

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.761
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18631-L119543-P55643

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.761
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18631-L119543-P55643

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			8,08%	<= 15,00%	innerhalb	9,31%	7
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54050 QI: Sturzprophylaxe			98,47%	>= 90,00%	innerhalb	98,05%	11
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54033 QI: Gehunfähigkeit bei Entlassung			1,02	<= 2,16	innerhalb	1,07	13
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54029 QI: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,65%	<= 5,44%	innerhalb	1,97%	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			0,79	-	-	0,93	18
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54042 QI: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			1,10	<= 2,26	innerhalb	0,99	21
2020/17n1-HUEFT-FRAK/54046 QI: Sterblichkeit im Krankenhaus			0,87	-	-	1,03	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			2,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	2,00 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	2,00 Fälle	28
2020/17n1-HUEFT-FRAK/850149 Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen			50,00%	<= 50,00%	innerhalb	40,00%	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	142 / 1.757 8,08%	26 / 408 6,37%	116 / 1.347 8,61%
	6,90% - 9,45%		
	<= 15,00%		

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	165 / 1.773 9,31% 8,04% - 10,75%	26 / 422 6,16%	138 / 1.349 10,23%

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				

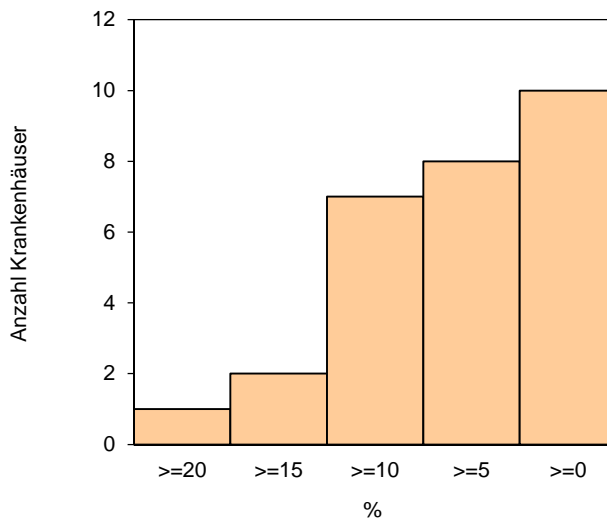
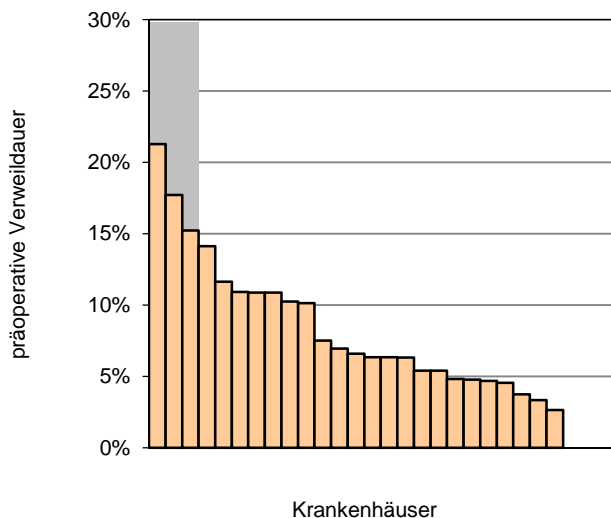
	Gesamt 2020			
	Aufnahme am Wochentag			
	Montag bis Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später 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	90 / 1.023 8,80%	26 / 266 9,77%	9 / 235 3,83%	17 / 233 7,30%

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

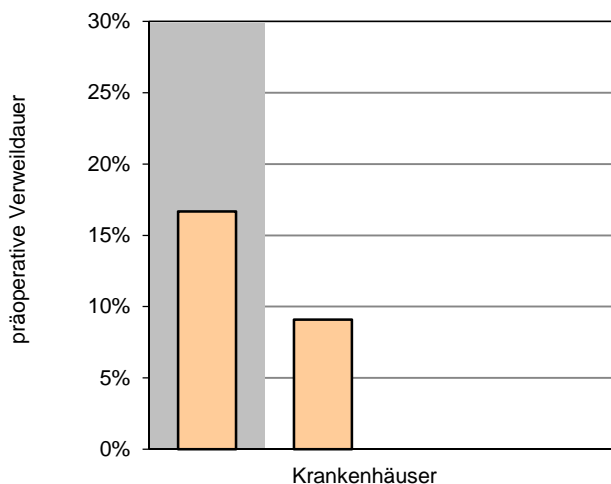
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	4,62	6,34	10,87	15,22	17,71	21,28

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	4,55	12,88			16,67

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			1.548 / 1.572	98,47%
Vertrauensbereich				97,74% - 98,97%
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			1.557 / 1.588	98,05%
Vertrauensbereich				97,24% - 98,62%

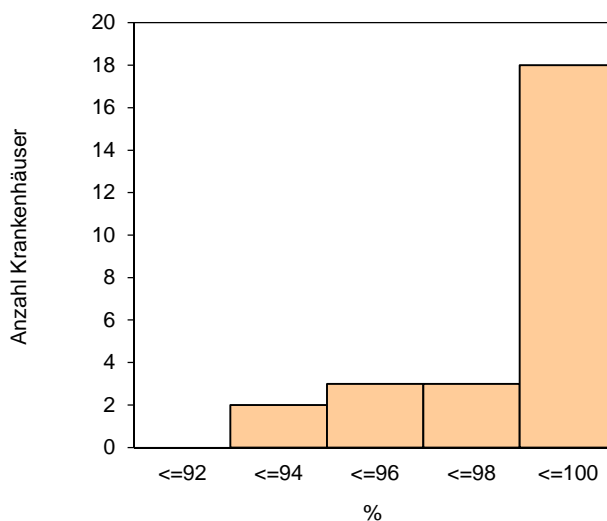
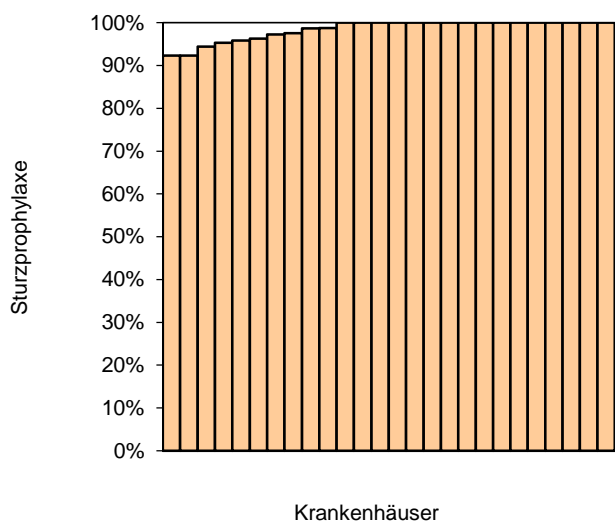
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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 hüftgelenknahe Femurfraktur (Ausschluss von Behandlungsfällen, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind und bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

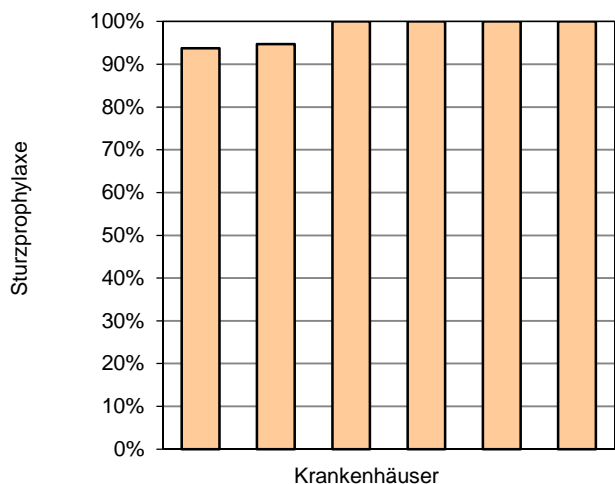
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,31	92,31	94,44	97,30	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,75			94,74	100,00	100,00			100,00

0 Krankenhäuser haben 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		272 / 1.296 20,99%
vorhergesagt (E) ³		266,15 / 1.296 20,54%
O - E		0,45%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren ¹		
O/E ⁴		1,02
Vertrauensbereich		0,92 - 1,13
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		275 / 1.326 20,74%
vorhergesagt (E) ⁴		258,13 / 1.326 19,47%
O - E		1,27%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		1,07 0,96 - 1,18

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.

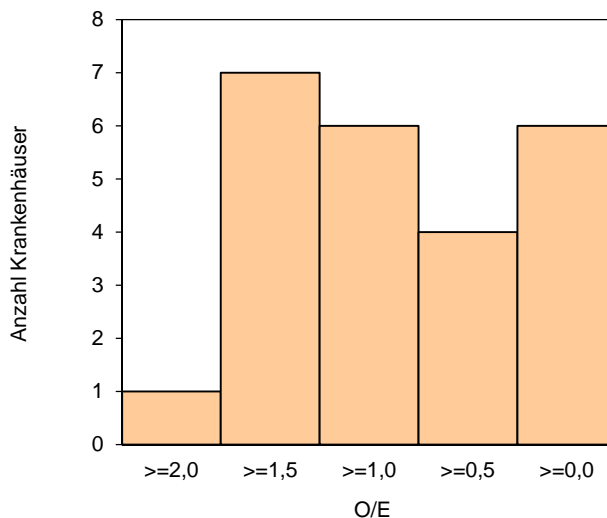
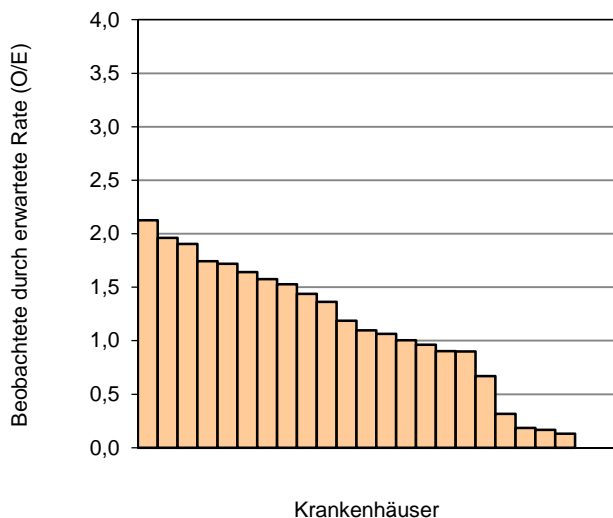
O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung ist 10% kleiner als erwartet.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

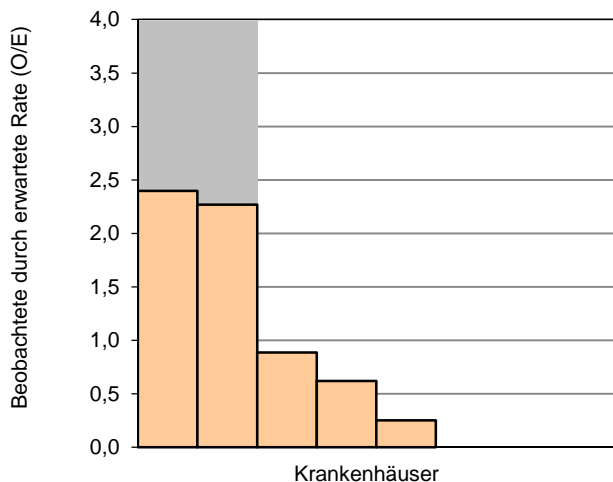
24 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,13	0,49	1,08	1,61	1,90	1,96	2,12

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,43	1,58			2,40

0 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)

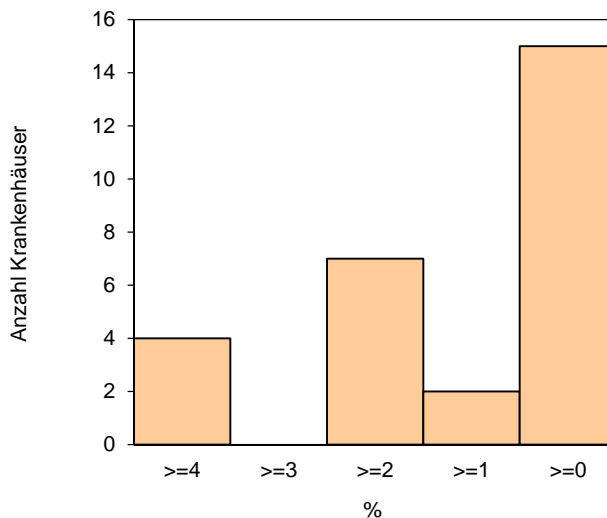
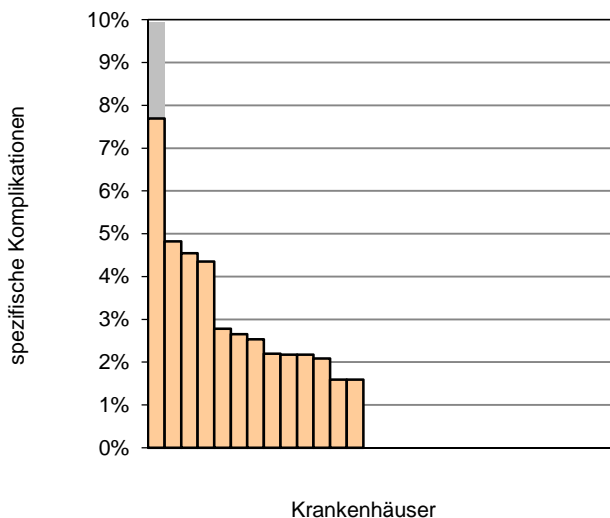
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit				
bei Entlassung persistierendem motorischen Nervenschaden			2 / 1.761	0,11%
OP- oder interventionsbedürftiger Gefäßläsion			0 / 1.761	0,00%
OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom			11 / 1.761	0,62%
sekundärer Implantatdislokation			7 / 1.761	0,40%
primärer Implantatfehlage			3 / 1.761	0,17%
Fraktur			3 / 1.761	0,17%
Wundinfektionstiefe (2, 3) bei vorliegender Wundinfektion			5 / 1.761	0,28%
reoperationspflichtiger Wunddehiszenz			2 / 1.761	0,11%
reoperationspflichtiger sekundärer Nekrose der Wundränder			1 / 1.761	0,06%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			29 / 1.761	1,65%
Vertrauensbereich				1,15% - 2,36%
Referenzbereich		<= 5,44%		<= 5,44%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation			35 / 1.777	1,97%
Vertrauensbereich				1,42% - 2,73%

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

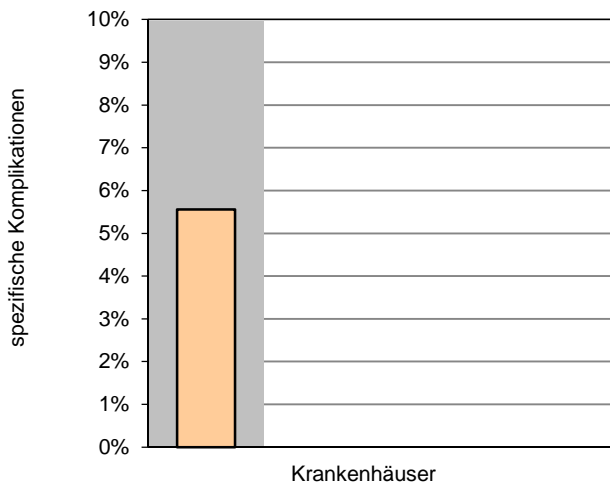
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/17n1-HUEFT-FRAK/54029]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 28 Krankenhäuser haben mindestens 20 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	2,36	4,55	4,82	7,69

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	2,78			5,56

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 / 1.761 0,62%
vorhergesagt (E) ²		14,00 / 1.761 0,80%
O - E		-0,17%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom		
O/E ³		0,79
Vertrauensbereich		0,44 - 1,40
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 Patientinnen und Patienten mit OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/ Wundhämatom	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ¹		13 / 1.777 0,73%
vorhergesagt (E) ²		14,04 / 1.777 0,79%
O - E		-0,06%
O/E ³		0,93
Vertrauensbereich		0,54 - 1,58

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

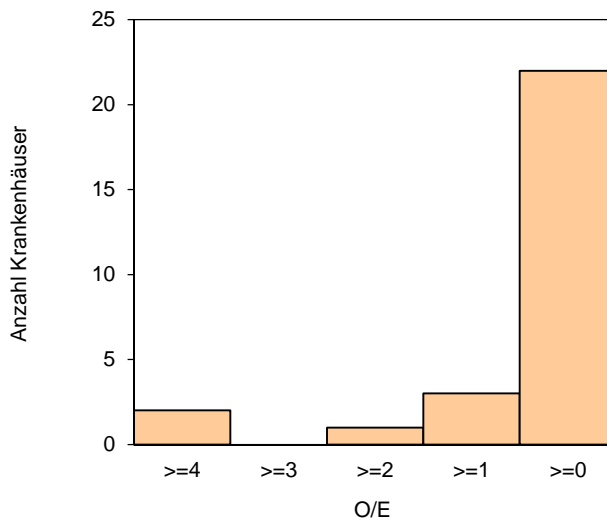
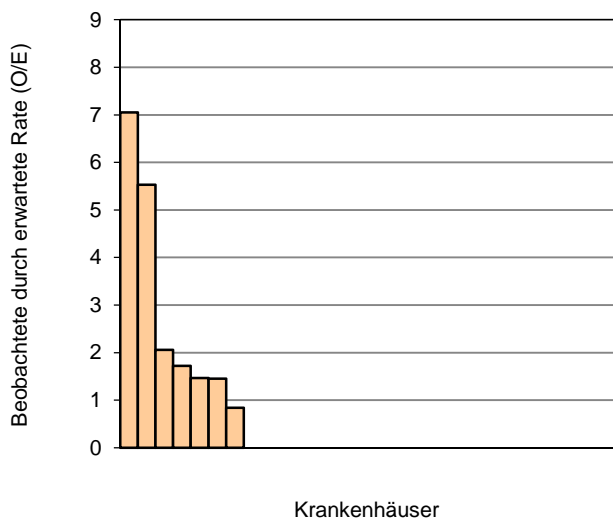
Die beobachtete Rate an OP- oder interventionsbedürftiger/-m Nachblutung/Wundhämatom ist 10% kleiner als erwartet.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

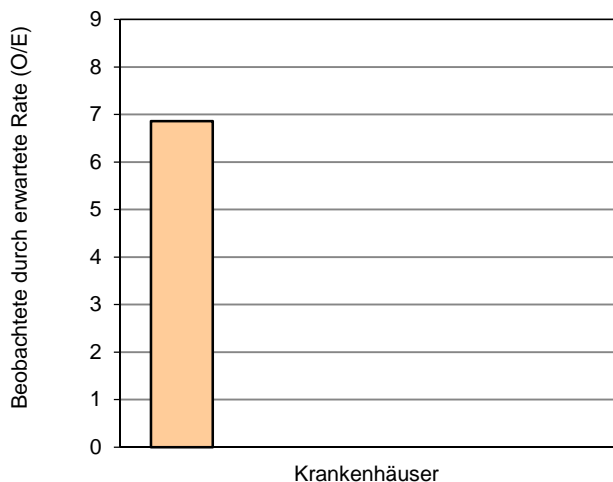
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	2,06	5,53	7,05

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	3,43			6,86

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		190 / 1.761 10,79%
vorhergesagt (E) ³		172,35 / 1.761 9,79%
O - E		1,00%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat ¹		
O/E ⁴		1,10
Vertrauensbereich		0,96 - 1,26
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		172 / 1.777 9,68%
vorhergesagt (E) ⁴		173,66 / 1.777 9,77%
O - E		-0,09%
O/E ⁵ Vertrauensbereich		0,99 0,86 - 1,14

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.

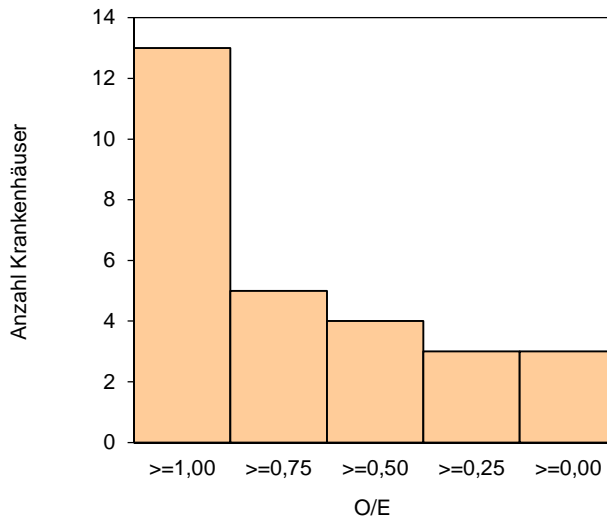
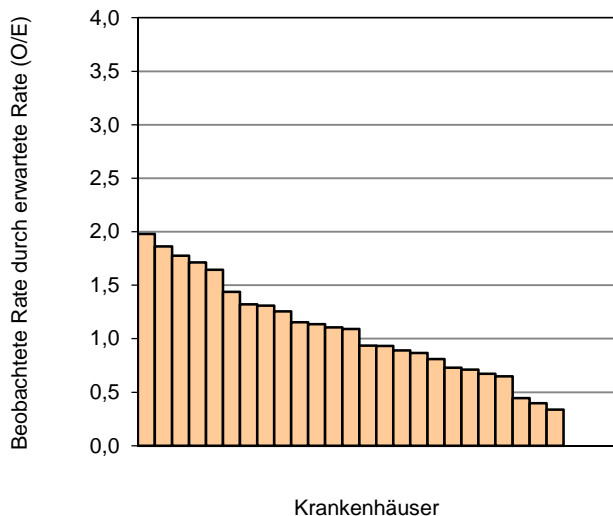
Beispiel: O/E = 1,20 Die beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 20% größer als erwartet.
 O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an allgemeinen postoperativen Komplikationen ist 10% kleiner als erwartet.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

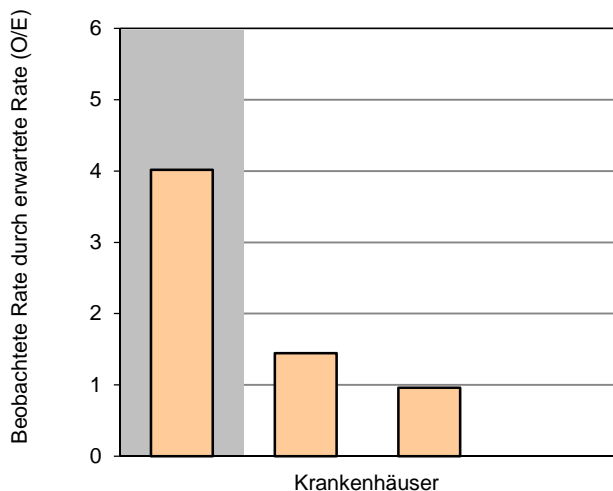
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,66	0,93	1,32	1,78	1,86	1,98

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,48	1,20	2,73			4,02

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		81 / 1.761 4,60%
vorhergesagt (E) ²		93,04 / 1.761 5,28%
O - E		-0,68%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
verstorbene Patientinnen und Patienten		
O/E ³		0,87
Vertrauensbereich		0,70 - 1,08
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

Vorjahresdaten⁴	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
verstorbene Patientinnen und Patienten		
beobachtet (O) ¹		99 / 1.777 5,57%
vorhergesagt (E) ²		96,36 / 1.777 5,42%
O - E		0,15%
O/E ³		1,03
Vertrauensbereich		0,85 - 1,24

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.

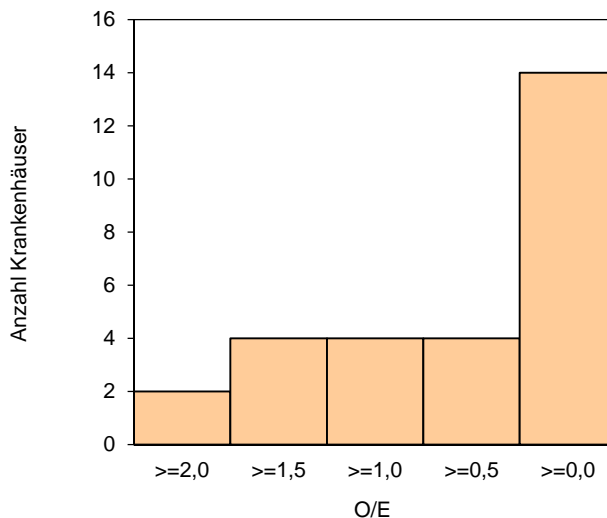
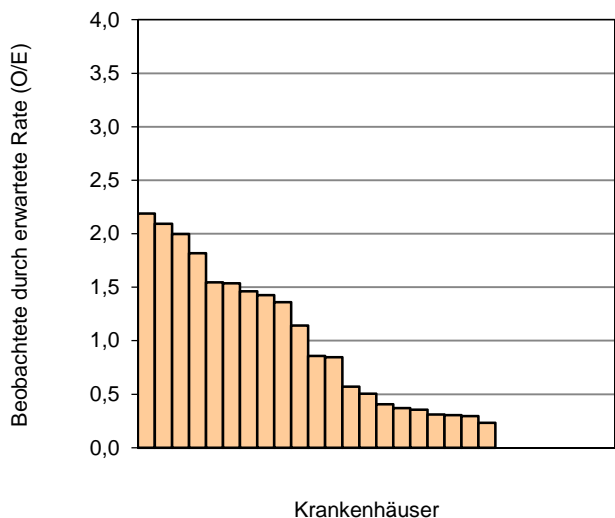
⁴ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

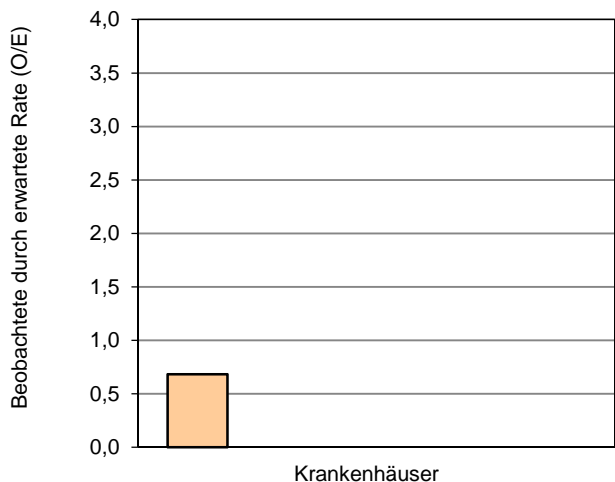
28 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,12	0,46	1,44	2,00	2,09	2,19

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,34			0,68

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		0,00 = 0,00 Fälle	2 / 1.761	2,00 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“)			2 / 1.777	2,00 Fälle

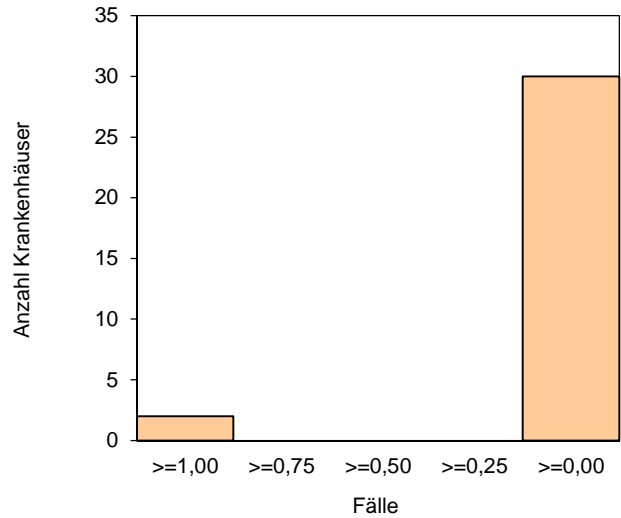
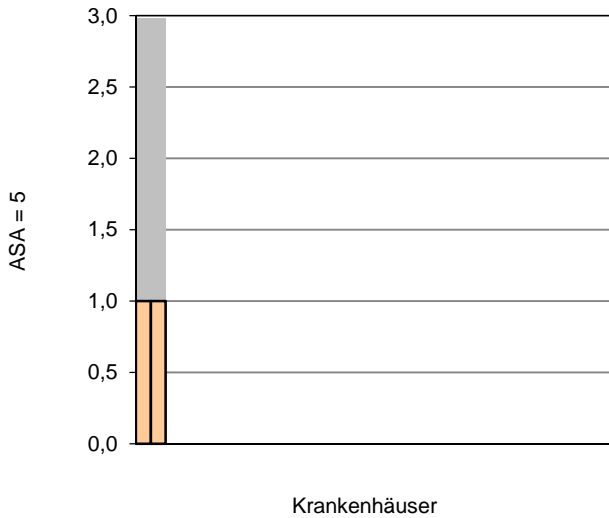
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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:

32 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	1,00	1,00

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 / 1 = 0,00 Fälle	0 / 1	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 / 2	2 / 2	2,00 Fälle

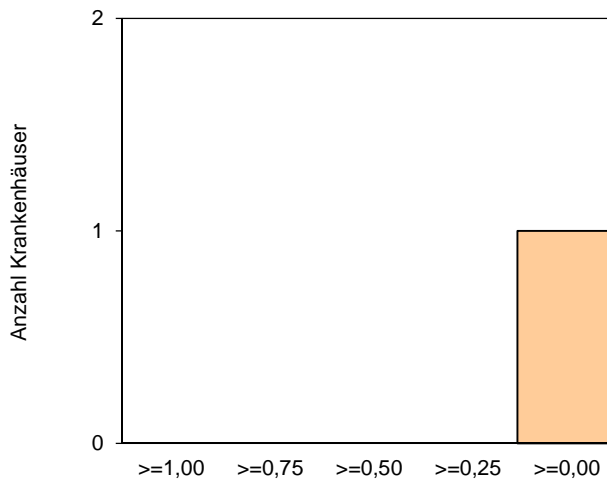
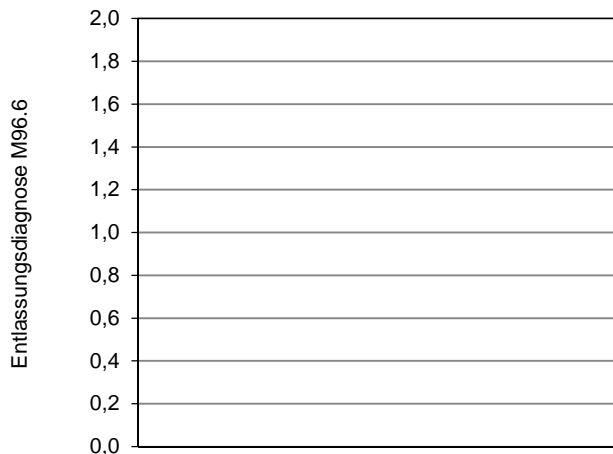
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

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			4 / 8	50,00%
		<= 50,00%	21,52% - 78,48%	<= 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			4 / 10	40,00%
			16,82% - 68,73%	

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

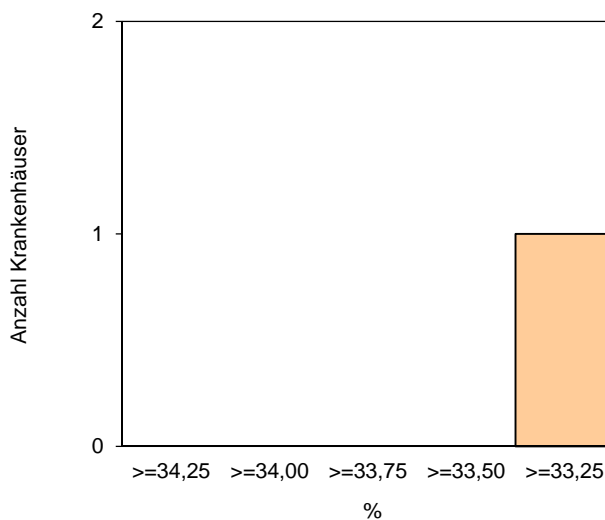
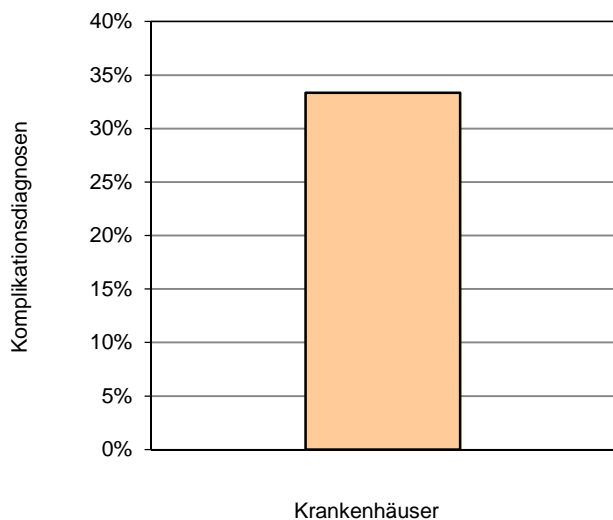
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [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:

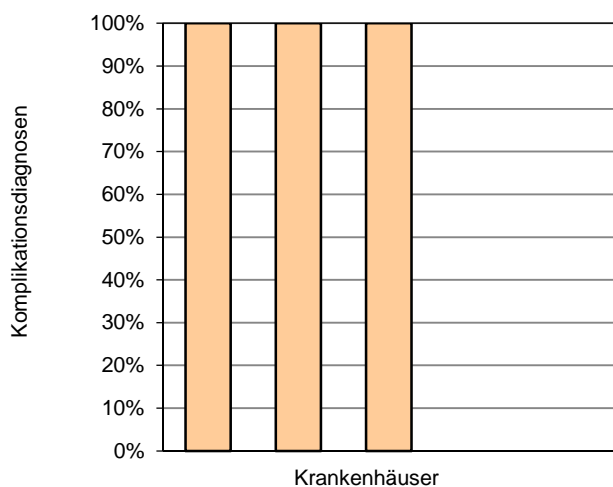
1 Krankenhaus hat mindestens 2 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 2 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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	100,00			100,00

26 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2020
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit
osteosynthetischer Versorgung
17/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 32
Anzahl Datensätze Gesamt: 1.761
Datensatzversion: 17/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18631-L119543-P55643

Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹	Anzahl	% ¹
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			451	25,61	467	26,28
2. Quartal			383	21,75	473	26,62
3. Quartal			436	24,76	471	26,51
4. Quartal			491	27,88	366	20,60
Gesamt			1.761		1.777	

Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	Anzahl		Anzahl	
Präoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.761		1.777	
Median			0,00		0,00
Mittelwert			0,72		0,81
Postoperative Verweildauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.761		1.777	
Median			10,00		10,00
Mittelwert			11,61		12,37
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben		1.761		1.777	
Median			10,00		11,00
Mittelwert			12,34		13,18

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			209	11,87	220	12,38
S72.00			18	1,02	24	1,35
S72.01			86	4,88	97	5,46
S72.02			0	0,00	0	0,00
S72.03			21	1,19	20	1,13
S72.04			28	1,59	39	2,19
S72.05			31	1,76	26	1,46
S72.08			34	1,93	30	1,69
Petrochantäre Frakturen			1.575	89,44	1.576	88,69
S72.10			1.062	60,31	1.061	59,71
S72.11			554	31,46	548	30,84

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	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material
4	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung
10	5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals

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	1.137	64,57	5-790.5f	1.094	61,56
2				5-790.4f	182	10,34	5-790.4f	181	10,19
3				5-931.0	156	8,86	5-931.0	158	8,89
4				5-794.af	120	6,81	5-794.af	122	6,87
5				8-800.c0	101	5,74	5-790.8e	94	5,29
6				8-915	80	4,54	3-200	78	4,39
7				9-984.8	78	4,43	5-790.0e	74	4,16
8				9-984.7	76	4,32	8-919	72	4,05
9				8-919	70	3,98	8-915	72	4,05
10				5-790.8e	69	3,92	8-800.c0	71	4,00

Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.761 / 1.761		1.777 / 1.777	
< 50 Jahre			33 / 1.761	1,87	30 / 1.777	1,69
50 - 59 Jahre			86 / 1.761	4,88	87 / 1.777	4,90
60 - 69 Jahre			169 / 1.761	9,60	177 / 1.777	9,96
70 - 79 Jahre			284 / 1.761	16,13	310 / 1.777	17,45
80 - 89 Jahre			807 / 1.761	45,83	806 / 1.777	45,36
>= 90 Jahre			382 / 1.761	21,69	367 / 1.777	20,65
Alter (Jahre)						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			1.761		1.777	
Median				83,00		83,00
Mittelwert				80,87		80,75
Geschlecht						
männlich			549	31,18	576	32,41
weiblich			1.211	68,77	1.200	67,53
divers ³			1	0,06	-	-
unbestimmt			0	0,00	1	0,06

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			43	2,44	48	2,70
nein			1.718	97,56	1.729	97,30
Vorbestehende Koxarthrose			691	39,24	658	37,03
Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes (Inhouse-Sturz)						
ja			34	1,93	40	2,25
nein			1.727	98,07	1.737	97,75
Frakturlokalisierung						
medial			129	7,33	149	8,38
lateral			48	2,73	45	2,53
pertrochantär			1.537	87,28	1.539	86,61
sonstige			47	2,67	44	2,48
hüftgelenknahe Femurfraktur (bezogen auf mediale Lokalisation)						
Einteilung nach Garden						
Abduktionsfraktur			28 / 129	21,71	54 / 149	36,24
unverschoben			64 / 129	49,61	65 / 149	43,62
verschoben			35 / 129	27,13	29 / 149	19,46
komplett verschoben			2 / 129	1,55	1 / 149	0,67

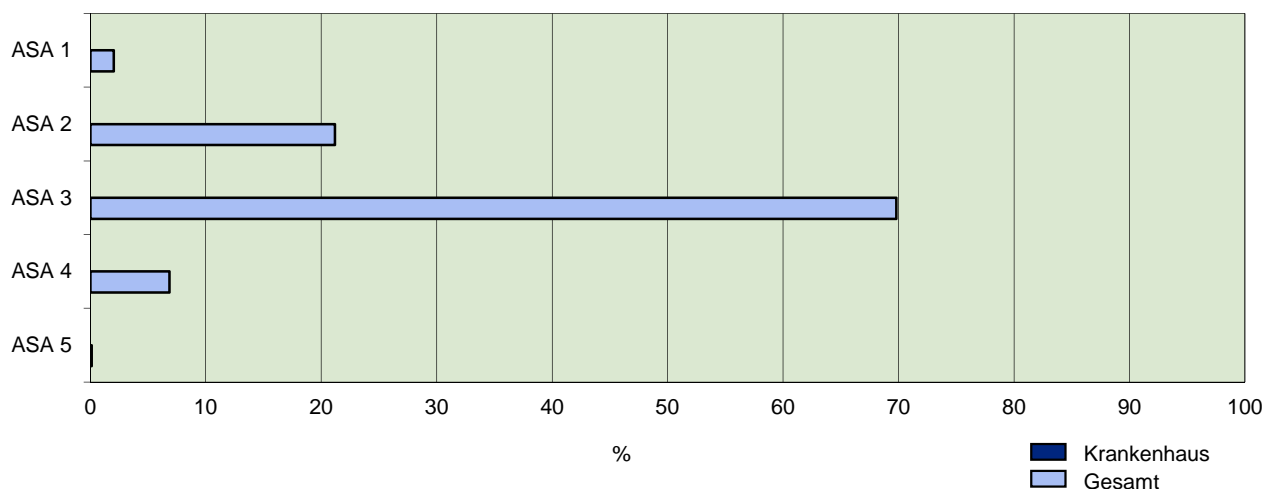
Präoperative Anamnese (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen			768	43,61	722	40,63
Art der Medikation (Mehrfachnennungen sind möglich)						
Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)			58 / 768	7,55	83 / 722	11,50
Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure)			402 / 768	52,34	377 / 722	52,22
DOAK/NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)			305 / 768	39,71	260 / 722	36,01
sonstige			16 / 768	2,08	14 / 722	1,94
Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
unbegrenzt (> 500 m)			346	19,65	349	19,64
Gehen am Stück bis 500 m möglich auf der Stationsebene			462	26,24	471	26,51
mobil (50 m werden erreicht)			541	30,72	575	32,36
im Zimmer mobil			274	15,56	307	17,28
immobil			138	7,84	75	4,22
Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)						
keine			696	39,52	750	42,21
Unterarmgehstützen/Gehstock			341	19,36	341	19,19
Rollator/Gehbock			617	35,04	593	33,37
Rollstuhl			59	3,35	66	3,71
bettlägerig			48	2,73	27	1,52
Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?						
nein, liegt nicht vor			635	36,06	670	37,70
ja, Pflegegrad 1			91	5,17	72	4,05
ja, Pflegegrad 2			362	20,56	307	17,28
ja, Pflegegrad 3			404	22,94	313	17,61
ja, Pflegegrad 4			193	10,96	182	10,24
ja, Pflegegrad 5			29	1,65	22	1,24
Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt			47	2,67	211	11,87

Präoperative Befunde

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			36	2,04	41	2,31
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			373	21,18	384	21,61
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			1.229	69,79	1.196	67,30
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			121	6,87	154	8,67
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,11	2	0,11

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			1.735	98,52	1.753	98,65
bedingt aseptische Eingriffe			24	1,36	21	1,18
kontaminierte Eingriffe			1	0,06	1	0,06
septische Eingriffe			1	0,06	2	0,11

Operation

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
OP nach Aufnahme innerhalb von						
< 12 h			917	52,07	932	52,45
12 - 24 h			604	34,30	593	33,37
> 24 h			240	13,63	252	14,18
Dauer des Eingriffs						
Schnitt-Nahtzeit (Minuten)						
Anzahl Patienten			1.759		1.777	
Median				42,00		43,00
Mittelwert				47,13		48,16
Operationsverfahren						
DHS, Winkelplatte			114	6,47	144	8,10
intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel)			1.561	88,64	1.554	87,45
Verschraubung			56	3,18	58	3,26
Sonstige			30	1,70	21	1,18
Anzahl Patienten mit Aufnahme am						
Montag			245	13,91	245	13,79
Dienstag			258	14,65	271	15,25
Mittwoch			265	15,05	258	14,52
Donnerstag			259	14,71	252	14,18
Freitag			266	15,11	265	14,91
Samstag			235	13,34	258	14,52
Sonntag			233	13,23	228	12,83
Anzahl Patienten mit Operation am						
Montag			257	14,59	238	13,39
Dienstag			239	13,57	265	14,91
Mittwoch			276	15,67	262	14,74
Donnerstag			244	13,86	261	14,69
Freitag			266	15,11	262	14,74
Samstag			245	13,91	251	14,12
Sonntag			234	13,29	238	13,39

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	1,99	53	2,98
primäre Implantatfehlage			3 / 35	8,57	3 / 53	5,66
sekundäre Implantatdislokation			7 / 35	20,00	7 / 53	13,21
OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/ Wundhämatom			11 / 35	31,43	13 / 53	24,53
OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion			0 / 35	0,00	0 / 53	0,00
bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden			2 / 35	5,71	1 / 53	1,89
Fraktur			3 / 35	8,57	5 / 53	9,43
reoperationspflichtige Wunddehiszenz			2 / 35	5,71	4 / 53	7,55
reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder			1 / 35	2,86	1 / 53	1,89
sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen			10 / 35	28,57	23 / 53	43,40
Postoperative Wundinfektion (nach den KISS-Definitionen)						
ja			7	0,40	9	0,51
nein			1.754	99,60	1.768	99,49
wenn ja Wundinfektionstiefe (nach den KISS-Definitionen)						
A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion			2 / 7	28,57	3 / 9	33,33
A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion			4 / 7	57,14	4 / 9	44,44
A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet			1 / 7	14,29	2 / 9	22,22
Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich			24 / 40	60,00	33 / 55	60,00

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)			249	14,14	258	14,52
Pneumonie (nach den KISS-Definitionen)			51 / 249	20,48	54 / 258	20,93
behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)			75 / 249	30,12	69 / 258	26,74
tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			1 / 249	0,40	2 / 258	0,78
Lungenembolie			4 / 249	1,61	8 / 258	3,10
katheterassoziierte Harnwegsinfektion (nach den KISS-Definitionen)			35 / 249	14,06	25 / 258	9,69
Schlaganfall			15 / 249	6,02	5 / 258	1,94
akute gastrointestinale Blutung			7 / 249	2,81	9 / 258	3,49
akute Niereninsuffizienz			30 / 249	12,05	33 / 258	12,79
sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen			81 / 249	32,53	113 / 258	43,80

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			1.558	98,98	1.564	98,43
nein			16	1,02	25	1,57
Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (lt. Pflegedokumentation)						
ja			1.556	98,86	1.565	98,49
nein			18	1,14	24	1,51

Gehfähigkeit bei Entlassung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bezug: Anzahl der Patienten			1.761	100,00	1.777	100,00
Gehstrecke bei Entlassung						
unbegrenzt (> 500 m)			43	2,44	27	1,52
Gehen am Stück bis 500 m möglich			202	11,47	189	10,64
auf der Stationsebene mobil (50 m werden erreicht)			894	50,77	915	51,49
im Zimmer mobil			431	24,47	441	24,82
immobil			115	6,53	113	6,36
Gehhilfen bei Entlassung						
keine			24	1,36	22	1,24
Unterarmgehstützen/Gehstock			502	28,51	571	32,13
Rollator/Gehbock			1.000	56,79	939	52,84
Rollstuhl			112	6,36	113	6,36
bettlägerig			47	2,67	40	2,25

Entlassung Krankenhaus

Entlassungsgrund ¹	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			659	37,42	696	39,17
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			30	1,70	46	2,59
03: aus sonstigen Gründen			1	0,06	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,23	3	0,17
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			495	28,11	451	25,38
07: Tod			81	4,60	99	5,57
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	2	0,11
09: in Rehabilitationseinrichtung			158	8,97	134	7,54
10: in Pflegeeinrichtung			326	18,51	339	19,08
11: in Hospiz			2	0,11	2	0,11
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,06	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			4	0,23	5	0,28
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
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:

- | | |
|---|--|
| <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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke
der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p> <p>28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen</p> <p>29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt</p> |
|---|--|

² neuer Schlüsselwert in 2020

Entlassung Krankenhaus (Fortsetzung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung			122	6,93	153	8,61
Anzahl Patienten mit Entlassung am						
Montag			373	21,18	352	19,81
Dienstag			309	17,55	301	16,94
Mittwoch			316	17,94	314	17,67
Donnerstag			284	16,13	296	16,66
Freitag			366	20,78	393	22,12
Samstag			83	4,71	86	4,84
Sonntag			30	1,70	35	1,97

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.

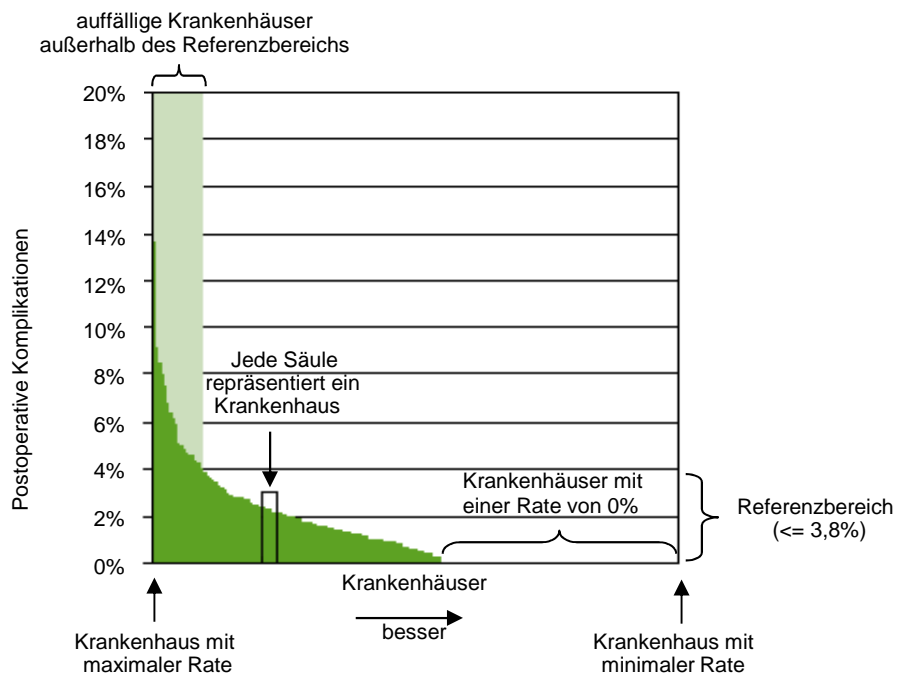
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

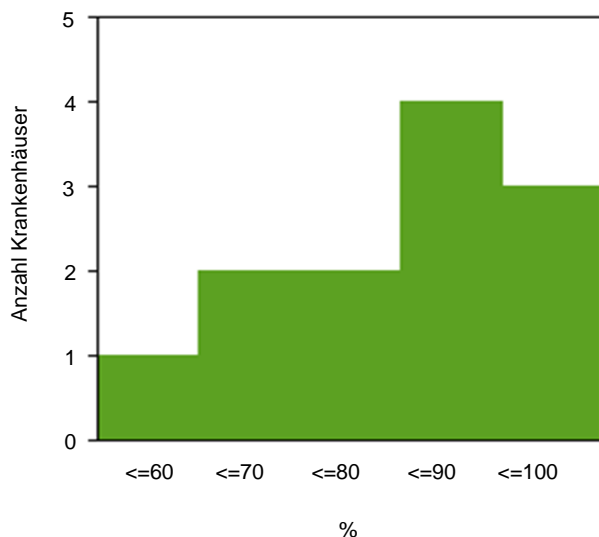
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert 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 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/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 Krankhausergebnisse 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 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 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.