

Jahresauswertung 2012 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.897
Datensatzversion: 17/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12623-L81767-P38744

Jahresauswertung 2012 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.897
Datensatzversion: 17/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12623-L81767-P38744

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/17n1-HUEFT-FRAK/2266 QI 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus			12,5%	<= 15,0%	1.1
2012/17n1-HUEFT-FRAK/2115 QI 2: Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)			99,5%	>= 90,0%	1.5
QI 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe					
3a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/10364 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			99,8%	>= 95,0%	1.8
3b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/10361 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			97,9%	>= 96,4%	1.8
QI 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung					
4a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2272 bei allen Patienten			5,5%	nicht definiert	1.12
4b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50874 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,38	<= 3,14	1.15
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden					
5a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2271 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	1.17
5b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50853 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,27	<= 17,89	1.20
QI 6: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur					
6a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2267 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	1.22
6b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50879 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,45	<= 1,76	1.25

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation					
7a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2270 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,8%	nicht definiert	1.27
7b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50884 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			0,97	<= 5,89	1.30
QI 8: Postoperative Wundinfektion					
8a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2274 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	1.32
8b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50889 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,39	<= 4,33	1.35
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen					
9a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2269 bei allen Patienten			1,7%	nicht definiert	1.43
9b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50858 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,00	<= 7,10	1.46
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen					
10a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2275 bei allen Patienten			3,0%	nicht definiert	1.48
10b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50894 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,02	<= 2,80	1.51
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen					
11a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2268 bei allen Patienten			3,4%	nicht definiert	1.53
11b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50864 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,11	<= 3,95	1.56

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


Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus					
12a: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2277 bei Patienten mit ASA 1 bis 2			8,0 Fälle	Sentinel Event	1.58
12b: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2276 bei Patienten mit ASA 3			6,1%	nicht definiert	1.58
12c: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2279 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			6,0%	<= 11,1%	1.62
12d: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2278 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			7,1%	<= 13,7%	1.62
12e: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/51168 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,20	nicht definiert	1.66

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

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

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer
Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Alle Patienten Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung) Gruppe 3: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung und ASA 1 - 2 Gruppe 4: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
Indikator-ID:	Gruppe 1: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2266
Referenzbereich:	Gruppe 1: <= 15,0% (Toleranzbereich)

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 Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	 <= 15,0%			

		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					
< 24 Stunden		2.026 / 2.897 69,9%	1.366 / 1.679 81,4%	345 / 388 88,9%	655 / 1.205 54,4%
24 - 48 Stunden		508 / 2.897 17,5%	190 / 1.679 11,3%	30 / 388 7,7%	314 / 1.205 26,1%
> 48 Stunden		363 / 2.897 12,5%	123 / 1.679 7,3%	13 / 388 3,4%	236 / 1.205 19,6%
Vertrauensbereich		11,4% - 13,8%			
Referenzbereich		<= 15,0%			
Vorjahresdaten	Abteilung 2011				
		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 2011				
		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		321 / 2.854 11,2%	107 / 1.742 6,1%	13 / 422 3,1%	210 / 1.094 19,2%
Vertrauensbereich		10,1% - 12,5%			

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Abteilung 2012			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				

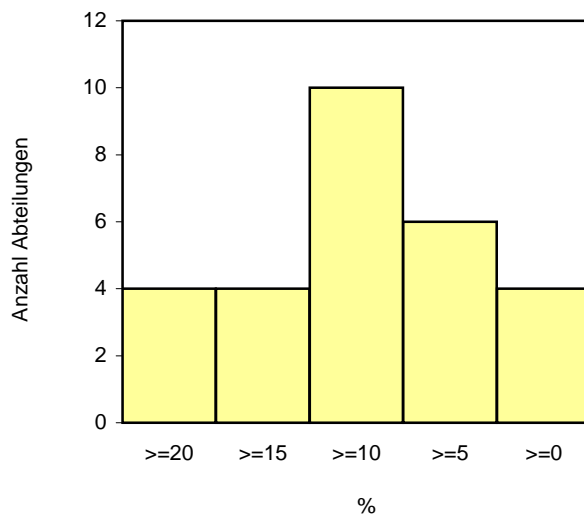
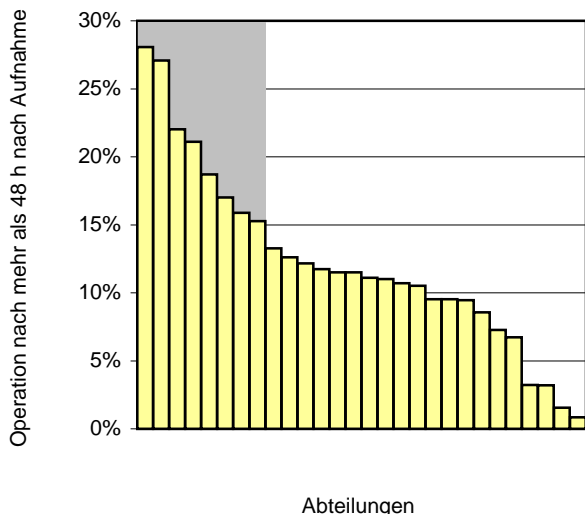
	Gesamt 2012			
	Montag bis Donnerstag	Aufnahme an Wochentag		
		Freitag	Samstag	Sonntag
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden	1.240 / 1.715 72,3%	289 / 417 69,3%	232 / 384 60,4%	265 / 381 69,6%
24 - 48 Stunden	303 / 1.715 17,7%	43 / 417 10,3%	93 / 384 24,2%	69 / 381 18,1%
> 48 Stunden	172 / 1.715 10,0%	85 / 417 20,4%	59 / 384 15,4%	47 / 381 12,3%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2266]:

Anteil von Patienten mit Operation nach mehr als 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus an allen Patienten

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

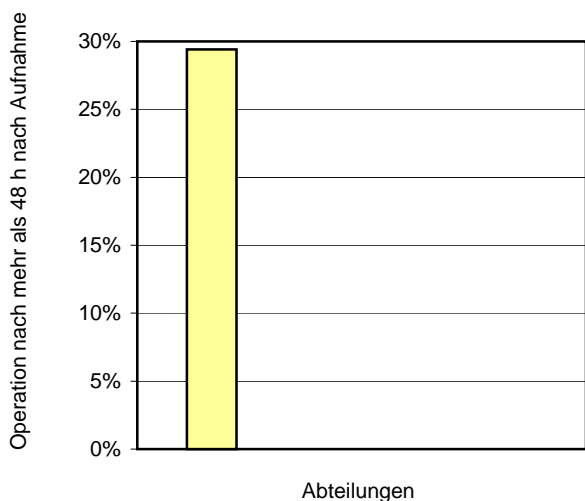
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,9	1,6	3,2	9,0	11,3	15,6	22,0	27,1	28,1

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				29,4

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator 2: Endoprothetische Versorgung bei 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2115

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

	Abteilung 2012	
	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%

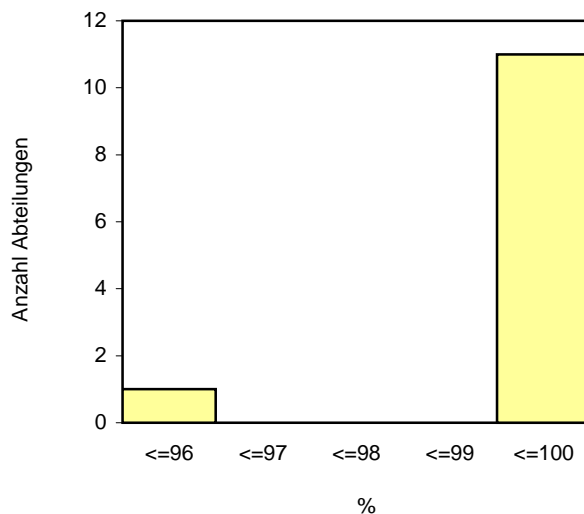
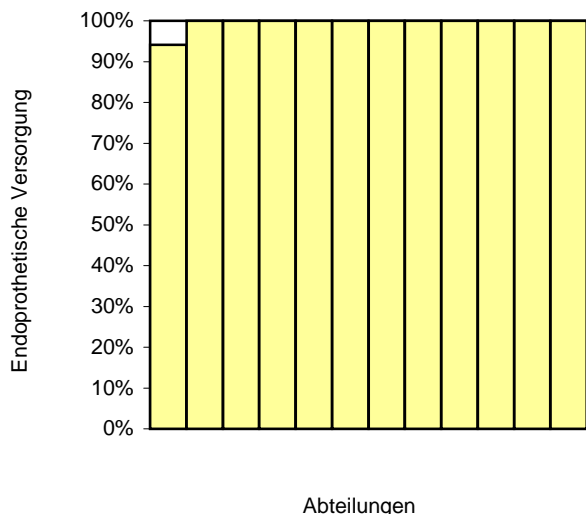
	Gesamt 2012	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	42 / 98 42,9%	2 / 572 0,3%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	56 / 98 57,1%	569 / 572 99,5%
Vertrauensbereich		98,5% - 99,8%
Referenzbereich		>= 90,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011	
	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 2011	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich	80 / 113 70,8%	493 / 500 98,6% 97,1% - 99,3%

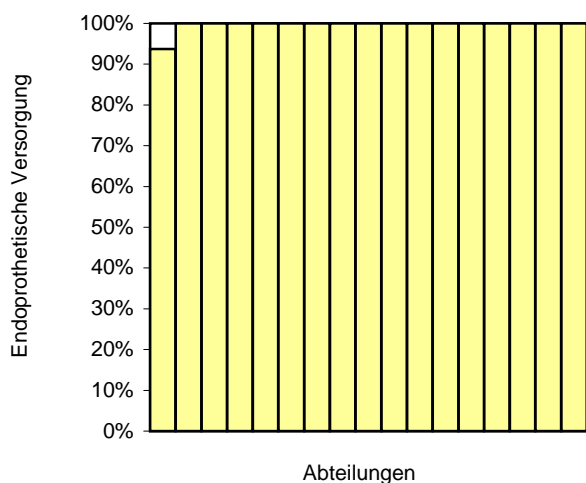
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2115]:
 Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,1		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

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





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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Perioperative Antibiotikaprofylaxe

Qualitätsziel:	Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprofylaxe	
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:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/10364
	Gruppe 3:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/10361
Referenzbereich:	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 3:	>= 96,4% (Zielbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich		 >= 95,0%	 >= 96,4%
davon single shot			
Zweitgabe oder öfter			

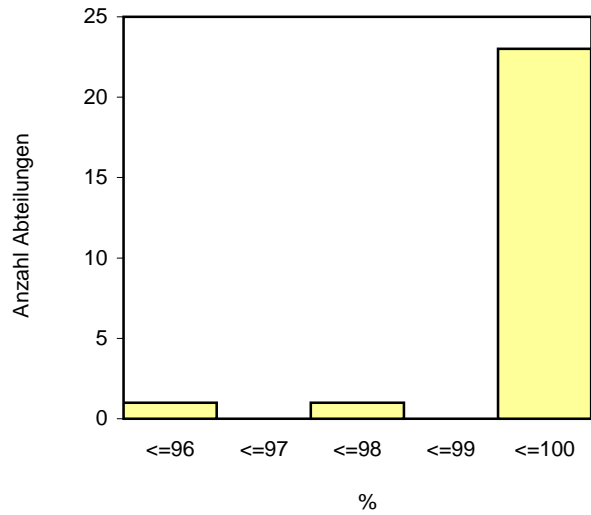
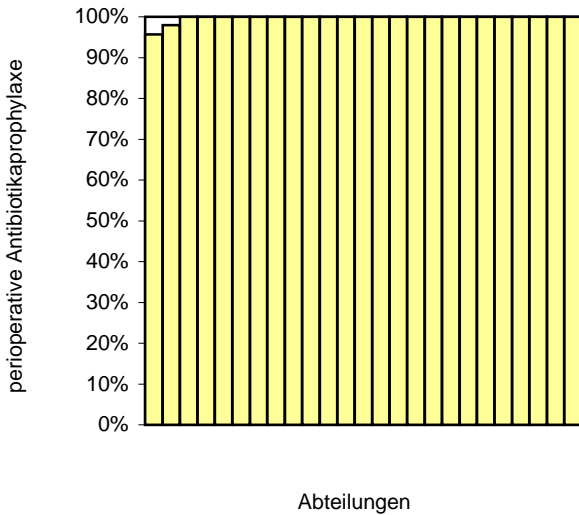
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe Vertrauensbereich Referenzbereich	2.860 / 2.897 98,7%	1.203 / 1.205 99,8% 99,4% - 100,0%	1.644 / 1.679 97,9% 97,1% - 98,5%
davon single shot	2.643 / 2.860 92,4%	1.082 / 1.203 89,9%	1.552 / 1.644 94,4%
Zweitgabe oder öfter	217 / 2.860 7,6%	121 / 1.203 10,1%	92 / 1.644 5,6%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	2.817 / 2.854 98,7%	1.092 / 1.094 99,8% 99,3% - 99,9%	1.707 / 1.742 98,0% 97,2% - 98,6%

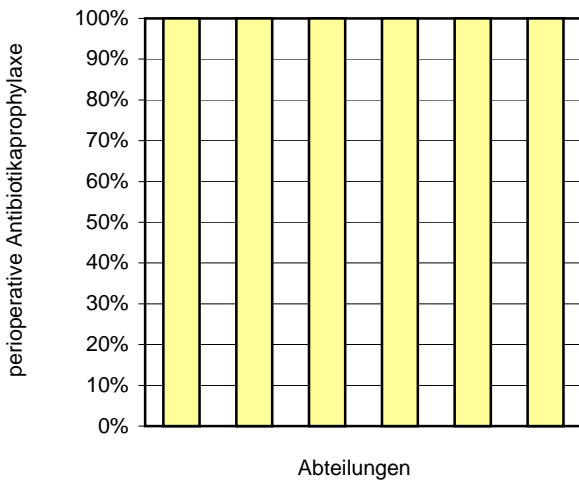
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/10364]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,7	98,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

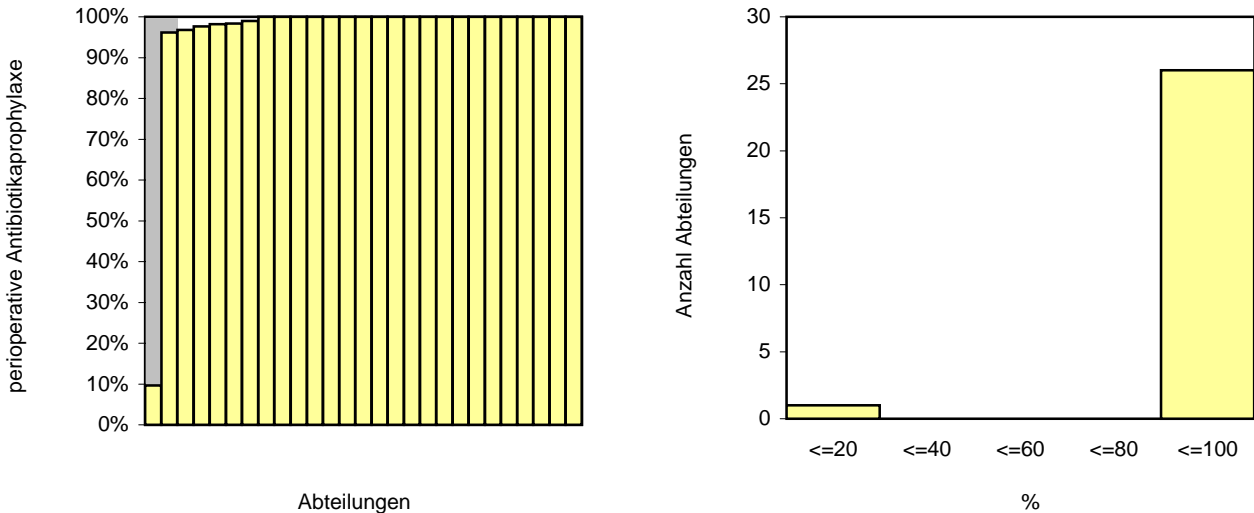


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0			100,0	100,0	100,0			100,0

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

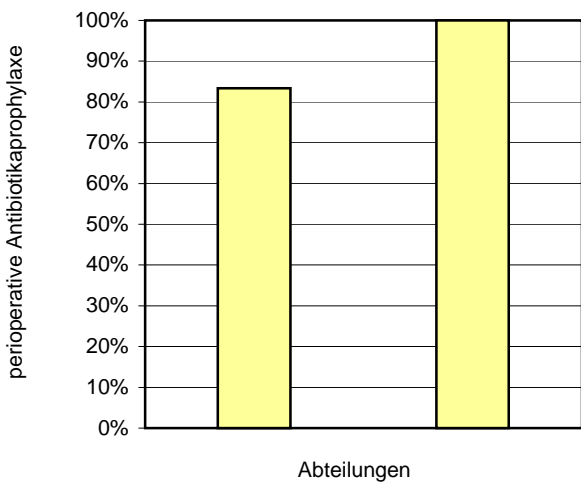
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/10361]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,7	96,2	96,8	98,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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
	83,3				91,7				100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Eingeschränkte Gehfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Patienten mit einem der Entlassungsgründe:
 - Behandlung regulär beendet
 - Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 und
 Gruppe 1: Alle Patienten
 Gruppe 2: mit postoperativer Verweildauer <= 15 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2272

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			1.873 / 2.179	86,0%
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			1.081 / 1.256	86,1%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung			780 / 911	85,6%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			120 / 2.179	5,5%
Vertrauensbereich				4,6% - 6,5%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			80 / 1.660	4,8%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			17 / 181	9,4%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			6 / 86	7,0%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			17 / 252	6,7%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung ¹				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			107 / 2.123	5,0% 4,2% - 6,1%

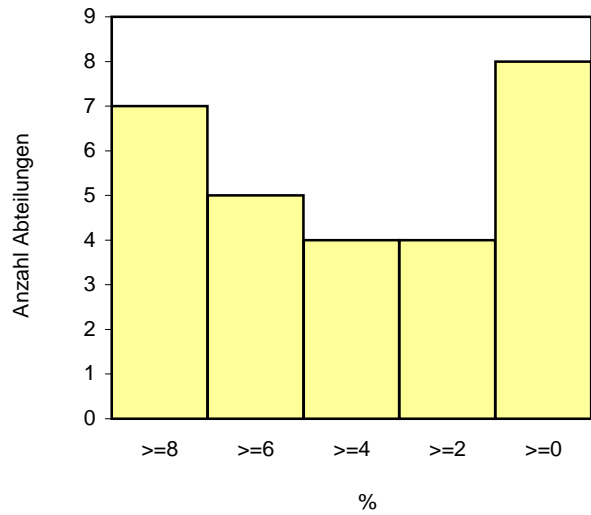
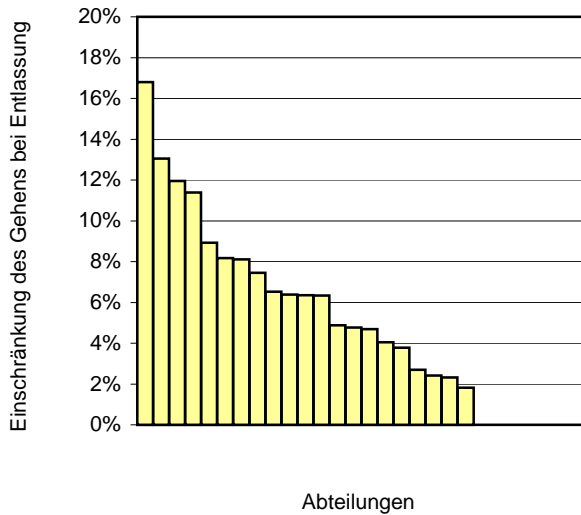
¹ d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2272]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

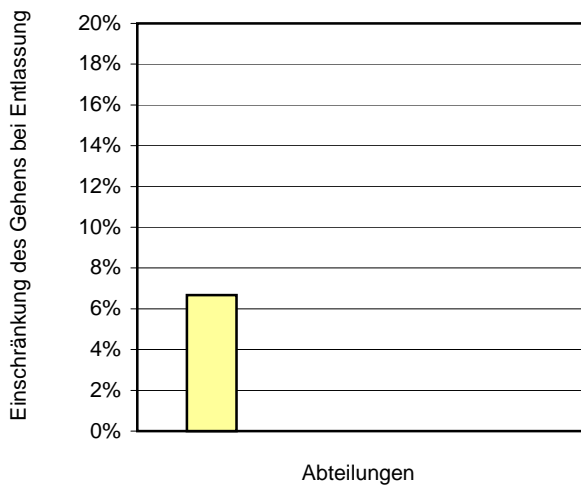
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,9	4,7	7,8	12,0	13,0	16,8

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				6,7

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50874

Referenzbereich: <= 3,14 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		120 / 2.179 5,51%
vorhergesagt (E) ¹		86,84 / 2.179 3,99%
O - E		1,52%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 4b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,38
Vertrauensbereich		1,16 - 1,64
Referenzbereich	<= 3,14	<= 3,14

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung zu den erwarteten Fällen mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung.

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

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

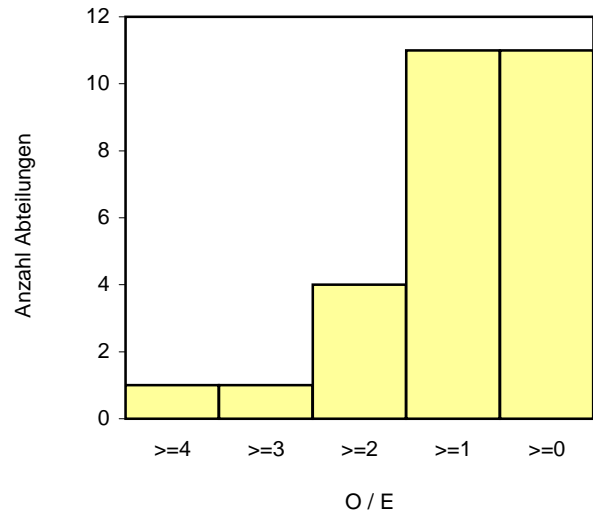
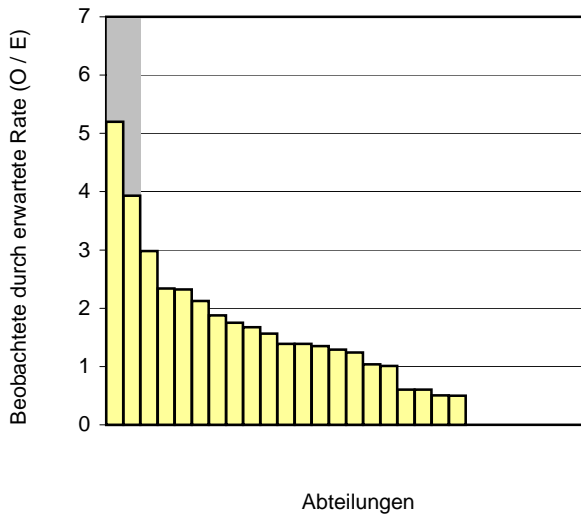
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		107 / 2.123 5,04%
vorhergesagt (E)		82,77 / 2.123 3,90%
O - E		1,14%
O / E		1,29
Vertrauensbereich		1,07 - 1,55

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50874]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

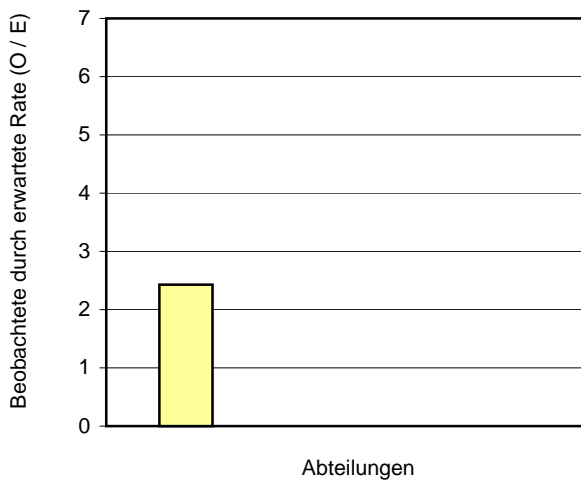
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,25	1,27	1,82	2,98	3,93	5,20

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				2,43

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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2271

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

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion	2 / 2.897 0,1%	2 / 1.679 0,1%	0 / 1.205 0,0%
Patienten mit Nervenschaden	2 / 2.897 0,1%	0 / 1.679 0,0%	2 / 1.205 0,2%
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%		
Referenzbereich	nicht definiert		

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen			
Vertrauensbereich			

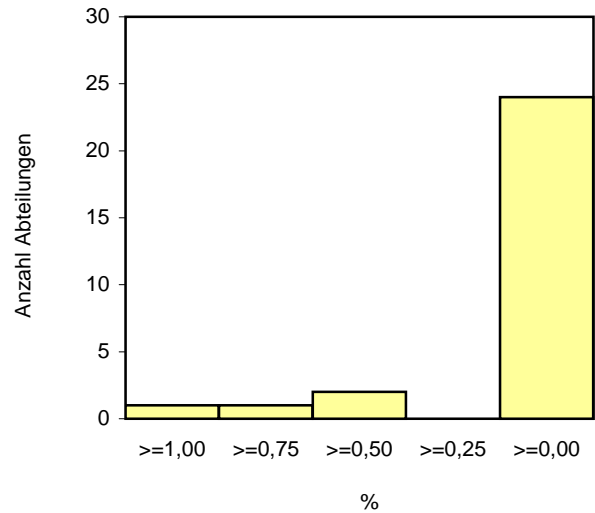
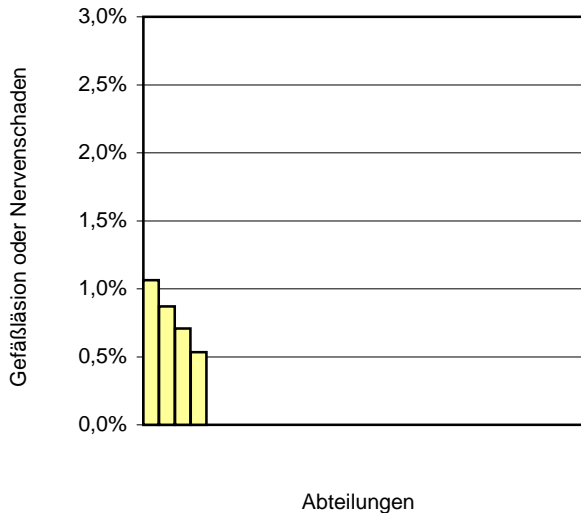
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	4 / 2.854 0,1%	1 / 1.742 0,1%	3 / 1.094 0,3%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,4%		

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2012/17n1-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:

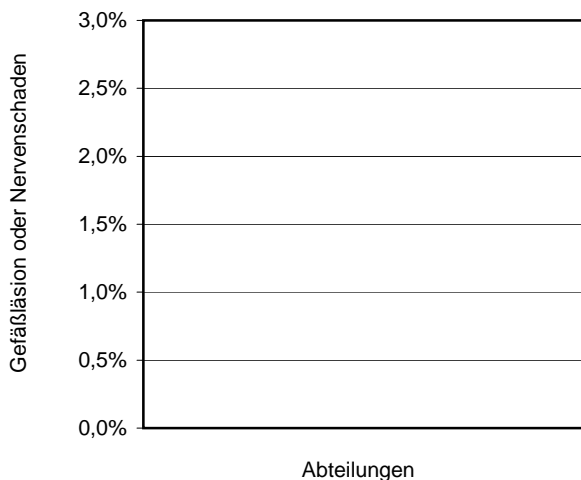
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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				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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50853
Referenzbereich: <= 17,89 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		4 / 2.897 0,14%
vorhergesagt (E) ¹		3,14 / 2.897 0,11%
O - E		0,03%

¹ Erwartete Rate an Gefäßläsionen oder Nervenschäden, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 5b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,27
Vertrauensbereich		0,50 - 3,27
Referenzbereich	<= 17,89	<= 17,89

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.

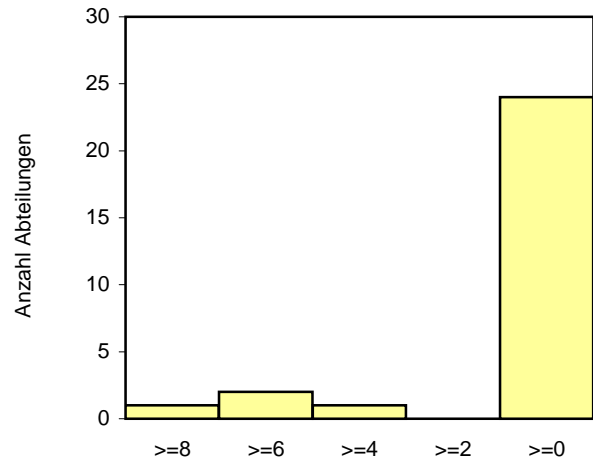
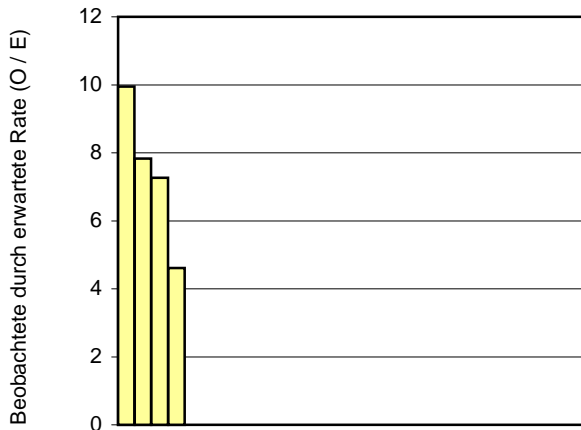
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		4 / 2.854 0,14%
vorhergesagt (E)		3,04 / 2.854 0,11%
O - E		0,03%
O / E		1,31
Vertrauensbereich		0,51 - 3,38

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2012/17n1-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:

28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



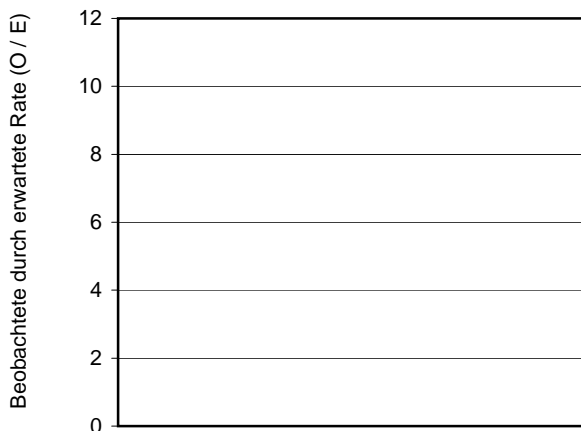
Abteilungen

O / E

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	7,26	7,83	9,95

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Abteilungen

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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2267

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

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehlage	8 / 2.897 0,3%	8 / 1.679 0,5%	0 / 1.205 0,0%
Patienten mit Implantatdislokation	24 / 2.897 0,8%	23 / 1.679 1,4%	1 / 1.205 0,1%
Patienten mit Fraktur	16 / 2.897 0,6%	2 / 1.679 0,1%	13 / 1.205 1,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	48 / 2.897 1,7% 1,3% - 2,2%	33 / 1.679 2,0%	14 / 1.205 1,2%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich			

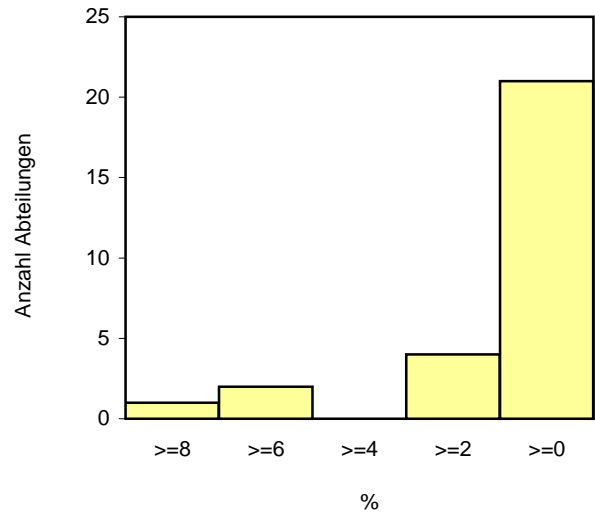
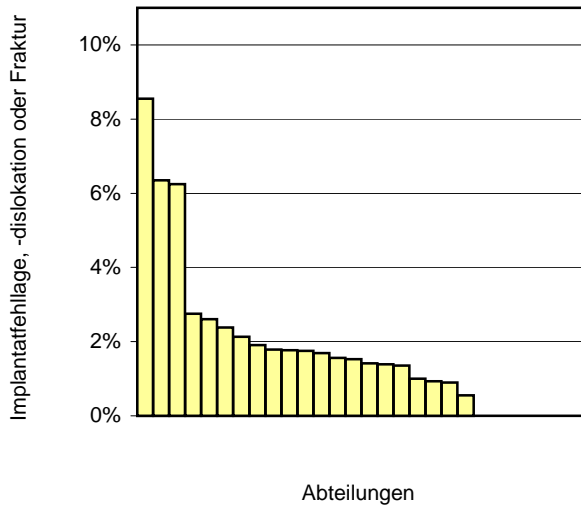
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	39 / 2.854 1,4% 1,0% - 1,9%	22 / 1.742 1,3%	16 / 1.094 1,5%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2012/17n1-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:

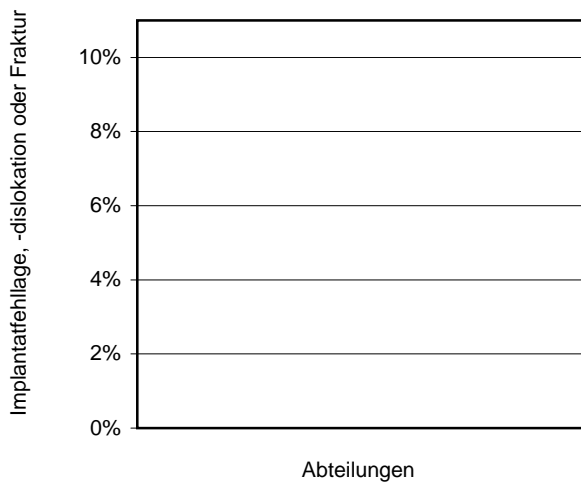
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,3	1,5	2,0	6,3	6,3	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				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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50879
Referenzbereich: <= 1,76 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		48 / 2.897 1,66%
vorhergesagt (E) ¹		33,01 / 2.897 1,14%
O - E		0,52%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 6b.

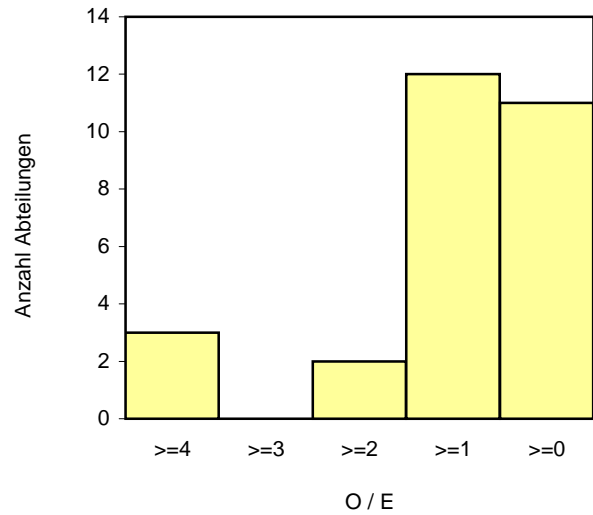
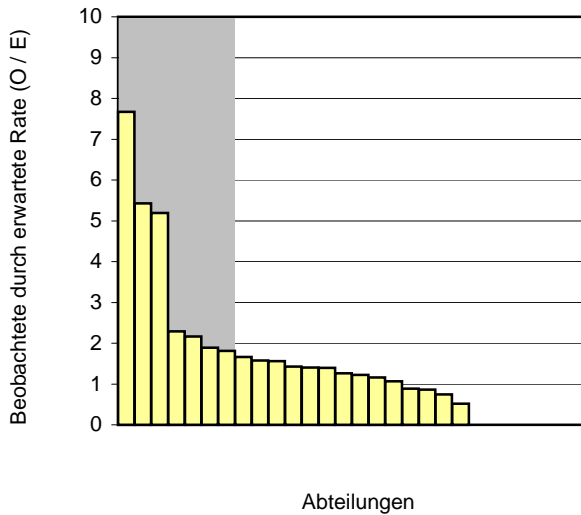
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,45
Vertrauensbereich		1,10 - 1,92
Referenzbereich	<= 1,76	<= 1,76

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		39 / 2.854 1,37%
vorhergesagt (E)		33,54 / 2.854 1,18%
O - E		0,19%
O / E		1,16
Vertrauensbereich		0,85 - 1,58

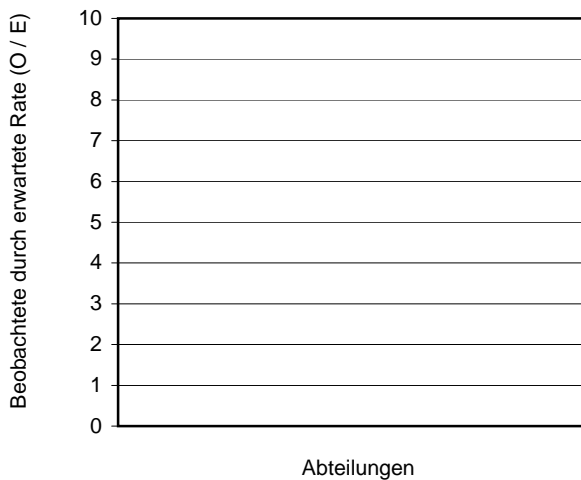
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50879]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 lage, -dislokation oder Fraktur als
 behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 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	0,26	1,24	1,74	5,19	5,42	7,67

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2270

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

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	■		
Vertrauensbereich Referenzbereich	nicht definiert		

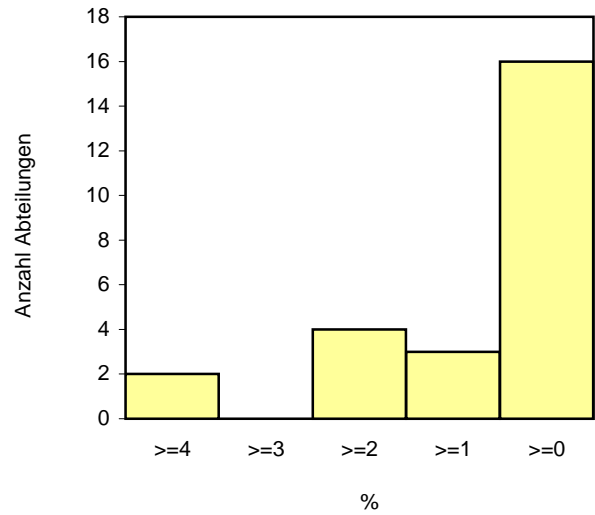
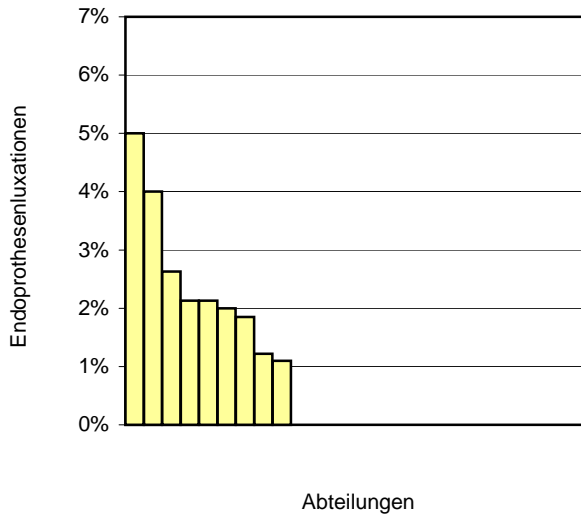
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	10 / 1.205 0,8%	10 / 1.173 0,9%	1 / 47 2,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich	0,5% - 1,5% nicht definiert		

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	7 / 1.094 0,6%	7 / 1.044 0,7%	0 / 52 0,0%
Vertrauensbereich	0,3% - 1,3%		

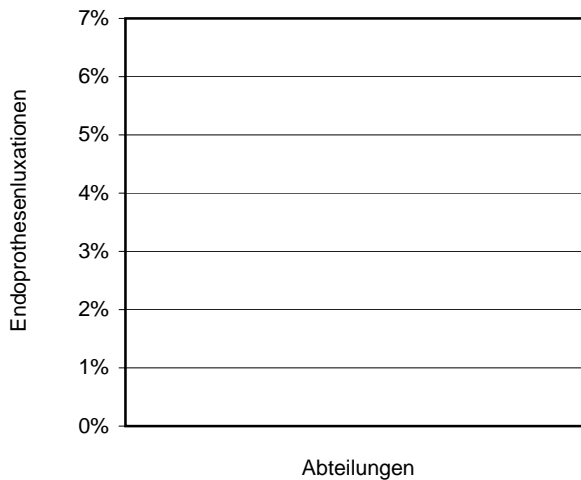
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2270]:
 Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 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	1,9	2,6	4,0	5,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50884

Referenzbereich: <= 5,89 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		10 / 1.205 0,83%
vorhergesagt (E) ¹		10,35 / 1.205 0,86%
O - E		-0,03%

¹ Erwartete Rate an Endoprothesenluxationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 7b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		0,97
Vertrauensbereich		0,53 - 1,77
Referenzbereich	<= 5,89	<= 5,89

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.

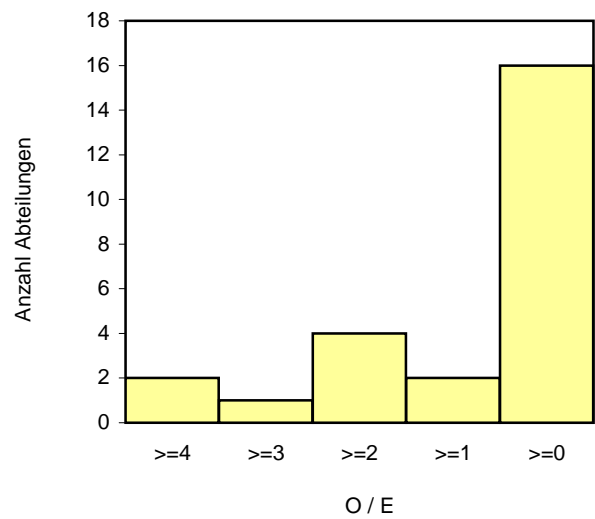
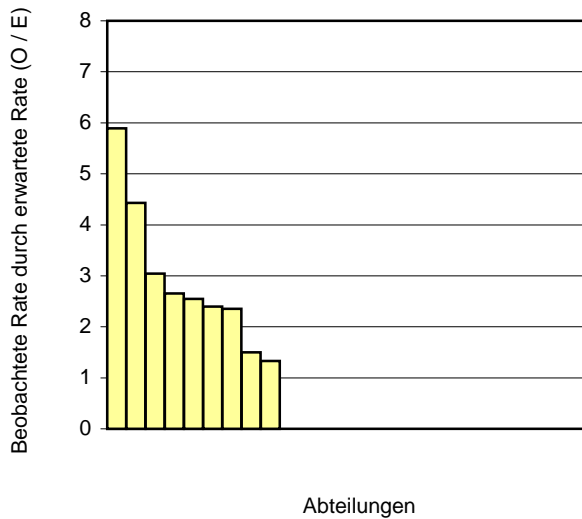
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		7 / 1.094 0,64%
vorhergesagt (E)		9,25 / 1.094 0,85%
O - E		-0,21%
O / E		0,76
Vertrauensbereich		0,37 - 1,56

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2012/17n1-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:

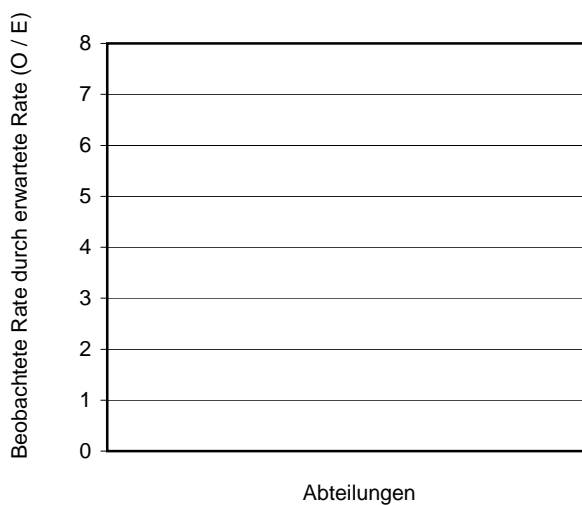
25 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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	2,35	3,04	4,43	5,89

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2274

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

	Abteilung 2012		
	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))			

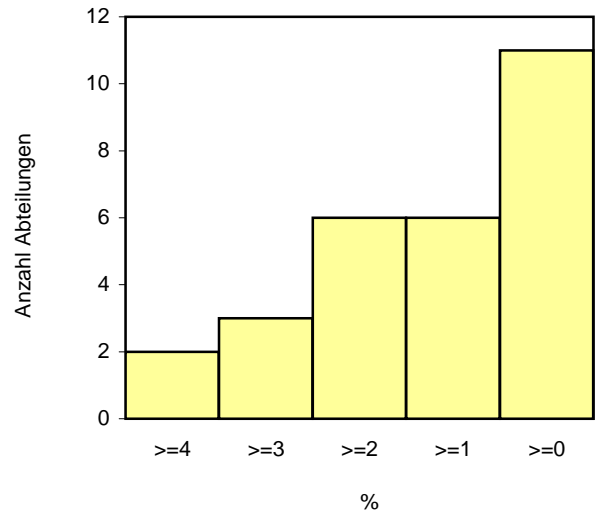
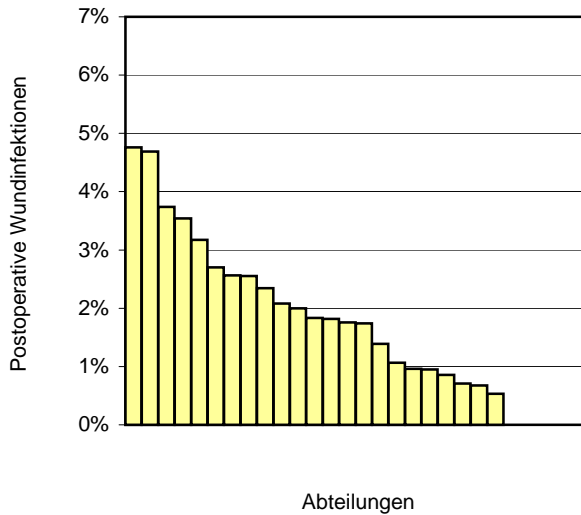
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	48 / 2.897 1,7%	22 / 1.679 1,3%	25 / 1.205 2,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich	1,3% - 2,2% nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	25 / 2.897 0,9%	13 / 1.679 0,8%	12 / 1.205 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	23 / 2.897 0,8%	9 / 1.679 0,5%	13 / 1.205 1,1%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	29 / 2.854	15 / 1.742	14 / 1.094
Vertrauensbereich	1,0% 0,7% - 1,5%	0,9%	1,3%

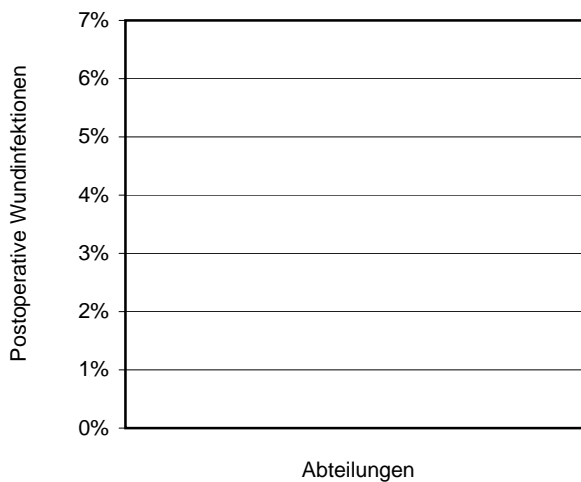
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2274]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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	0,0	0,7	1,7	2,6	3,7	4,7	4,8

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				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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50889
Referenzbereich: <= 4,33 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		48 / 2.897 1,66%
vorhergesagt (E) ¹		34,46 / 2.897 1,19%
O - E		0,47%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 8b.

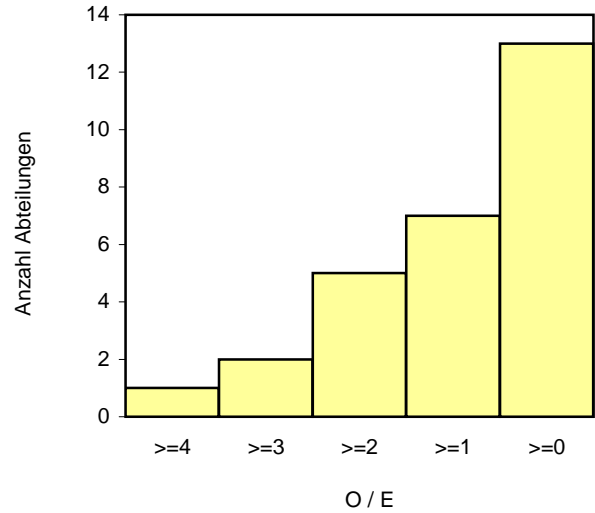
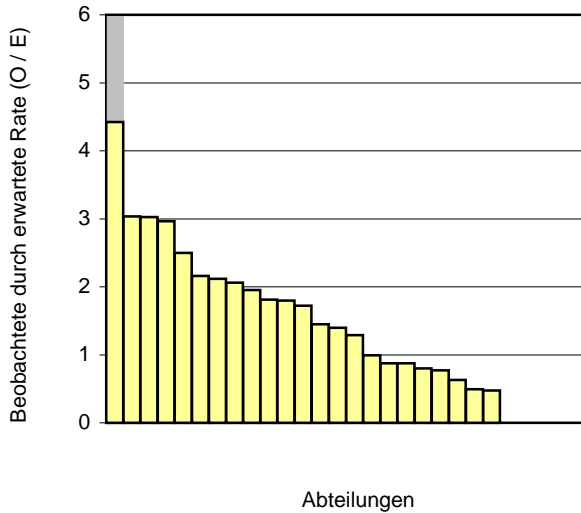
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,39
Vertrauensbereich		1,05 - 1,84
Referenzbereich	<= 4,33	<= 4,33

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		29 / 2.854 1,02%
vorhergesagt (E)		33,77 / 2.854 1,18%
O - E		-0,17%
O / E		0,86
Vertrauensbereich		0,60 - 1,23

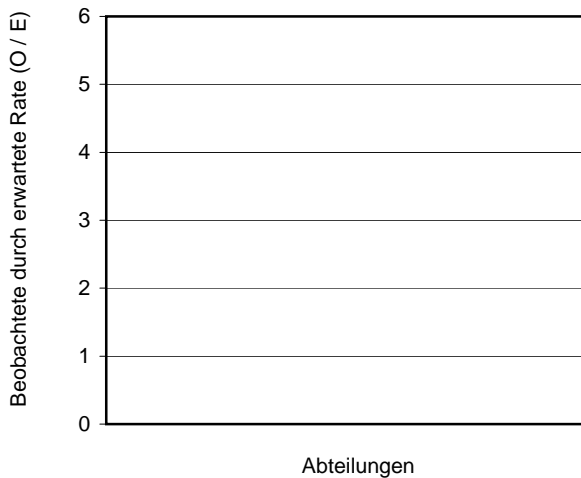
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50889]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 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	0,56	1,34	2,09	3,03	3,04	4,42

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0			
Risikoklasse 1			
Risikoklasse 2			
Risikoklasse 3			

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0	466 / 2.897 16,1%	263 / 1.679 15,7%	189 / 1.205 15,7%
Risikoklasse 1	1.885 / 2.897 65,1%	1.066 / 1.679 63,5%	777 / 1.205 64,5%
Risikoklasse 2	544 / 2.897 18,8%	347 / 1.679 20,7%	238 / 1.205 19,8%
Risikoklasse 3	2 / 2.897 0,1%	3 / 1.679 0,2%	1 / 1.205 0,1%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 0

Grundgesamtheit:

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

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2 / 466 0,4%	0 / 263 0,0%	1 / 189 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	1 / 466 0,2%	0 / 263 0,0%	0 / 189 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	1 / 466 0,2%	0 / 263 0,0%	1 / 189 0,5%

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 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	30 / 1.885 1,6%	14 / 1.066 1,3%	15 / 777 1,9%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	16 / 1.885 0,8%	9 / 1.066 0,8%	8 / 777 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	14 / 1.885 0,7%	5 / 1.066 0,5%	7 / 777 0,9%

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 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	16 / 544 2,9%	8 / 347 2,3%	9 / 238 3,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	8 / 544 1,5%	4 / 347 1,2%	4 / 238 1,7%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	8 / 544 1,5%	4 / 347 1,2%	5 / 238 2,1%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

Grundgesamtheit:

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

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 2 0,0%	0 / 3 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 2 0,0%	0 / 3 0,0%	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 2 0,0%	0 / 3 0,0%	0 / 1 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2269

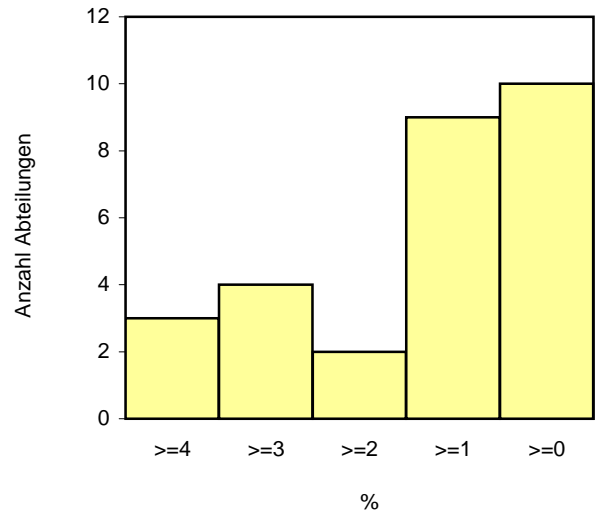
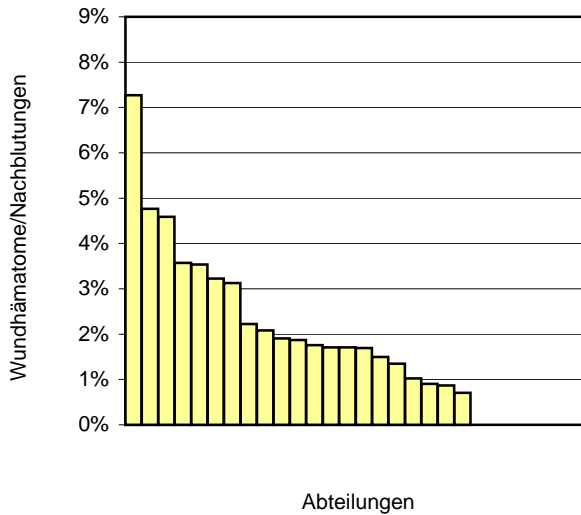
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.

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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			43 / 2.854	1,5%
Vertrauensbereich				1,1% - 2,0%

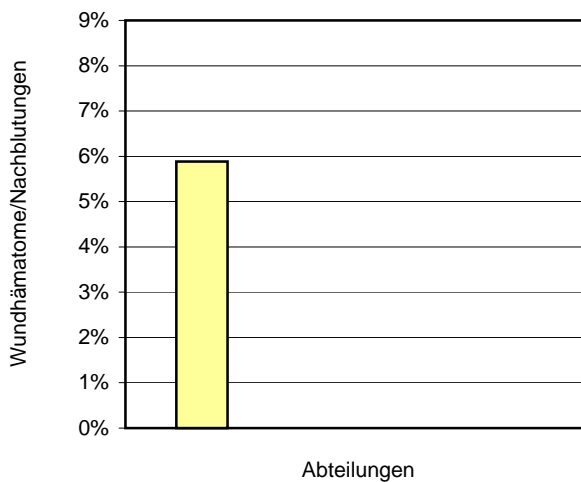
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2269]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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	0,0	0,4	1,7	2,7	4,6	4,8	7,3

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				5,9

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 2012			
	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 2012			
	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	28 / 1.535 1,8%	18 / 1.236 1,5%	2 / 114 1,8%	1 / 12 8,3%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50858
Referenzbereich: <= 7,10 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		49 / 2.897 1,69%
vorhergesagt (E) ¹		49,23 / 2.897 1,70%
O - E		-0,01%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 9b.

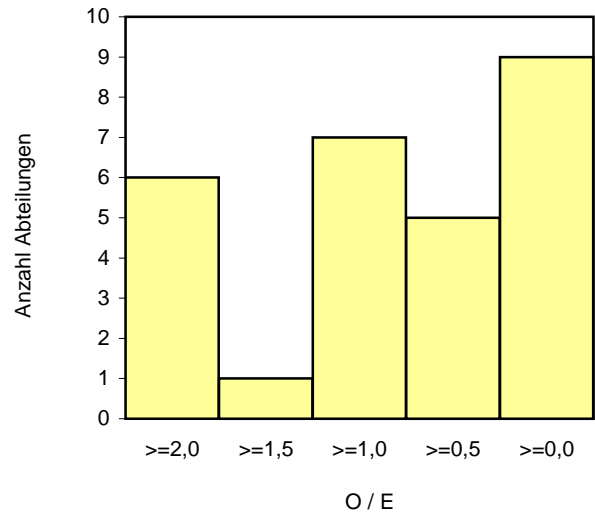
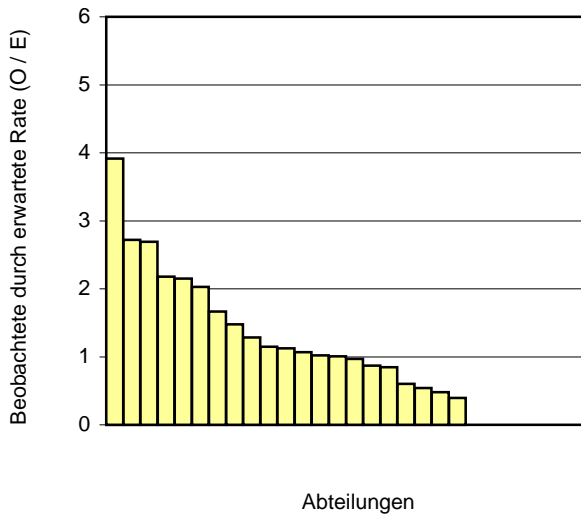
	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,00
Vertrauensbereich		0,75 - 1,31
Referenzbereich	<= 7,10	<= 7,10

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		43 / 2.854 1,51%
vorhergesagt (E)		48,24 / 2.854 1,69%
O - E		-0,18%
O / E		0,89
Vertrauensbereich		0,66 - 1,20

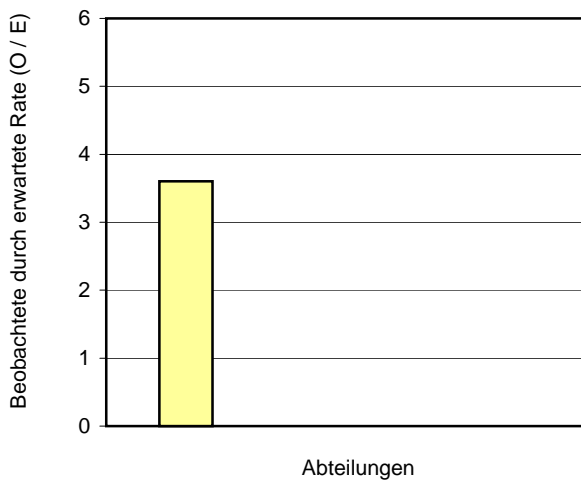
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50858]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 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	0,20	0,99	1,57	2,69	2,72	3,92

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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				3,60

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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2275

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

	Abteilung 2012		
	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 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	77 / 2.897 2,7%	5 / 655 0,8%	71 / 2.235 3,2%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	2 / 2.897 0,1%	0 / 655 0,0%	2 / 2.235 0,1%
Patienten mit Lungenembolie	10 / 2.897 0,3%	0 / 655 0,0%	10 / 2.235 0,4%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich	88 / 2.897 3,0% 2,5% - 3,7%	5 / 655 0,8%	82 / 2.235 3,7%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	139 / 2.897 4,8%	4 / 655 0,6%	131 / 2.235 5,9%
Patienten mit sonstiger Komplikation	174 / 2.897 6,0%	20 / 655 3,1%	154 / 2.235 6,9%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	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			

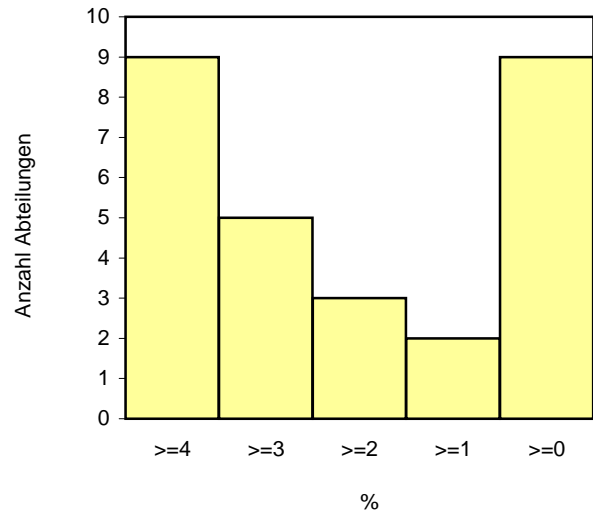
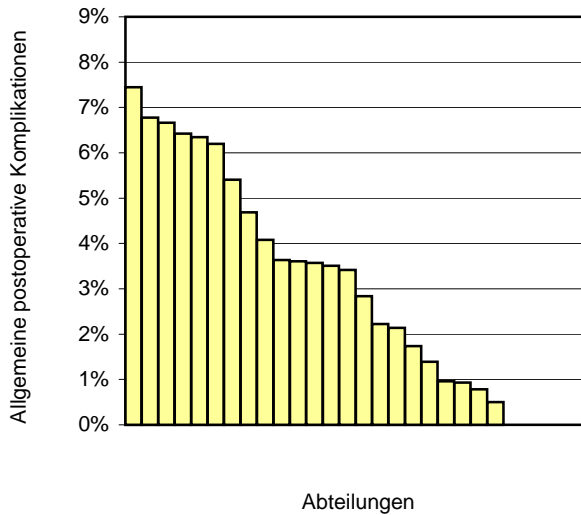
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich	78 / 2.854 2,7% 2,2% - 3,4%	7 / 657 1,1%	71 / 2.194 3,2%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2012/17n1-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:

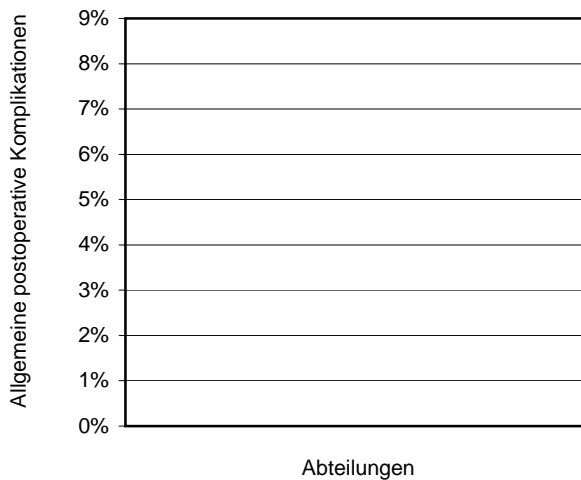
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

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				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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50894

Referenzbereich: <= 2,80 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		88 / 2.897 3,04%
vorhergesagt (E) ¹		85,86 / 2.897 2,96%
O - E		0,07%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 10b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,02
Vertrauensbereich		0,83 - 1,26
Referenzbereich	<= 2,80	<= 2,80

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

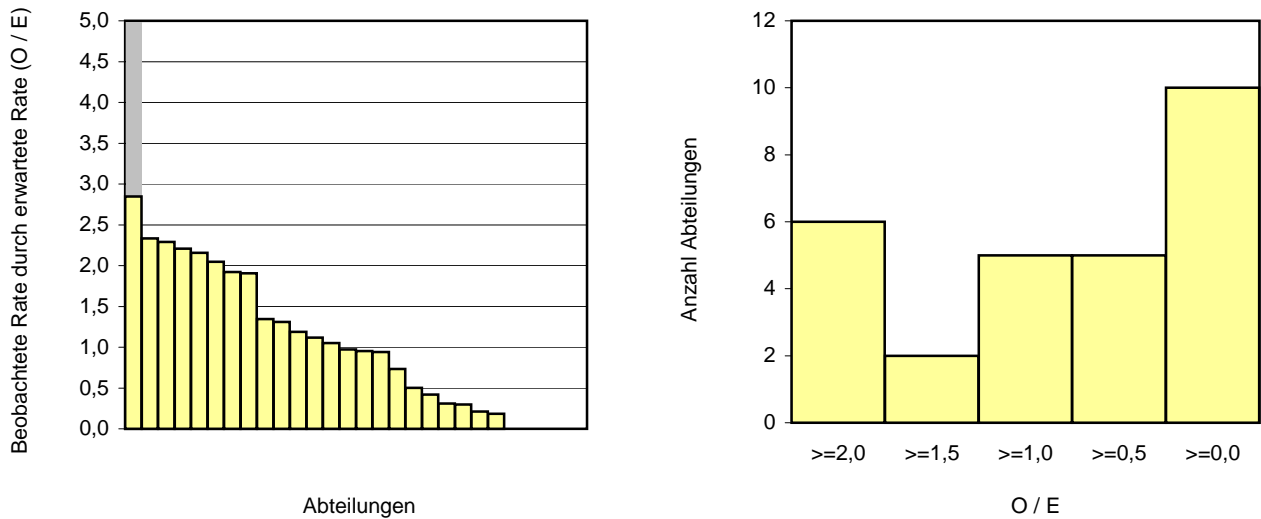
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		78 / 2.854 2,73%
vorhergesagt (E)		81,03 / 2.854 2,84%
O - E		-0,11%
O / E		0,96
Vertrauensbereich		0,77 - 1,20

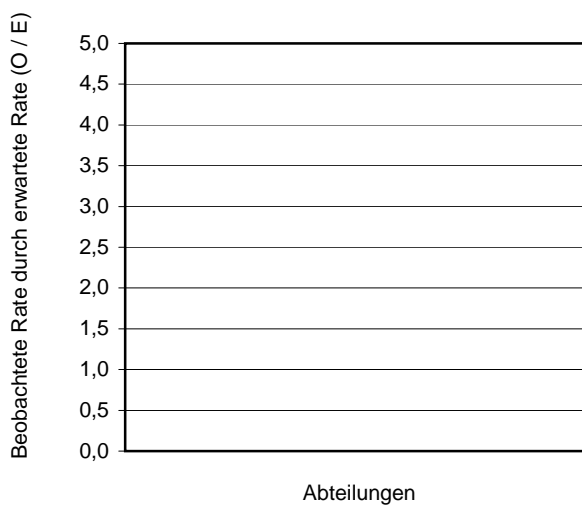
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50894]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer
 kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 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	0,25	0,96	1,91	2,29	2,33	2,85

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2268

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

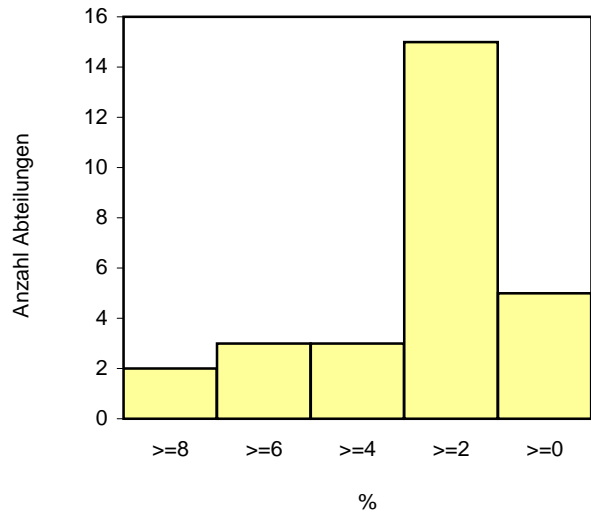
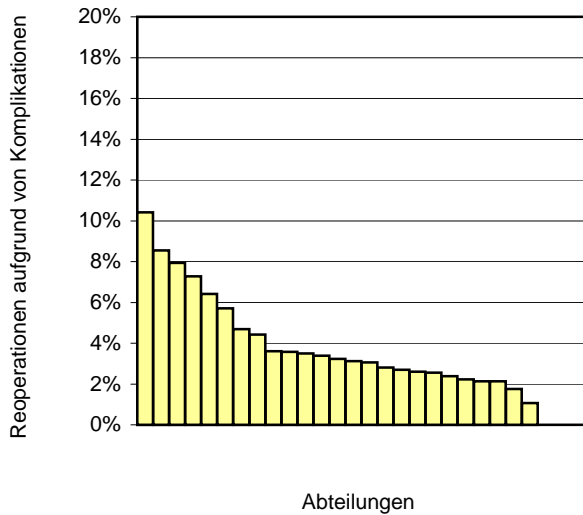
	Abteilung 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	■ nicht definiert		
	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische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

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	91 / 2.854 3,2% 2,6% - 3,9%	45 / 1.742 2,6%	46 / 1.094 4,2%

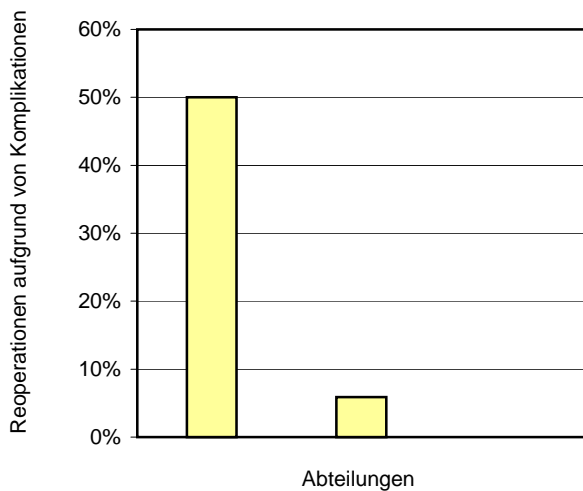
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2268]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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	0,0	2,2	3,1	4,6	7,9	8,5	10,4

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				5,9				50,0

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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/50864
Referenzbereich: <= 3,95 (Toleranzbereich)

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		99 / 2.897 3,42%
vorhergesagt (E) ¹		89,10 / 2.897 3,08%
O - E		0,34%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 11b.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,11
Vertrauensbereich		0,92 - 1,35
Referenzbereich	<= 3,95	<= 3,95

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.

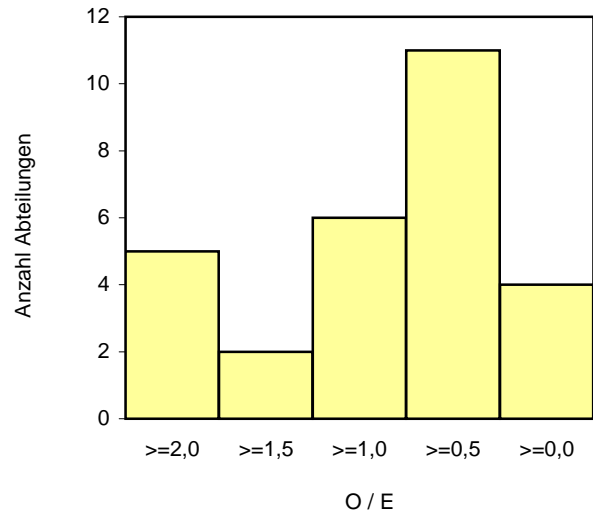
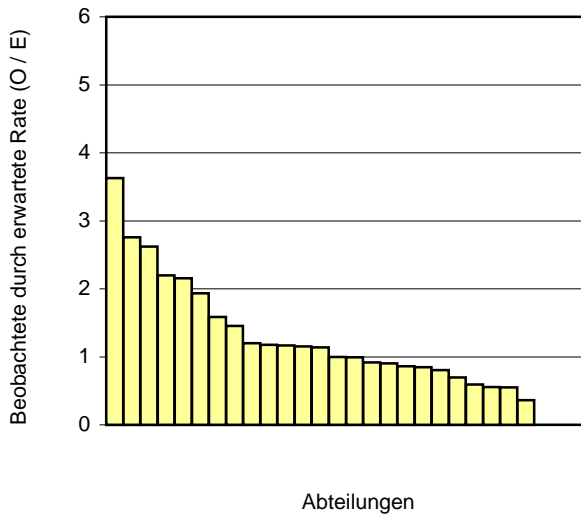
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		91 / 2.854 3,19%
vorhergesagt (E)		87,51 / 2.854 3,07%
O - E		0,12%
O / E		1,04
Vertrauensbereich		0,85 - 1,27

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 11b, Indikator-ID 2012/17n1-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:

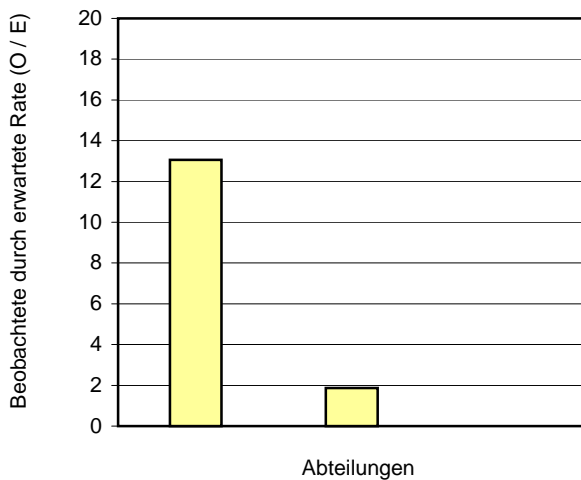
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,64	0,99	1,52	2,62	2,76	3,63

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				1,87				13,06

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:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/2277	
	Gruppe 2:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/2276	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	Sentinel Event	
	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert.	

	Abteilung 2012			
	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		

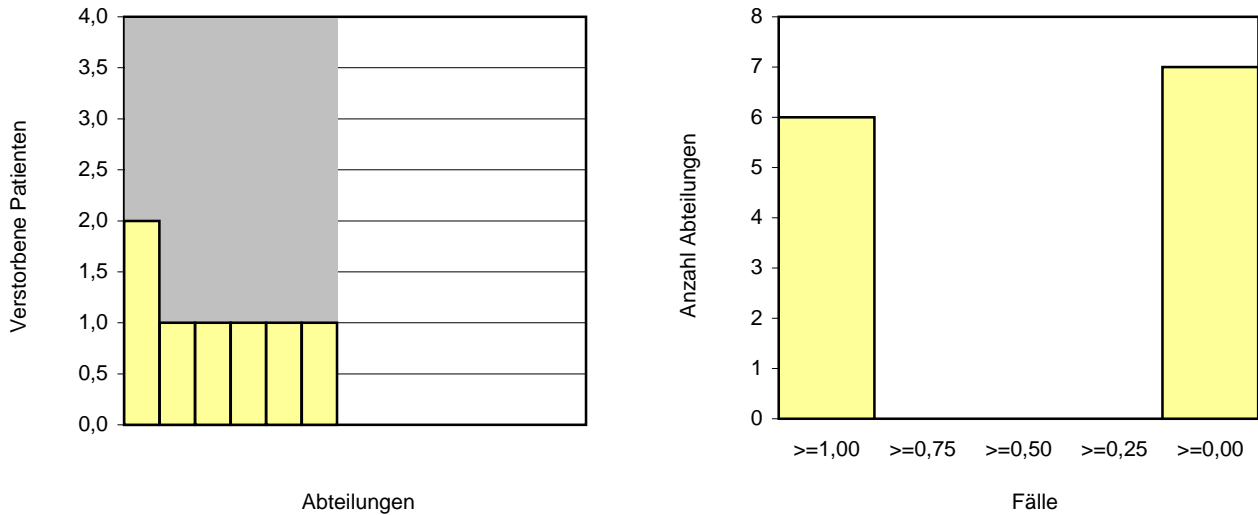
	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	8 / 655 8,0 Fälle	122 / 1.991 6,1%	52 / 244 21,3%	4 / 7 57,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich	Sentinel Event	5,2% - 7,3% nicht definiert		

Vorjahresdaten	Abteilung 2011			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten				
Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	7 / 657	82 / 1.974	56 / 220	0 / 3
Vertrauensbereich	7,0 Fälle	4,2%	25,5%	0,0%
		3,4% - 5,1%		

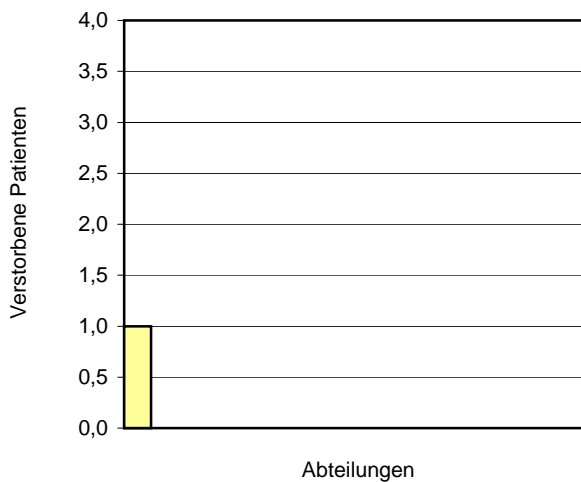
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2277]:
 Anzahl verstorbener Patienten von Patienten mit ASA 1 - 2**

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



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

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

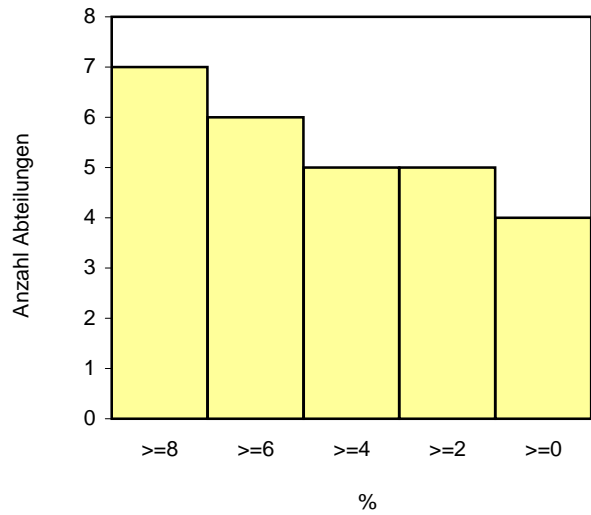
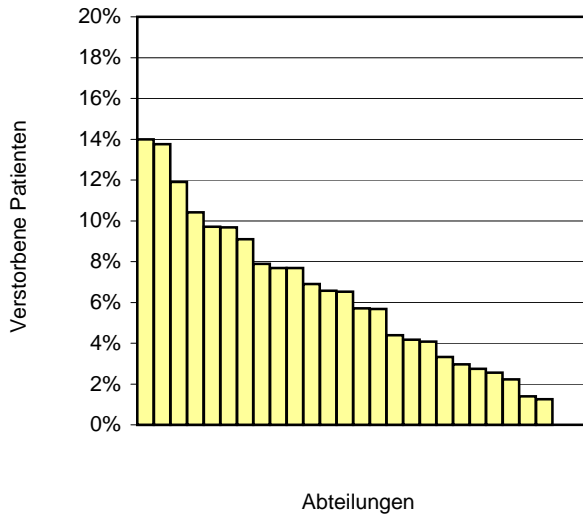


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1,0

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

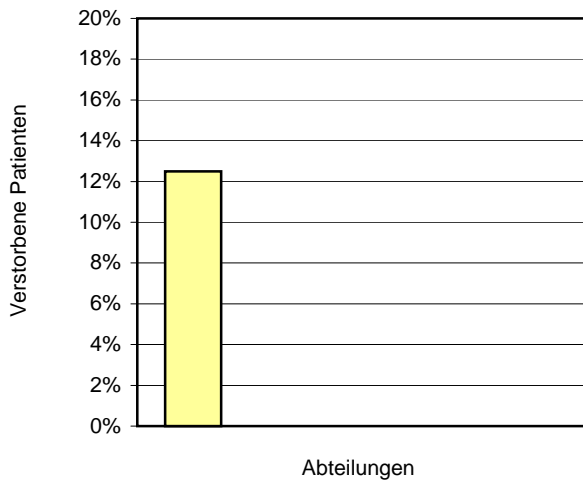
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2276]:
 Anteil verstorbenen Patienten an Patienten mit ASA 3**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 27 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	1,3	2,7	5,7	9,1	11,9	13,8	14,0

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
	0,0			0,0	0,0	6,3			12,5

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:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/2279
	Gruppe 3:	2012/17n1-HUEFT-FRAK/2278
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 11,1% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 13,7% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Abteilung 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich Referenzbereich		<= 11,1%	<= 13,7%

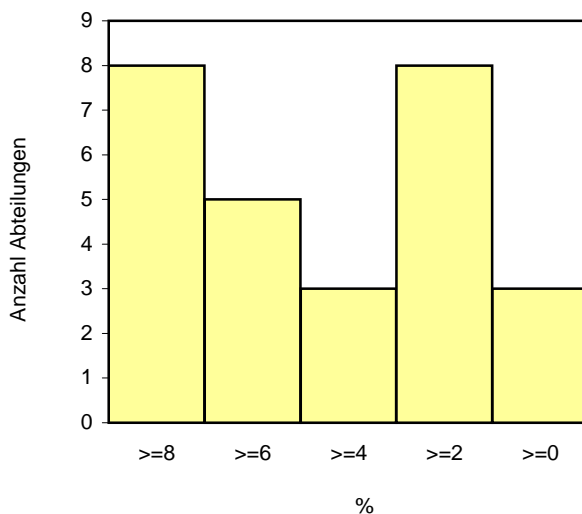
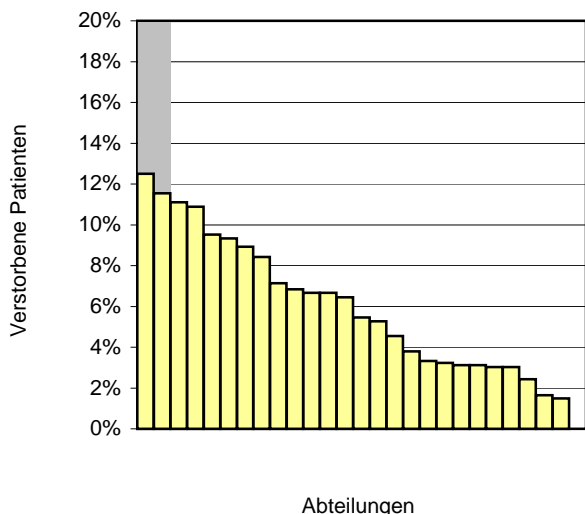
Gesamt 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	186 / 2.897 6,4%	101 / 1.679 6,0%	85 / 1.205 7,1%
Vertrauensbereich Referenzbereich		5,0% - 7,3% <= 11,1%	5,7% - 8,6% <= 13,7%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten			
Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	145 / 2.854 5,1%	83 / 1.742 4,8%	62 / 1.094 5,7%
Vertrauensbereich		3,9% - 5,9%	4,4% - 7,2%

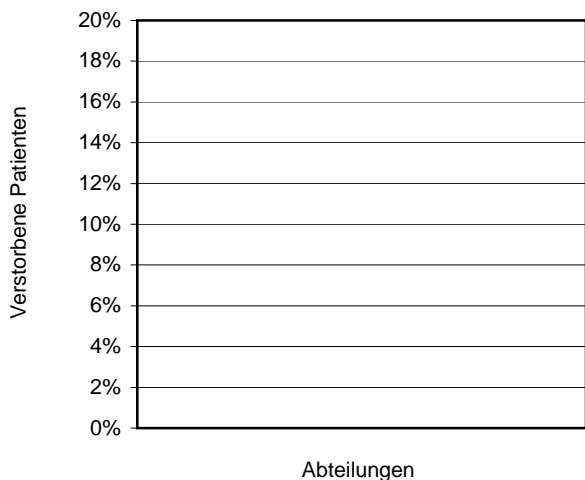
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12c, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2279]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	1,5	1,6	3,1	5,5	8,9	11,1	11,5	12,5

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

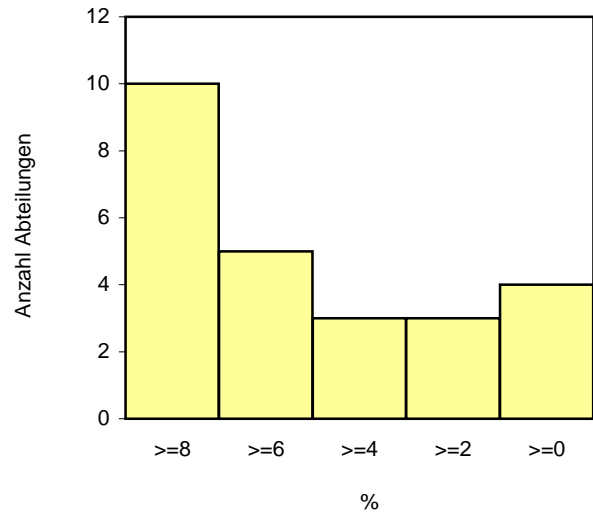
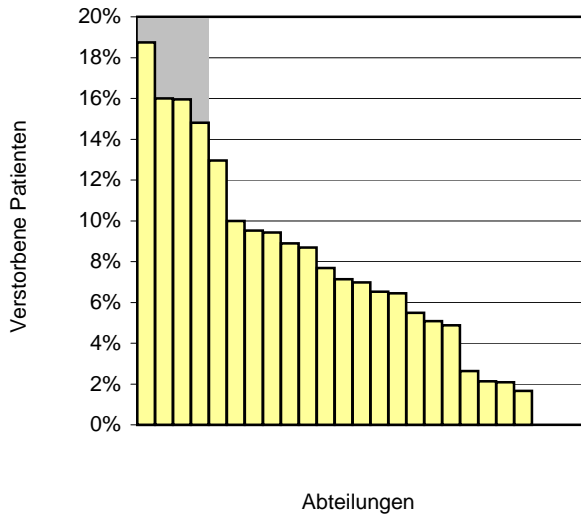


Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				0,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

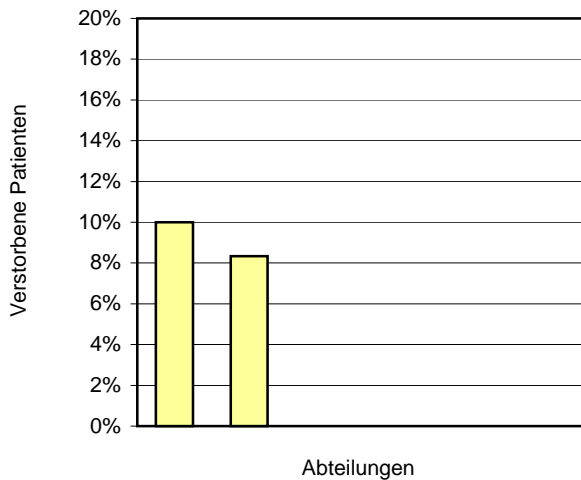
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12d, Indikator-ID 2012/17n1-HUEFT-FRAK/2278]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit endoprothetischer Versorgung**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 25 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	2,6	7,0	9,5	16,0	16,0	18,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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	8,3			10,0

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: 2012/17n1-HUEFT-FRAK/51168

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

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		186 / 2.897 6,42%
vorhergesagt (E) ¹		155,55 / 2.897 5,37%
O - E		1,05%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score 12e.

	Abteilung 2012	Gesamt 2012
O / E ²		1,20
Vertrauensbereich		1,04 - 1,37
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.

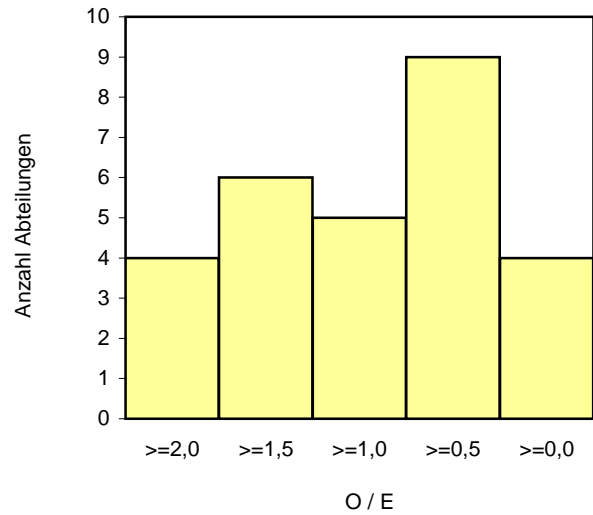
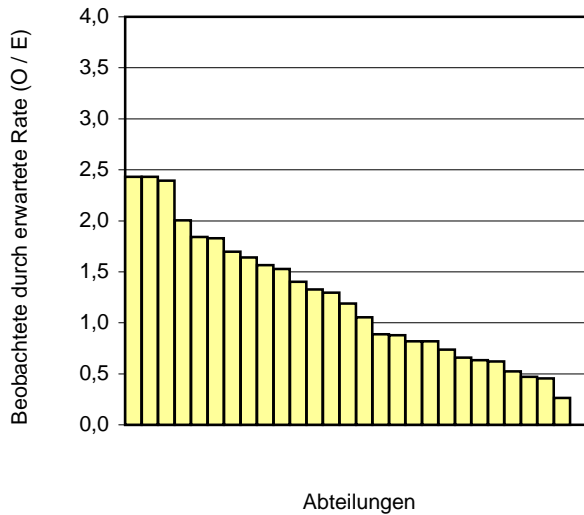
Vorjahresdaten	Abteilung 2011	Gesamt 2011
beobachtet (O)		145 / 2.853 5,08%
vorhergesagt (E)		143,44 / 2.853 5,03%
O - E		0,05%
O / E		1,01
Vertrauensbereich		0,86 - 1,18

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 12e, Indikator-ID 2012/17n1-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:

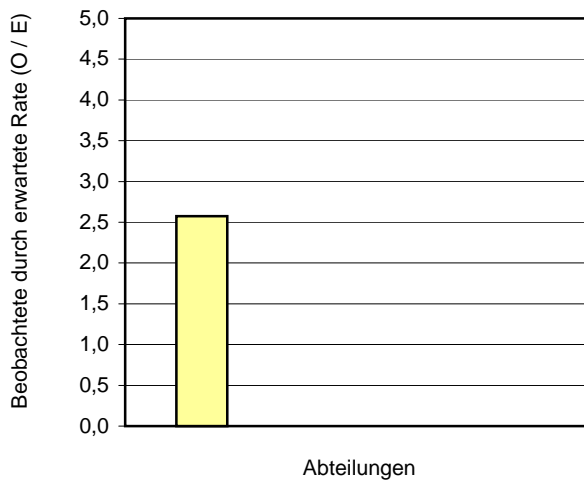
28 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,26	0,46	0,65	1,12	1,67	2,39	2,43	2,43

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				2,57

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 31
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.897
Datensatzversion: 17/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12623-L81767-P38744

Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			765	26,4	757	26,5
2. Quartal			715	24,7	681	23,9
3. Quartal			697	24,1	687	24,1
4. Quartal			720	24,9	729	25,5
Gesamt			2.897		2.854	

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

Behandlungszeiten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.897		2.854	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,5		1,4
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.897		2.854	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				14,5		14,9
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.897		2.854	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				16,0		16,4

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012
 (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			1.429	49,3	1.314	46,0
S72.00			124	4,3	119	4,2
S72.01			755	26,1	703	24,6
S72.02			0	0,0	0	0,0
S72.03			241	8,3	225	7,9
S72.04			246	8,5	229	8,0
S72.05			63	2,2	66	2,3
S72.08			39	1,3	32	1,1
Petrochantäre Frakturen			1.502	51,8	1.548	54,2
S72.10			1.195	41,2	1.280	44,8
S72.11			324	11,2	286	10,0

OPS 2012¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2012

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	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
6	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
8	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
9	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
10	5-931	Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und Osteosynthesematerial

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2011 und OPS 2012 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.

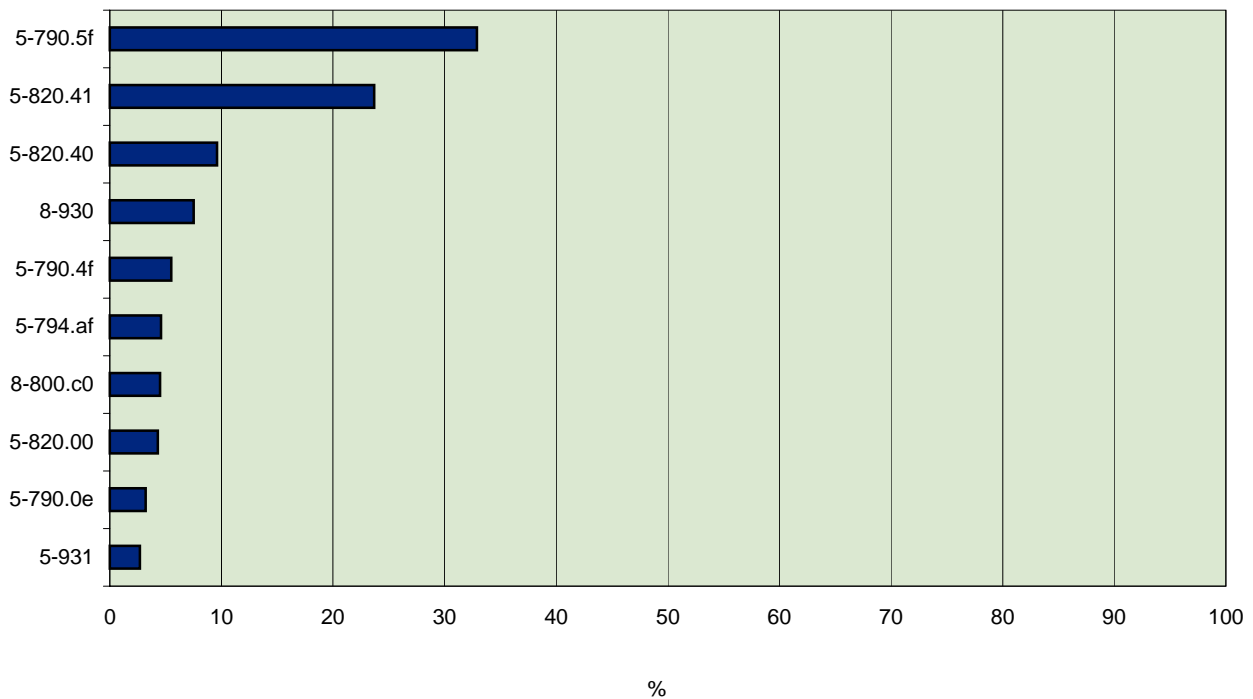
OPS 2012

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-790.5f	952	32,9	5-790.5f	947	33,2
2				5-820.41	688	23,7	5-820.41	655	23,0
3				5-820.40	279	9,6	8-930	289	10,1
4				8-930	216	7,5	8-800.c0	202	7,1
5				5-790.4f	158	5,5	5-790.4f	182	6,4
6				5-794.af	132	4,6	5-820.40	166	5,8
7				8-800.c0	131	4,5	5-794.af	152	5,3
8				5-820.00	124	4,3	5-820.00	150	5,3
9				5-790.0e	92	3,2	8-390.1	98	3,4
10				5-931	78	2,7	5-790.0e	87	3,0

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2012 (Gesamt 2012)



Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren OPS 2012

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			207 / 2.897	7,1	255 / 2.854	8,9
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			27 / 2.897	0,9	14 / 2.854	0,5
Femurkopfprothese (5-820.3)			9 / 2.897	0,3	6 / 2.854	0,2
Duokopfprothese (5-820.4)			966 / 2.897	33,3	821 / 2.854	28,8

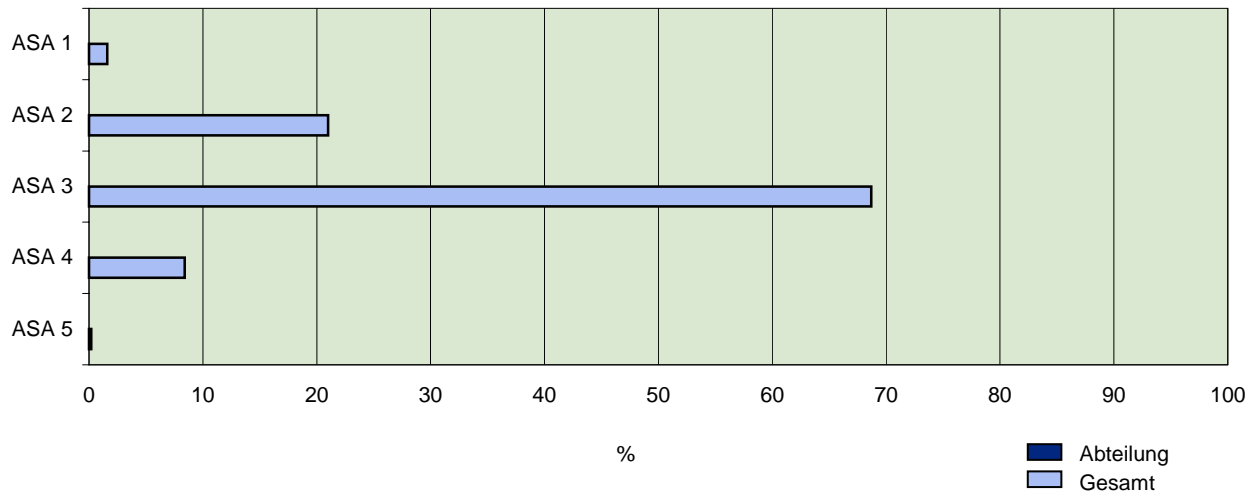
Zusatz-OPS-Kodes

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			4 / 2.897	0,1	8 / 2.854	0,3
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 2.897	0,0	0 / 2.854	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 2.897	0,0	0 / 2.854	0,0
5-988 Anwendung eines Navigations-systems			2 / 2.897	0,1	1 / 2.854	0,0

Patienten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.897 / 2.897		2.854 / 2.854	
< 50 Jahre			47 / 2.897	1,6	51 / 2.854	1,8
50 - 59 Jahre			126 / 2.897	4,3	120 / 2.854	4,2
60 - 69 Jahre			194 / 2.897	6,7	244 / 2.854	8,5
70 - 79 Jahre			700 / 2.897	24,2	720 / 2.854	25,2
80 - 89 Jahre			1.361 / 2.897	47,0	1.341 / 2.854	47,0
>= 90 Jahre			469 / 2.897	16,2	378 / 2.854	13,2
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.897		2.854	
Median				82,0		82,0
Mittelwert				80,2		79,6
Geschlecht						
männlich			835	28,8	787	27,6
weiblich			2.062	71,2	2.067	72,4
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			46	1,6	51	1,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			609	21,0	606	21,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.991	68,7	1.974	69,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			244	8,4	220	7,7
5: moribunder Patient			7	0,2	3	0,1

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			2.851	98,4	2.798	98,0
bedingt aseptische Eingriffe			39	1,3	49	1,7
kontaminierte Eingriffe			3	0,1	5	0,2
septische Eingriffe			4	0,1	2	0,1
Frakturlokalisierung						
medial			1.280	44,2	1.179	41,3
lateral			93	3,2	107	3,7
perthrochantär			1.430	49,4	1.466	51,4
sonstige			94	3,2	102	3,6
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			68 / 1.280	5,3	82 / 1.179	7,0
unverschoben			169 / 1.280	13,2	172 / 1.179	14,6
verschoben			731 / 1.280	57,1	621 / 1.179	52,7
komplett verschoben			312 / 1.280	24,4	304 / 1.179	25,8
Vorbestehende Koxarthrose			940	32,4	941	33,0
Patient nimmt Phenprocoumon oder Clopidogrel¹			248	8,6	-	-

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2012 neu eingeführt.

Operation

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 24 h			2.026	69,9	2.117	74,2
24 - 48 h			508	17,5	416	14,6
> 48 h			363	12,5	321	11,2
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			2.897		2.854	
Median				60,0		60,0
Mittelwert				64,1		64,6
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			2.860	98,7	2.817	98,7
single shot			2.643 / 2.860	92,4	2.568 / 2.817	91,2
Zweitgabe			113 / 2.860	4,0	113 / 2.817	4,0
öfter			104 / 2.860	3,6	136 / 2.817	4,8
Operationsverfahren						
1 DHS, Winkelplatte			149	5,1	187	6,6
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.422	49,1	1.454	50,9
3 Verschraubung			108	3,7	101	3,5
4 TEP			246	8,5	272	9,5
5 monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese)			13	0,4	10	0,4
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			946	32,7	812	28,5
7 Sonstige			13	0,4	18	0,6

Operation (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			451	15,6	442	15,5
Dienstag			393	13,6	450	15,8
Mittwoch			443	15,3	381	13,3
Donnerstag			428	14,8	437	15,3
Freitag			417	14,4	408	14,3
Samstag			384	13,3	383	13,4
Sonntag			381	13,2	353	12,4
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			534	18,4	479	16,8
Dienstag			430	14,8	460	16,1
Mittwoch			432	14,9	444	15,6
Donnerstag			436	15,1	428	15,0
Freitag			531	18,3	507	17,8
Samstag			259	8,9	262	9,2
Sonntag			275	9,5	274	9,6

Verlauf

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			2.859	98,7	2.829	99,1
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			2.590	89,4	2.581	90,4
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			138	4,8	117	4,1
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			8	0,3	7	0,2
Implantatdislokation			24	0,8	14	0,5
Endoprothesenluxation			11	0,4	7	0,2
Wundhämatom/Nachblutung			49	1,7	43	1,5
Gefäßläsion			2	0,1	1	0,0
Nervenschaden			2	0,1	3	0,1
Fraktur			16	0,6	18	0,6
Sonstige			29	1,0	31	1,1

Verlauf (Fortsetzung)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			48	1,7	29	1,0
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			25 / 48	52,1	11 / 29	37,9
A2 (tiefe Infektion)			19 / 48	39,6	17 / 29	58,6
A3 (Räume/Organe)			4 / 48	8,3	1 / 29	3,4
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			99	3,4	91	3,2
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			336	11,6	327	11,5
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			77	2,7	65	2,3
Kardiovaskuläre Komplikationen			139	4,8	125	4,4
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			2	0,1	4	0,1
Lungenembolie			10	0,3	9	0,3
Sonstige			174	6,0	177	6,2

Entlassung I

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			2.179	80,4	2.149	79,3
Nein			532	19,6	560	20,7
wenn nein: selbständiges Gehen vor der Fraktur			222	41,7	203	36,3
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.981	73,1	1.973	72,8
Nein			730	26,9	736	27,2
wenn nein: selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			139	19,0	153	20,8

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.089	37,6	1.055	37,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			44	1,5	21	0,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,2	5	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			613	21,2	533	18,7
07: Tod			186	6,4	145	5,1
08: Verlegung nach § 14			25	0,9	44	1,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			408	14,1	470	16,5
10: in Pflegeeinrichtung			479	16,5	529	18,5
11: in Hospiz			1	0,0	5	0,2
12: interne Verlegung			10	0,3	33	1,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,1	1	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	2	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			1	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			32	1,1	9	0,3
18: Rückverlegung			0	0,0	1	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 BpflV 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 BpflV 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 BpflV)	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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			567	19,6	507	17,8
Dienstag			542	18,7	553	19,4
Mittwoch			492	17,0	511	17,9
Donnerstag			492	17,0	487	17,1
Freitag			595	20,5	604	21,2
Samstag			150	5,2	140	4,9
Sonntag			59	2,0	52	1,8

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-FRAK-Score

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2012 finden Sie unter www.sgg.de.

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierung abhängig sind von den Daten des Auswertungsjahres, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2011 abweichen.

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 2012 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 2012.

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 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 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.

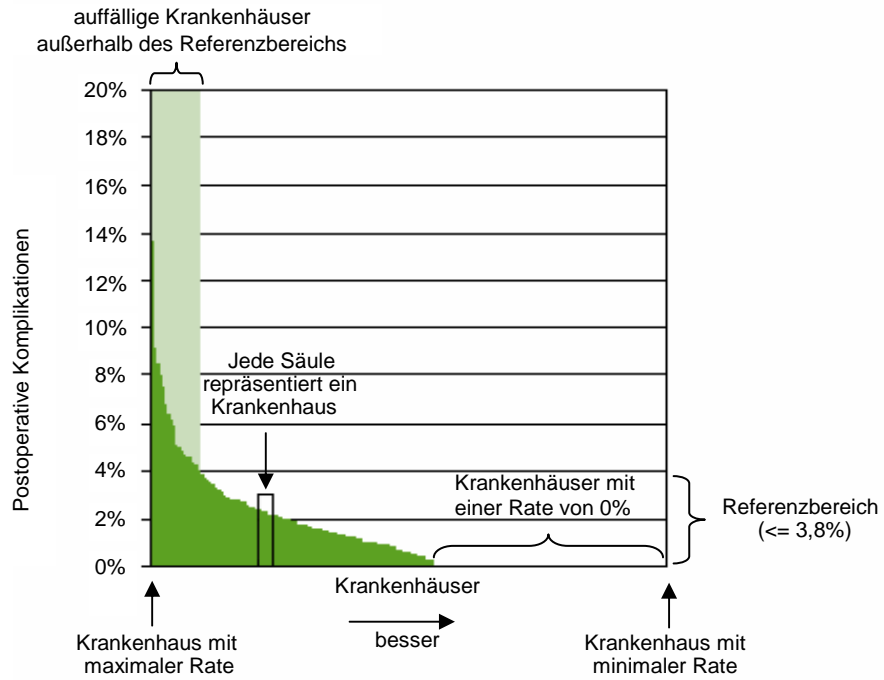
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

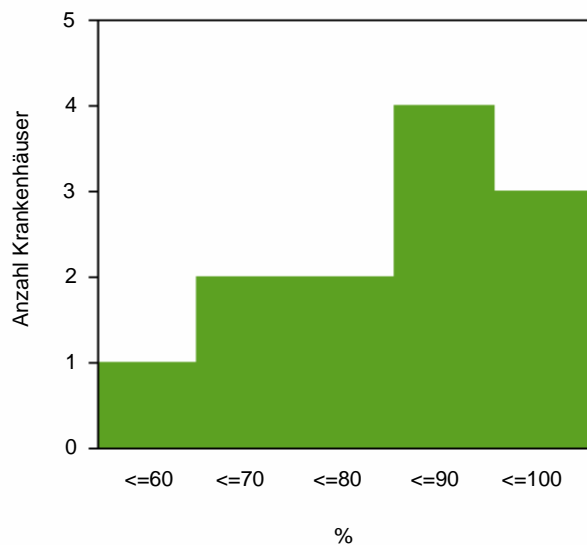
Beispiel:

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. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% 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 Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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