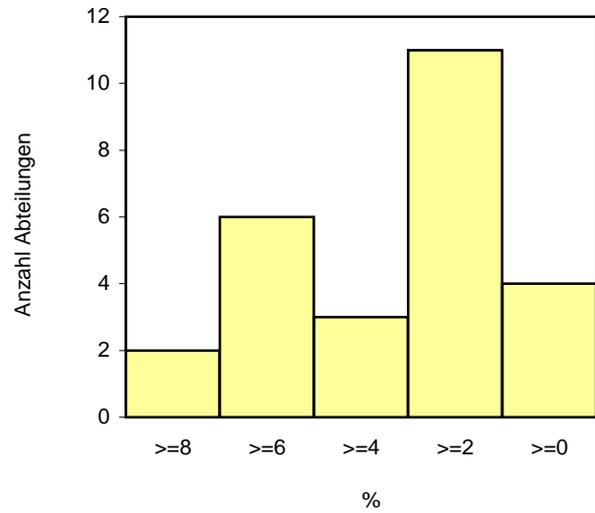
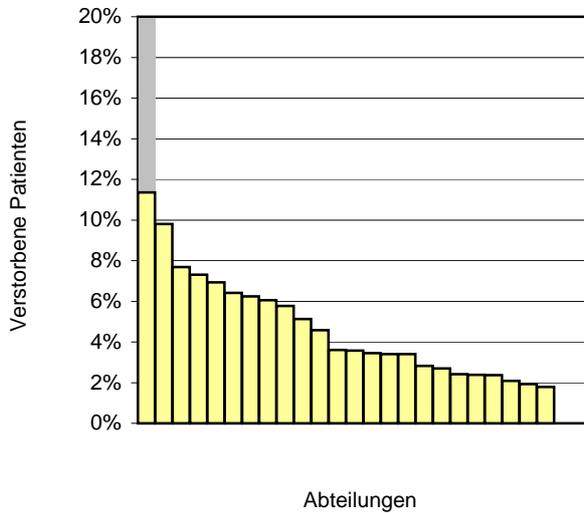
Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	156 / 2.974 5,2%	75 / 1.755 4,3%	80 / 1.192 6,7%
Vertrauensbereich Referenzbereich		3,4% - 5,3% <= 10,6%	5,4% - 8,3% <= 13,3%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	186 / 2.897 6,4%	101 / 1.679 6,0%	85 / 1.205 7,1%
Vertrauensbereich		5,0% - 7,3%	5,7% - 8,6%

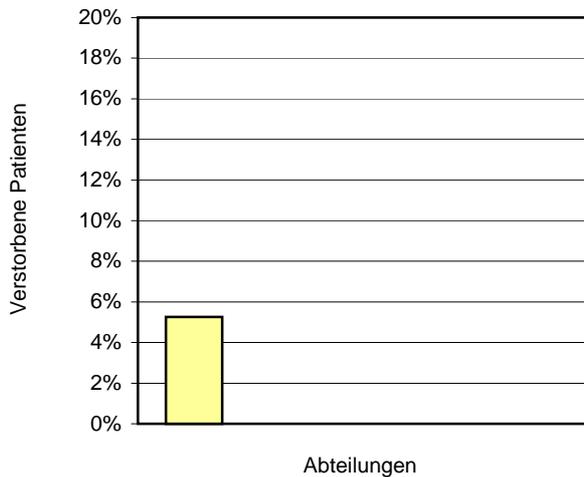
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12c, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 26 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,8	2,4	3,5	6,3	7,7	9,8	11,4

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

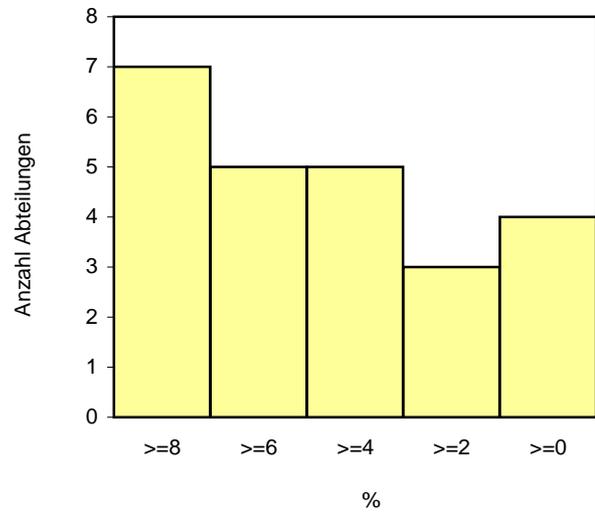
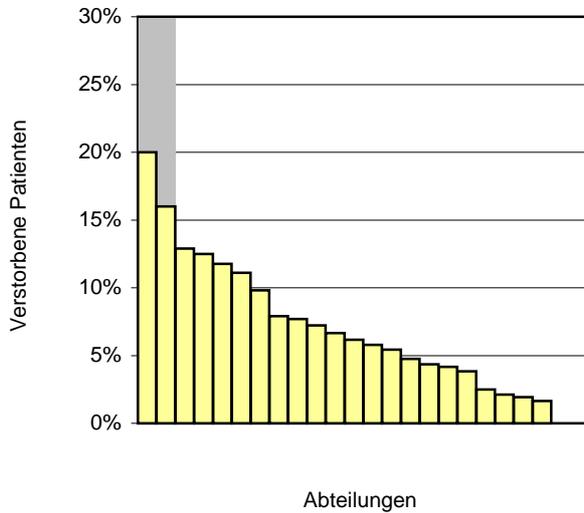


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	2,6			5,3

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

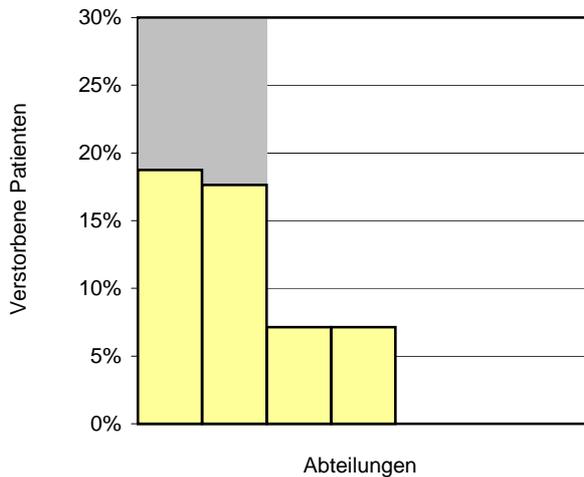
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12d, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	1,6	3,2	6,0	10,5	12,9	16,0	20,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	7,1	17,6			18,8

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Abteilung 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		156 / 2.974 5,25%
vorhergesagt (E) ¹		168,73 / 2.974 5,67%
O - E		-0,43%

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

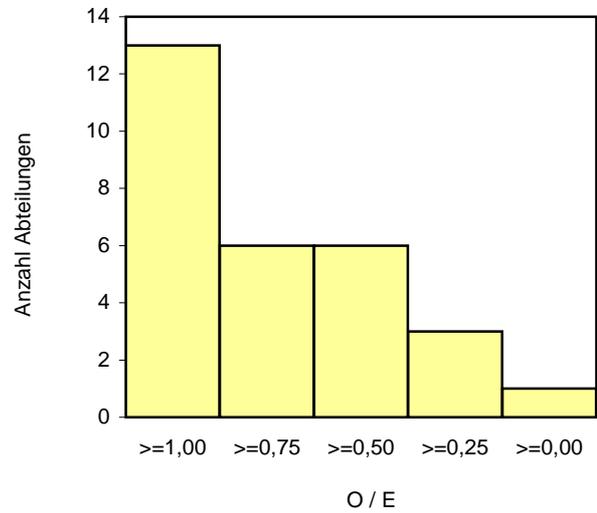
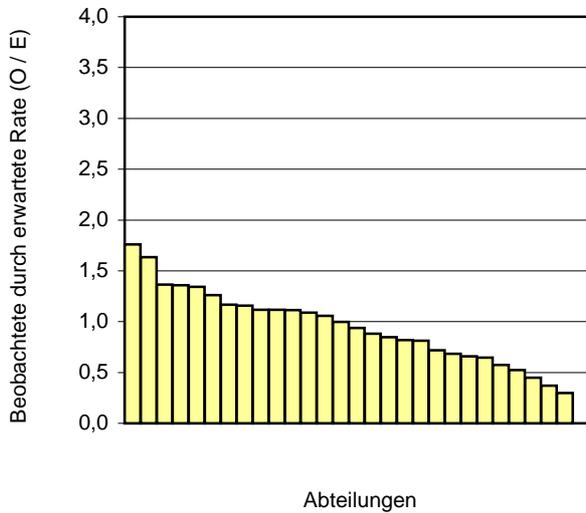
	Abteilung 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,92
Vertrauensbereich		0,79 - 1,08
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		186 / 2.897 6,42%
vorhergesagt (E)		161,72 / 2.897 5,58%
O - E		0,84%
O / E		1,15
Vertrauensbereich		1,00 - 1,32

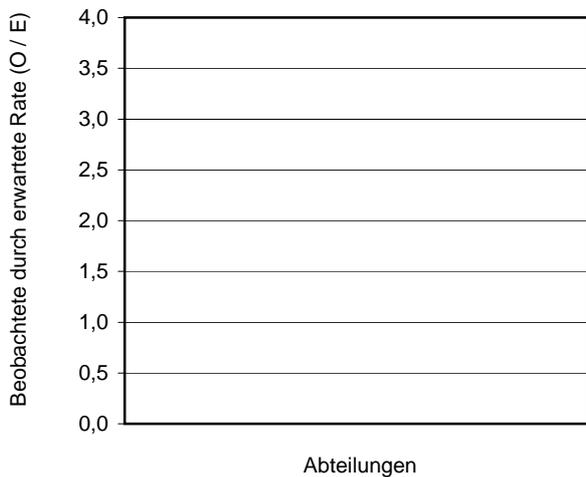
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12e, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Patienten bei Patienten mit ASA 1 - 3,
 osteosynthetischer oder endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,30	0,37	0,66	0,94	1,16	1,36	1,63	1,76

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



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

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

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

Referenzbereich: < 100,0%

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich Referenzbereich			180 / 294	61,2% 55,5% - 66,6% < 100,0%

Vorjahresdaten¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich			155 / 236	65,7% 59,4% - 71,4%

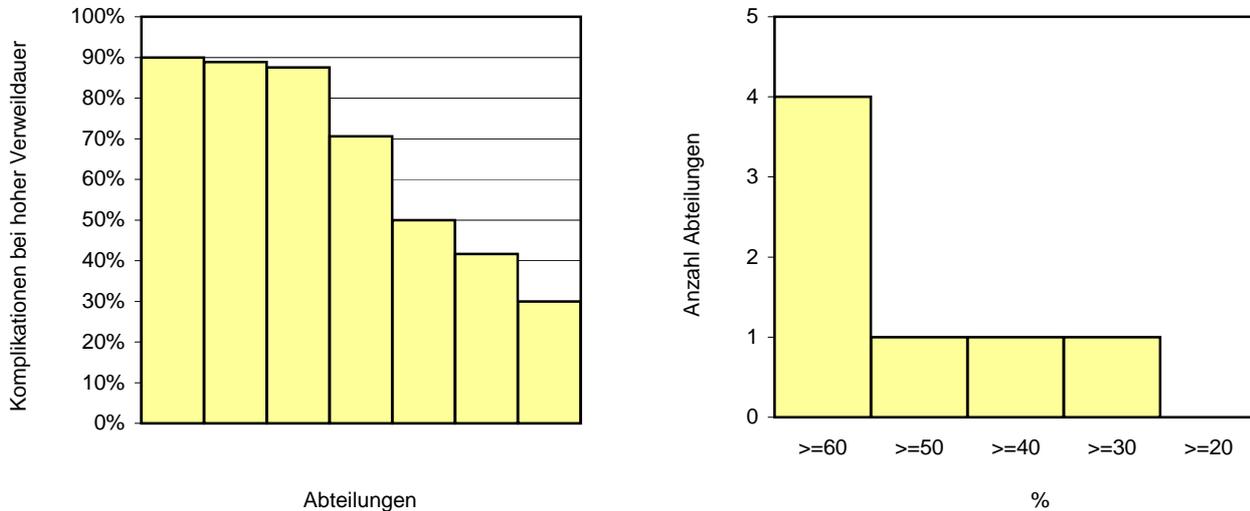
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

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

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 23 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

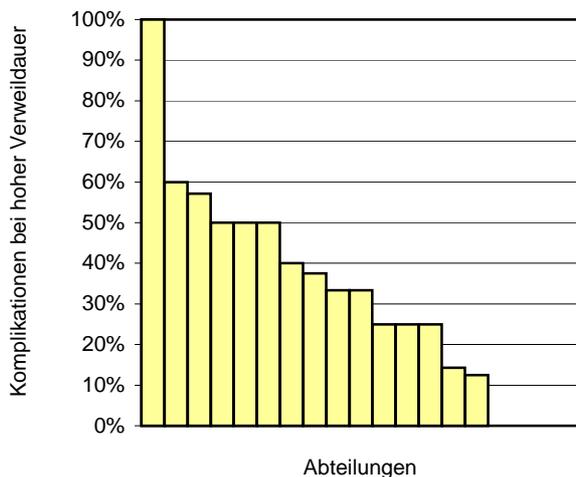
7 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,0			41,7	70,6	88,9			90,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 Abteilungen haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	12,5	33,3	50,0	60,0		100,0

5 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.974
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14100-L90144-P43655

Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			753	25,3	765	26,4
2. Quartal			708	23,8	715	24,7
3. Quartal			776	26,1	697	24,1
4. Quartal			737	24,8	720	24,9
Gesamt			2.974		2.897	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.974		2.897	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,4		1,5
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.974		2.897	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				14,2		14,5
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.974		2.897	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				15,5		16,0

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013
 (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			1.432	48,2	1.429	49,3
S72.00			143	4,8	124	4,3
S72.01			786	26,4	755	26,1
S72.02			2	0,1	0	0,0
S72.03			215	7,2	241	8,3
S72.04			242	8,1	246	8,5
S72.05			65	2,2	63	2,2
S72.08			74	2,5	39	1,3
Petrochantäre Frakturen			1.591	53,5	1.502	51,8
S72.10			1.188	39,9	1.195	41,2
S72.11			457	15,4	324	11,2

OPS 2013¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
5	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
6	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
7	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
8	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
9	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels

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

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

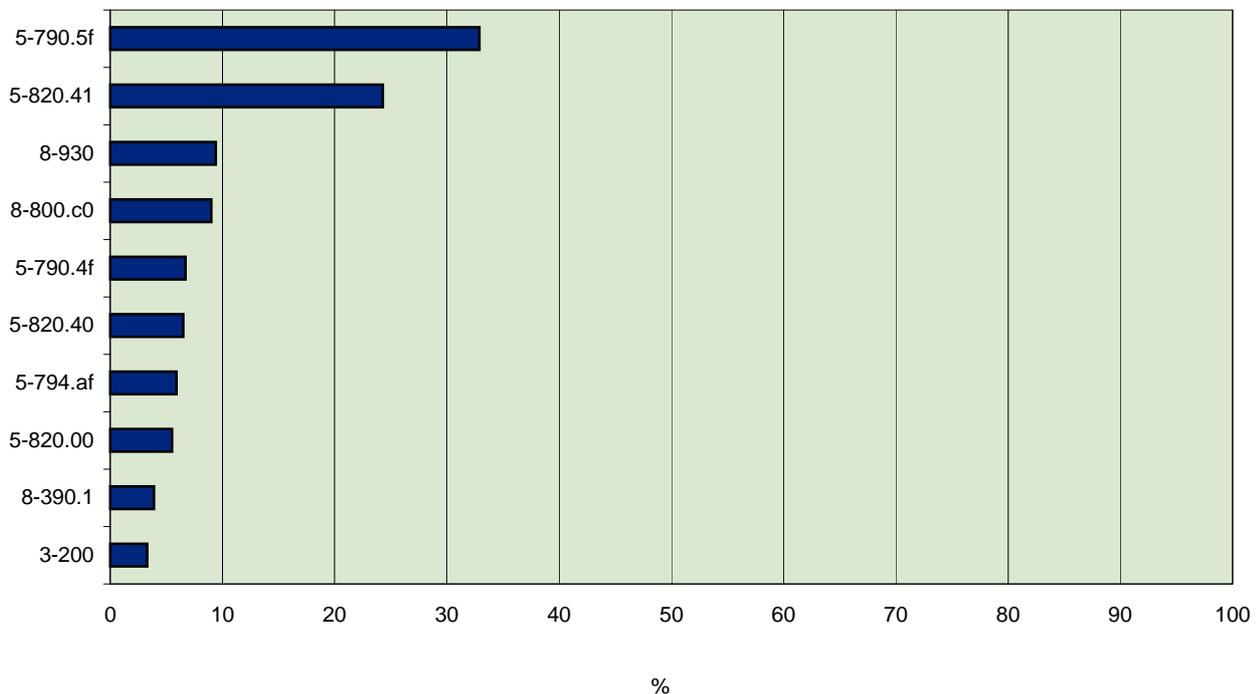
OPS 2013

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-790.5f	977	32,9	5-790.5f	952	32,9
2				5-820.41	724	24,3	5-820.41	688	23,7
3				8-930	280	9,4	5-820.40	279	9,6
4				8-800.c0	267	9,0	8-930	216	7,5
5				5-790.4f	198	6,7	5-790.4f	158	5,5
6				5-820.40	194	6,5	5-794.af	132	4,6
7				5-794.af	174	5,9	8-800.c0	131	4,5
8				5-820.00	163	5,5	5-820.00	124	4,3
9				8-390.1	115	3,9	5-790.0e	92	3,2
10				3-200	99	3,3	5-931	78	2,7

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2013 (Gesamt 2013)



Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren OPS 2013

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			258 / 2.974	8,7	207 / 2.897	7,1
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			21 / 2.974	0,7	27 / 2.897	0,9
Femurkopfprothese (5-820.3)			6 / 2.974	0,2	9 / 2.897	0,3
Duokopfprothese (5-820.4)			918 / 2.974	30,9	966 / 2.897	33,3

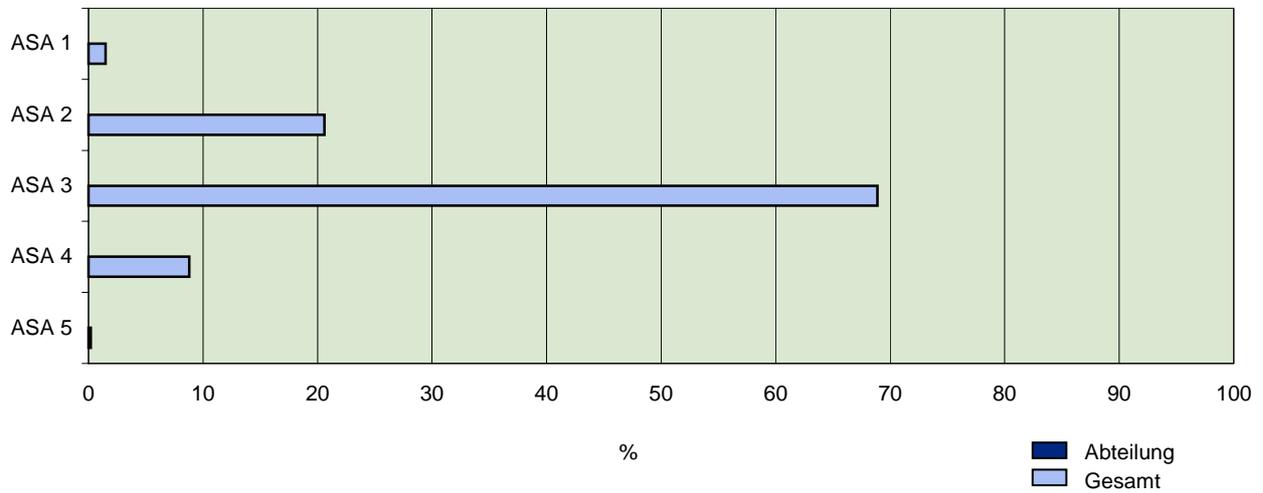
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			5 / 2.974	0,2	4 / 2.897	0,1
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 2.974	0,0	0 / 2.897	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 2.974	0,0	0 / 2.897	0,0
5-988 Anwendung eines Navigations-systems			2 / 2.974	0,1	2 / 2.897	0,1

Patienten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.974 / 2.974		2.897 / 2.897	
< 50 Jahre			54 / 2.974	1,8	47 / 2.897	1,6
50 - 59 Jahre			144 / 2.974	4,8	126 / 2.897	4,3
60 - 69 Jahre			219 / 2.974	7,4	194 / 2.897	6,7
70 - 79 Jahre			744 / 2.974	25,0	700 / 2.897	24,2
80 - 89 Jahre			1.355 / 2.974	45,6	1.361 / 2.897	47,0
>= 90 Jahre			458 / 2.974	15,4	469 / 2.897	16,2
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.974		2.897	
Median				82,0		82,0
Mittelwert				79,9		80,2
Geschlecht						
männlich			893	30,0	835	28,8
weiblich			2.081	70,0	2.062	71,2
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			45	1,5	46	1,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			612	20,6	609	21,0
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			2.049	68,9	1.991	68,7
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			262	8,8	244	8,4
5: moribunder Patient			6	0,2	7	0,2

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			2.924	98,3	2.851	98,4
bedingt aseptische Eingriffe			43	1,4	39	1,3
kontaminierte Eingriffe			6	0,2	3	0,1
septische Eingriffe			1	0,0	4	0,1
Frakturlokalisierung						
medial			1.226	41,2	1.280	44,2
lateral			117	3,9	93	3,2
perthrochantär			1.508	50,7	1.430	49,4
sonstige			123	4,1	94	3,2
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			63 / 1.226	5,1	68 / 1.280	5,3
unverschoben			139 / 1.226	11,3	169 / 1.280	13,2
verschoben			676 / 1.226	55,1	731 / 1.280	57,1
komplett verschoben			348 / 1.226	28,4	312 / 1.280	24,4
Vorbestehende Koxarthrose			996	33,5	940	32,4

Patienten (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen¹			889	29,9	-	-
Art der Medikation¹						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			225 / 889	25,3	-	-
Acetylsalicylsäure			416 / 889	46,8	-	-
andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			71 / 889	8,0	-	-
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			22 / 889	2,5	-	-
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			89 / 889	10,0	-	-

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2013 neu eingeführt.

Operation

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 24 h			1.926	64,8	2.026	69,9
24 - 48 h			602	20,2	508	17,5
> 48 h			446	15,0	363	12,5
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			2.974		2.897	
Median				60,0		60,0
Mittelwert				64,5		64,1
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			2.927	98,4	2.860	98,7
single shot			2.686 / 2.927	91,8	2.643 / 2.860	92,4
Zweitgabe			120 / 2.927	4,1	113 / 2.860	4,0
öfter			121 / 2.927	4,1	104 / 2.860	3,6
Operationsverfahren						
1 DHS, Winkelplatte			127	4,3	149	5,1
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.526	51,3	1.422	49,1
3 Verschraubung			102	3,4	108	3,7
4 TEP			282	9,5	246	8,5
5 monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese)			10	0,3	13	0,4
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			900	30,3	946	32,7
7 Sonstige			27	0,9	13	0,4

Operation (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			450	15,1	451	15,6
Dienstag			449	15,1	393	13,6
Mittwoch			422	14,2	443	15,3
Donnerstag			462	15,5	428	14,8
Freitag			414	13,9	417	14,4
Samstag			438	14,7	384	13,3
Sonntag			339	11,4	381	13,2
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			503	16,9	534	18,4
Dienstag			477	16,0	430	14,8
Mittwoch			452	15,2	432	14,9
Donnerstag			447	15,0	436	15,1
Freitag			531	17,9	531	18,3
Samstag			312	10,5	259	8,9
Sonntag			252	8,5	275	9,5

Verlauf

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			2.931	98,6	2.859	98,7
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			2.623	88,2	2.590	89,4
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			113	3,8	138	4,8
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			2	0,1	8	0,3
Implantatdislokation			15	0,5	24	0,8
Endoprothesenluxation			6	0,2	11	0,4
Wundhämatom/Nachblutung			57	1,9	49	1,7
Gefäßläsion			3	0,1	2	0,1
Nervenschaden			2	0,1	2	0,1
Fraktur			15	0,5	16	0,6
Sonstige			20	0,7	29	1,0

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			39	1,3	48	1,7
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			10 / 39	25,6	25 / 48	52,1
A2 (tiefe Infektion)			29 / 39	74,4	19 / 48	39,6
A3 (Räume/Organe)			0 / 39	0,0	4 / 48	8,3
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			90	3,0	99	3,4
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			413	13,9	336	11,6
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			68	2,3	77	2,7
Kardiovaskuläre Komplikationen			141	4,7	139	4,8
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			4	0,1	2	0,1
Lungenembolie			16	0,5	10	0,3
Sonstige			236	7,9	174	6,0

Entlassung I

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			2.129	75,6	2.179	80,4
Nein			689	24,4	532	19,6
wenn nein: selbständiges Gehen vor der Fraktur			281	40,8	222	41,7
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.932	68,6	1.981	73,1
Nein			886	31,4	730	26,9
wenn nein: selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			213	24,0	139	19,0

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.147	38,6	1.089	37,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			28	0,9	44	1,5
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,1	6	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			612	20,6	613	21,2
07: Tod			156	5,2	186	6,4
08: Verlegung nach § 14			12	0,4	25	0,9
09: in Rehabilitationseinrichtung			465	15,6	408	14,1
10: in Pflegeeinrichtung			537	18,1	479	16,5
11: in Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	10	0,3
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,0	2	0,1
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	1	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			14	0,5	32	1,1
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neuein- stufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung III

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			611	20,5	567	19,6
Dienstag			534	18,0	542	18,7
Mittwoch			474	15,9	492	17,0
Donnerstag			494	16,6	492	17,0
Freitag			626	21,0	595	20,5
Samstag			169	5,7	150	5,2
Sonntag			66	2,2	59	2,0

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-FRAK-Score

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

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2013 finden Sie unter www.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 ein Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

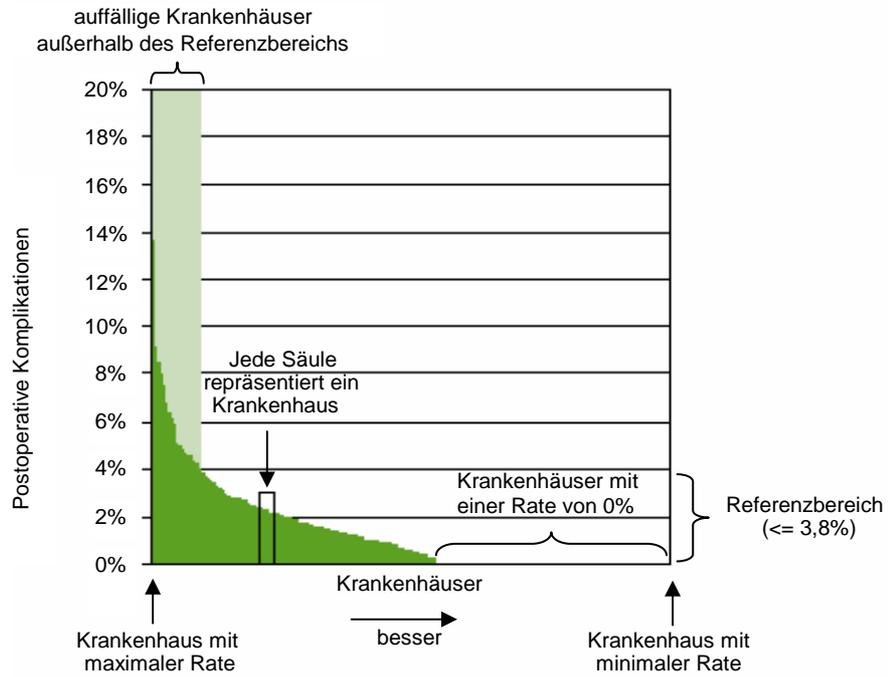
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

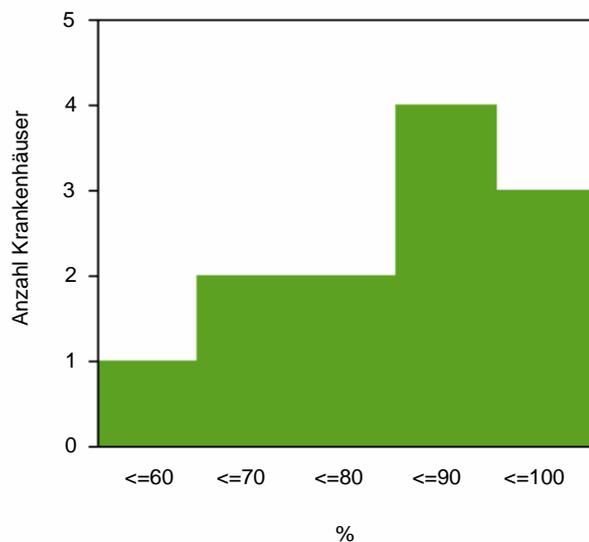
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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