

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.352
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18585-L119359-P55635

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.352
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18585-L119359-P55635

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54030 QI: Präoperative Verweildauer			13,79%	<= 15,00%	innerhalb	12,96%	7
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54050 QI: Sturzprophylaxe			98,10%	>= 90,00%	innerhalb	98,40%	11
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54033 QI: Gehunfähigkeit bei Entlassung			0,97	<= 2,16	innerhalb	1,19	13
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54029 QI: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			2,44%	<= 5,44%	innerhalb	2,20%	16

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet. Außer "QI 54050", dieser gilt für Patienten ab 65 Jahren.

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl ¹	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ² Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ³	Seite
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54040 QI: Wundhämatome/Nachblutungen			1,07	-	-	1,23	18
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54042 QI: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,39	<= 2,26	innerhalb	1,05	21
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54046 QI: Sterblichkeit im Krankenhaus			1,32	-	-	0,89	24

¹ Die Qualitätsindikatoren sind für alle Patienten mit Alter >= 18 Jahre berechnet. Außer "QI 54050", dieser gilt für Patienten ab 65 Jahren.

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

³ Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/17n1-HUEFT-FRAK/850147 Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 Fälle	26
2020/17n1-HUEFT-FRAK/850148 Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 Fälle	28
2020/17n1-HUEFT-FRAK/850149 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			62,50%	<= 50,00%	außerhalb	33,33%	30

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2020 wurden kalkulatorische Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und ergänzende Kennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ ersichtlich. In den Diagrammschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Da in den QS-Daten eine Datenannahme über den Datenannahmeschluss des Verfahrensjahres hinaus erfolgt, fließen in die Berechnung grundsätzlich auch die Fälle mit ein, die auf dem erweiterten Datenpool beruhen. Dieser berücksichtigt alle Patientinnen und Patienten, deren Aufnahme im Jahr 2019 oder 2020 und die Entlassung zwischen dem 01.01.2020 und dem 31.12.2020 erfolgte. Das heißt, so genannte Überliegerfälle sind im Datensatz 2020 enthalten und können bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten führen.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien des Erfassungsjahres 2020 mit den Vorjahresergebnissen kommen.

Weitere Informationen dazu finden Sie in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL auf der Homepage des IQTIG.

Qualitätsindikator: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel:	Kurze präoperative Verweildauer	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren ¹
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ASA 1 - 2 ¹
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ASA 3 - 4 ¹
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2020/17n1-HUEFT-FRAK/54030
Referenzbereich:	Gruppe 1:	<= 15,00%

	Krankenhaus 2020		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich Referenzbereich			
	<= 15,00%		

	Gesamt 2020		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich Referenzbereich	186 / 1.349 13,79% 12,05% - 15,73% <= 15,00%	41 / 341 12,02%	145 / 1.008 14,38%

¹ Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetischen Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehlage oder Implantatdislokation.

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2019		
	Gruppe 1 Alle Patienten	Gruppe 2 ASA 1 - 2	Gruppe 3 ASA 3 - 4
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte Vertrauensbereich	171 / 1.319 12,96% 11,26% - 14,89%	39 / 411 9,49%	132 / 908 14,54%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Krankenhaus 2020			
	Aufnahme am Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte				

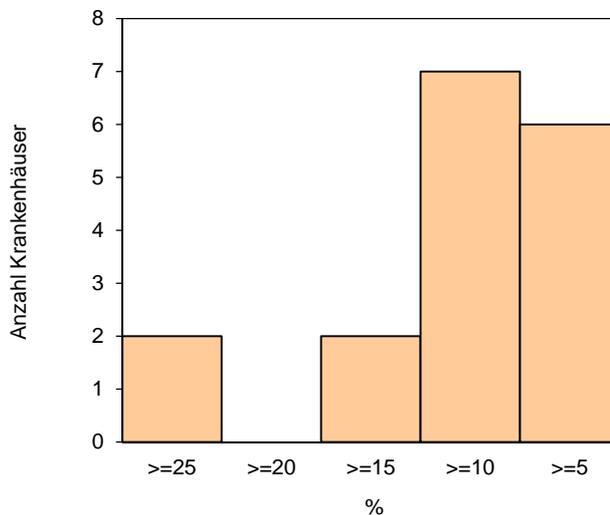
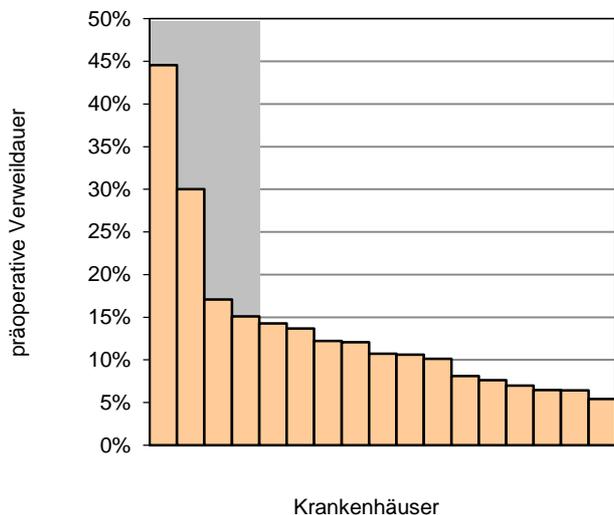
	Gesamt 2020			
	Aufnahme am Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden oder mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte	111 / 783 14,18%	22 / 201 10,95%	23 / 195 11,79%	30 / 170 17,65%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54030]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit osteosynt. versorgten hüftgelenknahe Femurfrakturen, ohne antithromb. Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien, bei denen die Operation später als 24h oder mit antithromb. Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien, bei denen die Operation später als 48h nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte an allen Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

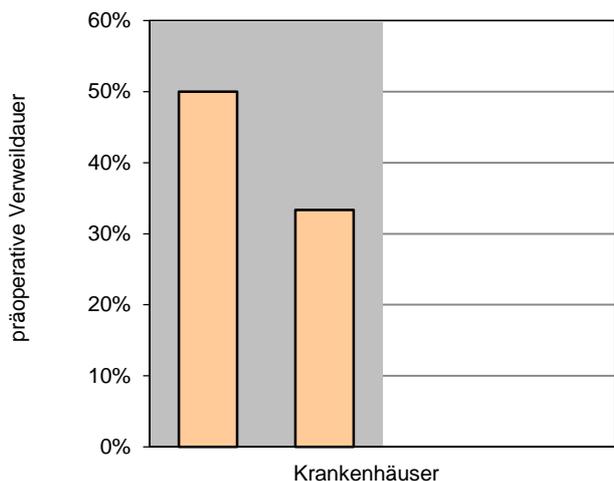
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,41		6,41	7,63	10,71	14,29	30,00		44,57

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	16,67	41,67			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sturzprophylaxe

Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahe Femurfraktur (Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten.)

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54050

Referenzbereich: >= 90,00%

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			1.137 / 1.159	98,10%
Vertrauensbereich				97,14% - 98,74%
Referenzbereich		>= 90,00%		>= 90,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden			1.109 / 1.127	98,40%
Vertrauensbereich				97,49% - 98,99%

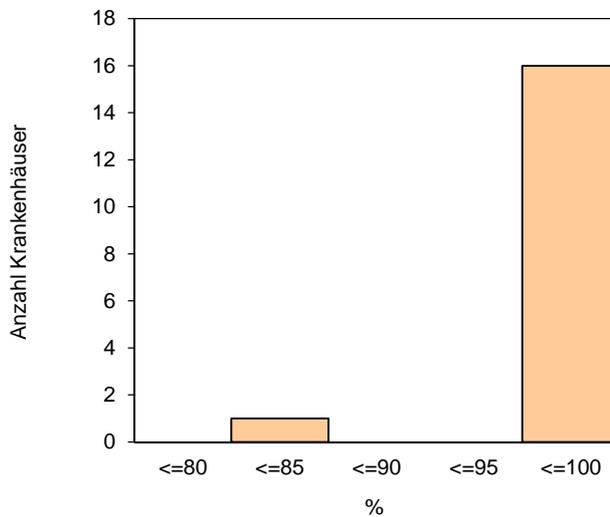
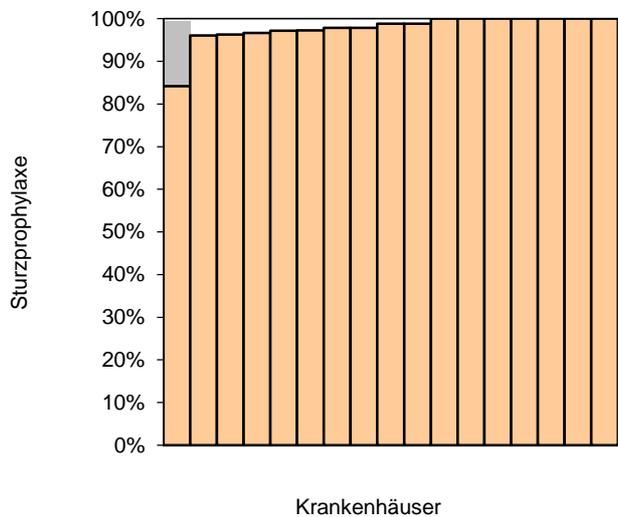
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54050]:

Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden, an allen Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur (Ausschluss von Behandlungsfällen, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten)

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

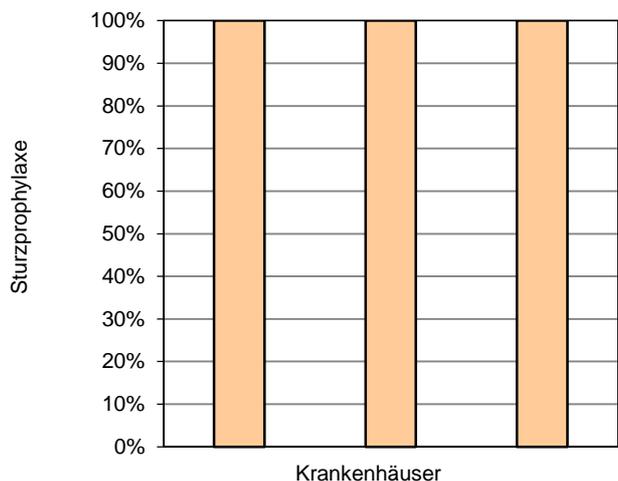
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	84,21		96,04	97,22	98,81	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel:	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2020/17n1-HUEFT-FRAK/54033
Methode der Risikoadjustierung:	Logistische Regression
Referenzbereich:	<= 2,16 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
beobachtet (O) ²		185 / 1.068 17,32%
vorhergesagt (E) ³		190,09 / 1.068 17,80%
O - E		-0,48%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E ⁴		0,97
Vertrauensbereich		0,85 - 1,11
Referenzbereich	<= 2,16	<= 2,16

¹ Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

² KKez O_54033: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

³ KKez E_54033: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54033.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ²	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ³		199 / 1.063 18,72%
vorhergesagt (E) ⁴		167,40 / 1.063 15,75%
O - E		2,97%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		1,19 1,05 - 1,34

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.

³ KKez O_54033: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

⁴ KKez E_54033: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54033.

⁵ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung zu der erwarteten Rate an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung.

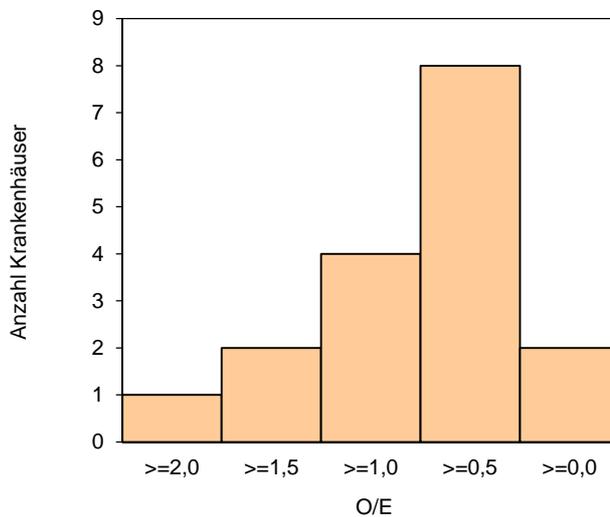
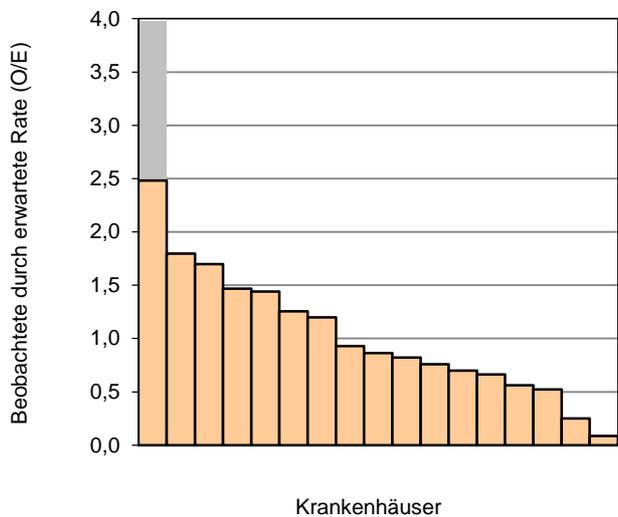
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

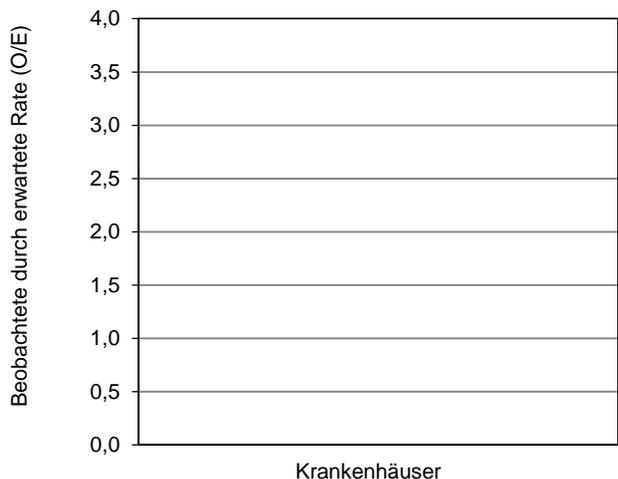
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54033]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,08		0,25	0,66	0,86	1,44	1,80		2,48

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Selten spezifische Komplikationen
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren
Art des Wertes: Qualitätsindikator
Indikator-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54029
Referenzbereich: <= 5,44 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

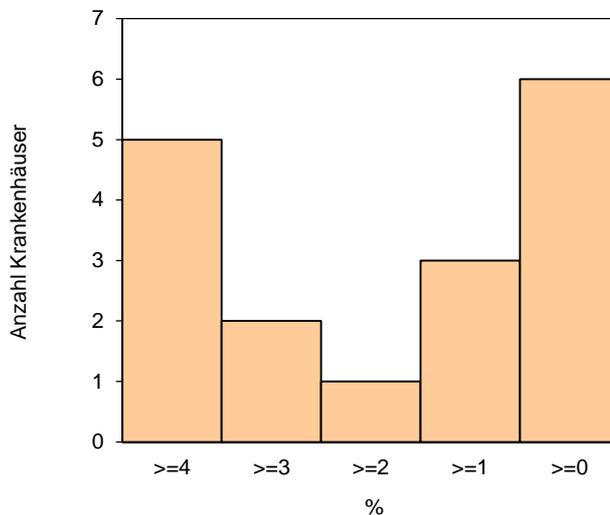
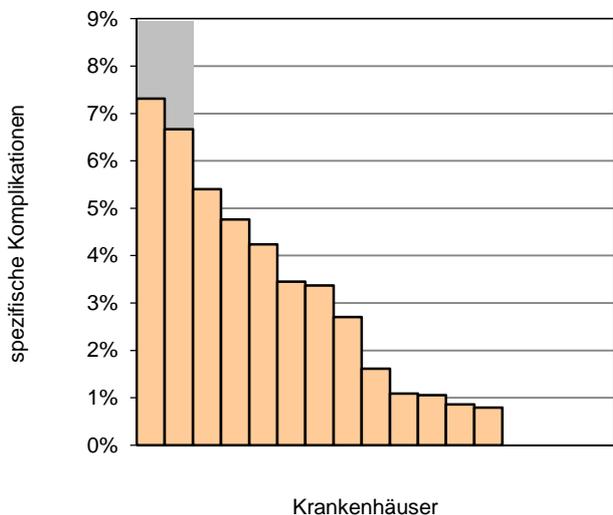
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit				
bei Entlassung persistierendem motorischen Nervenschaden			1 / 1.352	0,07%
OP- oder interventionsbedürftiger Gefäßläsion			2 / 1.352	0,15%
OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom			11 / 1.352	0,81%
sekundärer Implantatdislokation			6 / 1.352	0,44%
primärer Implantatfehlage			2 / 1.352	0,15%
Fraktur			5 / 1.352	0,37%
Wundinfektionstiefe (2, 3) bei vorliegender Wundinfektion			6 / 1.352	0,44%
reoperationspflichtiger Wunddehiszenz			2 / 1.352	0,15%
reoperationspflichtiger sekundärer Nekrose der Wundränder			0 / 1.352	0,00%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			33 / 1.352	2,44%
Vertrauensbereich				1,74% - 3,41%
Referenzbereich		<= 5,44%		<= 5,44%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			29 / 1.321	2,20%
Vertrauensbereich				1,53% - 3,14%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

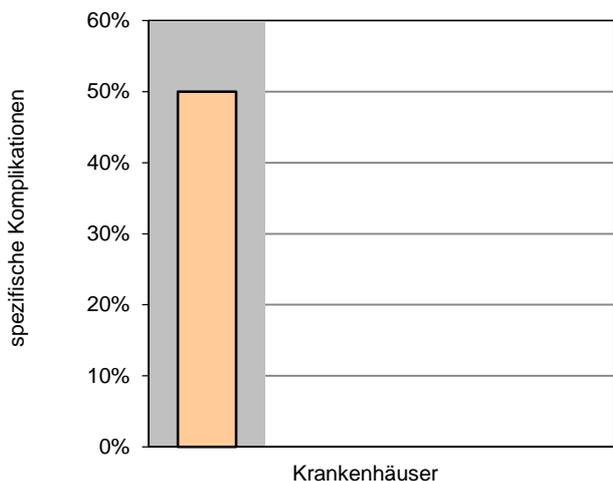
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54029]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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	0,79	1,61	4,24	6,67		7,32

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 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	25,00			50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Wundhämatome/Nachblutungen

Qualitätsziel:	Selten Wundhämatome/Nachblutungen
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren
Art des Wertes:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	2020/17n1-HUEFT-FRAK/54040
Methode der Risikoadjustierung:	Logistische Regression
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom		
beobachtet (O) ¹		11 / 1.352 0,81%
vorhergesagt (E) ²		10,29 / 1.352 0,76%
O - E		0,05%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom		
O/E ³		1,07
Vertrauensbereich		0,60 - 1,91
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

¹ KKez O_54040: Beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom

² KKez E_54040: Erwartete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54040.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom zu der erwarteten Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom		
beobachtet (O) ¹		12 / 1.321 0,91%
vorhergesagt (E) ²		9,74 / 1.321 0,74%
O - E		0,17%
O/E ³		1,23
Vertrauensbereich		0,71 - 2,14

¹ KKez O_54040: Beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom

² KKez E_54040: Erwartete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54040.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom zu der erwarteten Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O/E = 1,20

Die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom ist 20% größer als erwartet.

O/E = 0,90

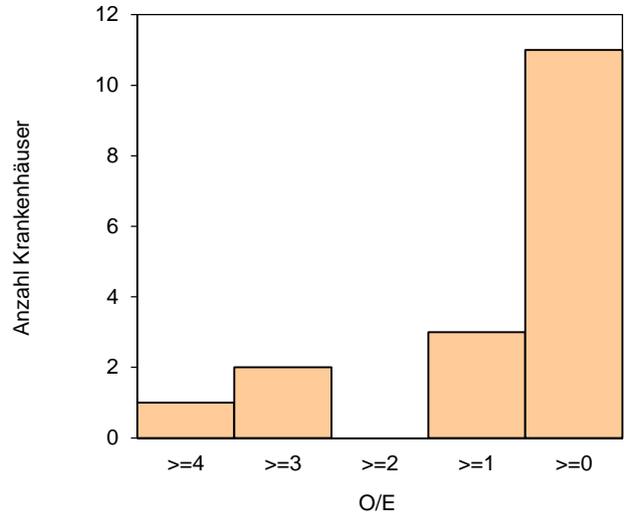
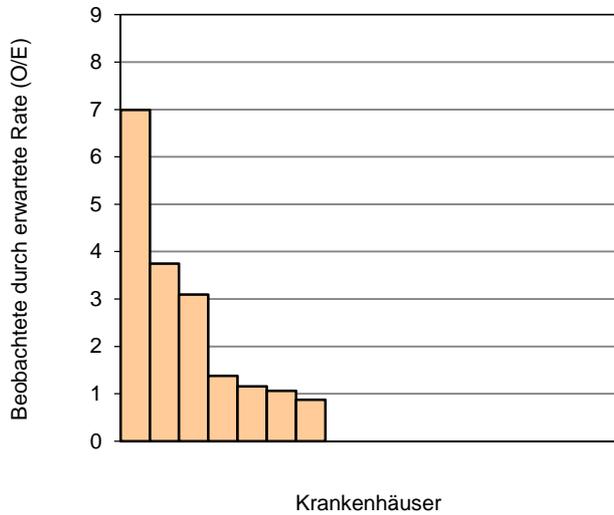
Die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54040]:

Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate (O/E) an OP- oder interventionsbedürftiger/-im Nachblutung/Wundhämatom an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

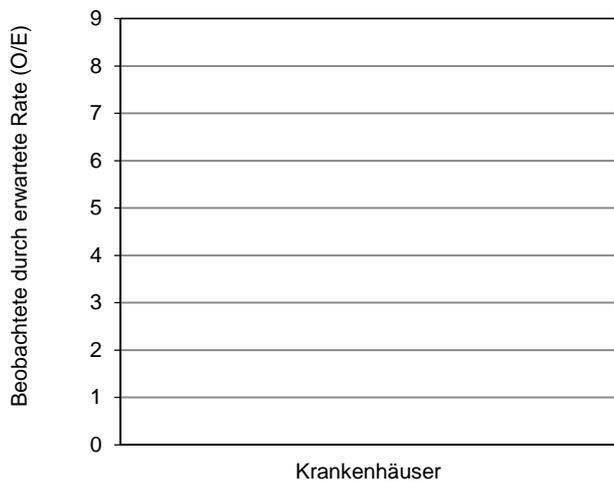
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	1,16	3,75		6,99

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel: Selten allgemeine Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54042

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 2,26 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
beobachtet (O) ²		164 / 1.352 12,13%
vorhergesagt (E) ³		117,65 / 1.352 8,70%
O - E		3,43%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E ⁴		1,39
Vertrauensbereich		1,21 - 1,61
Referenzbereich	<= 2,26	<= 2,26

¹ Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz

² KKez O_54042: Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

³ KKez E_54042: Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54042.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen zu der erwarteten Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

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

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

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungs- bedürftige Komplikation auftrat ²	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ³		118 / 1.321 8,93%
vorhergesagt (E) ⁴		111,92 / 1.321 8,47%
O - E		0,46%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		1,05 0,89 - 1,25

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: Pneumonie, behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, katheterassoziierte Harnwegsinfektion, Schlaganfall, akute gastrointestinale Blutung, akute Niereninsuffizienz

³ KKez O_54042: Beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

⁴ KKez E_54042: Erwartete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54042.

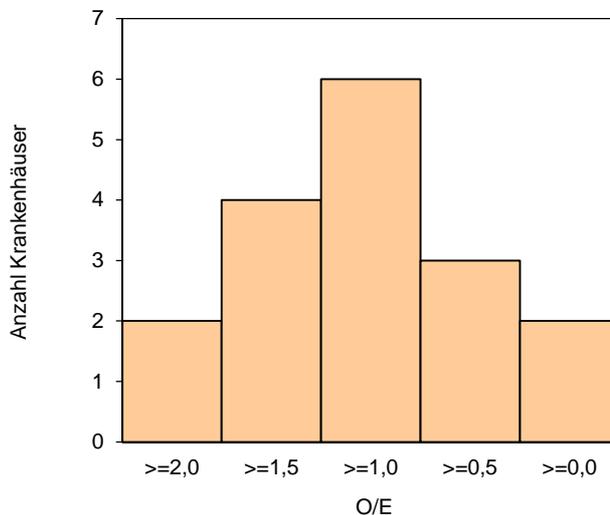
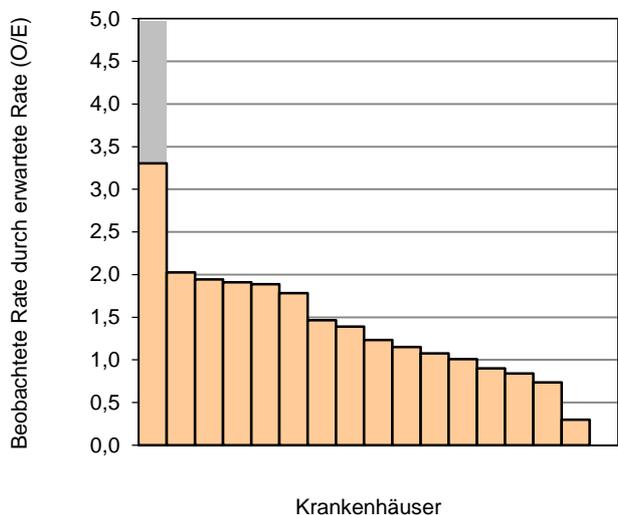
⁵ Verhältnis der beobachteten Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen zu der erwarteten Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen

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

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

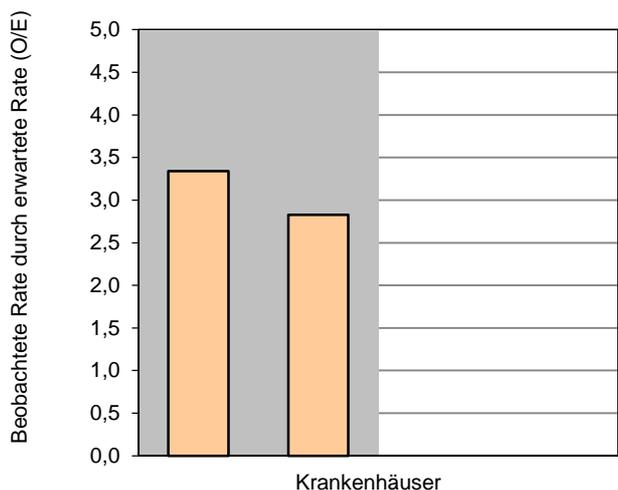
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54042]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine
 behandlungsbedürftige Komplikation auftrat an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 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		0,30	0,90	1,23	1,89	2,03		3,31

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 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	1,41	3,08			3,34

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel: Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54046

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

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

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		79 / 1.352 5,84%
vorhergesagt (E) ²		60,02 / 1.352 4,44%
O - E		1,40%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		1,32
Vertrauensbereich		1,06 - 1,63
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten ⁴	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		52 / 1.321 3,94%
vorhergesagt (E) ²		58,73 / 1.321 4,45%
O - E		-0,51%
O/E ³		0,89
Vertrauensbereich		0,68 - 1,15

¹ KKez O_54046: Beobachtete Rate an Todesfällen

² KKez E_54046: Erwartete Rate an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der QI-ID 54046

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Todesfällen zu der erwarteten Rate an Todesfällen

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

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Todesfällen ist 10% kleiner als erwartet.

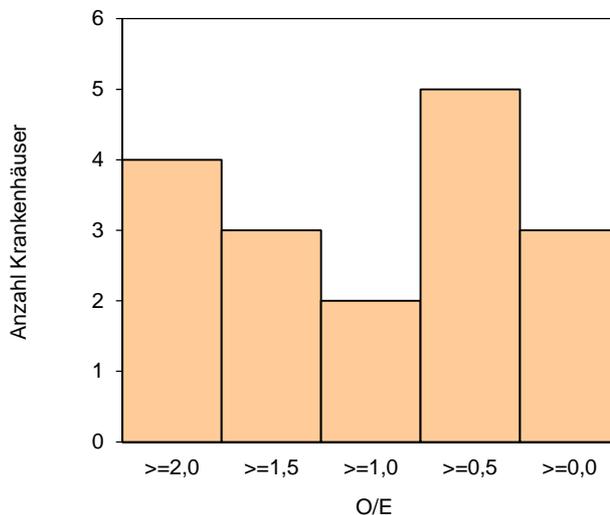
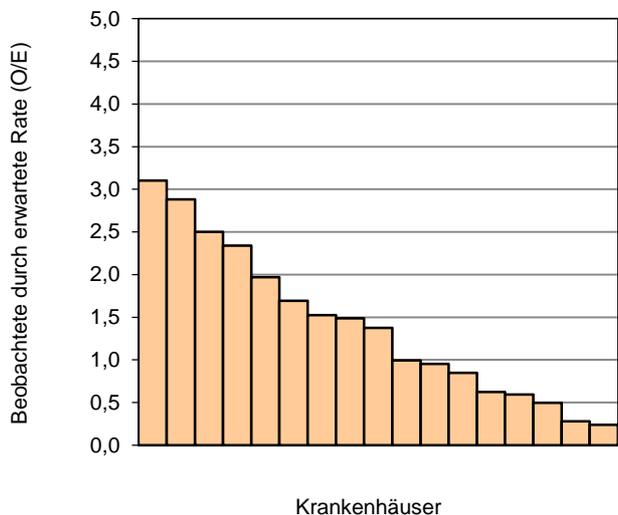
⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54046]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Patientinnen und Patienten an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

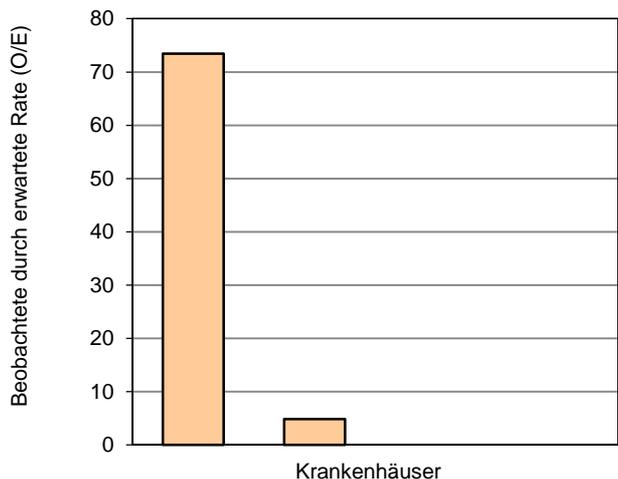
17 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,24		0,28	0,62	1,37	1,97	2,88		3,10

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	2,40	39,12			73,43

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Fälle

AK-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850147

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54033, 54040, 54042, 54046

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“) Referenzbereich		0 = 0,00 Fälle	0 / 1.352	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“)		0	0 / 1.321	0,00 Fälle

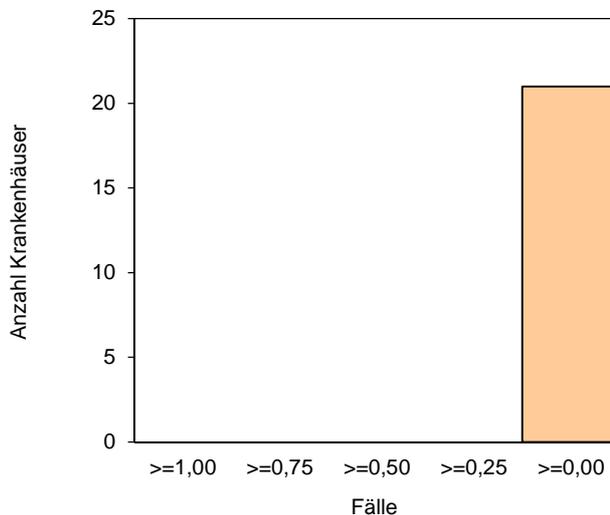
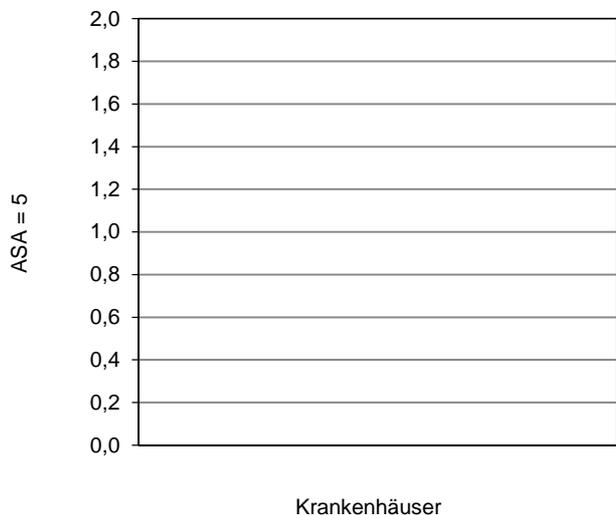
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850147, AK-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850147]:

Anzahl von Fällen mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“) von allen Fällen

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

21 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

**Auffälligkeitskriterium: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als
 Komplikation**

Grundgesamtheit: Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)

AK-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850148

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54029

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation Referenzbereich		0 / 3 = 0,00 Fälle	0 / 3	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation		0 / 1	0 / 1	0,00 Fälle

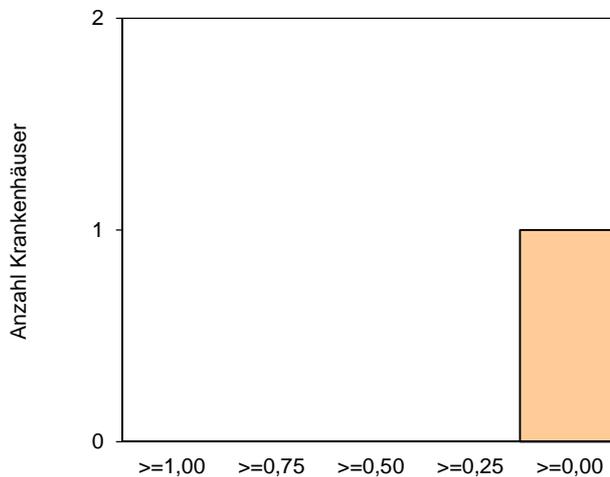
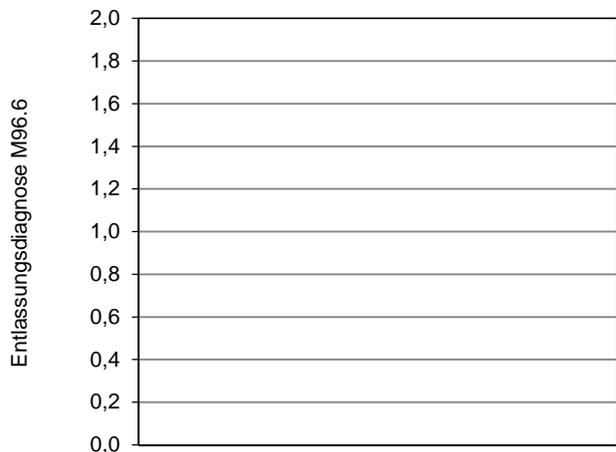
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850148, AK-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850148]:

Anzahl von Fällen ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation von allen Fällen mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Auffälligkeitskriterium: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7 oder T84.6 angegeben wurde

AK-ID: 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850149

Referenzbereich: <= 50,00%

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 54029, 54040

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			5 / 8	62,50%
		<= 50,00%		30,57% - 86,32% <= 50,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde ¹ Vertrauensbereich			1 / 3	33,33%
				6,15% - 79,23%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei 2 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

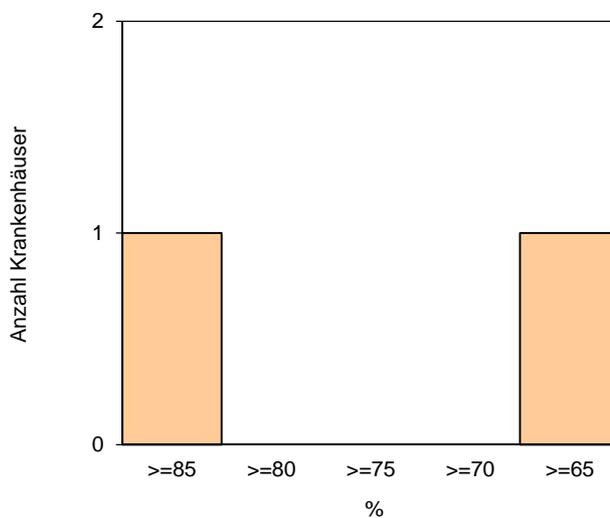
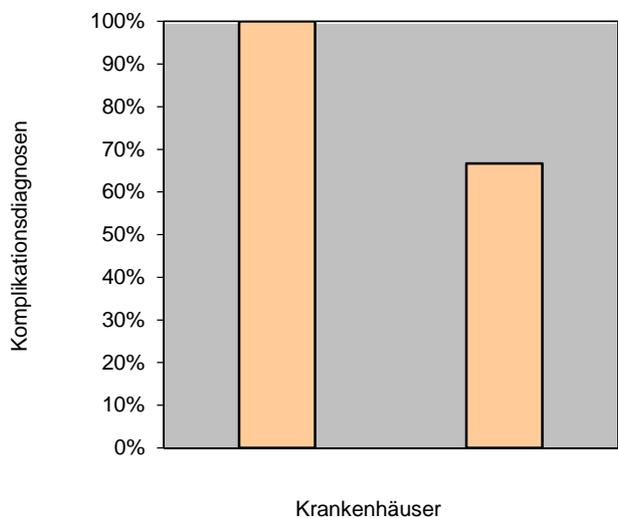
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850149, AK-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/850149]:

Anteil an Fällen, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde von allen Fällen mit einer hüftgelenknahe Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7 oder T84.6 angegeben wurde

Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

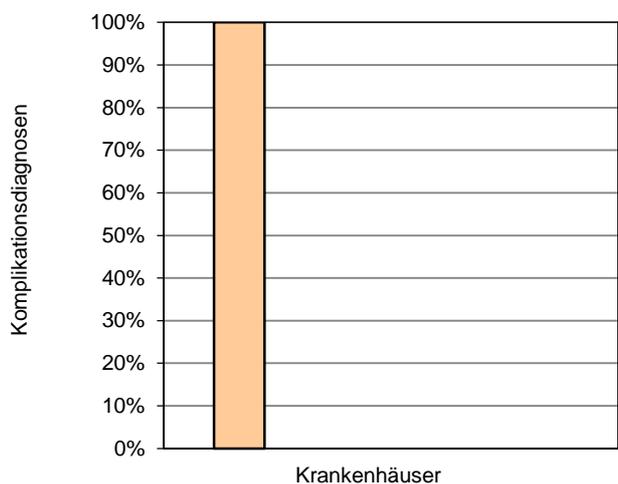
2 Krankenhäuser haben mindestens 2 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67				83,33				100,00

Krankenhäuser mit weniger als 2 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 2 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 21
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.352
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 02. März 2021
2020 - D18585-L119359-P55635

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			360	26,63	353	26,72
2. Quartal			341	25,22	317	24,00
3. Quartal			303	22,41	341	25,81
4. Quartal			348	25,74	310	23,47
Gesamt			1.352		1.321	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.352		1.321	
Median			1,00		1,00
Mittelwert			1,22		1,02
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.352		1.321	
Median			10,00		10,00
Mittelwert			13,87		13,80
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.352		1.321	
Median			11,00		11,00
Mittelwert			15,09		14,82

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020
 (Mehrfachnennungen möglich)¹

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Schenkelhalsfrakturen			241	17,83	251	19,00
S72.00			20	1,48	22	1,67
S72.01			152	11,24	167	12,64
S72.02			0	0,00	0	0,00
S72.03			0	0,00	6	0,45
S72.04			31	2,29	33	2,50
S72.05			19	1,41	14	1,06
S72.08			24	1,78	20	1,51
Petrochantäre Frakturen			1.131	83,65	1.094	82,82
S72.10			930	68,79	867	65,63
S72.11			232	17,16	252	19,08

¹ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

OPS 2020¹

Liste der 10 häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

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	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
4	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
5	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
6	5-790.3f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur proximal
7	5-790.5e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
8	5-793.af	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
9	5-793.5e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
10	5-794.1f	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2019 und OPS 2020 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen

OPS 2020

Liste der 10 häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)¹

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²	OPS	Anzahl	% ²
1				5-790.5f	743	54,96	5-790.5f	667	50,49
2				5-790.4f	142	10,50	5-790.4f	144	10,90
3				5-790.0e	103	7,62	5-790.0e	106	8,02
4				5-790.8e	91	6,73	5-790.8e	94	7,12
5				5-794.af	85	6,29	5-794.af	88	6,66
6				5-790.3f	48	3,55	5-790.5e	64	4,84
7				5-790.5e	39	2,88	5-790.3f	49	3,71
8				5-793.af	32	2,37	5-793.af	42	3,18
9				5-793.5e	32	2,37	5-793.5e	28	2,12
10				5-794.1f	30	2,22	8-800.c0	27	2,04

Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.352 / 1.352		1.321 / 1.321	
< 50 Jahre			40 / 1.352	2,96	35 / 1.321	2,65
50 - 59 Jahre			79 / 1.352	5,84	96 / 1.321	7,27
60 - 69 Jahre			140 / 1.352	10,36	131 / 1.321	9,92
70 - 79 Jahre			273 / 1.352	20,19	303 / 1.321	22,94
80 - 89 Jahre			542 / 1.352	40,09	486 / 1.321	36,79
>= 90 Jahre			278 / 1.352	20,56	270 / 1.321	20,44
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.352		1.321	
Median				83,00		82,00
Mittelwert				79,42		79,07
Geschlecht						
männlich			444	32,84	461	34,90
weiblich			908	67,16	860	65,10
divers ³			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

¹ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Patienten mit gültigem OPS

³ neuer Schlüsselwert in 2020

Präoperative Anamnese

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wurde bereits vor dem Eingriff eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?						
ja			30	2,22	34	2,57
nein			1.322	97,78	1.287	97,43
Vorbestehende Koxarthrose			434	32,10	430	32,55
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes (Inhouse-Sturz)						
ja			37	2,74	38	2,88
nein			1.315	97,26	1.283	97,12
Frakturlokalisierung						
medial			183	13,54	203	15,37
lateral			33	2,44	27	2,04
pertrochantär			1.095	80,99	1.057	80,02
sonstige			41	3,03	34	2,57
hüftgelenknahe Femurfraktur (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			52 / 183	28,42	42 / 203	20,69
unverschoben			67 / 183	36,61	102 / 203	50,25
verschoben			59 / 183	32,24	53 / 203	26,11
komplett verschoben			5 / 183	2,73	6 / 203	2,96

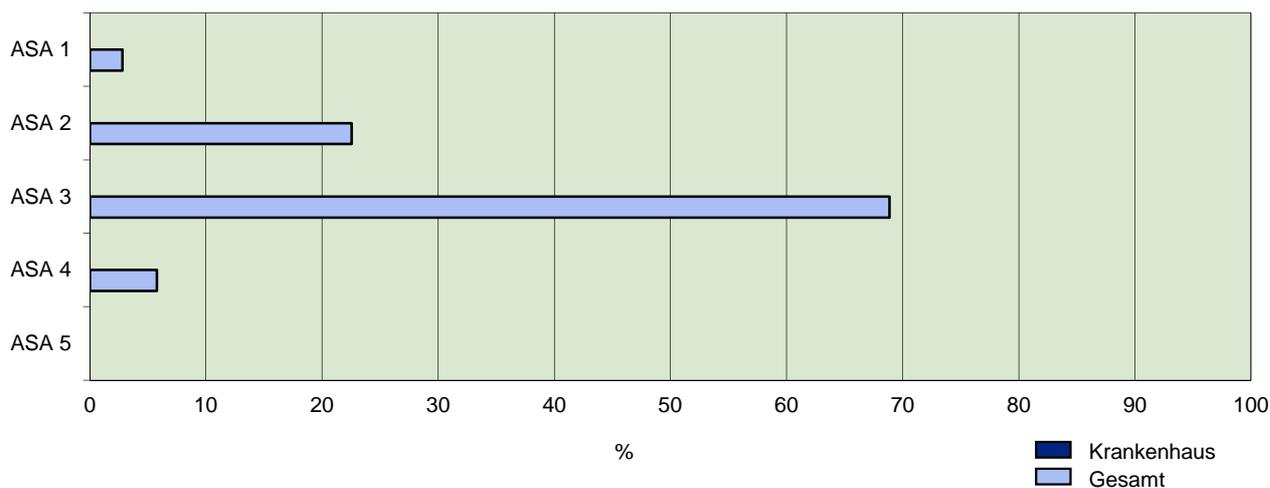
Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			490	36,24	463	35,05
Art der Medikation (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			35 / 490	7,14	41 / 463	8,86
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)			248 / 490	50,61	256 / 463	55,29
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)			213 / 490	43,47	172 / 463	37,15
sonstige			9 / 490	1,84	10 / 463	2,16
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			387	28,62	434	32,85
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene			380	28,11	361	27,33
mobil (50 m werden erreicht)			366	27,07	315	23,85
im Zimmer mobil			175	12,94	149	11,28
immobil			44	3,25	62	4,69
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			554	40,98	620	46,93
Unterarmgehstützen/Gehstock			135	9,99	127	9,61
Rollator/Gehbock			577	42,68	482	36,49
Rollstuhl			67	4,96	69	5,22
bettlägerig			19	1,41	23	1,74
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			522	38,61	584	44,21
ja, Pflegegrad 1			43	3,18	24	1,82
ja, Pflegegrad 2			230	17,01	139	10,52
ja, Pflegegrad 3			224	16,57	174	13,17
ja, Pflegegrad 4			116	8,58	62	4,69
ja, Pflegegrad 5			19	1,41	16	1,21
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			198	14,64	322	24,38

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			38	2,81	52	3,94
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			305	22,56	359	27,18
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			931	68,86	813	61,54
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			78	5,77	97	7,34
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation



Präoperative Befunde (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wundkontaminations- klassifikation (nach Definition der CDC)						
aseptische Eingriffe			1.330	98,37	1.314	99,47
bedingt aseptische Eingriffe			15	1,11	6	0,45
kontaminierte Eingriffe			0	0,00	0	0,00
septische Eingriffe			7	0,52	1	0,08

Operation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 12 h			632	46,75	655	49,58
12 - 24 h			450	33,28	441	33,38
> 24 h			270	19,97	225	17,03
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			1.352		1.321	
Median				40,50		42,00
Mittelwert				48,28		49,42
Operationsverfahren						
DHS, Winkelplatte			150	11,09	141	10,67
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.123	83,06	1.085	82,13
Verschraubung			50	3,70	72	5,45
Sonstige			29	2,14	23	1,74
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			183	13,54	199	15,06
Dienstag			216	15,98	200	15,14
Mittwoch			187	13,83	190	14,38
Donnerstag			198	14,64	198	14,99
Freitag			203	15,01	202	15,29
Samstag			195	14,42	173	13,10
Sonntag			170	12,57	159	12,04
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			161	11,91	195	14,76
Dienstag			202	14,94	200	15,14
Mittwoch			214	15,83	181	13,70
Donnerstag			189	13,98	170	12,87
Freitag			205	15,16	240	18,17
Samstag			197	14,57	174	13,17
Sonntag			184	13,61	161	12,19

Intra- und postoperativer Verlauf

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			35	2,59	29	2,20
primäre Implantatfehlage			2 / 35	5,71	3 / 29	10,34
sekundäre Implantatdislokation			6 / 35	17,14	8 / 29	27,59
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			11 / 35	31,43	12 / 29	41,38
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			2 / 35	5,71	1 / 29	3,45
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			1 / 35	2,86	2 / 29	6,90
Fraktur			5 / 35	14,29	3 / 29	10,34
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			2 / 35	5,71	2 / 29	6,90
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			0 / 35	0,00	0 / 29	0,00
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			8 / 35	22,86	3 / 29	10,34
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)						
ja			12	0,89	6	0,45
nein			1.340	99,11	1.315	99,55
wenn ja Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			6 / 12	50,00	3 / 6	50,00
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			5 / 12	41,67	3 / 6	50,00
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			1 / 12	8,33	0 / 6	0,00
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			20 / 42	47,62	18 / 32	56,25

Intra- und postoperativer Verlauf (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen						
Anzahl Patienten mit mindestens einer Komplikation (Mehrfachnennungen möglich)			208	15,38	157	11,88
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)			59 / 208	28,37	49 / 157	31,21
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			60 / 208	28,85	27 / 157	17,20
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			4 / 208	1,92	2 / 157	1,27
Lungenembolie			3 / 208	1,44	3 / 157	1,91
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)			24 / 208	11,54	7 / 157	4,46
Schlaganfall			14 / 208	6,73	14 / 157	8,92
akute gastrointestinale Blutung			10 / 208	4,81	5 / 157	3,18
akute Niereninsuffizienz			44 / 208	21,15	38 / 157	24,20
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			68 / 208	32,69	60 / 157	38,22

Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?						
ja			1.142	98,45	1.113	98,58
nein			18	1,55	16	1,42
Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (lt. Pflegedokumentation)						
ja			1.139	98,19	1.110	98,32
nein			21	1,81	19	1,68

Gefähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.352	100,00	1.321	100,00
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			46	3,40	62	4,69
Gehen am Stück bis 500 m möglich			238	17,60	241	18,24
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			649	48,00	636	48,15
im Zimmer mobil			295	21,82	254	19,23
immobil			51	3,77	81	6,13
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			15	1,11	13	0,98
Unterarmgehstützen/Gehstock			376	27,81	430	32,55
Rollator/Gehbock			760	56,21	687	52,01
Rollstuhl			100	7,40	110	8,33
bettlägerig			28	2,07	34	2,57

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			723	53,48	767	58,06
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			22	1,63	10	0,76
03: aus sonstigen Gründen			4	0,30	2	0,15
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,44	8	0,61
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			235	17,38	212	16,05
07: Tod			79	5,84	52	3,94
08: Verlegung nach § 14			1	0,07	1	0,08
09: in Rehabilitationseinrichtung			117	8,65	96	7,27
10: in Pflegeeinrichtung			157	11,61	160	12,11
11: in Hospiz			1	0,07	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,15	1	0,08
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,07	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			4	0,30	8	0,61
22: Fallabschluss			0	0,00	4	0,30
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			0	0,00	-	-

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz
- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung			421	31,14	297	22,48
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			212	15,68	256	19,38
Dienstag			257	19,01	268	20,29
Mittwoch			261	19,30	224	16,96
Donnerstag			259	19,16	205	15,52
Freitag			269	19,90	299	22,63
Samstag			66	4,88	47	3,56
Sonntag			28	2,07	22	1,67

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. 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)

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs 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“.

3.1 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 2020.

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.

3.2 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.

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2020 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

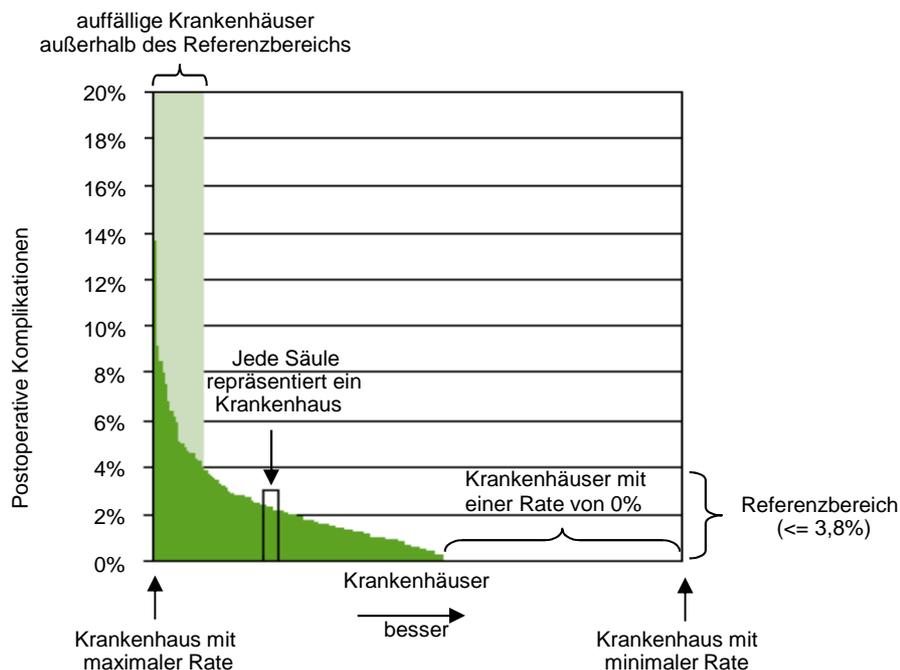
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte 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.

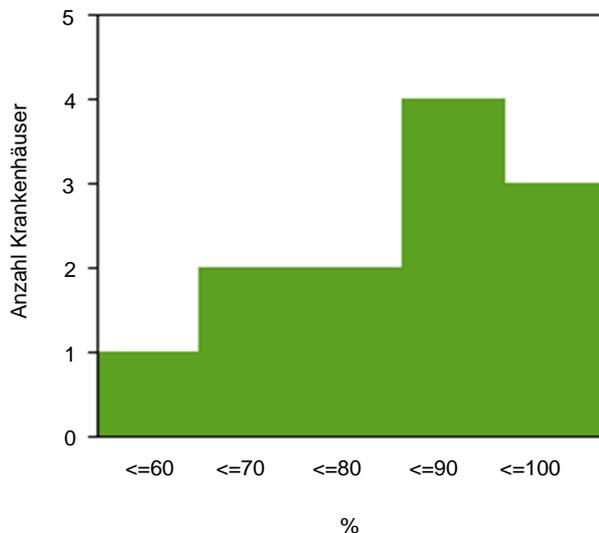
Beispiel:

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 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)

6. 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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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).

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

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 2020/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2020. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator/Gruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen (EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TKez“ bzw. „KKez“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

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.