

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.642
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14194-L90115-P43641

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.642
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14194-L90115-P43641

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266							
QI 1: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus			13,6%	<= 15,0%	innerhalb	7,1%	10
2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115							
QI 2: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)			98,9%	>= 90,0%	innerhalb	99,2%	14
QI 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe							
3a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			100,0%	>= 95,0%	innerhalb	99,6%	17
3b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			99,5%	>= 96,4%	innerhalb	99,7%	17

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung							
4a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272 bei allen Patienten			4,9%	nicht definiert	-	3,6%	21
4b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,04	<= 3,15	innerhalb	0,77	24
QI 5: Gefäßläsion/Nervenschaden							
5a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2271 bei allen Patienten			0,1%	nicht definiert	-	0,2%	26
5b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50853 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,94	<= 16,06	innerhalb	1,35	29
QI 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur							
6a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2267 bei allen Patienten			0,8%	nicht definiert	-	1,1%	31
6b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,81	<= 1,92	innerhalb	1,09	34

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 7: Endoprothesenluxation							
7a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			1,2%	nicht definiert	-	1,8%	36
7b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50884 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			1,49	<= 6,31	innerhalb	2,21	39
QI 8: Postoperative Wundinfektion							
8a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274 bei allen Patienten			1,0%	nicht definiert	-	1,1%	41
8b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	<= 2,84	innerhalb	1,00	44

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 9: Wundhämatome/Nachblutungen							
9a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269 bei allen Patienten			1,4%	nicht definiert	-	1,0%	52
9b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,83	<= 3,54	innerhalb	0,59	55
QI 10: Allgemeine postoperative Komplikationen							
10a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2275 bei allen Patienten			3,9%	nicht definiert	-	3,7%	57
10b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,26	<= 2,64	innerhalb	1,20	60

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
11a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268 bei allen Patienten			1,9%	nicht definiert	-	3,3%	62
11b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50864 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,66	<= 4,08	innerhalb	1,15	65
QI 12: Sterblichkeit im Krankenhaus							
12a: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277 bei Patienten mit ASA 1 bis 2			2,0 Fälle	Sentinel Event	auffällig	3,0 Fälle	67
12b: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276 bei Patienten mit ASA 3			5,6%	nicht definiert	-	5,4%	67
12c: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279 bei Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			5,4%	<= 10,6%	innerhalb	4,6%	71

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
12d: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278 bei Patienten mit endoprothetischer Versorgung			5,2%	<= 13,3%	innerhalb	6,6%	71
12e: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/51168 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			1,00	nicht definiert	-	1,07	75

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium ¹	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2013/17n1-HUEFT-FRAK/813191 AK 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer							
			77,9%	< 100,0%	innerhalb	74,1%	77

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

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

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

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

Qualitätsziel: Kurze präoperative Verweildauer

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

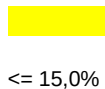
Gruppe 3: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung und ASA 1 - 2

Gruppe 4: Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Indikator-ID: Gruppe 1: 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 15,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 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				
24 - 48 Stunden				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich				



	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
< 24 Stunden	1.650 / 2.642 62,5%	990 / 1.358 72,9%	308 / 375 82,1%	648 / 1.261 51,4%
24 - 48 Stunden	633 / 2.642 24,0%	259 / 1.358 19,1%	53 / 375 14,1%	369 / 1.261 29,3%
> 48 Stunden	359 / 2.642 13,6%	109 / 1.358 8,0%	14 / 375 3,7%	244 / 1.261 19,3%
Vertrauensbereich Referenzbereich	12,3% - 14,9% <= 15,0%			
Vorjahresdaten				
	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
> 48 Stunden				
Vertrauensbereich				
Vorjahresdaten				
	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosyn- thetische Versorgung	Gruppe 3 osteosyn- thetische Versorgung ASA 1 - 2	Gruppe 4 endopro- thetische Versorgung
Operation nach Auf- nahme innerhalb von				
> 48 Stunden	179 / 2.508 7,1%	48 / 1.299 3,7%	4 / 356 1,1%	122 / 1.190 10,3%
Vertrauensbereich	12,3% - 14,9%			

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

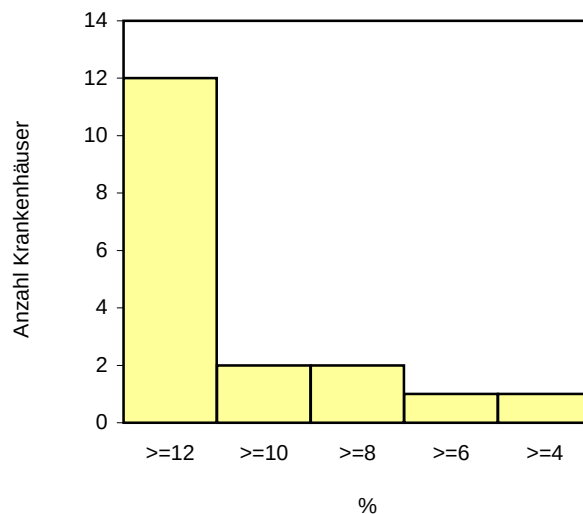
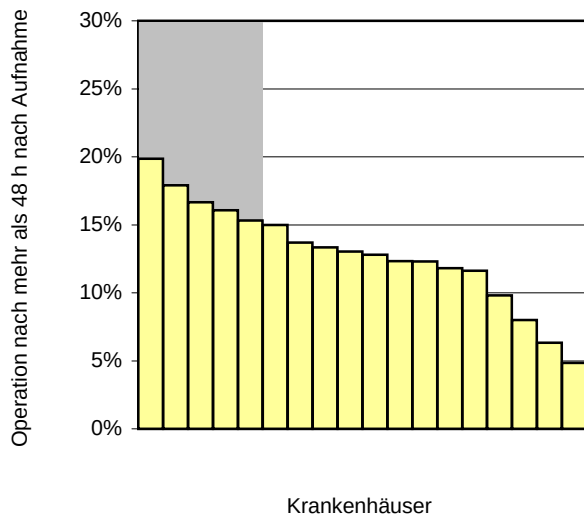
	Gesamt 2013			
	Aufnahme an Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 24 Stunden	973 / 1.576 61,7%	262 / 409 64,1%	218 / 352 61,9%	197 / 305 64,6%
24 - 48 Stunden	391 / 1.576 24,8%	84 / 409 20,5%	77 / 352 21,9%	81 / 305 26,6%
> 48 Stunden	212 / 1.576 13,5%	63 / 409 15,4%	57 / 352 16,2%	27 / 305 8,9%

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2266]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

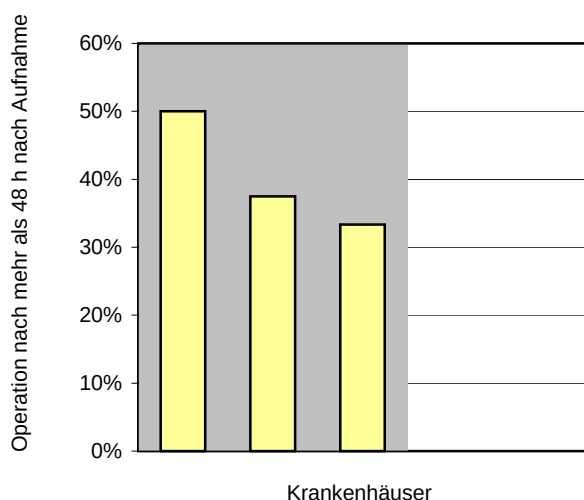
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,8		6,3	11,6	12,9	15,3	17,9		19,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	33,3	37,5			50,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

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

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)		
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich		>= 90,0%
	Gesamt 2013	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)	22 / 67 32,8%	4 / 657 0,6%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)	45 / 67 67,2%	650 / 657 98,9%
Vertrauensbereich		97,8% - 99,5%
Referenzbereich		>= 90,0%

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

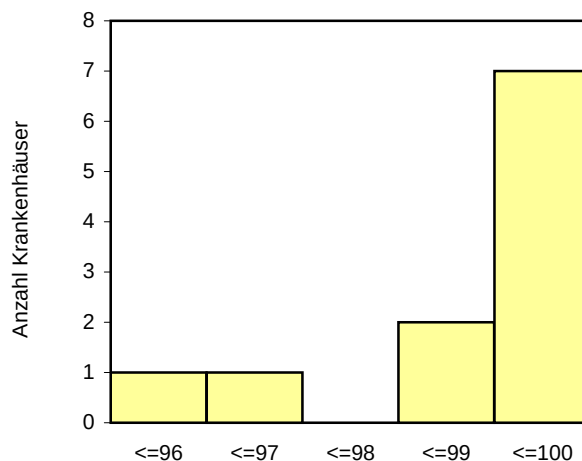
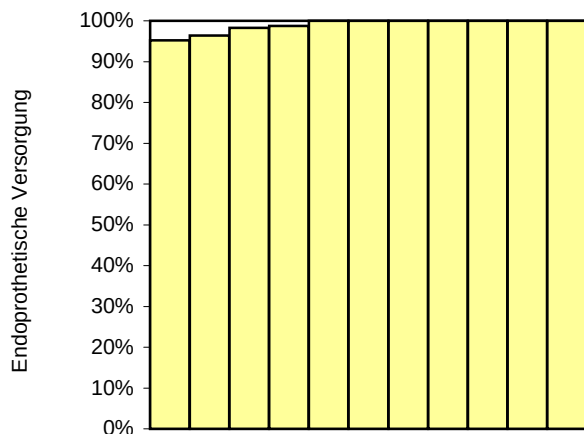
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1 Garden I oder II	Gruppe 2 Garden III oder IV
Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese) Vertrauensbereich	60 / 84 71,4%	611 / 616 99,2% 98,1% - 99,7%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2115]:

Anteil von Patienten mit endoprothetischer Versorgung an Patienten > 80 Jahre mit Garden III- oder IV-Fraktur

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

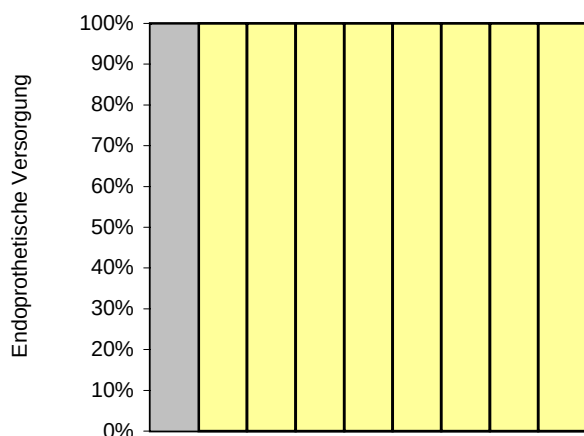
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,2		96,4	98,3	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Perioperative Antibiotikaprophylaxe

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

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

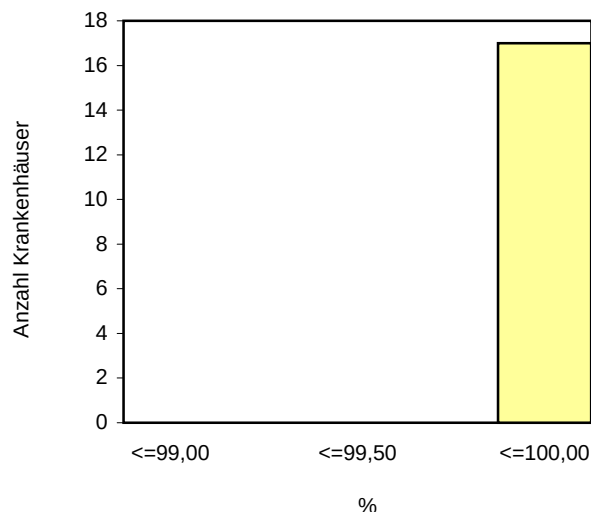
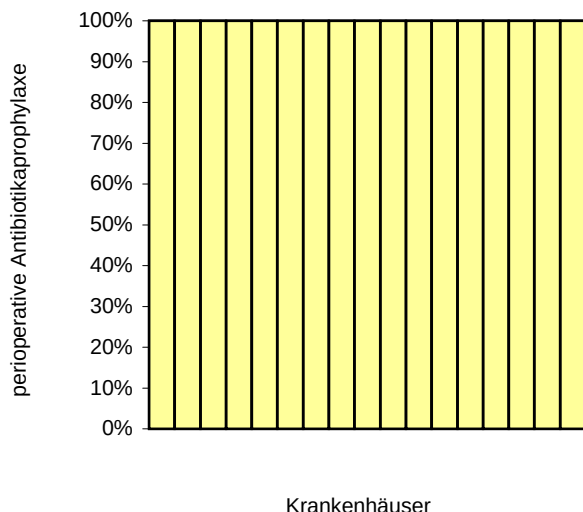
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe	2.635 / 2.642 99,7%	1.261 / 1.261 100,0%	1.351 / 1.358 99,5%
Vertrauensbereich		99,7% - 100,0%	98,9% - 99,8%
Referenzbereich		>= 95,0%	>= 96,4%
davon single shot	2.384 / 2.635 90,5%	1.084 / 1.261 86,0%	1.283 / 1.351 95,0%
Zweitgabe oder öfter	251 / 2.635 9,5%	177 / 1.261 14,0%	68 / 1.351 5,0%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 endoprothetische Versorgung	Gruppe 3 osteosynthetische Versorgung
Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe Vertrauensbereich	2.499 / 2.508 99,6%	1.185 / 1.190 99,6% 99,0% - 99,8%	1.295 / 1.299 99,7% 99,2% - 99,9%

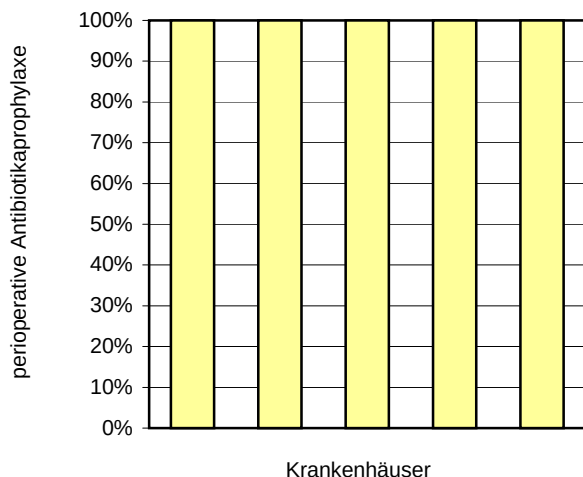
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10364]:
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an Patienten mit endoprothetischer Versorgung

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



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

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



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

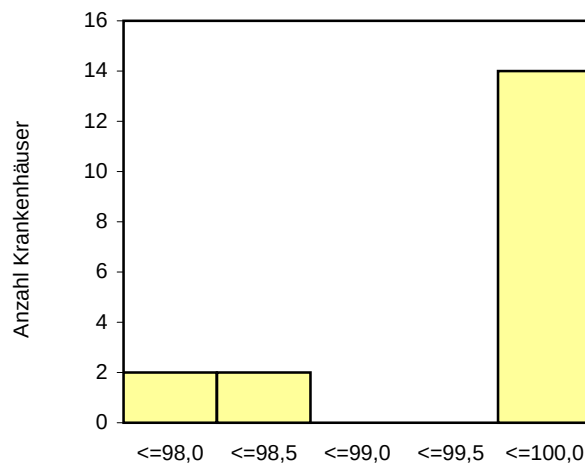
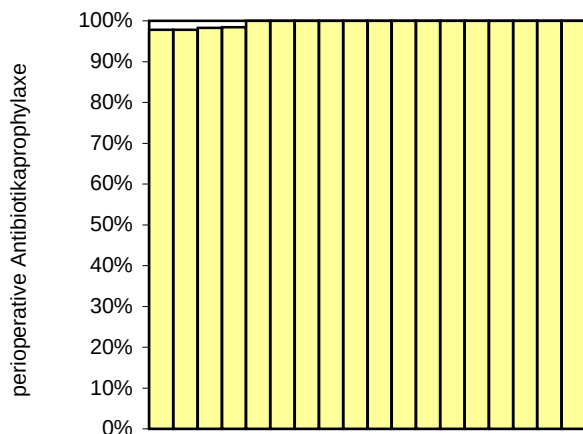
1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/10361]:

Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaphylaxe an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

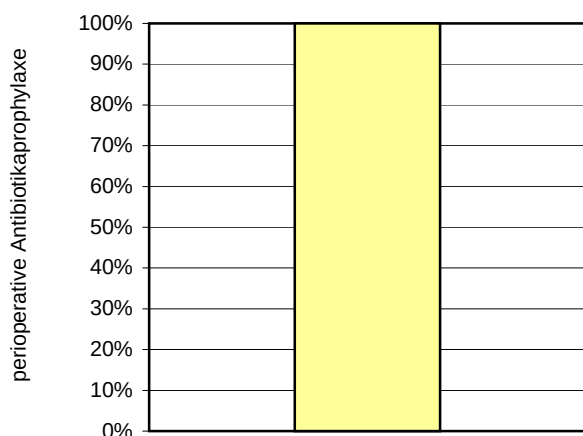
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,8		97,8	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 4: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

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

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			2.061 / 2.502	82,4%
Patienten mit osteosynthetischer Versorgung			1.058 / 1.284	82,4%
Patienten mit endoprothetischer Versorgung			981 / 1.195	82,1%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			123 / 2.502	4,9%
Vertrauensbereich				4,1% - 5,8%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			39 / 1.512	2,6%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			25 / 314	8,0%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			28 / 359	7,8%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			31 / 317	9,8%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

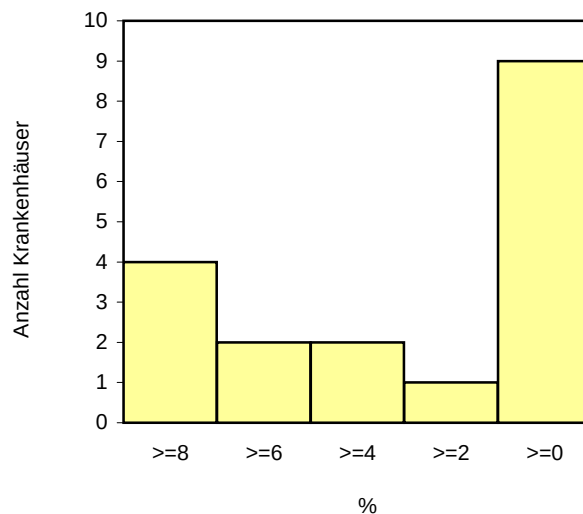
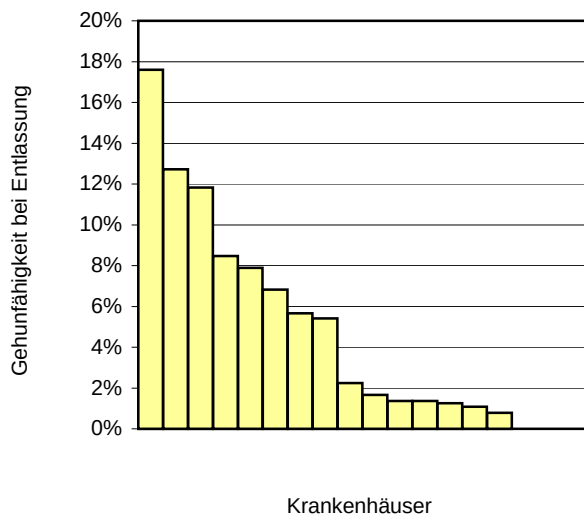
Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten) Vertrauensbereich			85 / 2.369	3,6% 2,9% - 4,4%

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

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

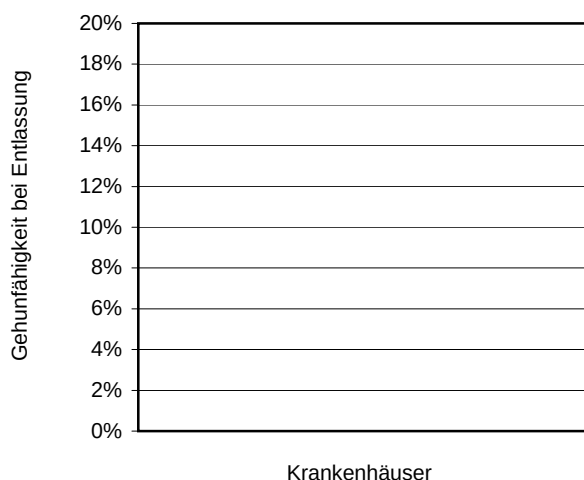
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2272]:
Anteil von Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	1,1	1,9	7,9	12,7		17,6

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Patienten, die lebend entlassen wurden

Indikator-ID: (QI 4b): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50874

Referenzbereich: $\leq 3,15$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		123 / 2.502 4,92%
vorhergesagt (E) ¹		118,27 / 2.502 4,73%
O - E		0,19%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,04
Vertrauensbereich		0,87 - 1,23
Referenzbereich	$\leq 3,15$	$\leq 3,15$

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

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

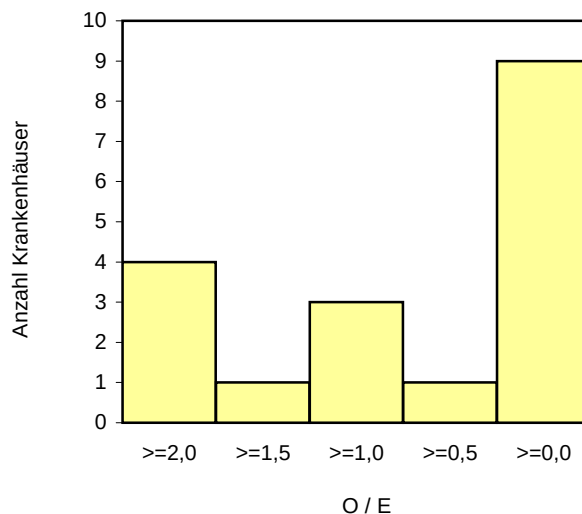
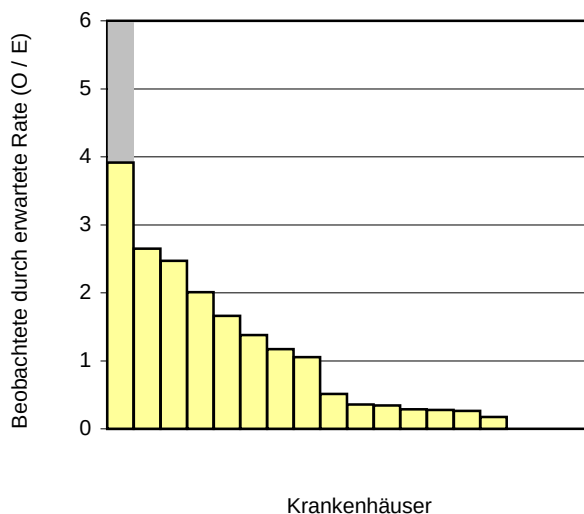
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		85 / 2.369 3,59%
vorhergesagt (E)		110,88 / 2.369 4,68%
O - E		-1,09%
O / E		0,77
Vertrauensbereich		0,62 - 0,94

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

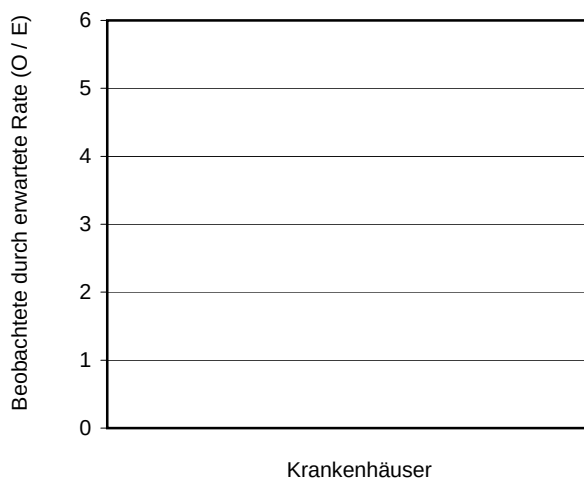
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,27	0,43	1,66	2,65		3,91

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Gefäßläsion/Nervenschaden

Grundgesamtheit:

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Gefäßläsion	1 / 2.642 0,0%	0 / 1.358 0,0%	0 / 1.261 0,0%
Patienten mit Nervenschaden	2 / 2.642 0,1%	0 / 1.358 0,0%	1 / 1.261 0,1%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	3 / 2.642 0,1%	0 / 1.358 0,0%	1 / 1.261 0,1%
Vertrauensbereich	0,0% - 0,3%		
Referenzbereich	nicht definiert		

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

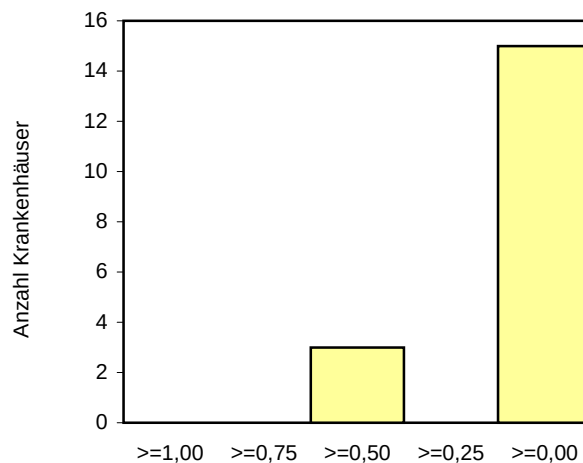
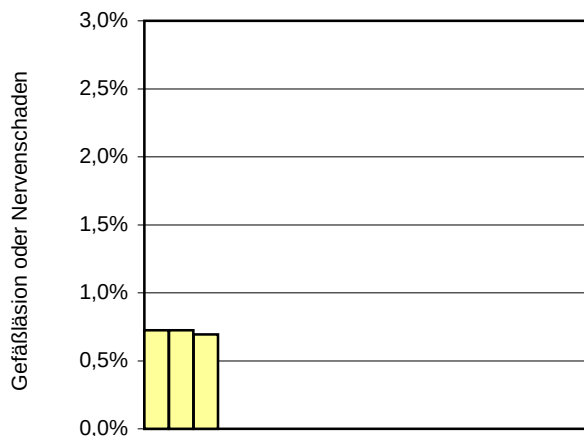
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen	4 / 2.508 0,2%	1 / 1.299 0,1%	3 / 1.190 0,3%
Vertrauensbereich	0,1% - 0,4%		

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

%

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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		3 / 2.642 0,11%
vorhergesagt (E) ¹		3,19 / 2.642 0,12%
O - E		-0,01%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,94
Vertrauensbereich		0,32 - 2,76
Referenzbereich	$\leq 16,06$	$\leq 16,06$

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

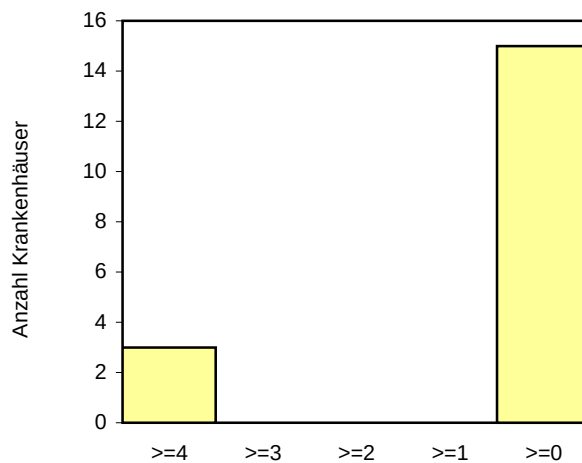
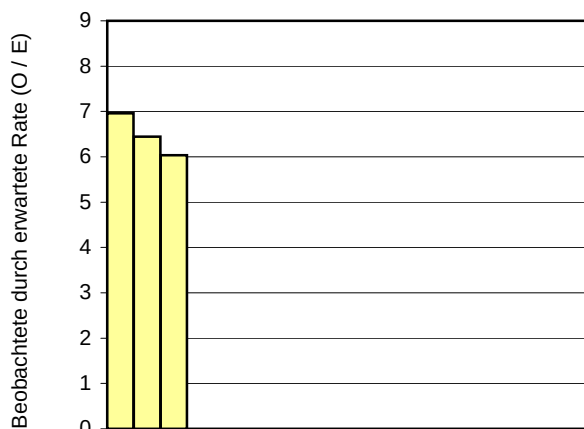
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		4 / 2.508 0,16%
vorhergesagt (E)		2,96 / 2.508 0,12%
O - E		0,04%
O / E		1,35
Vertrauensbereich		0,53 - 3,47

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

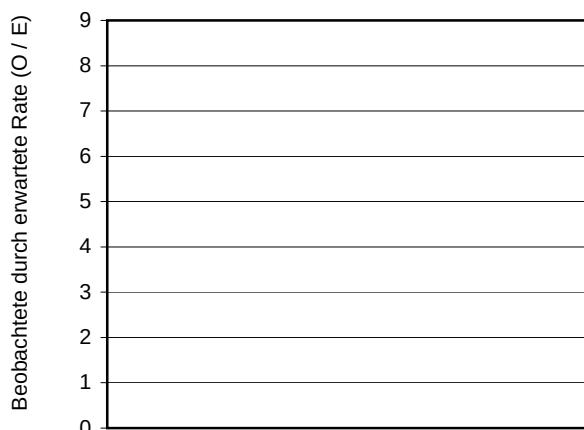
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	6,45		6,96

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit:

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit Implantatfehlage	2 / 2.642 0,1%	1 / 1.358 0,1%	1 / 1.261 0,1%
Patienten mit Implantatdislokation	11 / 2.642 0,4%	9 / 1.358 0,7%	2 / 1.261 0,2%
Patienten mit Fraktur	9 / 2.642 0,3%	2 / 1.358 0,1%	6 / 1.261 0,5%
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	22 / 2.642 0,8% 0,6% - 1,3% nicht definiert	12 / 1.358 0,9%	9 / 1.261 0,7%

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

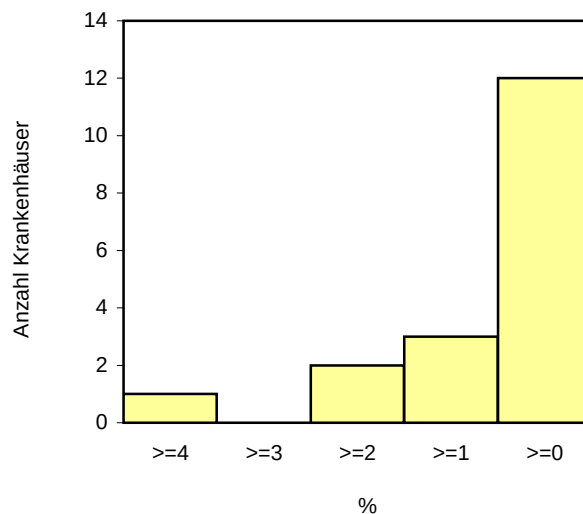
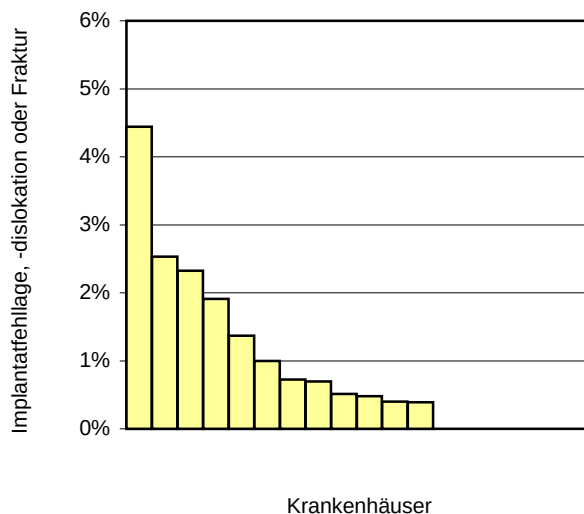
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit einer der oben genannten Komplikationen Vertrauensbereich	28 / 2.508 1,1% 0,8% - 1,6%	20 / 1.299 1,5%	7 / 1.190 0,6%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

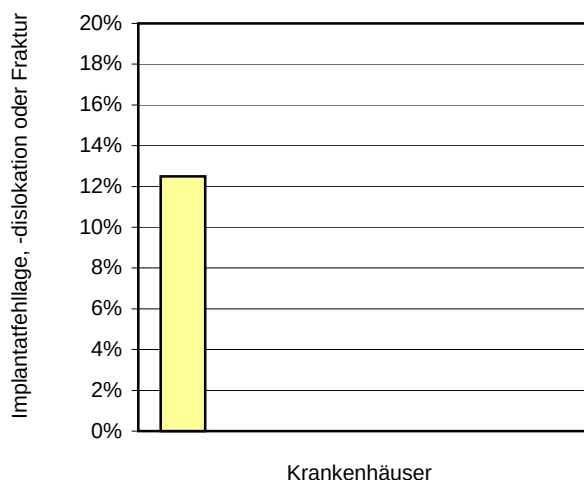
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		22 / 2.642 0,83%
vorhergesagt (E) ¹		27,04 / 2.642 1,02%
O - E		-0,19%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,81
Vertrauensbereich		0,54 - 1,23
Referenzbereich	$\leq 1,92$	$\leq 1,92$

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur zu den erwarteten Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

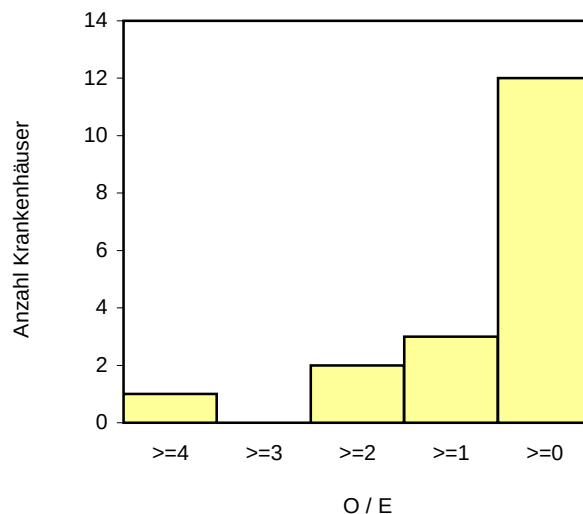
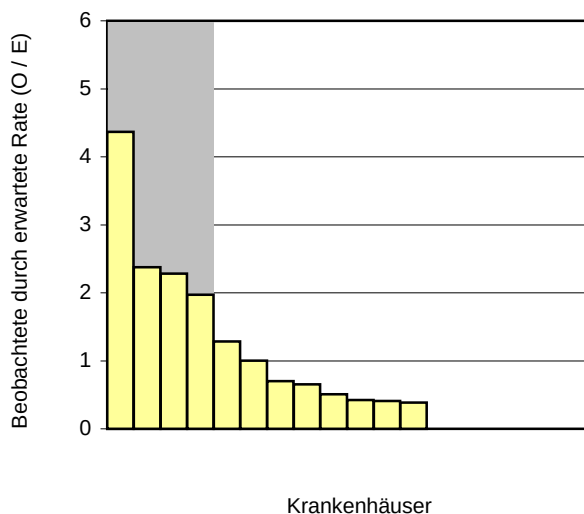
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		28 / 2.508 1,12%
vorhergesagt (E)		25,79 / 2.508 1,03%
O - E		0,09%
O / E		1,09
Vertrauensbereich		0,75 - 1,56

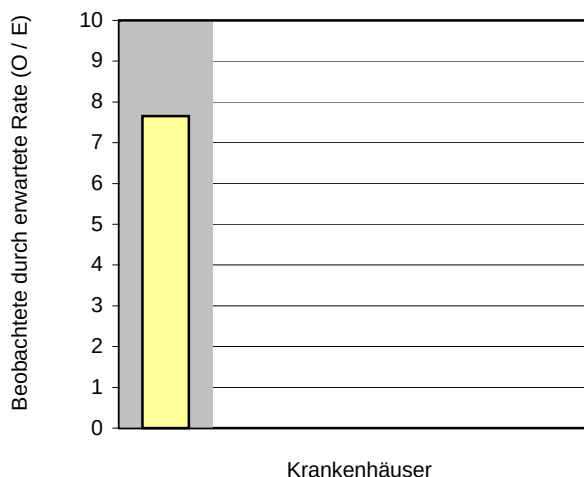
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50879]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,47	1,29	2,38		4,37

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			7,65

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Endoprothesenluxation

Qualitätsziel: Selten Endoprothesenluxation

Endoprothesenluxation

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Alle Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

Gruppe 2: Patienten mit endoprothetischer Versorgung und Schenkelhalsfraktur (SHF)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung und pertrochantärer Fraktur (PTF)

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

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

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

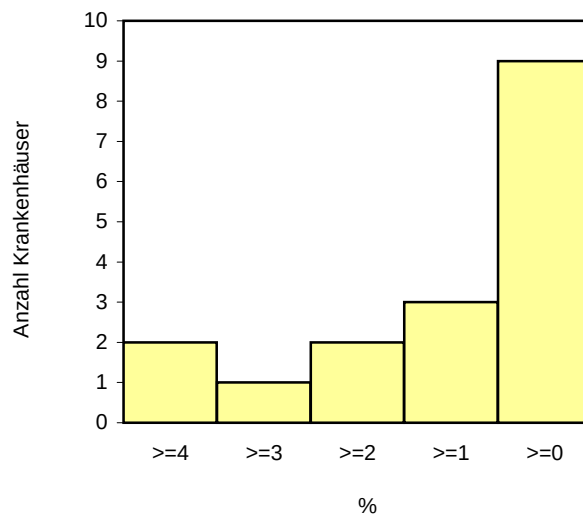
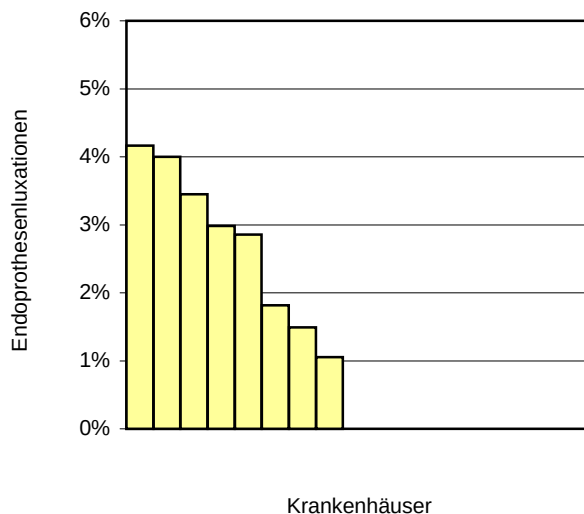
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	15 / 1.261 1,2%	14 / 1.217 1,2%	1 / 50 2,0%
Vertrauensbereich	0,7% - 2,0%		
Referenzbereich	nicht definiert		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit SHF	Gruppe 3 Patienten mit PTF
Patienten mit Endoprothesenluxation	21 / 1.190	21 / 1.164	1 / 34
Vertrauensbereich	1,8% 1,2% - 2,7%	1,8%	2,9%

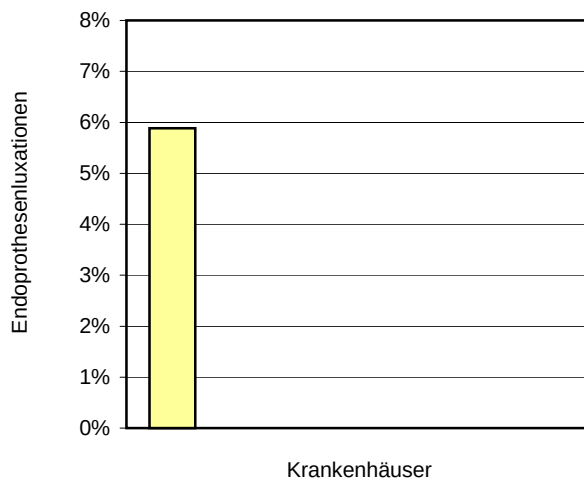
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2270]:
Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an Patienten mit endoprothetischer Versorgung

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



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

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

Referenzbereich: <= 6,31 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		15 / 1.261 1,19%
vorhergesagt (E) ¹		10,09 / 1.261 0,80%
O - E		0,39%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,49
Vertrauensbereich		0,90 - 2,44
Referenzbereich	<= 6,31	<= 6,31

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

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

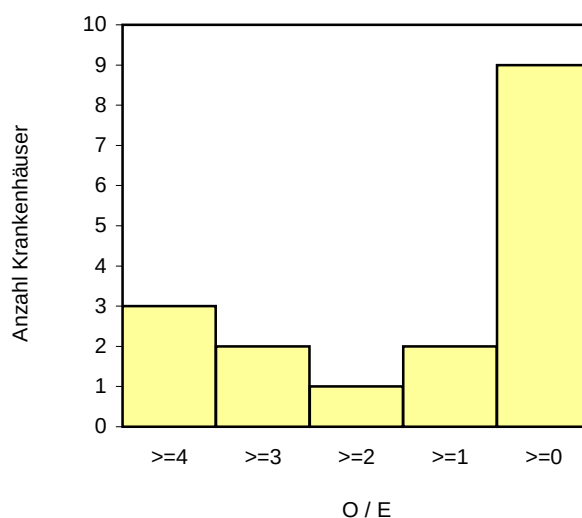
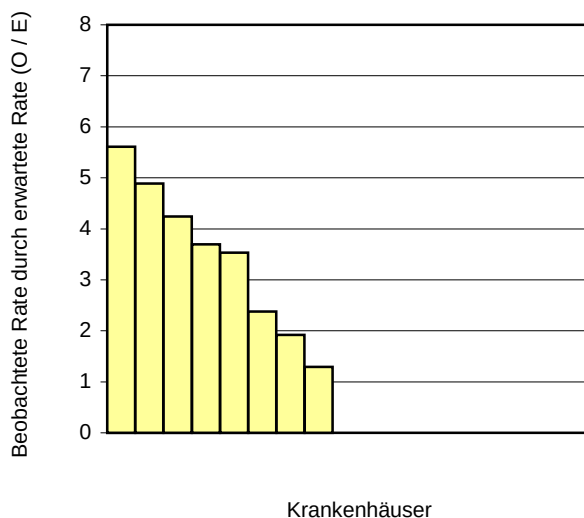
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		21 / 1.190 1,76%
vorhergesagt (E)		9,48 / 1.190 0,80%
O - E		0,97%
O / E		2,21
Vertrauensbereich		1,45 - 3,37

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

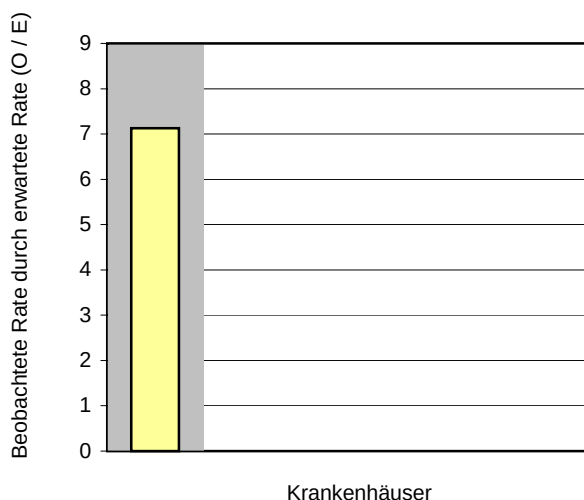
17 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	3,54	4,89		5,61

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			7,13

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Alle Patienten

Gruppe 2: Patienten mit osteosynthetischer Versorgung
(DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)

Gruppe 3: Patienten mit endoprothetischer Versorgung
(TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

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

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

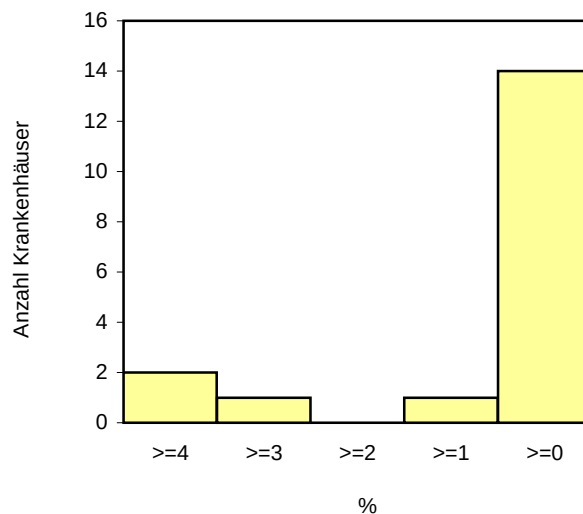
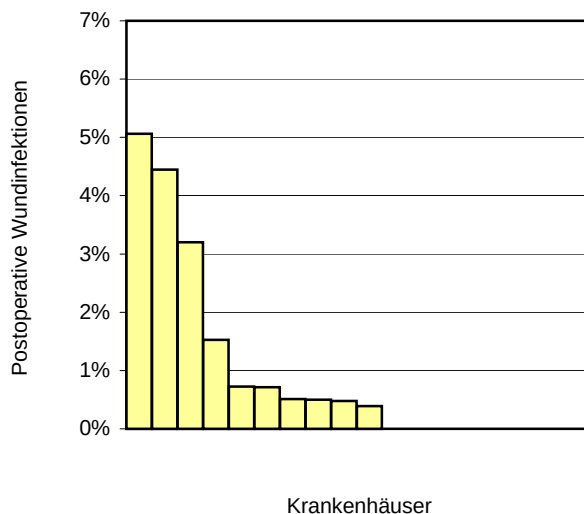
	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	26 / 2.642 1,0%	7 / 1.358 0,5%	19 / 1.261 1,5%
Vertrauensbereich	0,7% - 1,4%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	17 / 2.642 0,6%	5 / 1.358 0,4%	12 / 1.261 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	9 / 2.642 0,3%	2 / 1.358 0,1%	7 / 1.261 0,6%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	27 / 2.508	9 / 1.299	17 / 1.190
Vertrauensbereich	1,1% 0,7% - 1,6%	0,7%	1,4%

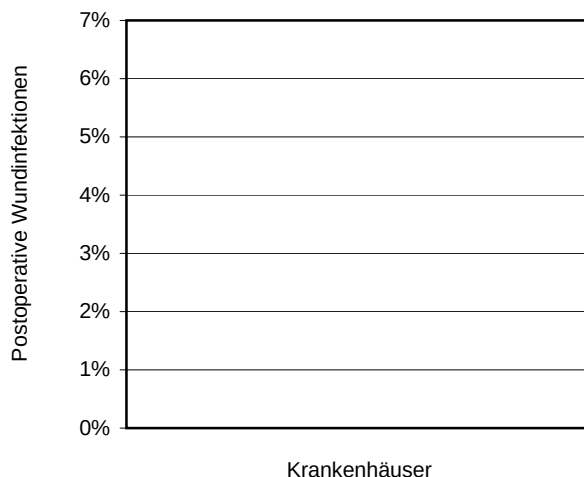
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2274]:
Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

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



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

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		26 / 2.642 0,98%
vorhergesagt (E) ¹		28,27 / 2.642 1,07%
O - E		-0,09%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,92
Vertrauensbereich		0,63 - 1,34
Referenzbereich	<= 2,84	<= 2,84

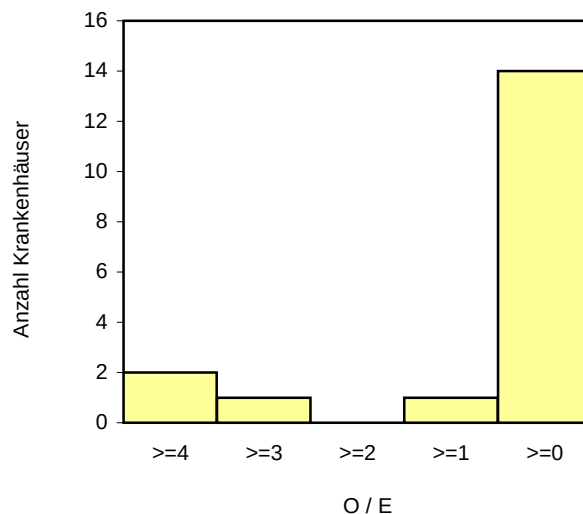
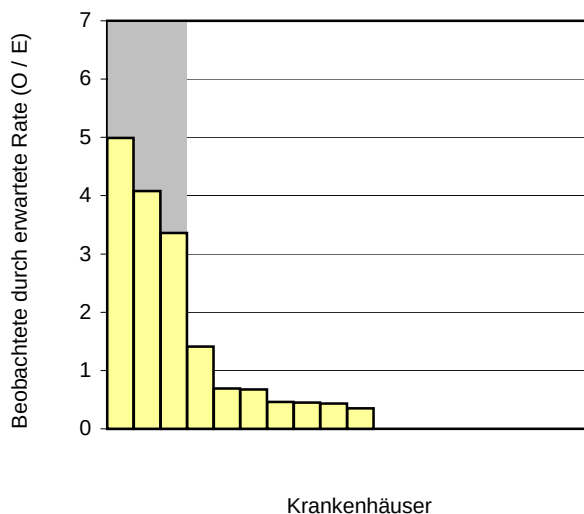
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit postoperativer Wundinfektion zu den erwarteten Fällen mit postoperativer Wundinfektion
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		27 / 2.508 1,08%
vorhergesagt (E)		26,93 / 2.508 1,07%
O - E		0,00%
O / E		1,00
Vertrauensbereich		0,69 - 1,45

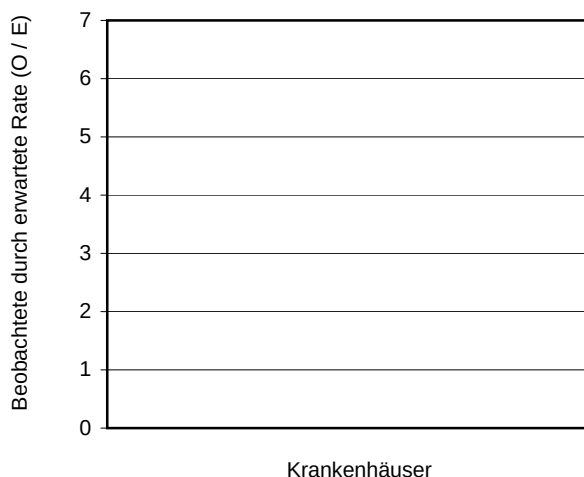
Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50889]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,39	0,69	4,08		4,99

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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	1
	Alle Eingriffe, hier: > 78 min Endoprothetische Versorgung, hier: > 90 min Osteosynthetische Versorgung, hier: > 60 min	
Wundkontaminations-klassifikation	kontaminierter oder septischer Eingriff	1
Risikoklassen		
0	Patienten mit 0 Risikopunkten	
1	Patienten mit 1 Risikopunkt	
2	Patienten mit 2 Risikopunkten	
3	Patienten mit 3 Risikopunkten	

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Risikoklasse 0	472 / 2.642 17,9%	278 / 1.358 20,5%	173 / 1.261 13,7%
Risikoklasse 1	1.693 / 2.642 64,1%	890 / 1.358 65,5%	865 / 1.261 68,6%
Risikoklasse 2	476 / 2.642 18,0%	190 / 1.358 14,0%	222 / 1.261 17,6%
Risikoklasse 3	1 / 2.642 0,0%	0 / 1.358 0,0%	1 / 1.261 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 Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2 / 472 0,4%	0 / 278 0,0%	2 / 173 1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	2 / 472 0,4%	0 / 278 0,0%	2 / 173 1,2%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	0 / 472 0,0%	0 / 278 0,0%	0 / 173 0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	17 / 1.693 1,0%	7 / 890 0,8%	16 / 865 1,8%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	10 / 1.693 0,6%	5 / 890 0,6%	9 / 865 1,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	7 / 1.693 0,4%	2 / 890 0,2%	7 / 865 0,8%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 2

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	7 / 476 1,5%	0 / 190 0,0%	1 / 222 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	5 / 476 1,1%	0 / 190 0,0%	1 / 222 0,5%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))	2 / 476 0,4%	0 / 190 0,0%	0 / 222 0,0%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 3

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	0 / 1 0,0%	0 / 0	0 / 1 0,0%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)	0 / 1 0,0%	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 / 1 0,0%	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: (QI 9a): 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269

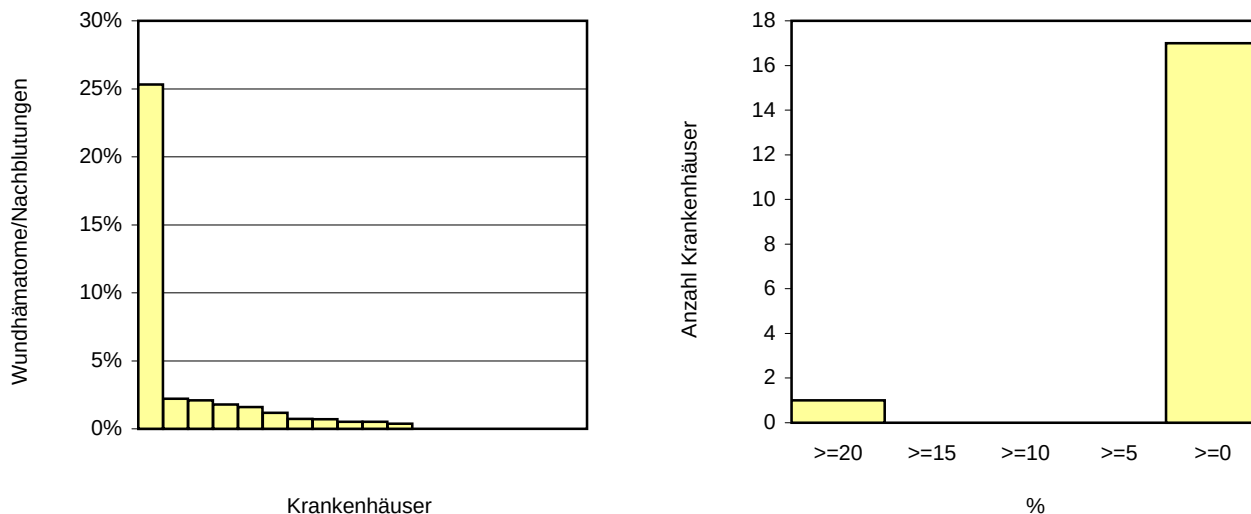
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			37 / 2.642	 1,4%
Vertrauensbereich				1,0% - 1,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			25 / 2.508	 1,0%
Vertrauensbereich				0,7% - 1,5%

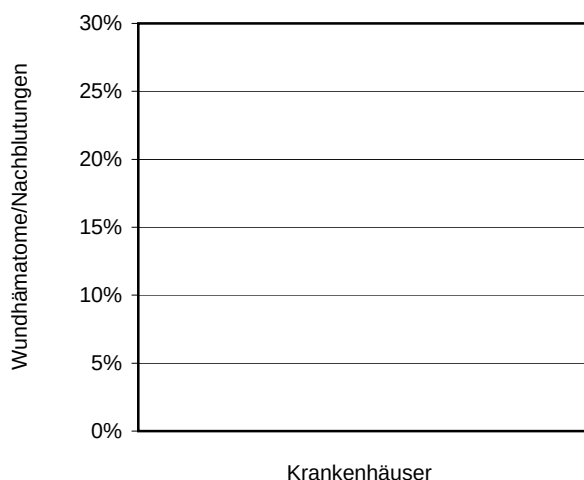
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2269]:
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	0,5	1,6	2,2		25,3

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Grundgesamtheit:

Gruppe 1: Patienten mit OP-Dauer 10 - 60 min
Gruppe 2: Patienten mit OP-Dauer 61 - 120 min
Gruppe 3: Patienten mit OP-Dauer 121 - 180 min
Gruppe 4: Patienten mit OP-Dauer > 180 min¹

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer	Gruppe 2 OP-Dauer	Gruppe 3 OP-Dauer	Gruppe 4 OP-Dauer
	10 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 OP-Dauer	Gruppe 2 OP-Dauer	Gruppe 3 OP-Dauer	Gruppe 4 OP-Dauer
	10 - 60 min	61 - 120 min	121 - 180 min	> 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	18 / 1.440 1,3%	18 / 1.105 1,6%	1 / 84 1,2%	0 / 13 0,0%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		37 / 2.642 1,40%
vorhergesagt (E) ¹		44,80 / 2.642 1,70%
O - E		-0,30%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,83
Vertrauensbereich		0,60 - 1,13
Referenzbereich	<= 3,54	<= 3,54

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Wundhämatom oder Nachblutung zu den erwarteten Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung.

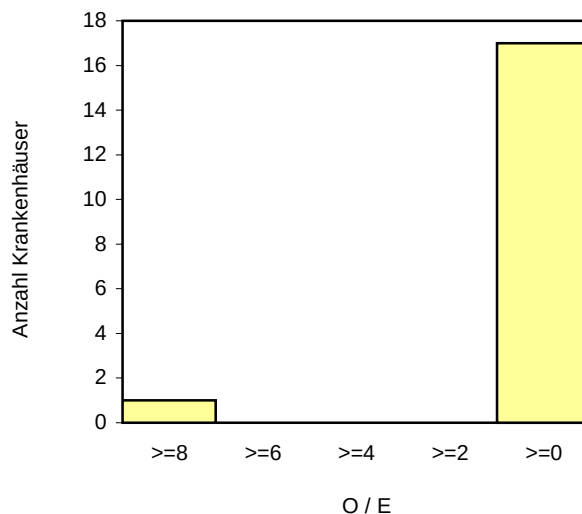
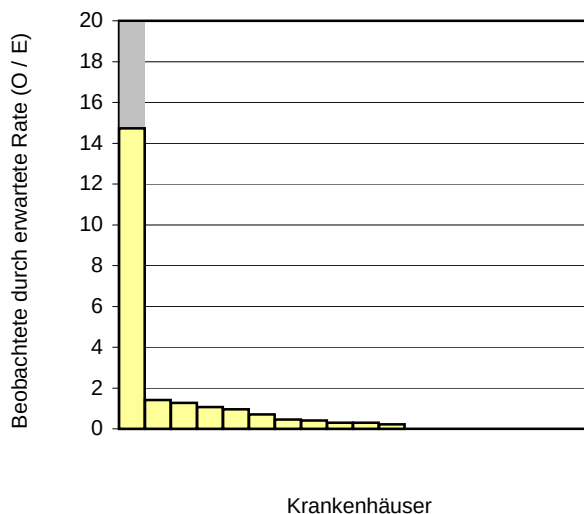
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		25 / 2.508 1,00%
vorhergesagt (E)		42,23 / 2.508 1,68%
O - E		-0,69%
O / E		0,59
Vertrauensbereich		0,40 - 0,87

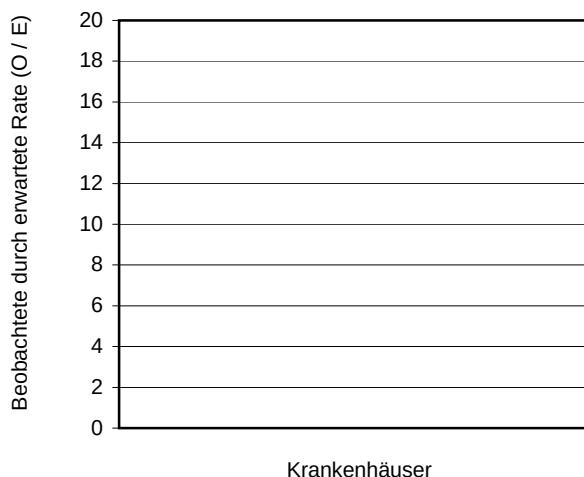
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50858]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,30	0,96	1,41		14,73

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Allgemeine postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten allgemeine postoperative Komplikationen

Allgemeine postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit:

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

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

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

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

	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	89 / 2.642 3,4%	8 / 640 1,3%	81 / 2.000 4,1%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	3 / 2.642 0,1%	0 / 640 0,0%	3 / 2.000 0,2%
Patienten mit Lungenembolie	13 / 2.642 0,5%	3 / 640 0,5%	10 / 2.000 0,5%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich Referenzbereich	104 / 2.642 3,9% 3,3% - 4,7%	11 / 640 1,7%	93 / 2.000 4,7%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	96 / 2.642 3,6%	3 / 640 0,5%	93 / 2.000 4,7%
Patienten mit sonstiger Komplikation	131 / 2.642 5,0%	6 / 640 0,9%	125 / 2.000 6,3%

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

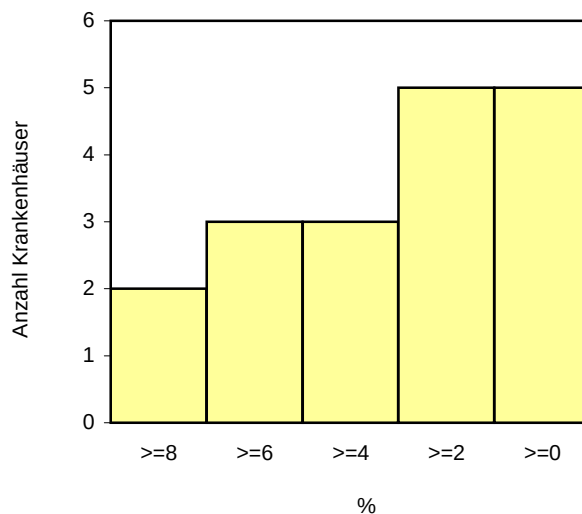
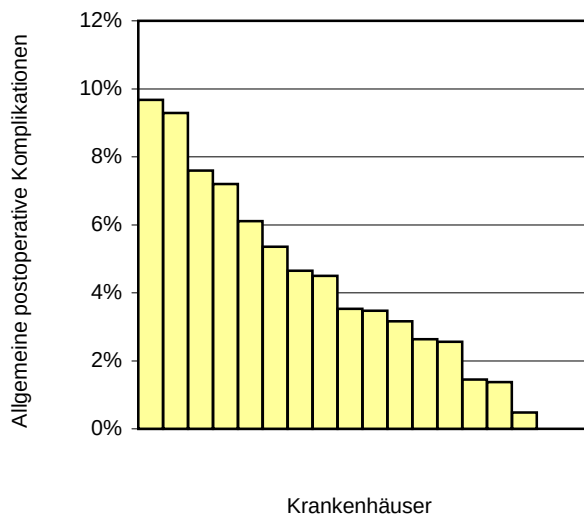
Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen Pneumonie, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie Vertrauensbereich	92 / 2.508 3,7% 3,0% - 4,5%	7 / 607 1,2%	85 / 1.895 4,5%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

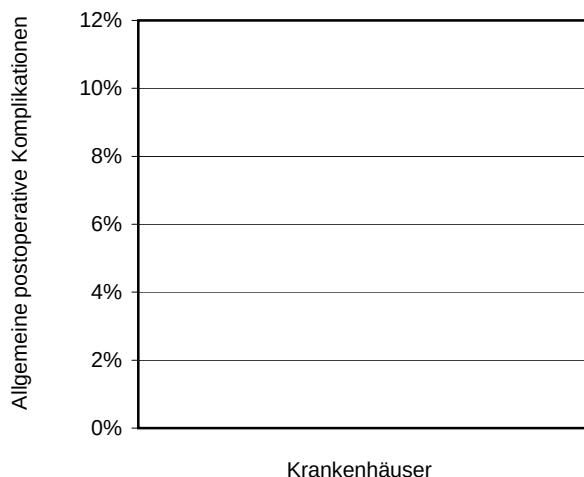
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

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

Referenzbereich: $\leq 2,64$ (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		104 / 2.642 3,94%
vorhergesagt (E) ¹		82,62 / 2.642 3,13%
O - E		0,81%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,26
Vertrauensbereich		1,04 - 1,52
Referenzbereich	$\leq 2,64$	$\leq 2,64$

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

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

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

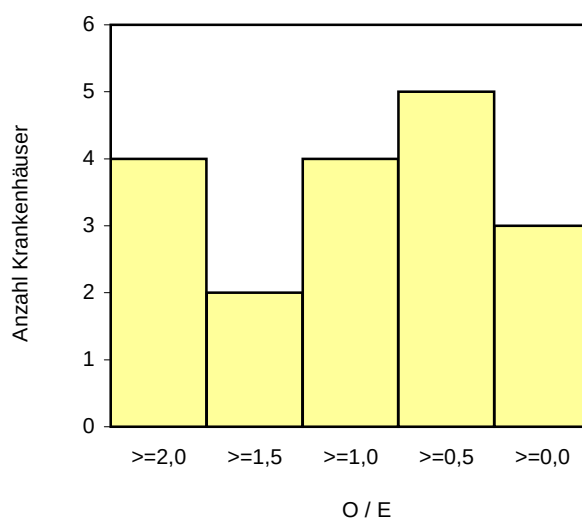
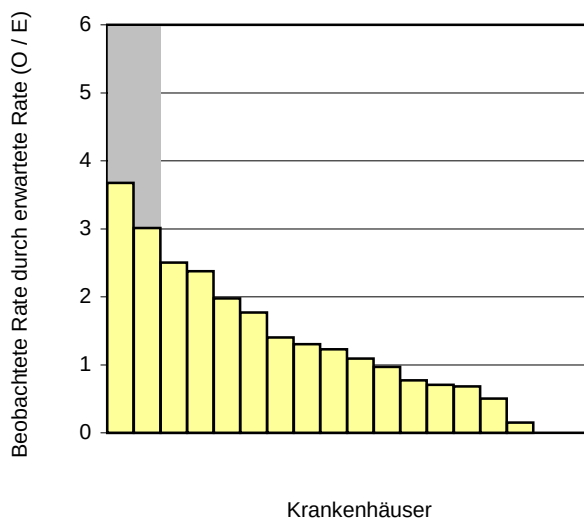
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		92 / 2.508 3,67%
vorhergesagt (E)		76,40 / 2.508 3,05%
O - E		0,62%
O / E		1,20
Vertrauensbereich		0,99 - 1,47

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/50894]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer kardiovaskulären und sonstigen Komplikationen) an allen Patienten

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

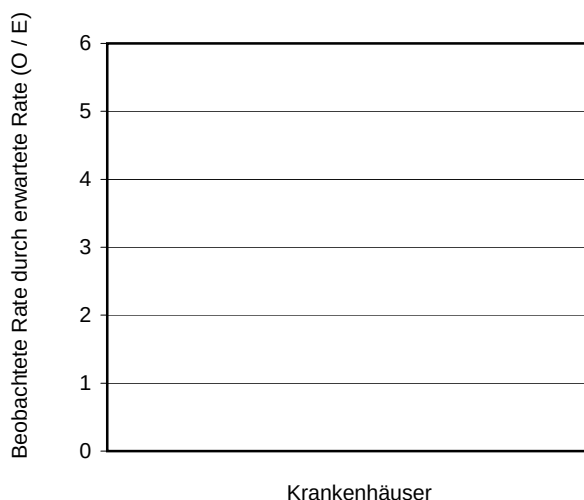
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,68	1,16	1,98	3,01		3,68

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 11: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit:

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

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

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

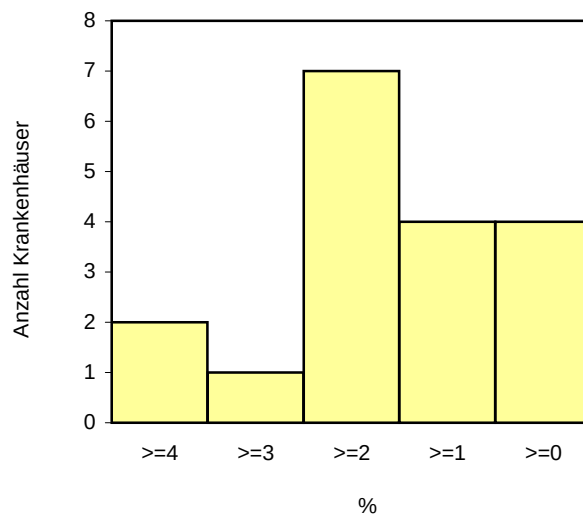
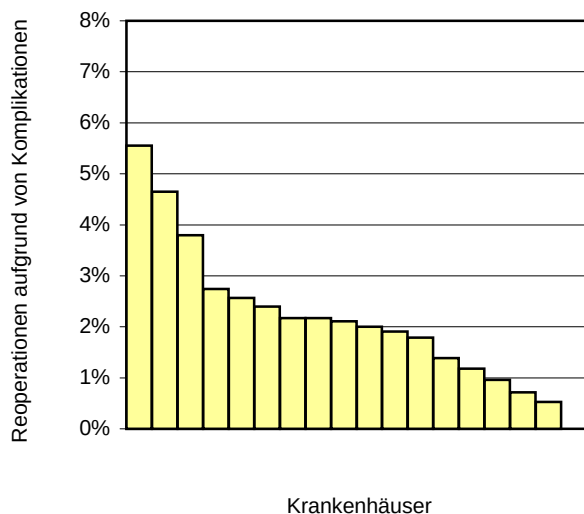
	Krankenhaus 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	 nicht definiert		
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich Referenzbereich	51 / 2.642 1,9% 1,5% - 2,5% nicht definiert	19 / 1.358 1,4%	30 / 1.261 2,4%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen Vertrauensbereich	84 / 2.508 3,3% 2,7% - 4,1%	31 / 1.299 2,4%	51 / 1.190 4,3%

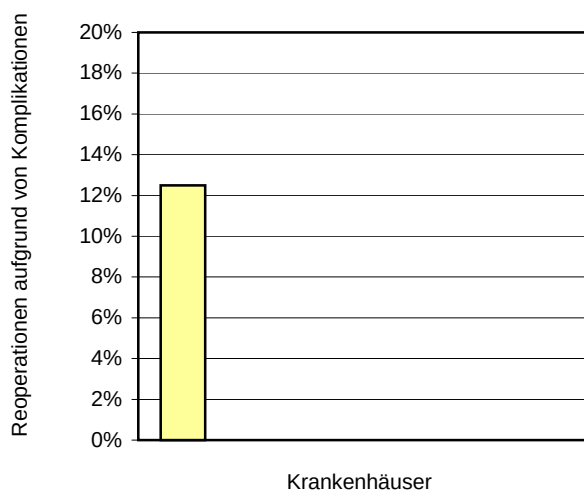
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 11a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2268]:
Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,5	1,2	2,1	2,6	4,7		5,6

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		51 / 2.642 1,93%
vorhergesagt (E) ¹		77,00 / 2.642 2,91%
O - E		-0,98%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		0,66
Vertrauensbereich		0,50 - 0,87
Referenzbereich	$\leq 4,08$	$\leq 4,08$

² Verhältnis der beobachteten Fälle mit Reoperation aufgrund von Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

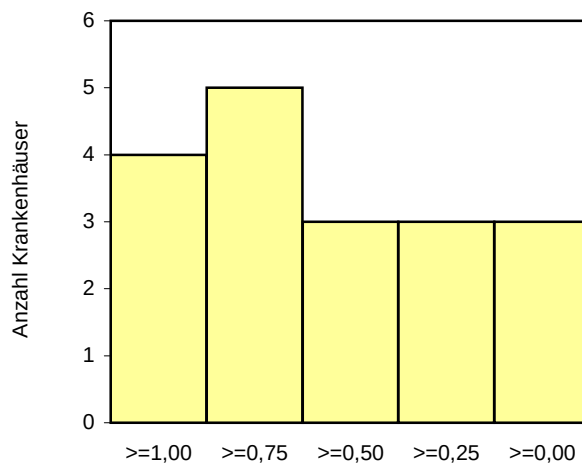
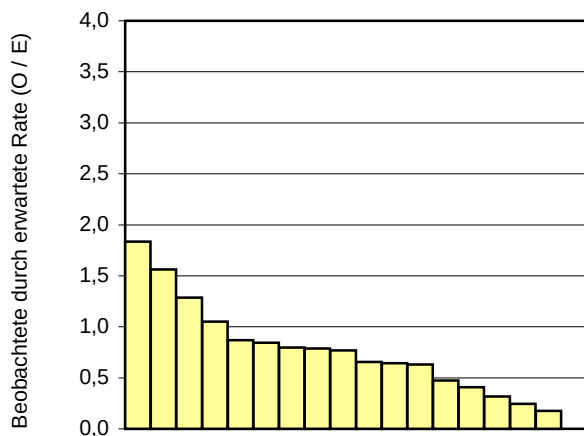
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		84 / 2.508 3,35%
vorhergesagt (E)		72,94 / 2.508 2,91%
O - E		0,44%
O / E		1,15
Vertrauensbereich		0,93 - 1,42

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

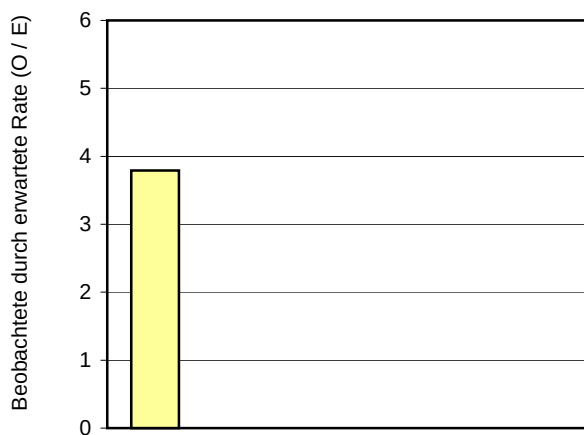
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,17	0,41	0,71	0,87	1,56		1,84

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			3,79

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 12: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Patienten mit ASA 1 - 2
Gruppe 2: Patienten mit ASA 3
Gruppe 3: Patienten mit ASA 4
Gruppe 4: Patienten mit ASA 5

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

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

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

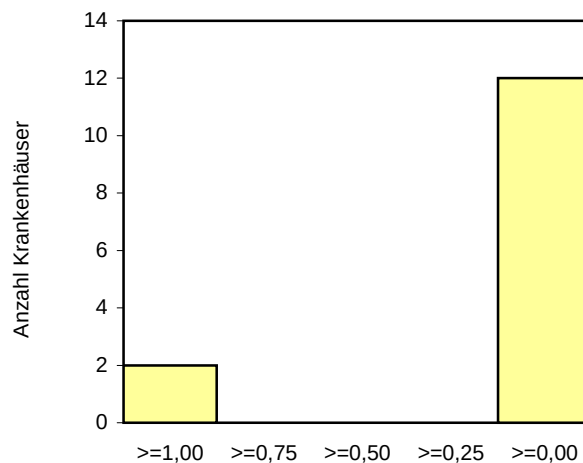
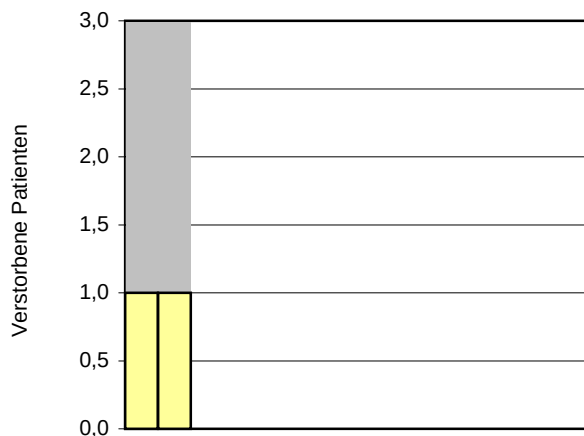
	Gesamt 2013			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	2 / 640 2,0 Fälle	102 / 1.816 5,6%	36 / 184 19,6%	0 / 2 0,0%
Vertrauensbereich		4,6% - 6,8%		
Referenzbereich	Sentinel Event	nicht definiert		

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012			
	Gruppe 1 ASA 1 - 2	Gruppe 2 ASA 3	Gruppe 3 ASA 4	Gruppe 4 ASA 5
Verstorbene Patienten	3 / 607 3,0 Fälle	94 / 1.737 5,4%	37 / 158 23,4%	5 / 6 83,3%
Vertrauensbereich		4,4% - 6,6%		

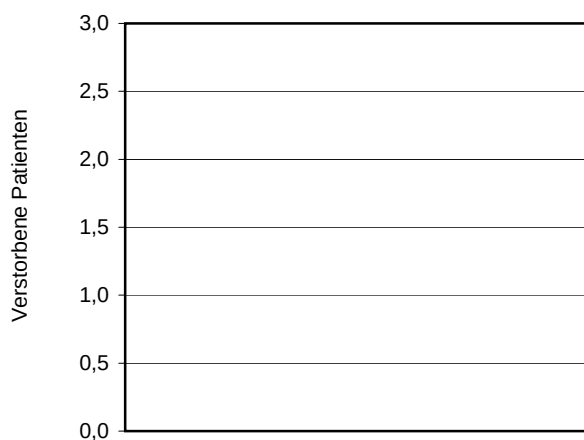
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12a, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2277]:
Anzahl verstorbener Patienten von Patienten mit ASA 1 - 2

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



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

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

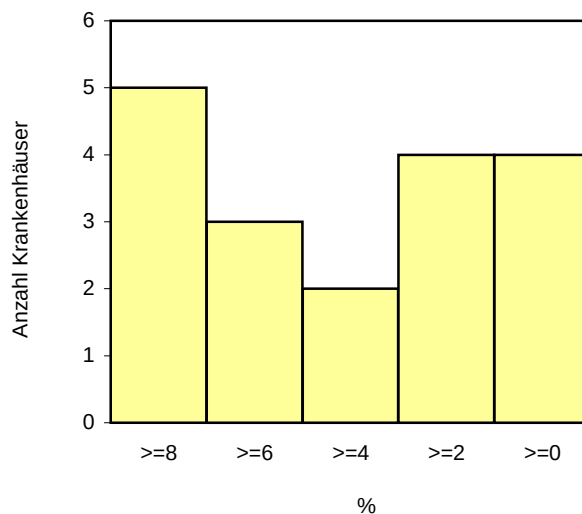
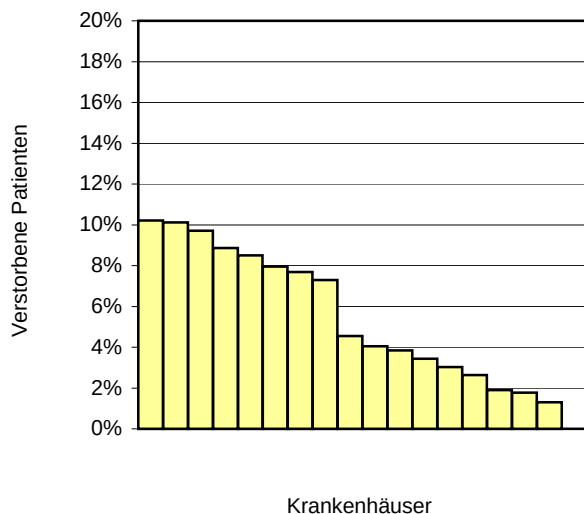


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			0,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

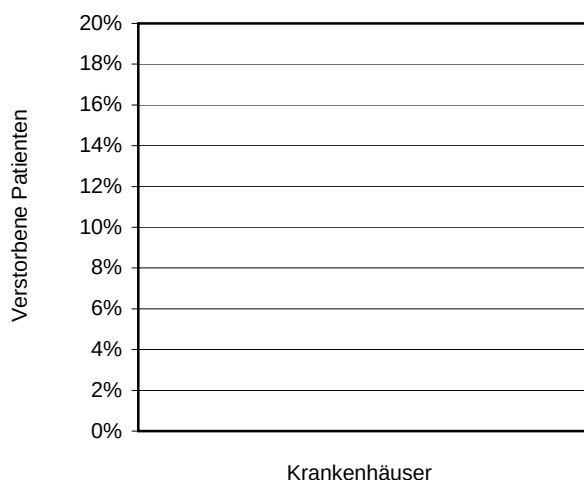
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12b, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2276]:
Anteil verstorbenen Patienten an Patienten mit ASA 3

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		1,3	2,6	4,3	8,5	10,1		10,2

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit osteosynthetischer Versorgung (DHS oder intramedulläre Stabilisierung oder Verschraubung)
	Gruppe 3:	Patienten mit endoprothetischer Versorgung (TEP oder monopolare Femurkopfprothese oder Duokopfprothese)
Indikator-ID:	Gruppe 2 (QI 12c):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279
	Gruppe 3 (QI 12d):	2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278
Referenzbereich:	Gruppe 2:	<= 10,6% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
	Gruppe 3:	<= 13,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

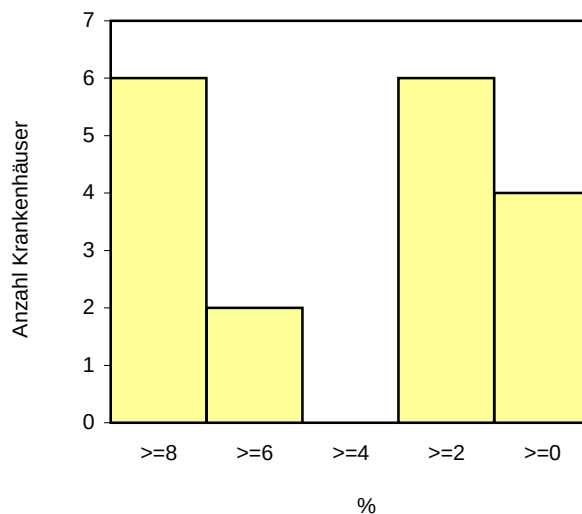
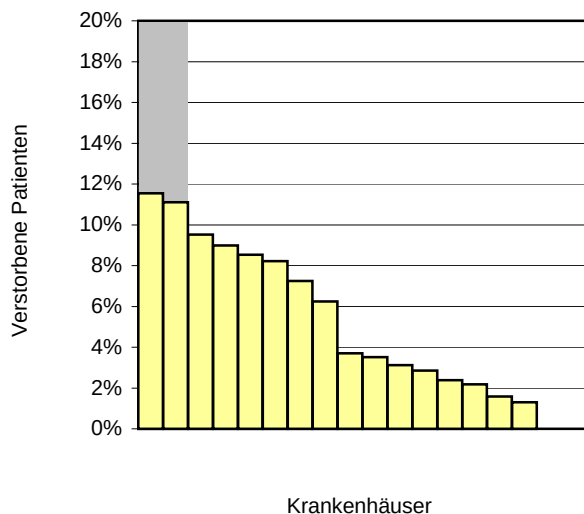
	Gesamt 2013		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	140 / 2.642 5,3%	74 / 1.358 5,4%	66 / 1.261 5,2%
Vertrauensbereich		4,4% - 6,8%	4,1% - 6,6%
Referenzbereich		<= 10,6%	<= 13,3%

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

Vorjahresdaten	Gesamt 2012		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 osteosynthetische Versorgung	Gruppe 3 endoprothetische Versorgung
Verstorbene Patienten	139 / 2.508 5,5%	60 / 1.299 4,6%	79 / 1.190 6,6%
Vertrauensbereich		3,6% - 5,9%	5,4% - 8,2%

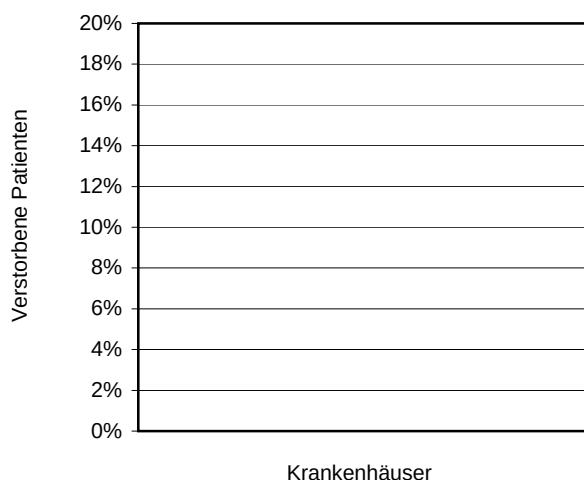
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12c, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2279]:
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit osteosynthetischer Versorgung

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



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
1 Krankenhaus hat weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

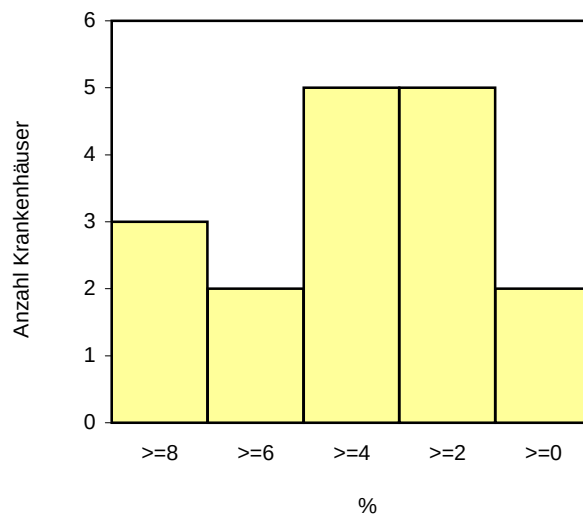
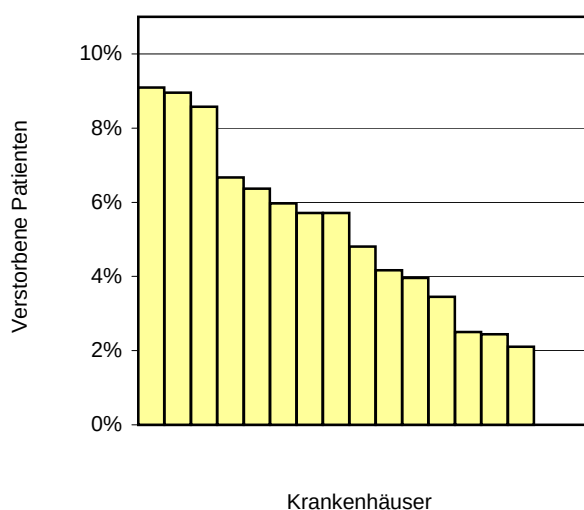


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				0,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

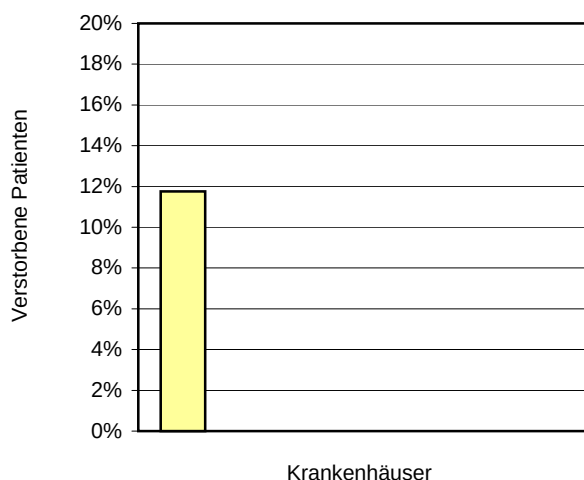
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 12d, Indikator-ID 2013/17n1-HUEFT-FRAK/2278]:
Anteil von verstorbenen Patienten an Patienten mit endoprothetischer Versorgung

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



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

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			11,8

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		140 / 2.641 5,30%
vorhergesagt (E) ¹		139,96 / 2.641 5,30%
O - E		0,00%

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

	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
O / E ²		1,00
Vertrauensbereich		0,85 - 1,17
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

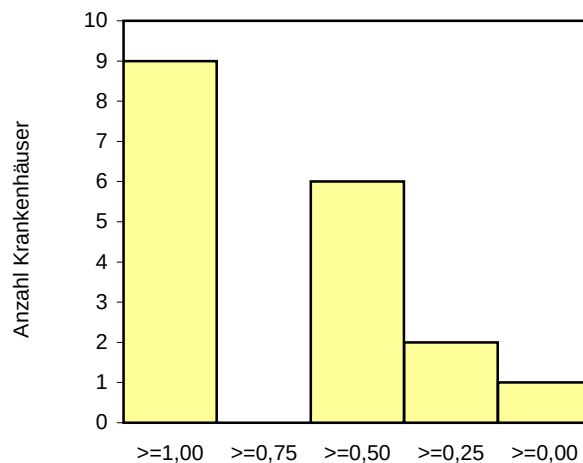
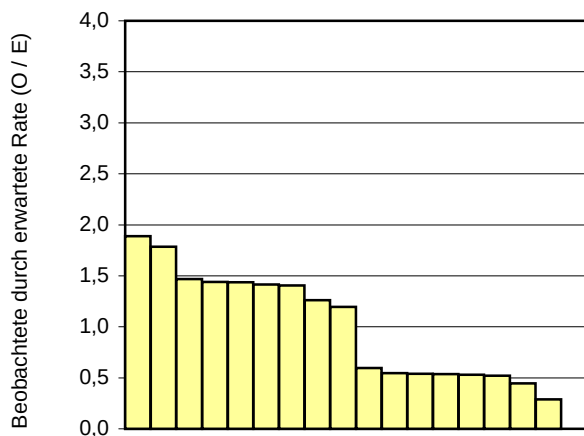
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	Gesamt 2012
beobachtet (O)		139 / 2.507 5,54%
vorhergesagt (E)		129,48 / 2.507 5,16%
O - E		0,38%
O / E		1,07
Vertrauensbereich		0,91 - 1,26

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

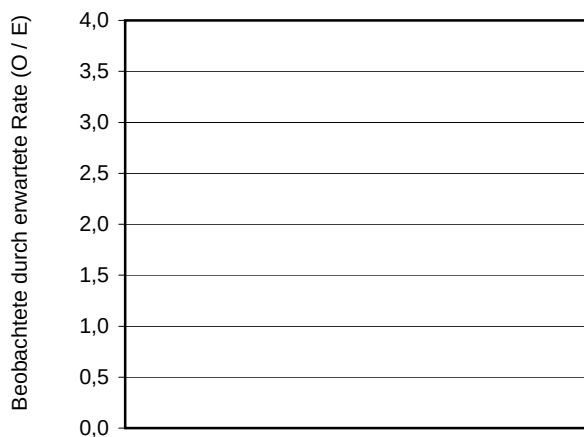
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,29	0,53	0,90	1,44	1,78		1,89

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

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

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

Referenzbereich: < 100,0%

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			328 / 421	77,9%
Vertrauensbereich				73,7% - 81,6%
Referenzbereich		< 100,0%		< 100,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne Wundinfektion und ohne allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation			212 / 286	74,1%
Vertrauensbereich				68,8% - 78,9%

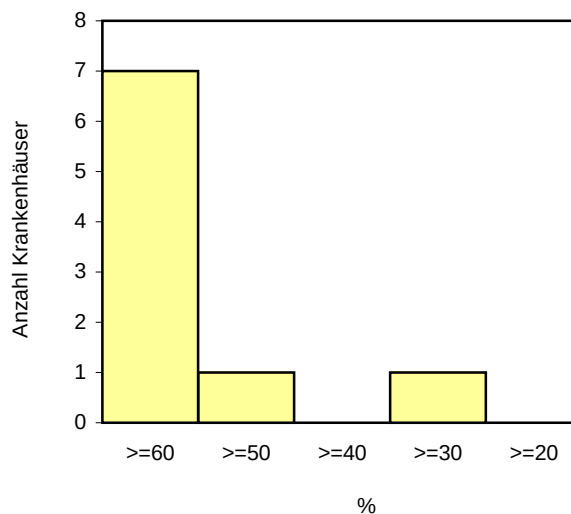
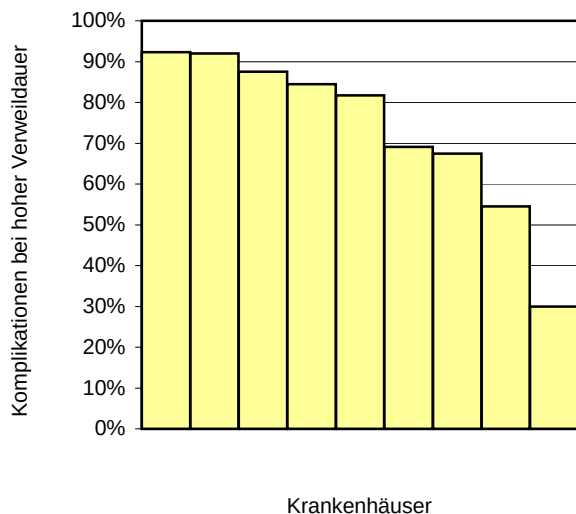
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln aus 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

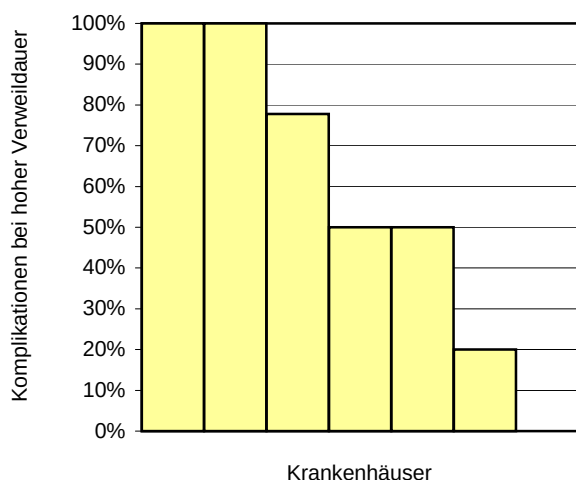
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	30,0			67,4	81,7	87,5			92,3

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			20,0	50,0	100,0			100,0

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Hüftgelenknahe Femurfraktur

17/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 23
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.642
Datensatzversion: 17/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14194-L90115-P43641

Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			660	25,0	626	25,0
2. Quartal			635	24,0	551	22,0
3. Quartal			651	24,6	637	25,4
4. Quartal			696	26,3	694	27,7
Gesamt			2.642		2.508	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.642		2.508	
Median				1,0		1,0
Mittelwert				1,4		1,4
Postoperative Verweildauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.642		2.508	
Median				12,0		12,0
Mittelwert				14,9		15,4
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben			2.642		2.508	
Median				13,0		13,0
Mittelwert				16,3		16,8

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

(Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			1.480	56,0	1.434	57,2
S72.00			53	2,0	36	1,4
S72.01			1.152	43,6	1.099	43,8
S72.02			0	0,0	0	0,0
S72.03			65	2,5	77	3,1
S72.04			153	5,8	156	6,2
S72.05			56	2,1	52	2,1
S72.08			38	1,4	44	1,8
Petrochantäre Frakturen			1.179	44,6	1.096	43,7
S72.10			952	36,0	950	37,9
S72.11			248	9,4	163	6,5

OPS 2013¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
2	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
3	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
4	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
7	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
8	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
9	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
10	5-790.3f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur proximal

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

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

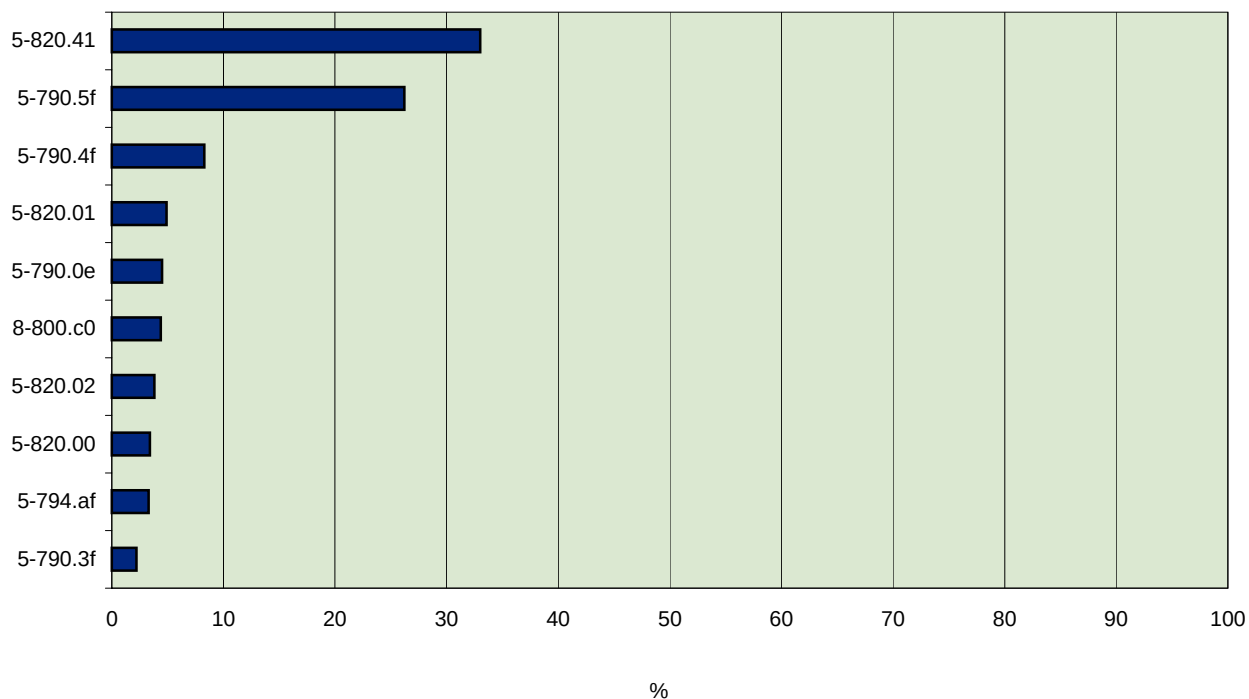
OPS 2013

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-820.41	871	33,0	5-820.41	808	32,2
2				5-790.5f	692	26,2	5-790.5f	650	25,9
3				5-790.4f	219	8,3	5-790.4f	177	7,1
4				5-820.01	129	4,9	8-800.c0	137	5,5
5				5-790.0e	120	4,5	5-820.01	128	5,1
6				8-800.c0	115	4,4	5-820.02	118	4,7
7				5-820.02	100	3,8	5-790.0e	113	4,5
8				5-820.00	90	3,4	5-794.af	77	3,1
9				5-794.af	86	3,3	5-820.00	73	2,9
10				5-790.3f	59	2,2	5-790.8e	73	2,9

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

OPS 2013 (Gesamt 2013)



Verteilung der endoprothetischen OP-Verfahren OPS 2013

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Totalendoprothese (5-820.0)			319 / 2.642	12,1	319 / 2.508	12,7
Totalendoprothese, Sonderprothese (5-820.2)			27 / 2.642	1,0	25 / 2.508	1,0
Femurkopfprothese (5-820.3)			11 / 2.642	0,4	5 / 2.508	0,2
Duokopfprothese (5-820.4)			907 / 2.642	34,3	846 / 2.508	33,7

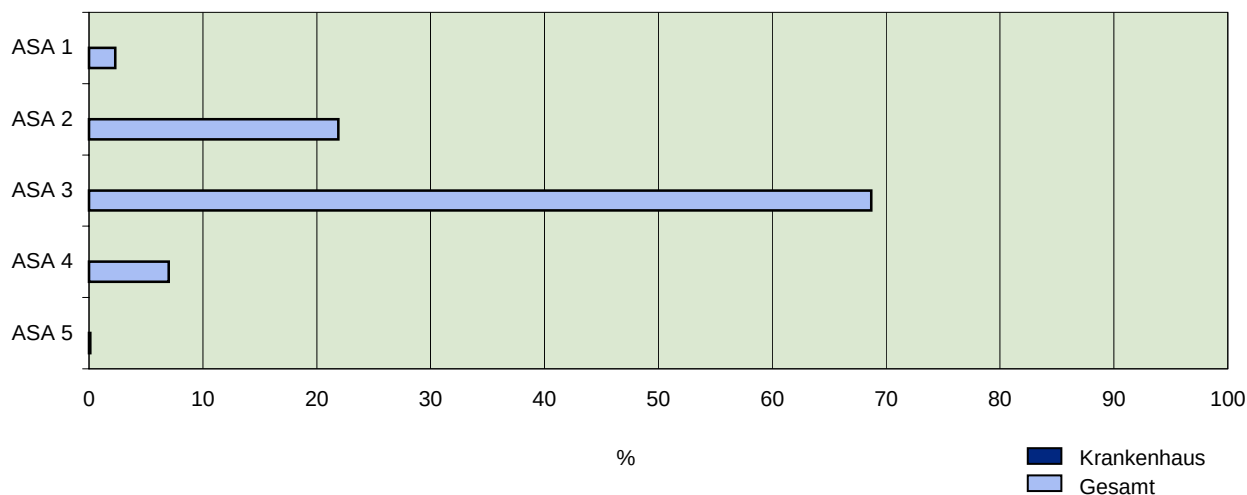
Zusatz-OPS-Kodes

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
5-983 Reoperation			1 / 2.642	0,0	4 / 2.508	0,2
5-986 Minimalinvasive Technik			0 / 2.642	0,0	0 / 2.508	0,0
5-987 Anwendung eines OP-Roboters			0 / 2.642	0,0	0 / 2.508	0,0
5-988 Anwendung eines Navigations-systems			0 / 2.642	0,0	0 / 2.508	0,0

Patienten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.642 / 2.642		2.508 / 2.508	
< 50 Jahre			62 / 2.642	2,3	55 / 2.508	2,2
50 - 59 Jahre			112 / 2.642	4,2	107 / 2.508	4,3
60 - 69 Jahre			243 / 2.642	9,2	226 / 2.508	9,0
70 - 79 Jahre			619 / 2.642	23,4	613 / 2.508	24,4
80 - 89 Jahre			1.122 / 2.642	42,5	1.066 / 2.508	42,5
>= 90 Jahre			484 / 2.642	18,3	441 / 2.508	17,6
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			2.642		2.508	
Median				83,0		82,0
Mittelwert				80,0		79,8
Geschlecht						
männlich			811	30,7	712	28,4
weiblich			1.831	69,3	1.796	71,6
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			62	2,3	62	2,5
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			578	21,9	545	21,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.816	68,7	1.737	69,3
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			184	7,0	158	6,3
5: moribunder Patient			2	0,1	6	0,2

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			2.631	99,6	2.485	99,1
bedingt aseptische Eingriffe			9	0,3	20	0,8
kontaminierte Eingriffe			0	0,0	0	0,0
septische Eingriffe			2	0,1	3	0,1
Frakturlokalisation						
medial			1.375	52,0	1.325	52,8
lateral			63	2,4	81	3,2
pertrochantär			1.150	43,5	1.057	42,1
sonstige			54	2,0	45	1,8
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			83 / 1.375	6,0	83 / 1.325	6,3
unverschoben			121 / 1.375	8,8	116 / 1.325	8,8
verschoben			762 / 1.375	55,4	769 / 1.325	58,0
komplett verschoben			409 / 1.375	29,7	357 / 1.325	26,9
Vorbestehende Koxarthrose			893	33,8	765	30,5

Patienten (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen¹			626	23,7	-	-
Art der Medikation¹						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			193 / 626	30,8	-	-
Acetylsalicylsäure			265 / 626	42,3	-	-
andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			60 / 626	9,6	-	-
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			11 / 626	1,8	-	-
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			33 / 626	5,3	-	-

¹ Das Datenfeld wurde im Erfassungsjahr 2013 neu eingeführt.

Operation

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 24 h			1.650	62,5	1.976	78,8
24 - 48 h			633	24,0	353	14,1
> 48 h			359	13,6	179	7,1
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			2.642		2.508	
Median				59,0		60,0
Mittelwert				62,7		63,7
Perioperative Antibiotikaphylaxe						
Anzahl Patienten			2.635	99,7	2.499	99,6
single shot			2.384 / 2.635	90,5	2.213 / 2.499	88,6
Zweitgabe			41 / 2.635	1,6	40 / 2.499	1,6
öfter			210 / 2.635	8,0	246 / 2.499	9,8
Operationsverfahren						
1 DHS, Winkelplatte			96	3,6	102	4,1
2 intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.148	43,5	1.076	42,9
3 Verschraubung			114	4,3	121	4,8
4 TEP			341	12,9	319	12,7
5 monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese)			8	0,3	8	0,3
6 Duokopfprothese (Hemiprothese)			912	34,5	863	34,4
7 Sonstige			23	0,9	19	0,8

Operation (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			394	14,9	398	15,9
Dienstag			409	15,5	391	15,6
Mittwoch			388	14,7	368	14,7
Donnerstag			385	14,6	375	15,0
Freitag			409	15,5	363	14,5
Samstag			352	13,3	343	13,7
Sonntag			305	11,5	270	10,8
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			395	15,0	362	14,4
Dienstag			409	15,5	379	15,1
Mittwoch			386	14,6	400	15,9
Donnerstag			362	13,7	367	14,6
Freitag			458	17,3	413	16,5
Samstag			321	12,1	306	12,2
Sonntag			311	11,8	281	11,2

Verlauf

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			2.635	99,7	2.501	99,7
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			2.590	98,0	2.461	98,1
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			86	3,3	90	3,6
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Implantatfehlage			2	0,1	3	0,1
Implantatdislokation			11	0,4	14	0,6
Endoprothesenluxation			15	0,6	21	0,8
Wundhämatom/Nachblutung			37	1,4	25	1,0
Gefäßläsion			1	0,0	0	0,0
Nervenschaden			2	0,1	4	0,2
Fraktur			9	0,3	11	0,4
Sonstige			13	0,5	18	0,7

Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)						
Anzahl Patienten			26	1,0	27	1,1
davon						
A1 (oberflächliche Infektion)			17 / 26	65,4	9 / 27	33,3
A2 (tiefe Infektion)			9 / 26	34,6	15 / 27	55,6
A3 (Räume/Organe)			0 / 26	0,0	3 / 27	11,1
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			51	1,9	84	3,3
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation			279	10,6	255	10,2
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>						
Pneumonie			89	3,4	75	3,0
Kardiovaskuläre Komplikationen			96	3,6	107	4,3
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			3	0,1	7	0,3
Lungenembolie			13	0,5	13	0,5
Sonstige			131	5,0	105	4,2

Entlassung I

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			2.061	82,4	2.052	86,6
Nein			441	17,6	317	13,4
wenn nein: selbständiges Gehen vor der Fraktur			123	27,9	85	26,8
selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			1.886	75,4	1.895	80,0
Nein			616	24,6	474	20,0
wenn nein: selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			87	14,1	63	13,3

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.284	48,6	1.104	44,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			20	0,8	25	1,0
03: aus sonstigen Gründen			3	0,1	3	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			16	0,6	14	0,6
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,0	0	0,0
06: Verlegung			407	15,4	478	19,1
07: Tod			140	5,3	139	5,5
08: Verlegung nach § 14			7	0,3	13	0,5
09: in Rehabilitationseinrichtung			383	14,5	413	16,5
10: in Pflegeeinrichtung			330	12,5	280	11,2
11: in Hospiz			3	0,1	5	0,2
12: interne Verlegung			0	0,0	20	0,8
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,1	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			39	1,5	10	0,4
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			7	0,3	4	0,2

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

Entlassung III

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			499	18,9	498	19,9
Dienstag			523	19,8	443	17,7
Mittwoch			448	17,0	453	18,1
Donnerstag			428	16,2	448	17,9
Freitag			593	22,4	528	21,1
Samstag			114	4,3	101	4,0
Sonntag			37	1,4	37	1,5

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Risikoadjustierung mit dem logistischen HÜFT-FRAK-Score

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

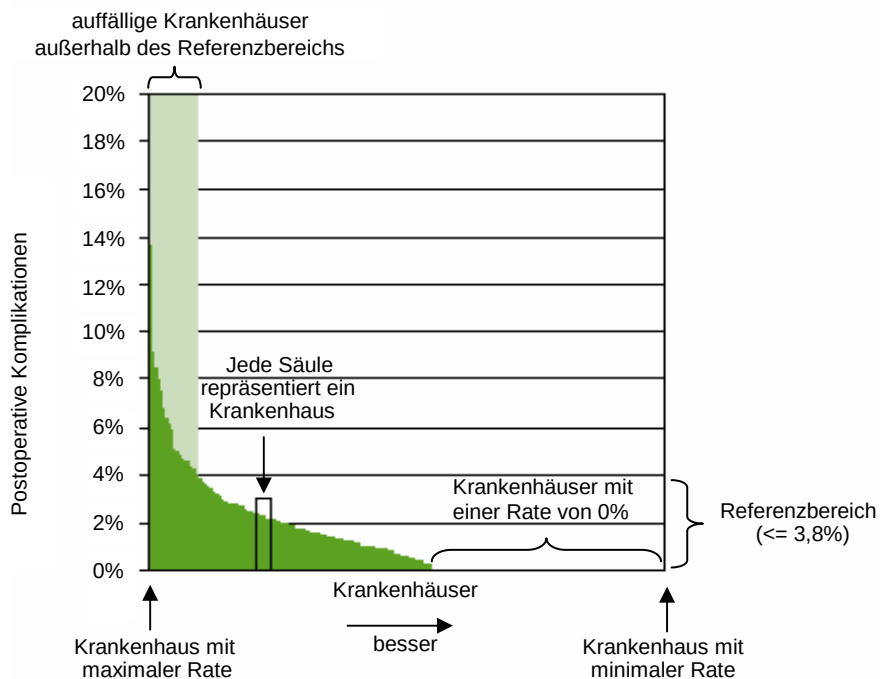
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

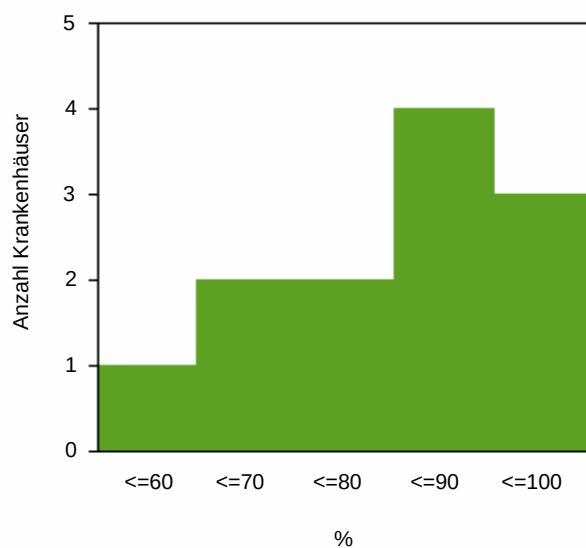
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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