

Jahresauswertung 2015
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.337
Datensatzversion: 17/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16054-L101703-P48871

Jahresauswertung 2015
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.337
Datensatzversion: 17/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16054-L101703-P48871

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2015/17n1-HUEFT-FRAK/54030 QI 1: Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus			22,59%	<= 15,00%	außerhalb	-	8
2015/17n1-HUEFT-FRAK/54031 QI 2: Perioperative Antibiotikaphylaxe			99,55%	>= 97,41%	innerhalb	-	12
QI 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung 3a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54032 bei allen Patienten			4,03%	nicht definiert	-	-	14
3b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54033 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,80	<= 3,18	innerhalb	-	17
2015/17n1-HUEFT-FRAK/54034 QI 4: Gefäßläsion/Nervenschaden			0,07%	nicht definiert	-	-	19

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

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

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 5: Implantatfehl- lage, -dislokation oder Fraktur							
5a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54035 bei allen Patienten			0,60%	nicht definiert	-	-	21
5b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54036 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,63	<= 3,65	innerhalb	-	23
QI 6: Postoperative Wundinfektion							
6a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54037 bei allen Patienten			0,30%	nicht definiert	-	-	25
6b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54038 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,42	<= 2,70	innerhalb	-	27
QI 7: Wundhämatome/Nachblutungen							
7a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54039 bei allen Patienten			0,75%	nicht definiert	-	-	35
7b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54040 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,62	<= 4,02	innerhalb	-	38

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

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

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator ¹	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
QI 8: Allgemeine postoperative Komplikationen							
8a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54041 bei allen Patienten			5,39%	nicht definiert	-	-	40
8b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54042 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,92	<= 2,68	innerhalb	-	43
QI 9: Reoperation aufgrund von Komplikationen							
9a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54043 bei allen Patienten			1,12%	nicht definiert	-	-	45
9b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54044 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,50	<= 2,77	innerhalb	-	47
QI 10: Sterblichkeit im Krankenhaus							
10a: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54045 bei allen Patienten			3,44%	nicht definiert	-	-	49
10b: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54046 Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate			0,72	<= 2,01	innerhalb	-	51

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

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

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

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 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2015/17n1-HUEFT-FRAK/850350 AK 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer			82,20%	< 100,00%	innerhalb	-	53

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

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

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Berechnungsgrundlagen

Da die Berechnungen der Kennzahlen sich ausschließlich auf die Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung beziehen und die Berechnung der endoprothetischen Versorgung ab dem Jahr 2015 entfällt, sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Qualitätsindikator 1: Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patienten
	Gruppe 2:	Patienten mit ASA 1 - 2
	Gruppe 3:	Patienten mit ASA 3 - 4
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/17n1-HUEFT-FRAK/54030
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von			
< 12 Stunden			
12 - 24 Stunden			
> 24 Stunden			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	<= 15,00%		

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von			
< 12 Stunden	680 / 1.337 50,86%	203 / 336 60,42%	477 / 1.000 47,70%
12 - 24 Stunden	355 / 1.337 26,55%	83 / 336 24,70%	272 / 1.000 27,20%
> 24 Stunden	302 / 1.337 22,59%	50 / 336 14,88%	251 / 1.000 25,10%
Vertrauensbereich	20,43% - 24,91%		
Referenzbereich	<= 15,00%		

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von			
> 24 Stunden	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2014		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von			
> 24 Stunden	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

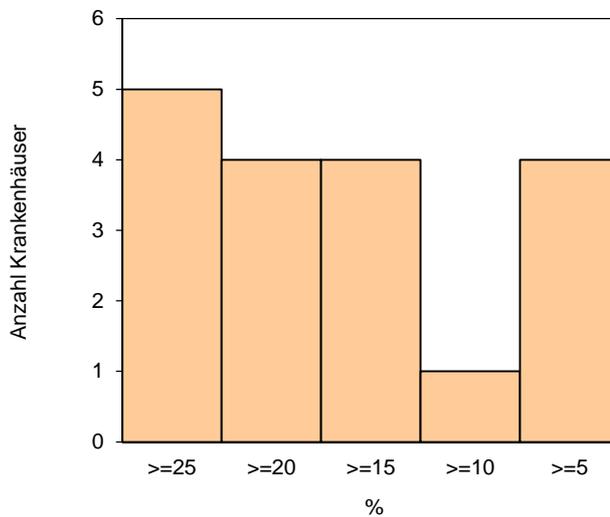
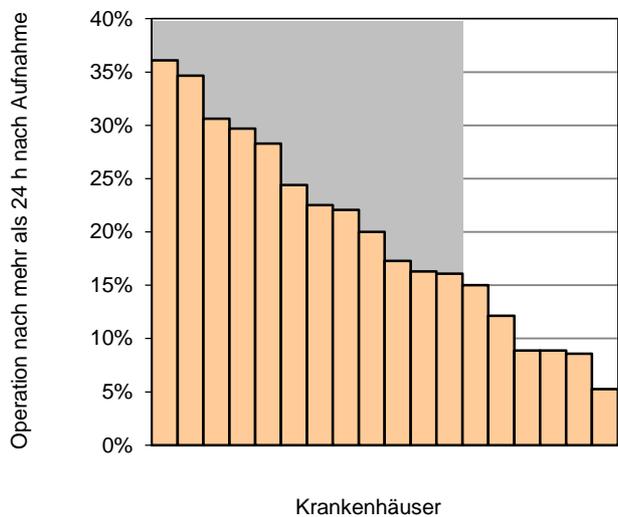
Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2015			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	Aufnahme an Wochentag			
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 12 Stunden				
12 - 24 Stunden				
> 24 Stunden				

	Gesamt 2015			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	Aufnahme an Wochentag			
Patienten mit Operation nach Aufnahme innerhalb von				
< 12 Stunden	391 / 790 49,49%	92 / 190 48,42%	110 / 195 56,41%	87 / 162 53,70%
12 - 24 Stunden	203 / 790 25,70%	59 / 190 31,05%	46 / 195 23,59%	47 / 162 29,01%
> 24 Stunden	196 / 790 24,81%	39 / 190 20,53%	39 / 195 20,00%	28 / 162 17,28%

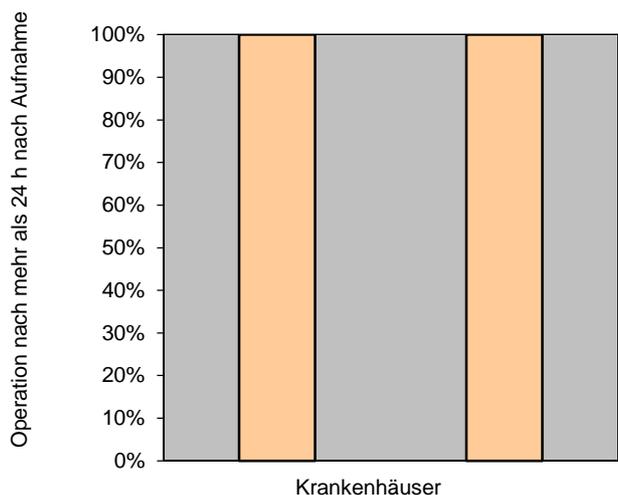
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54030]:
 Anteil von Patienten mit Operation später als 24 Stunden nach Aufnahme an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,26		8,57	12,12	18,64	28,30	34,65		36,11

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 2: Perioperative Antibiotikaprofylaxe

Qualitätsziel: Grundsätzlich perioperative Antibiotikaprofylaxe
Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54031
Referenzbereich: >= 97,41% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

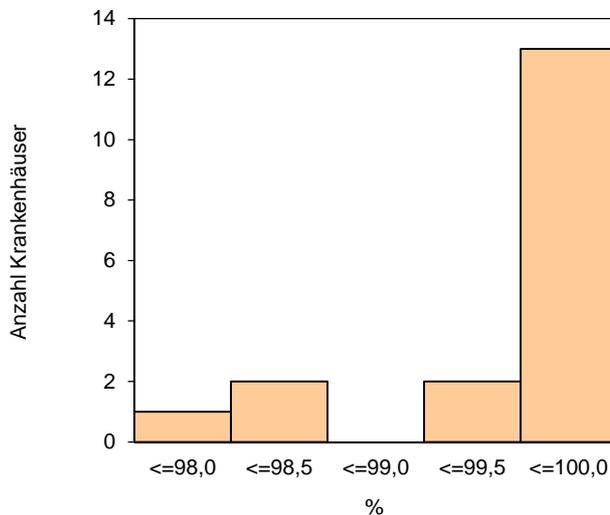
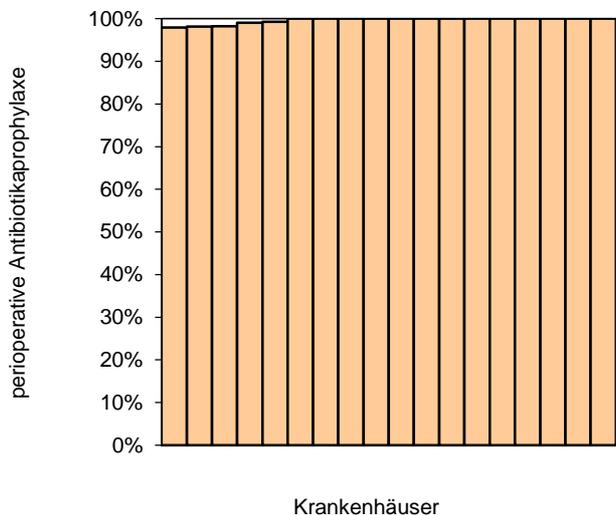
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe			1.331 / 1.337	99,55%
Vertrauensbereich				99,02% - 99,79%
Referenzbereich		>= 97,41%		>= 97,41%
davon				
single shot			1.281 / 1.331	96,24%
Zweitgabe oder öfter			50 / 1.331	3,76%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit perioperativer Antibiotikaprofylaxe	-	-	-	-
Vertrauensbereich				
davon				
single shot	-	-	-	-
Zweitgabe oder öfter	-	-	-	-

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

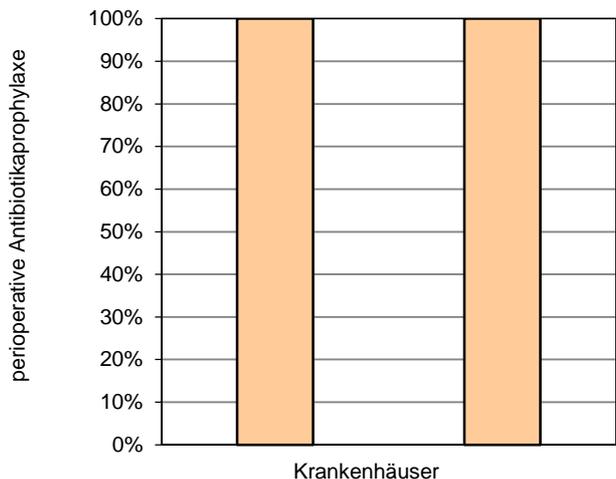
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54031]:
 Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,96		98,18	99,31	100,00	100,00	100,00		100,00

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel: Selten Gehunfähigkeit bei Entlassung

Gehunfähigkeit bei Entlassung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die lebend entlassen wurden
 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 3a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54032

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Selbständiges Gehen bei Entlassung möglich				
alle Patienten			1.096 / 1.291	84,90%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)			52 / 1.291	4,03%
Vertrauensbereich				3,08% - 5,24%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Gruppe 2 (<= 15 Tage)			31 / 885	3,50%
Gruppe 3 (16 - 20 Tage)			8 / 110	7,27%
Gruppe 4 (21 - 25 Tage)			6 / 190	3,16%
Gruppe 5 (> 25 Tage)			7 / 106	6,60%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur postoperativen Verweildauer

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ²				
Gruppe 1 (alle Patienten)	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

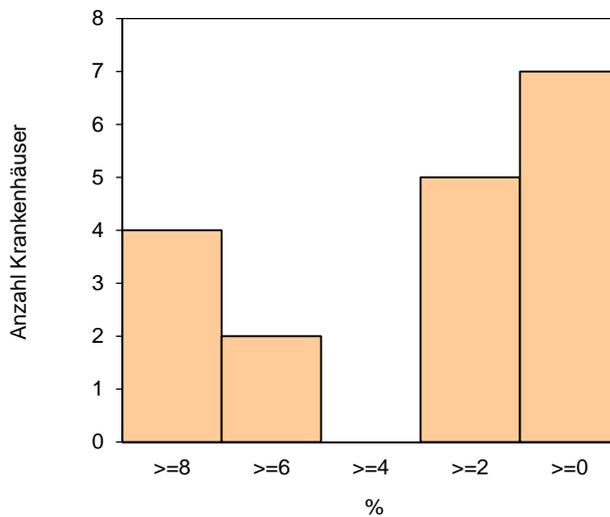
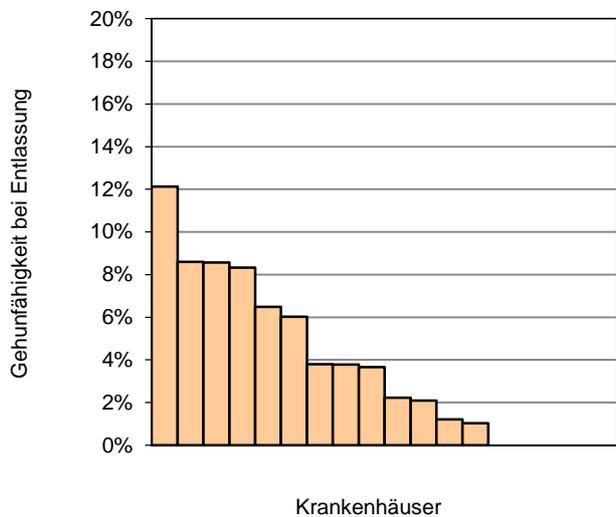
² d. h. vor der Fraktur gehfähig, bei Entlassung nicht gehfähig

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54032]:

Anteil von Patienten, die bei der Entlassung nicht selbständig gehfähig waren und die vor der Fraktur selbstständig gehfähig waren an allen Patienten, die lebend entlassen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

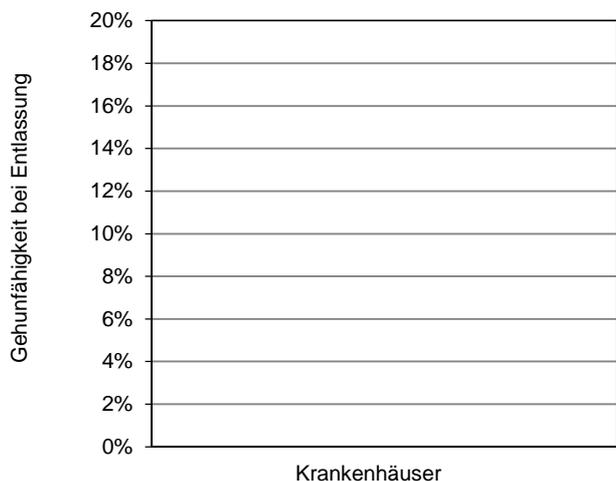
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	2,94	6,48	8,60		12,12

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die lebend entlassen wurden
Indikator-ID: (QI 3b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54033
Referenzbereich: <= 3,18 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		52 / 1.291 4,03%
vorhergesagt (E) ¹		65,02 / 1.291 5,04%
O - E		-1,01%

¹ Erwartete Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54033.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,80
Vertrauensbereich		0,61 - 1,04
Referenzbereich	<= 3,18	<= 3,18

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.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

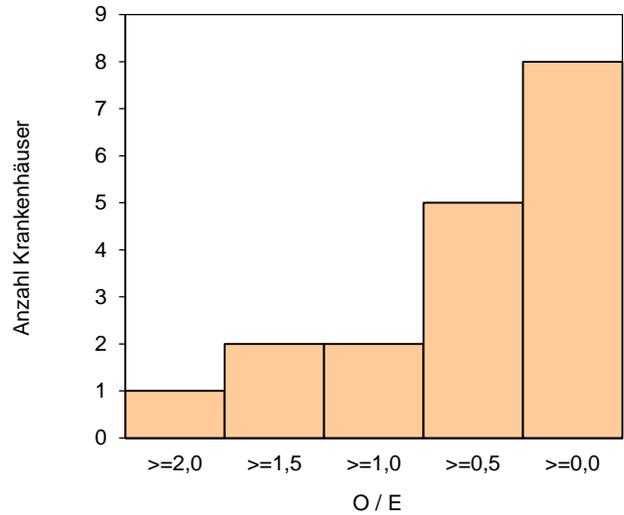
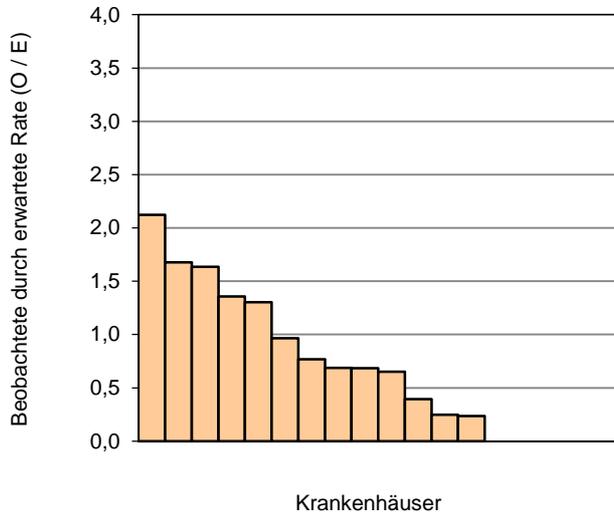
³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54033]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

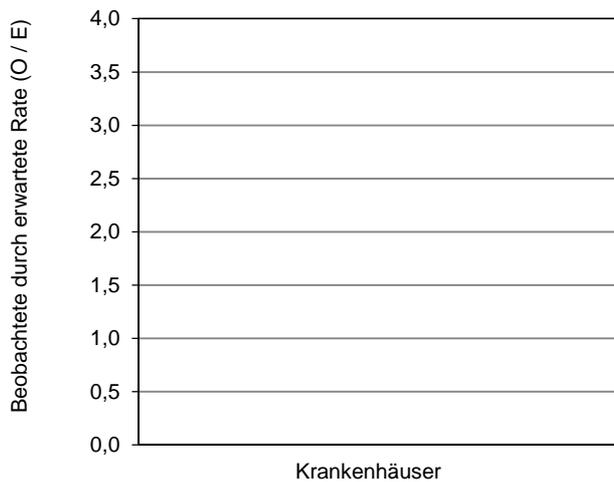
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,67	1,30	1,68		2,12

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Gefäßläsion/Nervenschaden

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54034

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

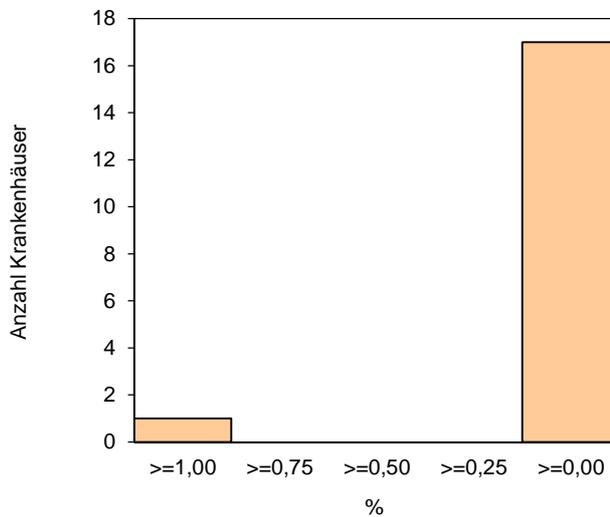
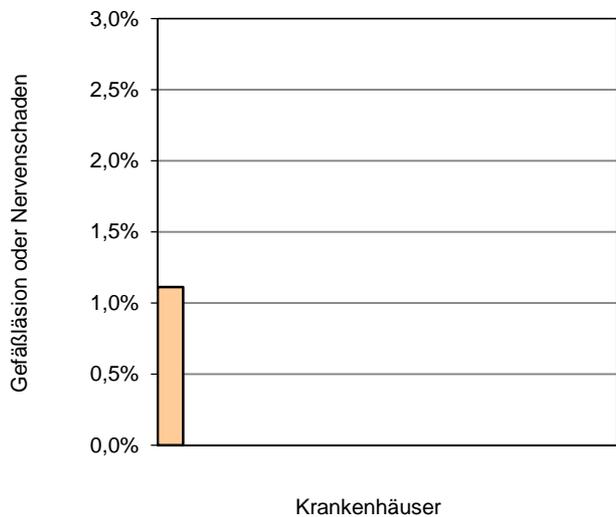
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion			0 / 1.337	0,00%
Patienten mit Nervenschaden			1 / 1.337	0,07%
Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden			1 / 1.337	0,07%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden	-	-	-	-
Vertrauensbereich				-

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

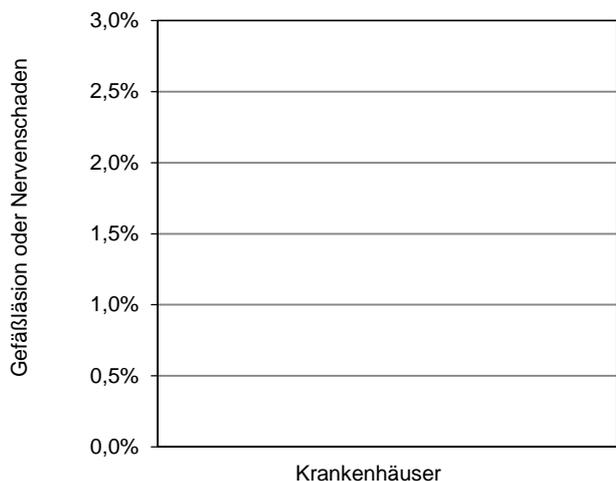
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54034]:
 Anteil von Patienten mit Gefäßläsion/Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische
 Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		1,11

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 5: Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

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

Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 5a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54035

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

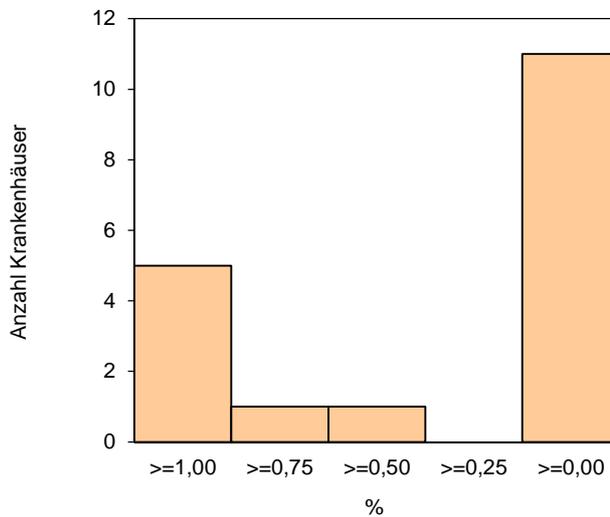
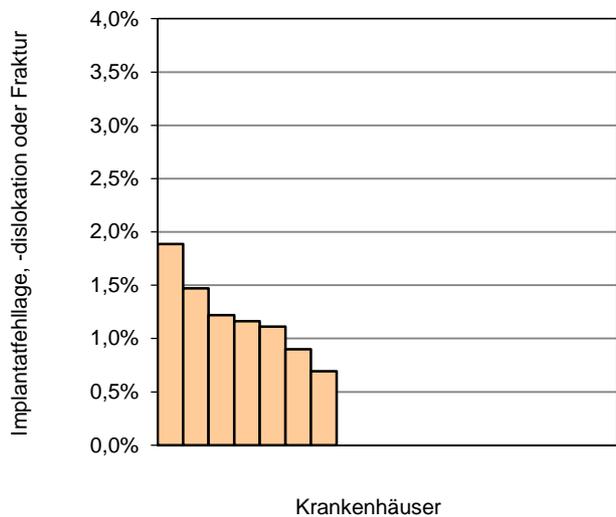
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage			4 / 1.337	0,30%
Patienten mit Implantatdislokation			2 / 1.337	0,15%
Patienten mit Fraktur			2 / 1.337	0,15%
Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur			8 / 1.337	0,60%
Vertrauensbereich				0,30% - 1,18%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

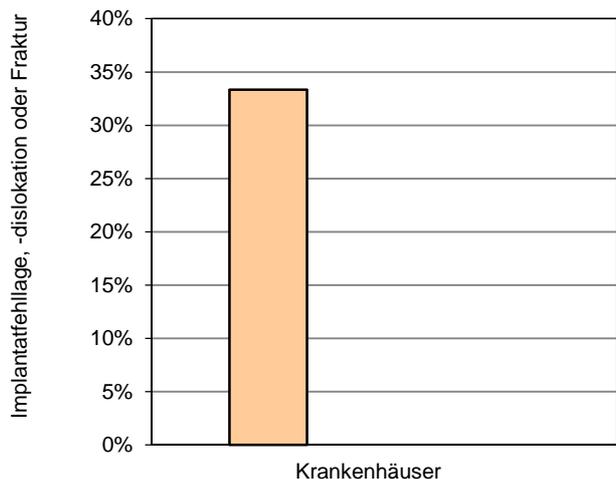
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54035]:
 Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,11	1,47		1,89

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				16,67				33,33

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 5b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54036

Referenzbereich: <= 3,65 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		8 / 1.337 0,60%
vorhergesagt (E) ¹		12,66 / 1.337 0,95%
O - E		-0,35%

¹ Erwartete Rate an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54036.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,63
Vertrauensbereich		0,32 - 1,24
Referenzbereich	<= 3,65	<= 3,65

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

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

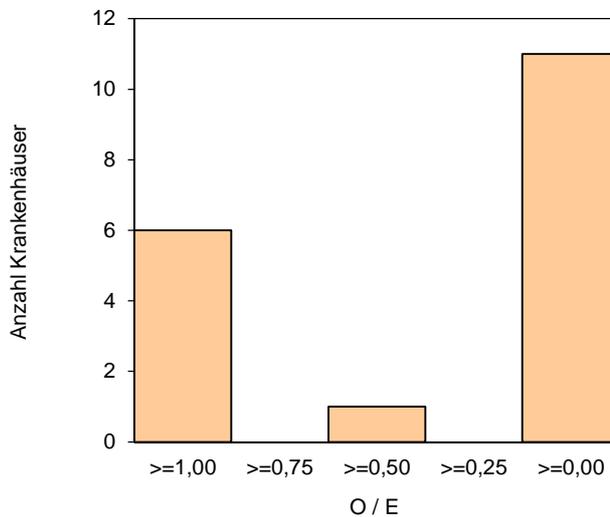
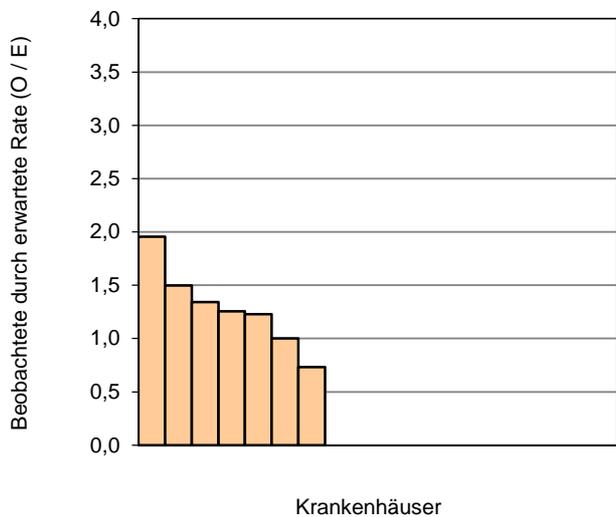
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlagen, -dislokation oder Fraktur ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Implantatfehlagen, -dislokation oder Fraktur ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

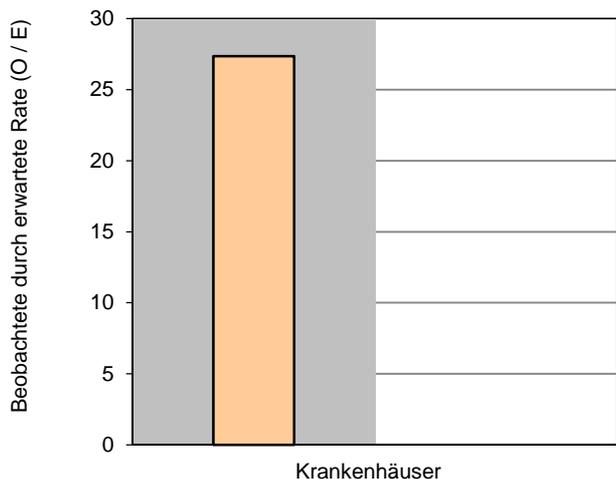
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54036]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehl-
 intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,23	1,50		1,95

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				13,68				27,35

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsziel: Selten postoperative Wundinfektionen (nach CDC-Kriterien)

Postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 6a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54037

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

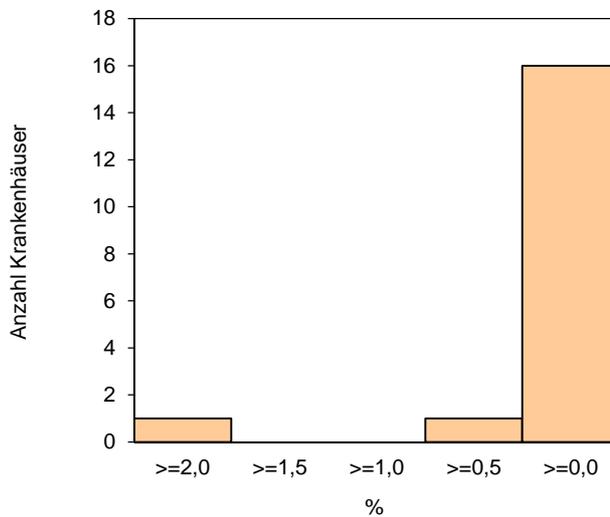
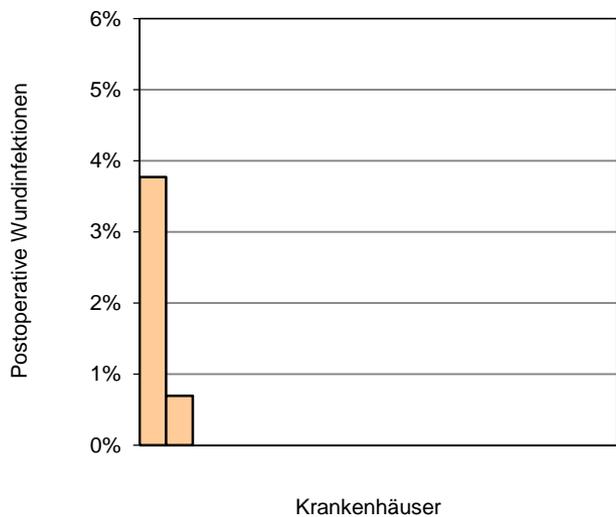
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			4 / 1.337	0,30%
Vertrauensbereich				0,12% - 0,77%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 1.337	0,07%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			3 / 1.337	0,22%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

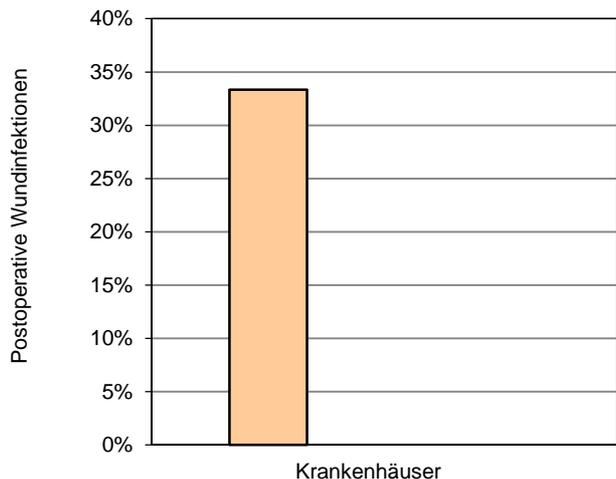
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54037]:
 Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,69		3,77

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				16,67				33,33

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 6b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54038
Referenzbereich: <= 2,70 (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		4 / 1.337 0,30%
vorhergesagt (E) ¹		9,60 / 1.337 0,72%
O - E		-0,42%

¹ Erwartete Rate an postoperativen Wundinfektionen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54038.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,42
Vertrauensbereich		0,16 - 1,07
Referenzbereich	<= 2,70	<= 2,70

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.

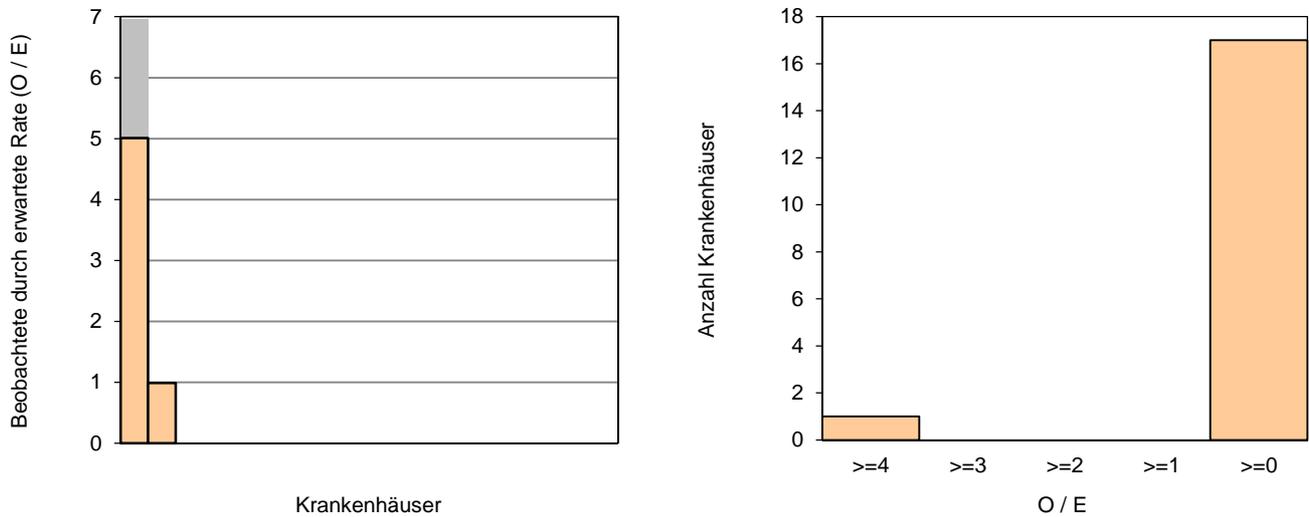
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit postoperativer Wundinfektion ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

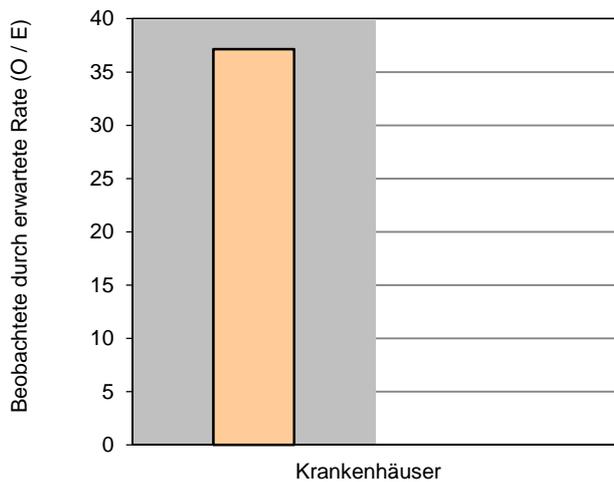
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54038]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,99		5,01

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				18,58				37,15

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

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

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

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Risikoklasse 0			248 / 1.337	18,55%
Risikoklasse 1			909 / 1.337	67,99%
Risikoklasse 2			179 / 1.337	13,39%
Risikoklasse 3			1 / 1.337	0,07%

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: Alle Patienten der Risikoklasse 0

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 248	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 248	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			0 / 248	0,00%

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

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Postoperative Wundinfektion: Stratifizierung mit Risikoklassen nach NNIS¹ Risikoklasse 1

Grundgesamtheit: Alle Patienten der Risikoklasse 1

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			3 / 909	0,33%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			1 / 909	0,11%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			2 / 909	0,22%

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: Alle Patienten der Risikoklasse 2

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			1 / 179	0,56%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 179	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			1 / 179	0,56%

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: Alle Patienten der Risikoklasse 3

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patienten mit postoperativer Wundinfektion			0 / 1	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (CDC A1) (oberflächliche Wundinfektion)			0 / 1	0,00%
Patienten mit postoperativer Wundinfektion (tiefe Wundinfektion (CDC A2) oder Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet (CDC A3))			0 / 1	0,00%

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

Qualitätsindikatorengruppe 7: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel: Selten Wundhämatome/Nachblutungen

Wundhämatome/Nachblutungen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 7a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54039

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

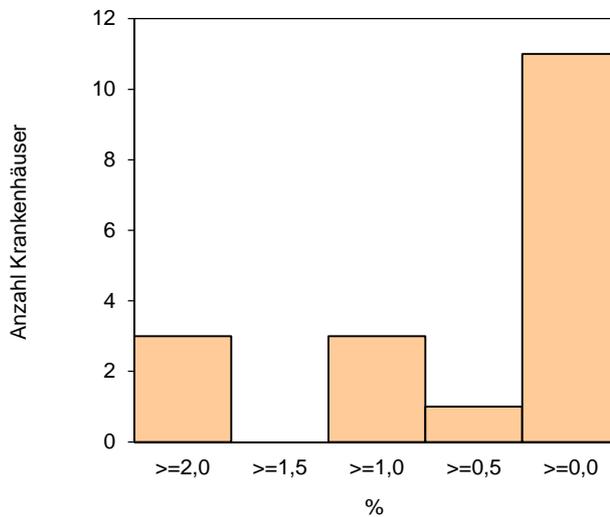
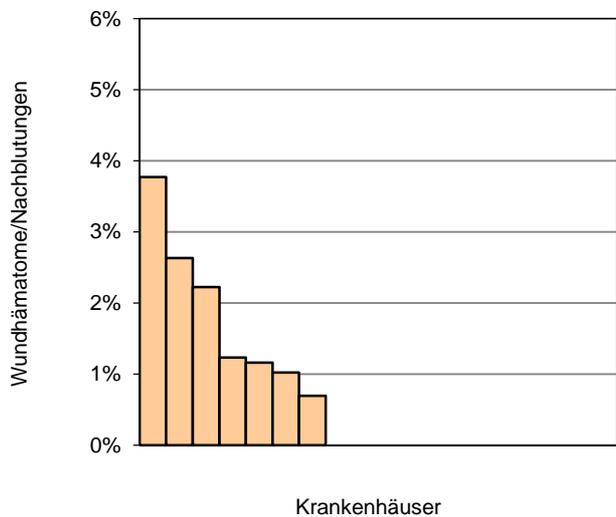
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung			10 / 1.337	0,75%
Vertrauensbereich				0,41% - 1,37%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Wundhämatom/ Nachblutung	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

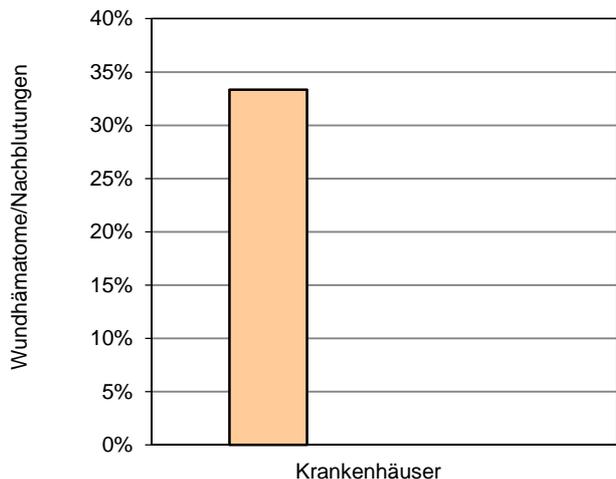
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54039]:
 Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,16	2,63		3,77

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				16,67				33,33

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 2015			
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung				
	Gesamt 2015			
	Gruppe 1 OP-Dauer 10 - 60 min	Gruppe 2 OP-Dauer 61 - 120 min	Gruppe 3 OP-Dauer 121 - 180 min	Gruppe 4 OP-Dauer > 180 min
Patienten mit Wund- hämatom/Nachblutung	8 / 1.069 0,75%	1 / 243 0,41%	1 / 20 5,00%	0 / 5 0,00%

¹ eingeschränkt auf gültige Angaben zur OP-Dauer

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 7b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54040

Referenzbereich: <= 4,02 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		10 / 1.337 0,75%
vorhergesagt (E) ¹		16,18 / 1.337 1,21%
O - E		-0,46%

¹ Erwartete Rate an Wundhämatomen/Nachblutungen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54040.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,62
Vertrauensbereich		0,34 - 1,13
Referenzbereich	<= 4,02	<= 4,02

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.

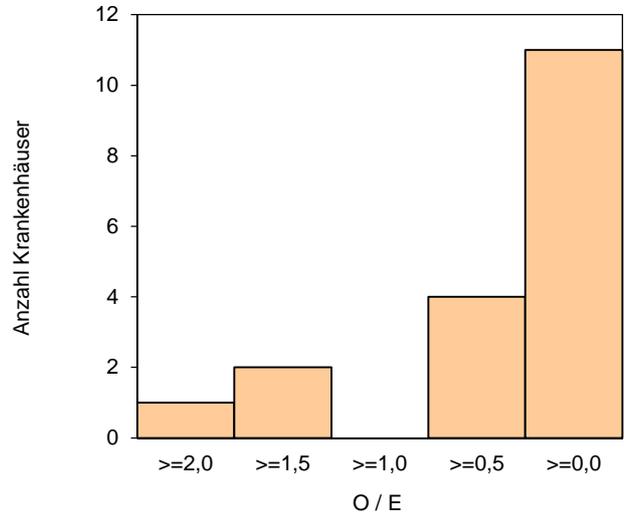
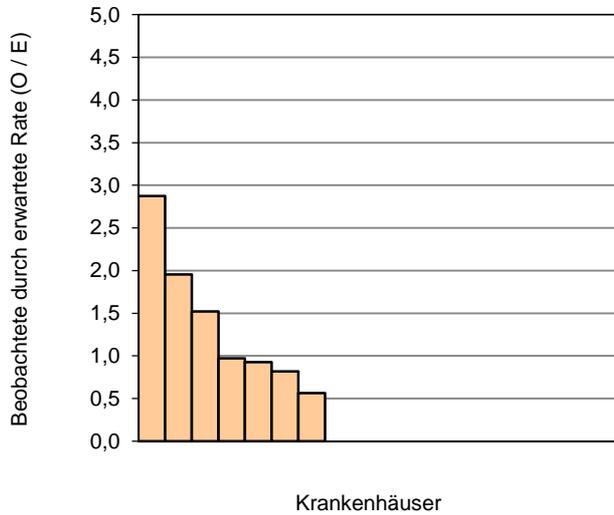
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Wundhämatom oder Nachblutung ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

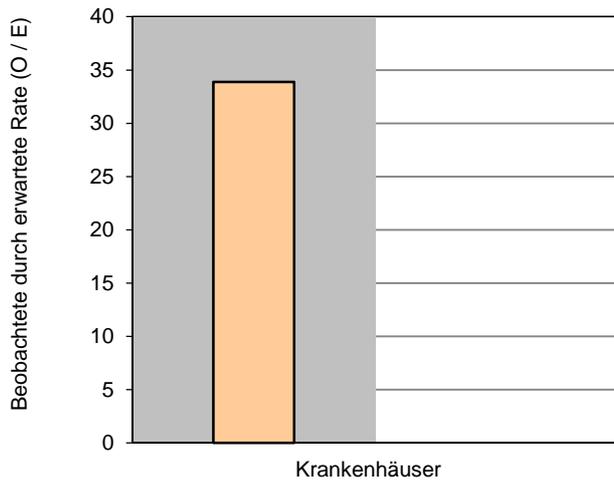
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54040]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,93	1,96		2,87

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				16,94				33,87

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 8: 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 8a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54041

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

	Krankenhaus 2015		
	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 kardiovaskulären Komplikationen			
Patienten mit Lungenembolie			
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich			
Patienten mit sonstiger Komplikation			

nicht definiert

	Gesamt 2015		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 Patienten mit ASA 1 - 2	Gruppe 3 Patienten mit ASA 3 - 4
Patienten mit Pneumonie	35 / 1.337 2,62%	1 / 336 0,30%	34 / 1.000 3,40%
Patienten mit tiefer Bein-/ Beckenvenenthrombose	1 / 1.337 0,07%	0 / 336 0,00%	1 / 1.000 0,10%
Patienten mit kardiovaskulären Komplikationen	45 / 1.337 3,37%	2 / 336 0,60%	42 / 1.000 4,20%
Patienten mit Lungenembolie	2 / 1.337 0,15%	0 / 336 0,00%	2 / 1.000 0,20%
Patienten mit mindestens einer der Komplikationen: Pneumonie, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	72 / 1.337 5,39%	3 / 336 0,89%	68 / 1.000 6,80%
Vertrauensbereich	4,30% - 6,73%		
Referenzbereich	nicht definiert		
Patienten mit sonstiger Komplikation	67 / 1.337 5,01%	12 / 336 3,57%	55 / 1.000 5,50%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2014		
	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, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2014		
	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, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose, kardiovaskulären Komplikationen oder Lungenembolie	-	-	-
Vertrauensbereich	-	-	-

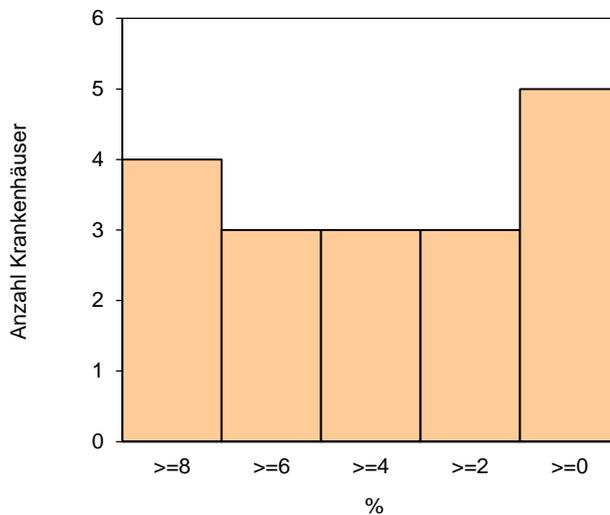
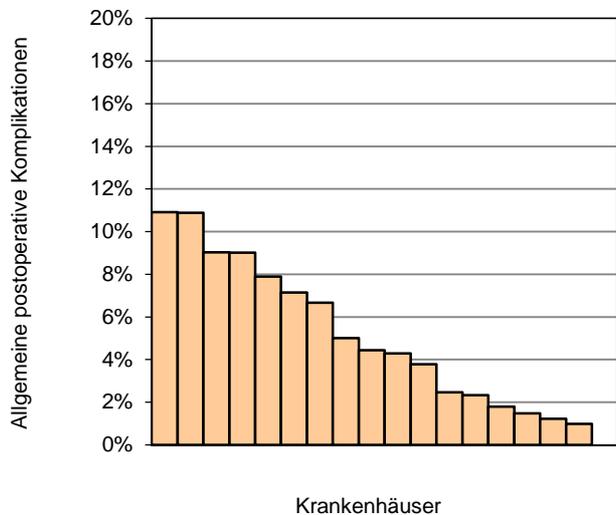
¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54041]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

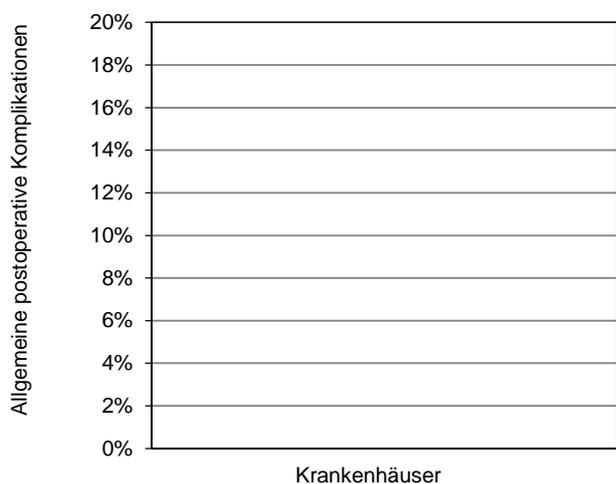
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,99	1,79	4,37	7,89	10,89		10,91

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 8b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54042

Referenzbereich: <= 2,68 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		72 / 1.337 5,39%
vorhergesagt (E) ¹		78,50 / 1.337 5,87%
O - E		-0,49%

¹ Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54042.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,92
Vertrauensbereich		0,73 - 1,15
Referenzbereich	<= 2,68	<= 2,68

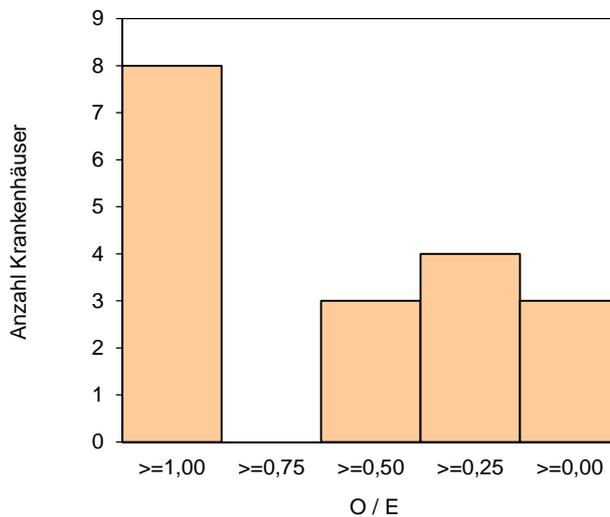
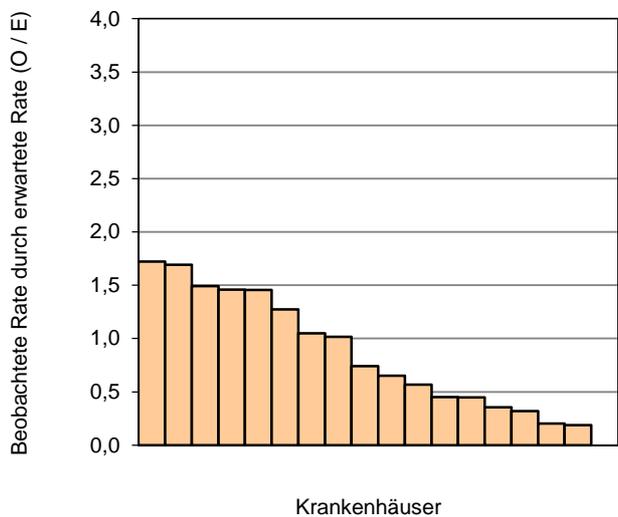
² Verhältnis der beobachteten Fälle mit allgemeinen postoperativen Komplikationen zu den erwarteten Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Fällen mit allgemeinen postoperativen Komplikationen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.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

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

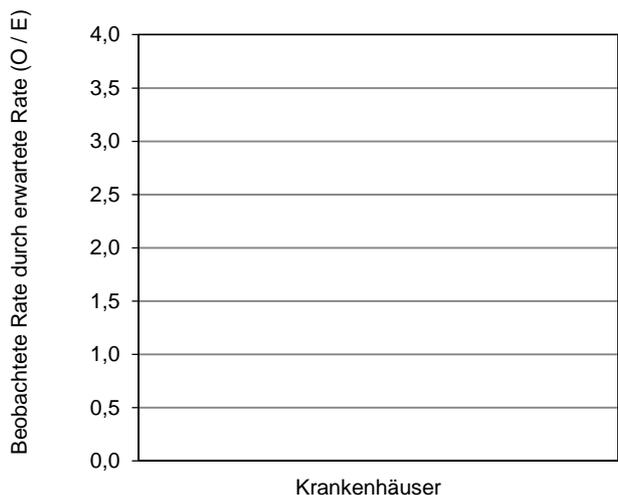
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54042]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen (außer sonstigen Komplikationen) an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,19	0,36	0,70	1,46	1,69		1,72

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Reoperation aufgrund von Komplikationen

Qualitätsziel: Selten erforderliche Reoperation aufgrund von Komplikationen

Reoperation aufgrund von Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 9a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54043

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

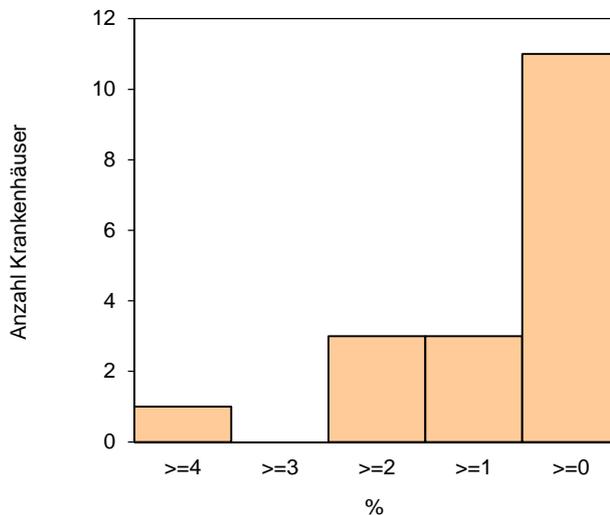
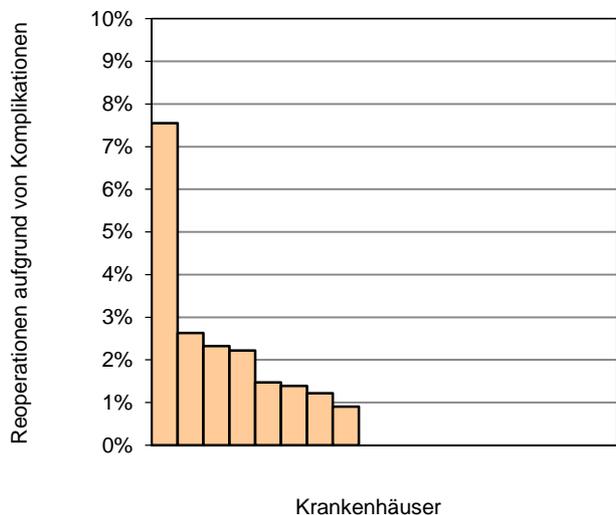
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen			15 / 1.337	1,12%
Vertrauensbereich				0,68% - 1,84%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

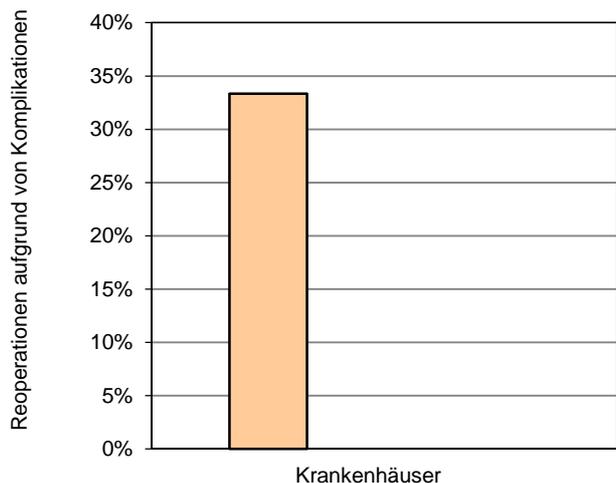
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54043]:
 Anteil von Patienten mit erforderlicher Reoperation aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,47	2,63		7,55

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				16,67				33,33

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 9b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54044

Referenzbereich: <= 2,77 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		15 / 1.337 1,12%
vorhergesagt (E) ¹		30,26 / 1.337 2,26%
O - E		-1,14%

¹ Erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54044.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,50
Vertrauensbereich		0,30 - 0,81
Referenzbereich	<= 2,77	<= 2,77

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.

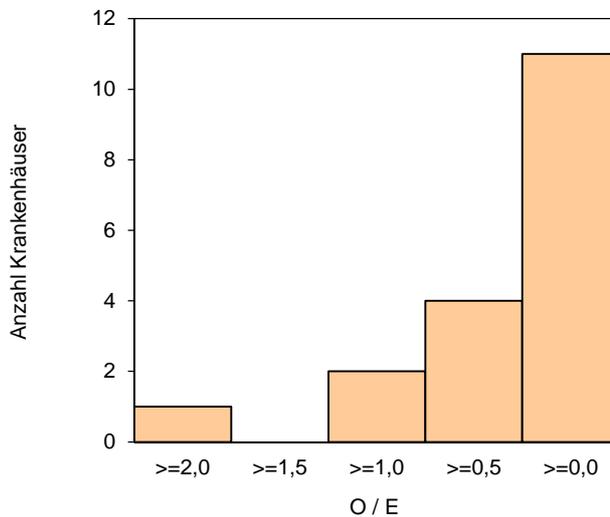
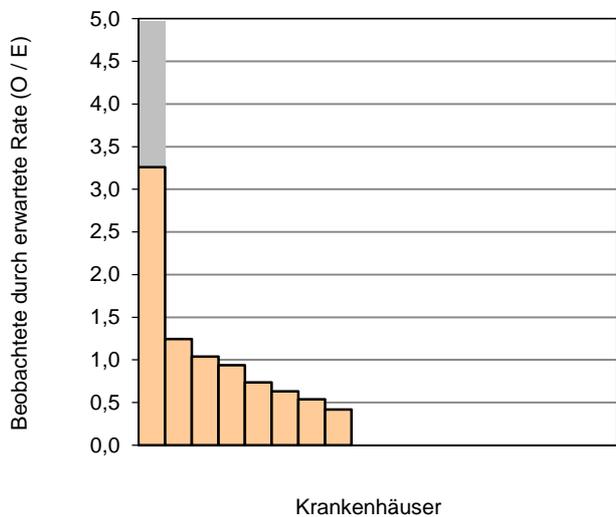
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Fällen mit Reoperation aufgrund von Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

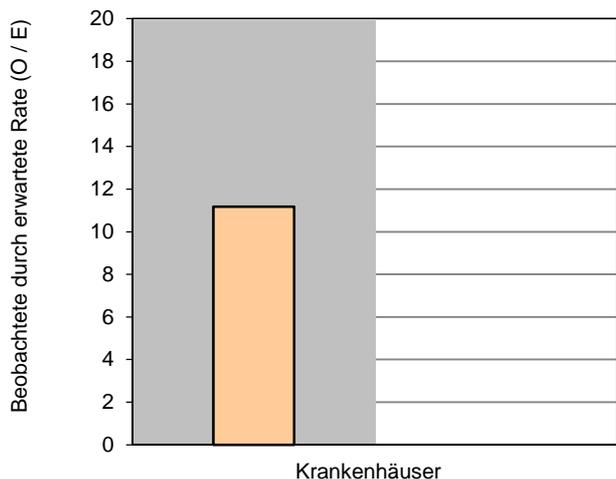
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54044]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an erforderlichen Reoperationen aufgrund von Komplikationen an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,74	1,25		3,26

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				5,59				11,17

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 10: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Sterblichkeit im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Indikator-ID: (QI 10a): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54045

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

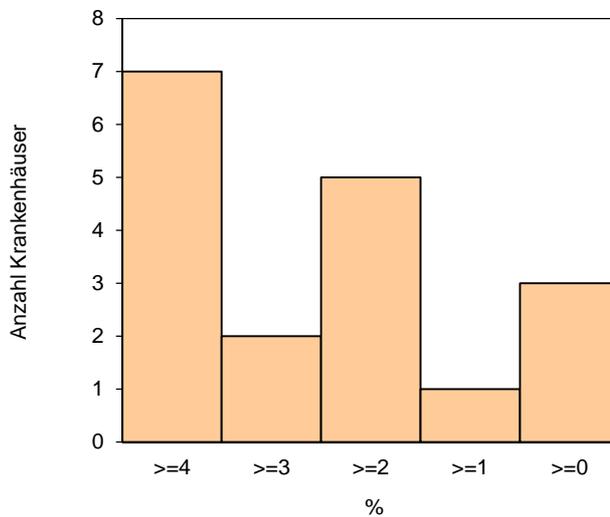
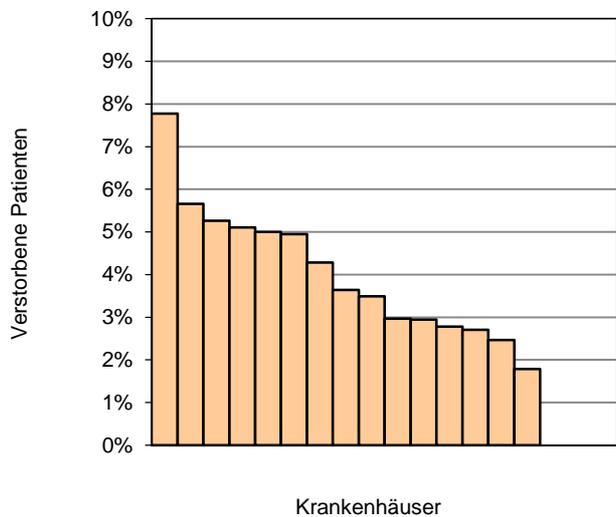
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten			46 / 1.337	3,44%
Vertrauensbereich				2,59% - 4,56%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Verstorbene Patienten	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

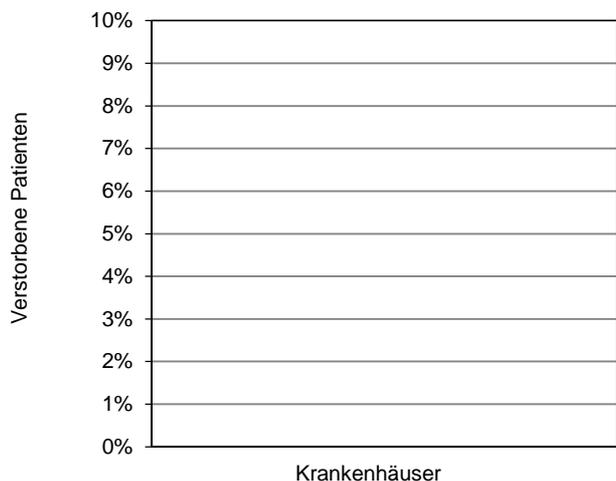
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54045]:
 Anteil von verstorbenen Patienten an allen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	2,47	3,23	5,00	5,66		7,78

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patienten
Indikator-ID: (QI 10b): 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54046
Referenzbereich: <= 2,01 (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		46 / 1.337 3,44%
vorhergesagt (E) ¹		63,89 / 1.337 4,78%
O - E		-1,34%

¹ Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für QI-ID 54046.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,72
Vertrauensbereich		0,54 - 0,95
Referenzbereich	<= 2,01	<= 2,01

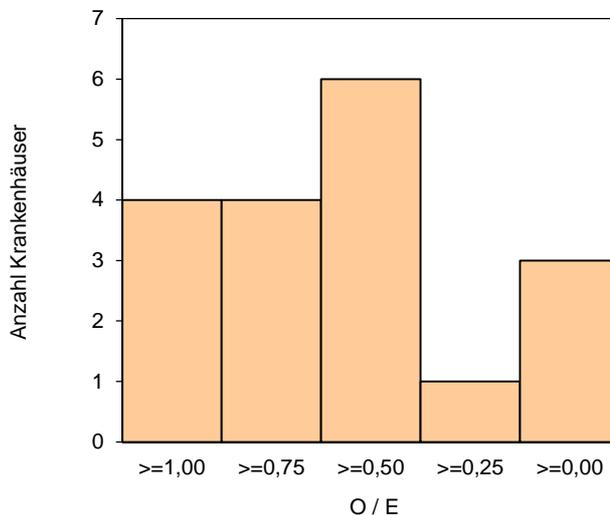
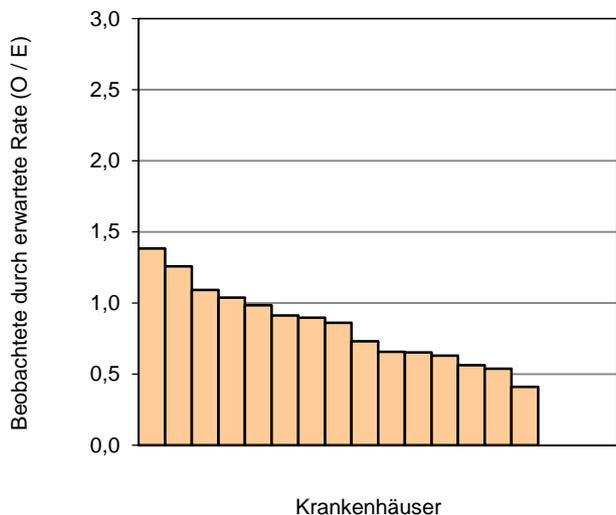
² Verhältnis der beobachteten Todesfälle zu den erwarteten Todesfällen aufgrund von Komplikationen
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Todesfällen kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 20% größer als erwartet.
 O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

Vorjahresdaten ³	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)	-	-
vorhergesagt (E)	-	-
O - E	-	-
O / E	-	-
Vertrauensbereich	-	-

³ Auf Grund der geänderten Berechnungsgrundlagen im Erfassungsjahr 2015 kann dieser Indikator für 2014 nicht rückwirkend berechnet werden und der Vorjahresvergleich entfällt.

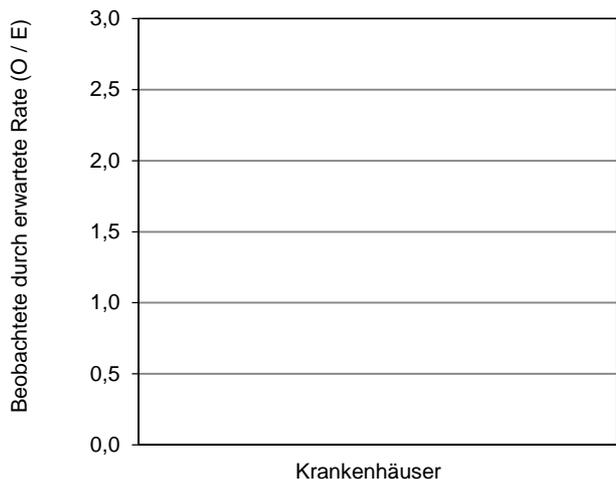
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 10b, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/54046]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Patienten**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,54	0,69	0,98	1,26		1,38

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



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 3a: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 22 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) aus Krankenhäusern, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen

Indikator-ID: 2015/17n1-HUEFT-FRAK/850350

Referenzbereich: < 100,00%

ID-Bezugsindikator(en): 54034, 54036, 54038, 54040, 54042

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			97 / 118	82,20%
		< 100,00%	74,32% - 88,06%	< 100,00%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation Vertrauensbereich	-	-	-	-

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

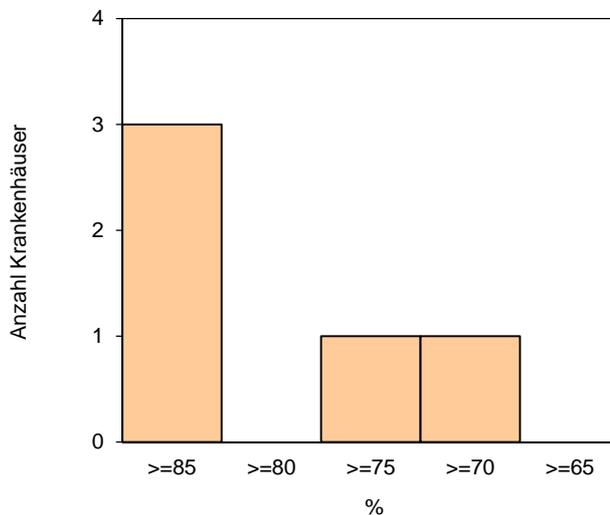
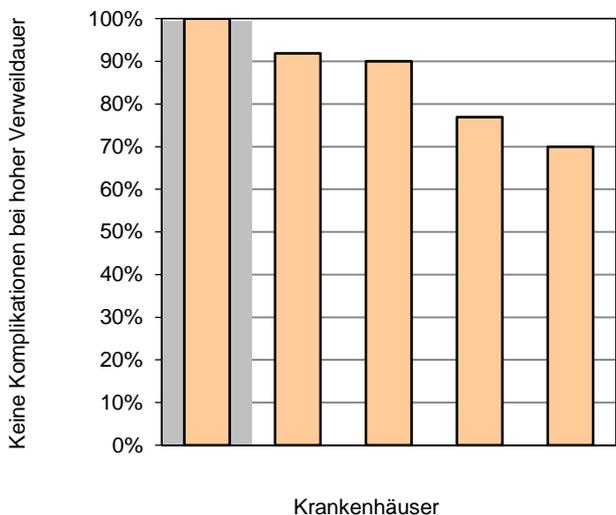
² Aufgrund der geänderten Rechenregeln des Auswertungsjahres 2015 sind die Vorjahreswerte 2014 nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3a, Indikator-ID 2015/17n1-HUEFT-FRAK/850350]:

Anteil von Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation an allen Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 22 Tage (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund), die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS:8-55*) abrechnen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

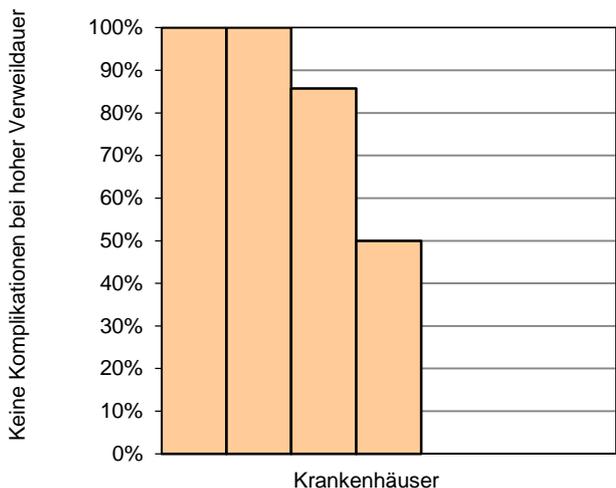
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,00			76,92	90,00	91,89			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.337
Datensatzversion: 17/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16054-L101703-P48871

Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			325	24,31	-	-
2. Quartal			323	24,16	-	-
3. Quartal			319	23,86	-	-
4. Quartal			370	27,67	-	-
Gesamt			1.337		-	

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

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.337		-	
Median			1,00		-
Mittelwert			1,05		-
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.337		-	
Median			10,00		-
Mittelwert			12,82		-
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.337		-	
Median			10,00		-
Mittelwert			13,87		-

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015
 (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			307	22,96	-	-
S72.00			17	1,27	-	-
S72.01			192	14,36	-	-
S72.02			0	0,00	-	-
S72.03			16	1,20	-	-
S72.04			43	3,22	-	-
S72.05			40	2,99	-	-
S72.08			25	1,87	-	-
Petrochantäre Frakturen			1.059	79,21	-	-
S72.10			817	61,11	-	-
S72.11			277	20,72	-	-

OPS 2015

Liste der 10 häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
2	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
3	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
4	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
5	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
6	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
9	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
10	5-790.5e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals

OPS 2015

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-790.5f	653	48,84	-	-	-
2				5-790.4f	192	14,36	-	-	-
3				8-550.1	147	10,99	-	-	-
4				5-790.0e	116	8,68	-	-	-
5				5-790.8e	97	7,26	-	-	-
6				5-794.af	79	5,91	-	-	-
7				8-800.c0	63	4,71	-	-	-
8				8-930	47	3,52	-	-	-
9				8-915	45	3,37	-	-	-
10				5-790.5e	43	3,22	-	-	-

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

Patienten

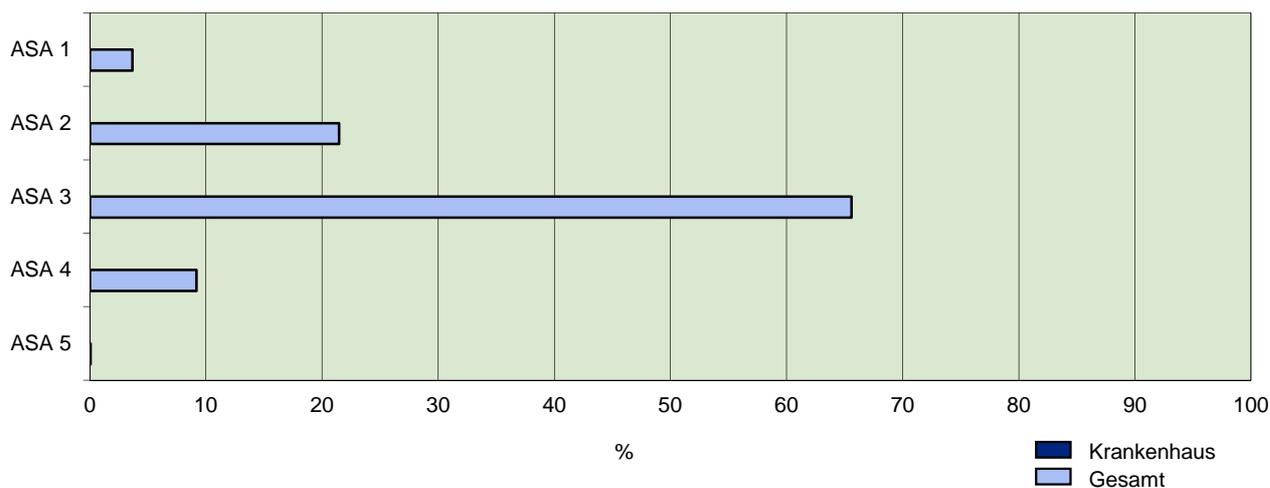
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.337 / 1.337		-	
< 50 Jahre			50 / 1.337	3,74	-	
50 - 59 Jahre			97 / 1.337	7,26	-	
60 - 69 Jahre			147 / 1.337	10,99	-	
70 - 79 Jahre			244 / 1.337	18,25	-	
80 - 89 Jahre			531 / 1.337	39,72	-	
>= 90 Jahre			268 / 1.337	20,04	-	
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.337		-	
Median				83,00		
Mittelwert				78,73		
Geschlecht						
männlich			421	31,49	-	
weiblich			916	68,51	-	
Frakturereignis¹						
war Grund für die akut-stationäre Aufnahme			1.301	97,31	-	
ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes			36	2,69	-	

¹ neues Datenfeld in 2015

Anamnese/Diagnostik

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			49	3,66	-	-
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			287	21,47	-	-
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			877	65,59	-	-
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			123	9,20	-	-
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			1	0,07	-	-

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Anamnese/Diagnostik (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			1.332	99,63	-	-
bedingt aseptische Eingriffe			4	0,30	-	-
kontaminierte Eingriffe			0	0,00	-	-
septische Eingriffe			1	0,07	-	-
Frakturlokalisierung						
medial			226	16,90	-	-
lateral			46	3,44	-	-
pertrochantär			1.031	77,11	-	-
sonstige			34	2,54	-	-
Frakturtyp (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur unverschoben			55 / 226	24,34	-	-
verschoben			94 / 226	41,59	-	-
komplett verschoben			69 / 226	30,53	-	-
			8 / 226	3,54	-	-
Vorbestehende Koxarthrose			368	27,52	-	-
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			366	27,37	-	-
Art der Medikation						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			65 / 366	17,76	-	-
Acetylsalicylsäure andere Thrombozyten- aggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)			183 / 366	50,00	-	-
direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran)			14 / 366	3,83	-	-
sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)			16 / 366	4,37	-	-
			49 / 366	13,39	-	-

Operation

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 12 h			680	50,86	-	-
12 - 24 h			355	26,55	-	-
> 24 h			302	22,59	-	-
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			1.337		-	
Median				44,00		-
Mittelwert				48,27		-
perioperative						
Antibiotikaprophylaxe						
Anzahl Patienten			1.331	99,55	-	-
single shot			1.281 / 1.331	96,24	-	-
Zweitgabe			8 / 1.331	0,60	-	-
öfter			42 / 1.331	3,16	-	-
Operationsverfahren						
DHS, Winkelplatte			125	9,35	-	-
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.059	79,21	-	-
Verschraubung			131	9,80	-	-
Sonstige			22	1,65	-	-
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			196	14,66	-	-
Dienstag			197	14,73	-	-
Mittwoch			193	14,44	-	-
Donnerstag			204	15,26	-	-
Freitag			190	14,21	-	-
Samstag			195	14,58	-	-
Sonntag			162	12,12	-	-
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			200	14,96	-	-
Dienstag			181	13,54	-	-
Mittwoch			201	15,03	-	-
Donnerstag			185	13,84	-	-
Freitag			205	15,33	-	-
Samstag			201	15,03	-	-
Sonntag			164	12,27	-	-

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperatives Röntgenbild a/p			1.328	99,33	-	-
Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein			1.323	98,95	-	-
Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			18	1,35	-	-
Implantatfehlage			4 / 18	22,22	-	-
Implantatdislokation			2 / 18	11,11	-	-
Wundhämatom/Nachblutung			10 / 18	55,56	-	-
Gefäßläsion			0 / 18	0,00	-	-
Nervenschaden			1 / 18	5,56	-	-
Fraktur			2 / 18	11,11	-	-
Sonstige			2 / 18	11,11	-	-
Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) Anzahl Patienten davon			4	0,30	-	-
A1 (oberflächliche Infektion)			1 / 4	25,00	-	-
A2 (tiefe Infektion)			3 / 4	75,00	-	-
A3 (Räume/Organe)			0 / 4	0,00	-	-
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			15 / 21	71,43	-	-
Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)			121	9,05	-	-
Pneumonie			35 / 121	28,93	-	-
Kardiovaskuläre Komplikationen			45 / 121	37,19	-	-
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			1 / 121	0,83	-	-
Lungenembolie			2 / 121	1,65	-	-
Sonstige			67 / 121	55,37	-	-

Entlassung I

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich (gegebenenfalls auch mit Gehhilfen)						
Ja			1.096 / 1.291	84,90	-	-
Nein			195 / 1.291	15,10	-	-
wenn nein: selbstständiges Gehen vor der Fraktur			52 / 195	26,67	-	-
selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich (zum Beispiel Toilettengang, Waschen)						
Ja			950 / 1.291	73,59	-	-
Nein			341 / 1.291	26,41	-	-
wenn nein: selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene vor der Fraktur			55 / 341	16,13	-	-

Entlassung II

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			693	51,83	-	-
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			24	1,80	-	-
03: aus sonstigen Gründen			22	1,65	-	-
04: gegen ärztlichen Rat			5	0,37	-	-
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	-	-
06: Verlegung			204	15,26	-	-
07: Tod			46	3,44	-	-
08: Verlegung nach §14			8	0,60	-	-
09: in Rehabilitationseinrichtung			160	11,97	-	-
10: in Pflegeeinrichtung			149	11,14	-	-
11: in Hospiz			3	0,22	-	-
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	-	-
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	-	-
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	-	-
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			18	1,35	-	-
22: Fallabschluss			5	0,37	-	-
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|---|--|

Entlassung III

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			246	18,40	-	-
Dienstag			256	19,15	-	-
Mittwoch			270	20,19	-	-
Donnerstag			205	15,33	-	-
Freitag			294	21,99	-	-
Samstag			46	3,44	-	-
Sonntag			20	1,50	-	-

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2015 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2015.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

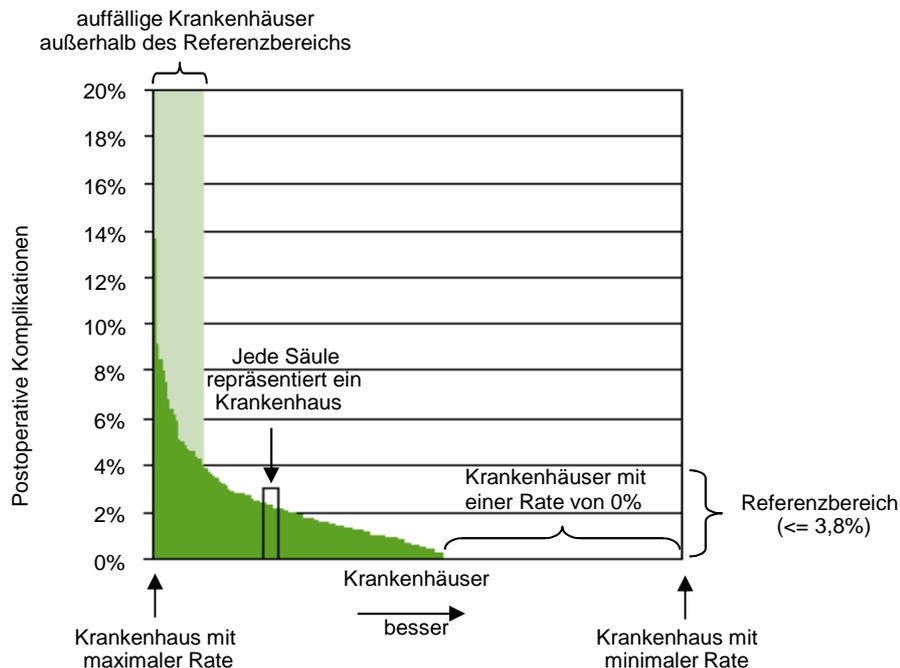
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

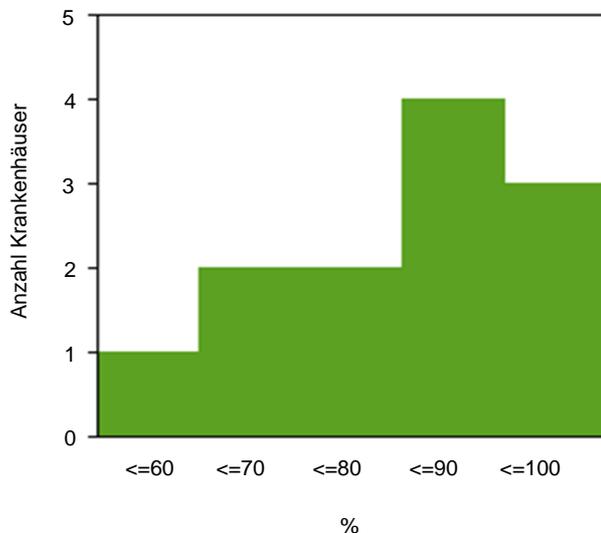
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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